

LIBRO DE DATOS SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR



OFICINA DEL DIRECTOR
INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD

R E C O N O C I M I E N T O S

Este libro de datos fue preparado por Wilhelmina A. Leigh, PhD (Asociada Superior de Investigación) y Maren A. Jiménez (Asistente de Investigación) del Centro Conjunto para Estudios Políticos y Económicos. Los autores agradecidamente reconocen el apoyo institucional del Centro Conjunto y, en particular, “el par de ojos frescos” provistos por Julia L. Andrews (Asistente de Investigación), quién ayudó a corregir pruebas y preparar las listas de referencias.



LIBRO DE DATOS SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR

OFFICINA DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD DE LA MUJER

OFICINA DEL DIRECTOR

INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD

PRÓLOGO

Esta edición del *Libro de Datos Sobre la Salud de las Mujeres de Color* provee la más reciente información disponible sobre diferentes poblaciones de mujeres en los Estados Unidos y representa una actualización muy deseada sobre la salud de las mujeres de color. La primera edición se volvió rápidamente uno de los documentos más populares solicitados de esta oficina. De hecho, la primera impresión se agotó en menos de seis meses.

Originalmente publicada en 1997, esta segunda edición del *Libro de Datos Sobre la Salud de las Mujeres de Color* incluye más información y estadísticas actualizadas. Los estándares se han modificado para incluir cinco categorías raciales como mínimo: indioamericano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, nativo de Hawaii o nativo de otras islas del Pacífico, y blanco. La etnicidad se informa como “hispano o latino” o “no hispano o latino”. En lo posible, las designaciones de población y presentación de datos en este volumen son conforme a las recientes revisiones de la Directiva de Política Estadística No. 15, Estándares de Raza y Etnicidad para Estadísticas Federales e Informes Administrativos. Estas revisiones fueron publicadas, para comentarios, por la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget (OMB) a mediados de los 1990s, y su versión final sirvió de guía para la recopilación de datos en el censo del 2000. La nueva terminología de raza/etnicidad deberá ser adoptada por otras entidades federales lo antes posible y no más tarde del 1 de enero, 2003.

Esta edición del *Libro de Datos Sobre la Salud de las Mujeres de Color* continúa apoyando el reconocimiento de la importancia de la salud de las mujeres y, más específicamente, el papel de la cultura, etnicidad, raza, antecedentes socioeconómicos, localidad geográfica y otros factores sociales y económicos como contribuyentes importantes al estado de la salud. Los conceptos extendidos de la salud de las mujeres, y por lo tanto la investigación, tienen como foco el estudio y entendimiento de la salud de las mujeres como reflejo de la mirada de elementos que contribuyen a la calidad general de las vidas de las mujeres en los Estados Unidos hoy.

En 1985, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) publicó el *Informe del Grupo de Trabajo del Secretario sobre la Salud de la Población*

Negra y Minoritaria, el cual documentó disparidades en la preponderancia de enfermedades, su progreso, y sus resultados en la salud, lo cual incluía tasas de mortalidad excesivamente altas, para las minorías provenientes de muchas condiciones que afectan a todos los segmentos de la población de los EE.UU. Seguido a éste, muchas organizaciones dentro y fuera del gobierno federal se dirigieron hacia la salud de las mujeres minoritarias. El Centro Conjunto para Estudios Políticos y Económicos que preparó este informe, publicó datos sobre la salud de las mujeres minoritarias por primera vez en su informe de 1992, *Una Evaluación de la Salud de los Americanos Negros: Un Libro de Datos*, y ha estado entre las organizaciones más efectivas que trabajan para enfocar la atención de nuestra nación sobre estos asuntos.

Los años de cierre del siglo 20 se caracterizaron por una aumentada atención hacia los asuntos de la salud de la mujer, lo cual resultó en establecer oficinas federales, programas, legislatura y políticas para fomentar el estudio de asuntos de la salud de la mujer y para promover la inclusión más amplia de mujeres y minorías en la investigación biomédica. Estos cambios reflejan el reconocimiento de que, para que los resultados de la investigación biomédica y de comportamiento sean aplicables ampliamente, los investigadores y clínicos tienen que entender cómo las diferencias culturales, étnicas, y raciales pueden influir en las causas, el diagnóstico, la evolución, el tratamiento y los resultados de las enfermedades entre las diferentes poblaciones, que incluye a mujeres de localidades geográficas y trasfondos económicos diversos. Este libro de datos será valioso para científicos, partidarios y encargados de formular política para entender el estado de la salud de las mujeres de color en este país de manera de formular políticas y prioridades de investigación para mejorar la salud de todas las mujeres en los Estados Unidos.

El desafío inherente en la investigación de la salud de la mujer es el establecer una base de conocimiento científico que permita el diagnóstico confiable y la prevención efectiva y las estrategias de tratamiento para todas las mujeres, inclusive de aquellas de orígenes étnicos y culturales, localidades geográficas y estados económicos diversos. La meta final es el aumentar el conocimiento médico a través de la ciencia cabal y así informar acerca del desarrollo

de políticas y estándares médicos de los cuales todas las mujeres – y hombres – se puedan beneficiar de igual manera. Tal y como el sexo y el género constituyen parámetros que tienen que ser incorporados en el diseño de estudios de investigación clínica, si los resultados de tales investigaciones han de ser aplicados ampliamente a través de intervenciones y políticas de cuidado de la salud, así también los factores raciales, étnicos, y culturales tienen que ser tomados en cuenta en el diseño e implementación de los protocolos de investigación.

Durante las últimas dos décadas, la evolución de las percepciones científicas, públicas y políticas ha llevado a políticas que obligan a la inclusión más amplia de ambos hombres y mujeres de trasfondos diversos en los estudios de investigación clínica. La necesidad de un mejor entendimiento de sí – y cómo – el sexo, el género, las diferencias culturales y raciales influyen en la patobiología, etiología, diagnóstico, evolución, tratamiento y resultado de las enfermedades entre las diferentes poblaciones ha resultado también en cambios en estrategias y temas de investigación.

Las políticas a favor de incluir a las mujeres y minorías en la investigación clínica financiada por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) tienen su origen en el movimiento pro la salud de la mujer. La publicación de un informe por el Grupo de Trabajo del Servicio de Salud Pública sobre la Salud de la Mujer en 1985 motivó a los NIH a promulgar una política que urge la inclusión de mujeres en la investigación clínica. Más adelante, en 1987, científicos minoritarios y otros en los NIH reconocieron la necesidad de dirigirse a la inclusión de poblaciones minoritarias. Así, en una versión posterior de 1987 de la Guía de los NIH, se publicó por primera vez una política que animaba la inclusión de minorías en los estudios clínicos. Luego de la entrega de un informe de 1990 de la Oficina de Contaduría General que documentaba problemas con la implementación de esta política y la subsecuente fundación de la Oficina de Investigación sobre la Salud de la Mujer en septiembre de 1990, esta política de inclusión se fortaleció y expandió. El Acta de Revitalización de los NIH de 1993 (Ley Pública 103-43) legislativamente ordenaba la inclusión de mujeres y miembros de grupos minoritarios en todos los estudios de investigación apoyados por los NIH, así reemplazando y ampliando las políticas previas. Las modificaciones a las directrices de inclusión de los

NIH resultantes, publicadas en marzo de 1994, requieren que las mujeres y minorías y sus subpoblaciones sean incluidas en toda investigación con sujetos humanos apoyada por los NIH; que las mujeres y minorías y sus subpoblaciones sean incluidas en pruebas clínicas FASE III en cantidades adecuadas para permitir análisis válido de las diferencias en el efecto de intervención; que el costo no se permite como una razón aceptable para excluir estos grupos; y que los NIH inicien programas y apoyo para esfuerzos de alcance exterior para reclutar y retener a mujeres y minorías y sus subpoblaciones como voluntarios en estudios clínicos. Mientras que las directrices requieren inclusión, también reconocen que la inclusión tiene que ser determinada por la ciencia. Dependiendo de los asuntos científicos bajo estudio, no toda investigación requiere la inclusión de todo grupo minoritario, o aún en algunos casos, de ambos sexos. Más importante, los investigadores tienen la oportunidad de recoger información sobre mujeres y minorías cuando se están formulando las hipótesis, mediante ello permitiendo que se tomen en cuenta las variables de género, raza, etnicidad, y trasfondo socioeconómico mientras que los estudios están siendo diseñados, y de diseñar tales estudios, según sea apropiado, para permitir el análisis por sexo y género.

A pesar de que ahora por ley pública se les requiere a los investigadores incluir mujeres y grupos minoritarios como sujetos en la investigación clínica, los NIH reconocen que hay otras barreras que sobrepasar en reclutar y retener mujeres de trasfondos diversos como sujetos de investigación. Tales barreras incluyen la necesidad de diversidad cultural entre los investigadores, relaciones más cercanas entre los investigadores y las comunidades a ser estudiadas, sobrepasar problemas significativos de logística relacionados con el papel de las mujeres como proveedoras de cuidado y como trabajadoras salariables, y la apreciación de las diferencias en creencias culturales de los participantes potenciales. La Oficina de Investigación sobre la Salud de la Mujer está abordando estas barreras a través de una serie de programas y actividades, de las cuales este informe es solo una.

Vivian W. Pinn, M.D.

Directora Asociada de Investigación sobre
la Salud de la Mujer
Institutos Nacionales de la Salud

C O N T E N I D O

PRÓLOGO	iii
ASPECTOS DESTACADOS	xi
FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR	
Herencia étnica y racial	1
Indioamericanos o nativos de Alaska	3
Nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico	8
<i>Nativos de Hawái</i>	9
<i>Nativos de otras islas del Pacífico</i>	11
Hispanos o latinos	13
Negros o afroamericanos	19
Asiáticoamericanos	26
<i>Subpoblaciones principales</i>	27
<i>Factores que afectan la salud</i>	29
Mujeres adolescentes de color	35
<i>Acceso a los servicios</i>	35
<i>Salud</i>	36
<i>Comportamientos de riesgo para la salud</i>	38
EL COTO	38
ABUSO DE SUSTANCIAS	40
OPERACIÓN INSEGURA DE VEHÍCULOS DE MOTOR	41
<i>Comportamientos saludables</i>	41
Mujeres ancianas de color	42
<i>Demografía</i>	43
INDIOAMERICANOS O NATIVOS DE ALASKA	43
NATIVOS DE HAWAII O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO	43
HISPANOS O LATINOS	44
NEGROS O AFROAMERICANOS	44
ASIÁTICOAMERICANOS	44
<i>Acceso al cuidado de salud</i>	44
<i>Evaluación de la salud</i>	48
Referencias	51
EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR	
Expectativa de vida	63
Calificaciones de salud autoinformadas	65
Causas principales de muerte	67
Otras causas de muerte	70
Comportamiento y estilos de vida	71
<i>Peso corporal: Mujeres de color</i>	71
<i>Peso corporal: Mujeres adolescentes de color</i>	73
<i>Ejercicio</i>	74
<i>Niveles de colesterol</i>	76
<i>Uso del tabaco entre las mujeres de color</i>	77
<i>Uso del tabaco entre las mujeres adolescentes de color</i>	79

<i>Consumo de alcohol entre las mujeres de color</i>	80
<i>Consumo de alcohol entre las mujeres adolescentes de color</i>	82
<i>Muertes relacionadas con el alcohol</i>	83
<i>Uso de marihuana y otras sustancias por las mujeres de color</i>	84
<i>Uso de cocaína y crack por las mujeres de color</i>	85
<i>Uso de sustancias ilícitas por las mujeres adolescentes de color</i>	86
<i>Muertes relacionadas con las drogas</i>	89
<i>Comportamiento sexual: Mujeres adolescentes de color</i>	90
<i>Abuso físico/sexual</i>	92
<i>Violencia</i>	94
Servicios de cuidado preventivo de la salud	95
<i>Medidas preventivas de la salud</i>	95
<i>Exámenes físicos</i>	98
<i>Cuidado prenatal</i>	99
<i>Uso de sustancias durante el embarazo</i>	100
<i>Resultados de nacimiento: Peso</i>	102
<i>Resultados de nacimiento: Mortalidad infantil y materna</i>	103
Acceso a Servicios y Seguro de Salud	105
<i>Acceso a seguro de salud: Gente de color</i>	105
<i>Acceso a seguro de salud: Mujeres de color</i>	107
<i>El obtener servicios de cuidado de salud</i>	110
Morbilidad y Mortalidad	112
<i>Hipertensión</i>	112
<i>Enfermedades cardiovasculares</i>	114
<i>Cánceres</i>	115
CÁNCERES DEL PULMÓN Y LOS BRONQUIOS	117
CÁNCER DEL SENO	118
CÁNCER CERVICAL	120
<i>Enfermedades cerebrovasculares</i>	121
<i>Diabetes mellitus</i>	122
<i>Enfermedades transmitidas por contacto sexual entre las mujeres de color</i>	124
<i>Enfermedades transmitidas por contacto sexual entre las mujeres adolescentes de color</i>	125
<i>Infección del VIH y SIDA</i>	126
<i>Salud mental entre las mujeres de color</i>	130
<i>Salud mental entre las mujeres adolescentes de color</i>	131
<i>Osteoporosis y artritis</i>	132
Referencias	133
ASUNTOS RELACIONADOS CON MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR	
Disparidades raciales/étnicas de la salud	143
Recopilación de datos	144
Necesidades de investigación y tratamiento	149
Localidades para servir a la gente de color	150
Necesidad de médicos y proveedores de color	151
Conclusión	153
Referencias	154

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

1. Diferencias en población por raza y etnicidad, 1990 a 2000	2
2. Población hispana por subgrupo, 2000	14
3. Causas principales de muerte para las mujeres por raza/etnicidad, 1999	68

FIGURAS

1. Población nativa de Hawaii o de otras islas del Pacífico por subgrupo, 2000	8
2. Población asiáticoamericana por subgrupo, 2000	26
3. Esperativa de vida al nacer en años por raza y sexo, 1990, 1994, 1994–1996, 1998, 1999, 2001	63
4. Calificaciones de salud autoinformadas entre las mujeres por raza/etnicidad, 2000	65
5. Tasas de mortalidad ajustadas por edad debida a causas principales de muerte entre las mujeres por raza/etnicidad, 1999	67
6. Tasas de muerte a causa de homicidios y armas de fuego entre las mujeres por raza/etnicidad, 1999	70
7. Porcentaje ajustado por edad de mujeres que estaban en peso saludable y sobrepeso, 1988–1994	71
8. Porcentaje ajustado por edad de mujeres que estaban sobrepeso por raza/etnicidad, 1997	72
9. Imagen corporal e intentos de perder peso entre las mujeres adolescentes por raza/etnicidad, 1999	73
10. Mujeres adolescentes que participan en diversas actividades físicas por raza/etnicidad, 1999	74
11. Actividad física entre las mujeres en vivienda rural y urbana en edades de 40 años o más, por raza/etnicidad, 1997	75
12. Porcentaje ajustado por edad de mujeres con niveles altos de colesterol sérico, 1982–1984, 1988–1994	76
13. Porcentaje ajustado por edad de mujeres en edades de 18 años o más que fuman en la actualidad por raza/etnicidad, 1997–1999	77
14. Distribución de porcentajes ajustados por edad de mujeres según su condición de fumar y raza/etnicidad, 1992–1995	78
15. Mujeres adolescentes en grados 9 a 12 por raza/etnicidad y uso de cigarrillos, 1999	79
16. Mujeres que se abstienen de consumir alcohol por raza/etnicidad, 1985, 1991, 1993	80
17. Mujeres adultas que informan consumo frecuente de alcohol por raza/etnicidad y edad, 1999	80
18. Mujeres en grados 9 al 12 que consumen alcohol por raza/etnicidad, 1999	82
19. Tasas de muerte ajustadas por edad a causa de cirrosis/enfermedades crónicas del hígado, 1995–1997	83

20. Mujeres que usan marihuana y otras sustancias por raza/etnicidad, 1998	84
21. Mujeres que usan cocaína y cocaína crack por raza/etnicidad, 1998	85
22. Mujeres adolescentes que informaron uso de por vida, en el año anterior, y en el mes anterior de cualquier droga ilícita por raza/etnicidad, 1999	86
23. Mujeres adolescentes que informaron dependencia de drogas ilícitas o de alcohol en el año anterior por raza/etnicidad, 1999	86
24. Mujeres adolescentes que usan marihuana y cocaína por raza/etnicidad, 1999	87
25. Mujeres en escuela superior que iniciaron comportamientos relacionados con las drogas antes de la edad de 13 años por raza/etnicidad, 1999	88
26. Distribución de mujeres por raza/etnicidad, 1999	89
27. Muertes relacionadas con las drogas entre mujeres por raza/etnicidad, 1999	89
28. Comportamiento sexual de las mujeres adolescentes por raza/etnicidad, 1999	90
29. Mujeres en escuela superior que informaron abuso físico y sexual por raza/etnicidad, 1999	92
30. Mujeres victimizadas alguna vez en su vida por raza/etnicidad, 1996	94
31. Mujeres que se hicieron una prueba Pap durante el año anterior por raza/etnicidad, 1998	95
32. Porcentaje ajustado por edad de mujeres de 40 años de edad o más que informaron haberse hecho una mamografía en los dos años anteriores, 1997	96
33. Mujeres que se han comprobado la presión sanguínea y se han hecho un examen físico en el año anterior por raza/etnicidad, 1991	98
34. Madres que inician cuidado prenatal durante el primer trimestre por raza/etnicidad, 1999	99
35. Futuras madres que fuman durante el embarazo por raza/etnicidad, 1999	100
36. Bebés de bajo peso como porcentaje de todos los nacimientos vivos por raza/etnicidad de las madres, 1999	102
37. Tasas de mortalidad infantil por raza/etnicidad de las madres, 1998	103
38. Muertes neonatales y postneonatales por raza/etnicidad de las madres, 1996–1998	104
39. Cubierta de seguro de salud para personas de menos de 65 años de edad por raza/etnicidad, 1999	105
40. Mujeres a quienes les falta cubierta de seguro de salud por raza/etnicidad, 1999	107
41. Mujeres a quienes les falta cubierta de seguro de salud por raza/etnicidad, 1998	107
42. Mujeres en edades de 18 a 64 años por tipo de cubierta de seguro de salud y raza/etnicidad, 1998	108
43. Cubierta de seguro de salud para mujeres de menos de 65 años de edad por raza/etnicidad, 1999	109
44. Mujeres en edades de 18 a 64 años con problemas de acceso al cuidado de salud en el año anterior por raza/etnicidad, 1998	110
45. Contactos médicos por lugar de contacto y raza del paciente, 1996	111
46. Hipertensión ajustada por edad entre mujeres de 20 años de edad o mayores por raza/etnicidad, 1972–1994, 1982–1984, 1988–1994, 1992, 1992–1994	112

47. Muertes debidas a enfermedades del corazón entre las mujeres por raza/etnicidad, 1999	114
48. Incidencia ajustada por edad y mortalidad a causa de todas las formas de cáncer entre las mujeres por raza/etnicidad, 1988–1992, 1990–1997	115
49. Incidencia ajustada por edad y mortalidad a causa de cánceres del pulmón y los bronquios entre las mujeres por raza/etnicidad, 1988–1992, 1990–1997	117
50. Incidencia ajustada por edad y mortalidad a causa de cáncer del seno entre las mujeres por raza/etnicidad, 1988–1992, 1990–1997	118
51. Incidencia ajustada por edad y tasas de mortalidad a causa de cáncer cervical entre las mujeres por raza/etnicidad, 1988–1992, 1990–1997	120
52. Tasas de mortalidad ajustadas por edad a causa de enfermedades cerebrovasculares entre las mujeres por raza/etnicidad, 1999	121
53. Tasa de diabetes ajustada por edad entre las mujeres durante el embarazo por raza/etnicidad, 1993–1995	122
54. Casos de gonorrea entre mujeres en edades de 20 a 44 años por raza/etnicidad, 1999	124
55. Casos de gonorrea entre mujeres Adolescentes por raza/etnicidad, 1999	125
56. Distribución de mujeres por raza/etnicidad, 2000	126
57. Casos de SIDA entre mujeres por raza/etnicidad informados hasta el final de diciembre, 2000	127
58. Casos de infección del VIH entre las mujeres por raza/etnicidad informados hasta el final de diciembre, 2000	128
59. Mujeres en edades de 18 años o más que experimentaron síntomas de depresión moderados o severos en la semana anterior por raza/etnicidad, 1993	130
60. Mujeres adolescentes que consideraron seriamente o intentaron el suicidio en el año anterior por raza/etnicidad, 1999	131
61. limitación de actividad debido a la artritis autoinformada entre las mujeres de 15 años de edad o mayores por raza/etnicidad, 1989–1991	132

ASPECTOS DESTACADOS

- La adquisición de cuidado de calidad y los consecuentes resultados en la salud para las mujeres de color están moldeados por varios factores socio-culturales-económicos. Estos incluyen ambientes físicos y sociales (especialmente para indioamericanos/nativos de Alaska, latinos, y negros), aislamiento lingüístico (especialmente asiáticoamericanos, latinos, y nativos de Hawaïi o nativos de otras islas del Pacífico), y el racismo (especialmente negros y asiáticoamericanos).
- Aunque las mujeres de color generalmente tienen una expectativa de vida más corta que las mujeres blancas, poblaciones selectas de mujeres asiáticas (japonesa, filipina, y china en ambos Hawaïi y California) y las mujeres hispanas (en California y Puerto Rico) informan las expectativas de vida más largas entre las mujeres, que igualan o exceden las de las mujeres blancas. Mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y negras informan las expectativas de vida más cortas.
- A pesar de tasas declinantes de muerte por enfermedades del corazón durante los últimos 50 años, las enfermedades del corazón se mantienen como la causa principal de muerte para todas las mujeres, con la excepción de las mujeres asiáticas y de islas del Pacífico, para quienes son la segunda causa principal de muerte.
- Además de enfermedades del corazón, otras causas prominentes de muerte para mujeres de color son: cánceres (especialmente para las negras), diabetes mellitus (todas las mujeres de color), enfermedades cerebrovasculares (especialmente las indioamericanas/nativas de Alaska), lesiones accidentales, y VIH/SIDA (especialmente las mujeres negras).
- La obesidad, un problema para mujeres de color, está relacionada en parte con estilos de vida sedentaria y “dietas de pobreza” (altas en grasa y bajas en frutas y vegetales) y contribuye al desarrollo de ambas, la diabetes y las enfermedades del corazón. Las indioamericanas, las nativas de Hawaïi, las americanas de Samoa y las mujeres negras son las que tienen más probabilidad de estar sobrepeso u obesas.
- El fumar cigarillos entre las mujeres negras de todas las edades ha declinado desde los postreros 1980s, aunque el fumar ha aumentado un poco entre las mujeres hispanas y asiáticoamericanas más jóvenes durante este período. Entre 1997 y 1999, las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (32 por ciento) informaron la tasa más alta de fumar, seguida de las mujeres negras (21 por ciento) y las latinas (13 por ciento).
- La mayoría de los casos nuevos de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) entre las mujeres se informan entre las mujeres afroamericanas e hispanas. El ochenta por ciento de los casos nuevos que se informaron entre mujeres en el 2000 fueron entre estas dos subpoblaciones que juntas constituyen sólo el 25 por ciento de todas las mujeres.
- La incidencia de bebés de peso de nacimiento bajo y muy bajo varía considerablemente con la raza/etnicidad de las madres de las criaturas. Por ejemplo, en 1999, las madres negras no hispanas con más probabilidad daban a luz bebés con peso de nacimiento bajo (13 por ciento de los nacimientos vivos a estas madres), mientras que las madres chinas con menos probabilidad lo hacían así (5 por ciento).
- Muchas mujeres de color no se aprovechan de pruebas preventivas de salud tales como la prueba Pap y exámenes del seno en una forma regular debido a una variedad de factores (disponibilidad de cobertura de seguro, accesibilidad a las localidades, creencias culturales y falta de información). Por ejemplo, un estudio halló que dos terceras partes de las inmigrantes asiáticas en California nunca se habían hecho una prueba Pap y 70 por ciento nunca se había hecho una mamografía.
- La gente de color se hallaba representada desproporcionadamente entre las casi 43 millones de personas sin seguro de salud en 1999. Entre las personas de bajo ingreso dentro de cada grupo racial/étnico, los que con más probabilidad se hallaban sin seguro eran los hispanos (44 por ciento), asiáticos o nativos de islas del Pacífico (42 por ciento) y los negros (28 por ciento).

- A pesar de que la incidencia medida de depresión y otros problemas mentales varía por estudio y entre las subpoblaciones de las mujeres de color, una mayoría de mujeres hispanas, afroamericanas, y asiáticas en un estudio informaron una necesidad no suplida de cuidado de salud mental en el año anterior.
- Recopilar datos acerca de las mujeres de color es problemático, siendo algunos de los problemas principales el contar de menos, fallar en recoger datos para las subpoblaciones dentro de cada grupo e identificar incorrectamente a las mujeres de color.
- Una mayor cantidad de localidades médicas con base en la comunidad y con proveedores de cuidado de salud culturalmente sensibles es necesaria para servir 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 las más de 281 millones de personas contadas en el censo del 2000 como residentes de los Estados Unidos (hasta abril 15, 2000), más de la mitad (143,368,343 o 50.9 por ciento) eran mujeres.¹ Más de 41 millones de éstas eran mujeres de color. Estas 41.4 millones de mujeres de color se distribuyeron como sigue: 43 por ciento negras no hispanas, 41 por ciento hispanas, casi 13 por ciento asiáticas no hispanas, 0.4 por ciento nativas de Hawaii o de otras islas del Pacífico (no hispanas), y 2.5 por ciento indioamericanas/nativas de Alaska (no hispanas). Las mujeres de color son más de la cuarta parte (casi 29 por ciento) de todas las mujeres de los EE.UU. En números crudos, hay casi 18 millones de mujeres negras (no hispanas), poco más de 17 millones de mujeres hispanas, más de 1 millón de mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (no hispanas), más de 5.2 millones de mujeres asiáticas (no hispanas), y casi 175,000 nativas de Hawaii o de otras islas del Pacífico (no hispanas).²

Los cambios entre los censos de 1990 y 2000 en rotular los grupos raciales/étnicos y en la cantidad de designaciones que se podían seleccionar han hecho difícil comparar los totales de poblaciones entre los dos años. Permitir a los que respondieron seleccionar múltiples clasificaciones raciales/étnicas en el censo del 2000 ha resultado en al menos dos tipos de totales para cada grupo poblacional. Un total es la cantidad de personas que marcaron una raza dada solamente, y el otro es la cantidad de personas que indicaron o sólo la raza dada o ésta en combinación con otras razas. Tener totales múltiples para las categorías raciales/étnicas en el 2000 significa que las comparaciones de tasas de crecimiento poblacional entre 1990 y 2000 variarán. Por ejemplo, la población de indioamericanos/nativos de Alaska aumentó por casi 38 por ciento entre 1980 y 1990.³ Sin embargo, entre 1990 y 2000, esta población aumentó o por 26 por ciento (si se usa la población que seleccionó indioamericano/nativo de Alaska como su única designación racial en 2000) o por 110 por ciento (si se usa la población que seleccionó indioamericano/nativo de Alaska o como su única designación racial o en combinación con otras designaciones raciales). Subyacente a estas tasas de crecimiento diferentes están las 1.2 millones

de mujeres que se identificaron solamente como indioamericanas o nativas de Alaska versus las 2.1 millones de mujeres que se identificaron como indioamericanas/nativas de Alaska solamente y en combinación con algún(os) otro(s) grupo(s) racial(es)/étnico(s).⁴

De forma similar, a pesar de que la población negra aumentó por un 13 por ciento durante la década de 1980–1990, entre 1990 y 2000 la población negra aumentó por 16 por ciento o por 22 por ciento, depende de si la cuenta del 2000 utilizada refleja las personas que escogieron esta designación racial sola, o personas que escogieron esta designación racial sola y en combinación con otras designaciones raciales. Una diferencia de casi 1 millón de mujeres existe entre aquellas que designaron su raza como afroamericana solamente y aquellas que escogieron su designación sola y en combinación con otras afiliaciones raciales/étnicas.⁴ A pesar de cambios en la definición de algunos subgrupos latinos, el origen hispano fue capturado de manera consistente en ambos, el 1990 y el 2000. Entre 1980 y 1990, la población hispana creció por un 53 por ciento; entre 1990 y 2000, esta población aumentó por casi tres quintas partes (58 por ciento).

Cuando ha sido posible, los rótulos de población y la presentación de datos en este volumen son conforme a las revisiones recientes de la Directiva de Política Estadística No. 15, Estándares de Raza y Etnicidad para Estadísticas Federales e Informes Administrativos. Estas revisiones fueron publicadas, para comentarios, por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) a mediados de los 1990s, y su versión final sirvió de guía en la recopilación de datos en el censo decenal del 2000. La nueva terminología de raza/etnicidad será adoptada por otras entidades federales tan pronto como sea posible pero no más tarde de enero 1, 2003.⁵ Al punto donde los datos no están disponibles para algunos de los grupos sub-poblacionales según definidos en la Directiva 15 del OMB (por ej., para asiáticos aparte de los nativos de las islas del Pacífico), los datos más actuales se proveen para los grupos según sea disponible (por ej., asiáticos y nativos de las islas del Pacífico juntos).

Los estándares revisados tienen un mínimo de cinco categorías raciales: Indioamericano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, nativo de Hawaii o

TABLA 1
Diferencias en población por raza/etnicidad, 1990 a 2000

Raza	Censo de 1990		Censo de 2000			
	Cantidad	Por ciento de la población total	Raza sola	Por ciento de la población total	Raza solo o en combinación*	Por ciento de la población total*
Población Total	248,709,873	100.0	281,421,906	100.0	281,421,906	100.0
Indioamericano o nativo de Alaska	1,959,234	0.8	2,475,956	0.9	4,119,301	1.5
Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	365,024	0.1	398,835	0.1	874,414	0.3
Negro o afroamericano	29,986,060	12.1	34,658,190	12.3	36,419,434	12.9
Blanco	199,686,070	80.3	211,460,626	75.1	216,930,975	77.1
Asiático	6,908,638	2.8	10,242,998	3.6	11,898,828	4.2
Alguna otra raza	9,804,847	3.9	15,359,073	5.5	18,521,486	6.6
HISPANO O LATINO						
RAZA	Cantidad	Por ciento de la población total	Raza sola	Por ciento de la población total	Raza solo o en combinación*	Por ciento de la población total*
Población Total	248,709,873	100.0	281,421,906	100.0	281,421,906	100.0
Hispano o latino (de cualquier raza)	22,354,059	9.0	35,305,818	12.5	35,305,818	12.5
No hispano ni latino	226,355,814	91.0	246,116,088	87.5	246,116,088	87.5
Indioamericano o nativo de Alaska	1,793,773	0.7	2,068,883	0.7	3,444,700	1.2
Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	325,878	0.1	353,509	0.1	748,149	0.3
Negro o afroamericano	29,216,293	11.7	33,947,837	12.1	35,383,751	12.6
Blanco	188,128,296	75.6	194,552,774	69.1	198,177,900	70.4
Asiático	6,642,481	2.7	10,123,169	3.6	11,579,494	4.1
Alguna otra raza	249,093	0.1	467,770	0.2	1,770,645	0.6

Fuente: U.S. Census Bureau. Population by Race and Hispanic or Latino Origin for the United States: 1990 and 2000. Census 2000 PHC-T1. Table 4. April 2001.

*Las cantidades para los seis grupos de raza pueden sumar a más de la población total y los seis porcentajes pueden sumar a más del 100 por ciento porque los individuos pueden indicar más de una raza

de otras islas del Pacífico, y blanco. La etnicidad será informada como “hispano o latino” o como “no hispano o latino”. “Indioamericanos o nativos de Alaska” incluye a personas que rastrean sus orígenes a cualquiera de las gentes indígenas de América del Norte y América del Sur (inclusive de la América Central) y que mantienen una afiliación tribal o un apego comunitario. “Asiáticos” son las personas que tienen sus orígenes en cualquiera de las gentes originales del Lejano Oriente, Asia Sudoriental, o el subcontinente indio. Esto incluye a personas de, por ejemplo, Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam. “Negro o afroamericano” se refiere a cualquier persona que tenga orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Aunque este grupo está dominado por descendientes de africanos traídos a los Estados Unidos durante la era esclava, también incluye a migrantes más recientes primordialmente de África y el Caribe.

“Nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico” incluye a personas que rastrean sus orígenes a cualquiera de las gentes indígenas de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico. El término nativo de Hawái no incluye a los individuos nativos del estado de Hawái por virtud de haber nacido allí. Nativos de islas del Pacífico incluye a gente con los siguientes orígenes: carolino, fidji, nativo de Kosrae, melanesio, micronesio, nativo de las islas Marianas del Norte, nativo de Palauan, nativo de Papua Nueva Guinea, nativo de Pohnpei, polinesio, nativo de la isla Salomón, tahitiano, nativo de Tarawa, Tokelauo, tongano, nativo de Truk y nativo de Yap. “Blanco” se refiere a personas que tienen orígenes en cualquiera de las gentes originales de Europa, el Medio Oriente, o Nor-África. “Hispano o latino” se refiere a una

persona de cultura u origen cubano, mejicano, puertorriqueño, sur- o centroamericano (no indígena) u otro origen español, sin importar la raza. Los totales poblacionales para los puertorriqueños residentes en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico no se incluyen en la población total Latina de los EE. UU.; sus totales se informan por separado.⁶

Además de usar las cinco categorías raciales/étnicas mínimas designadas por la OMB, el censo del 2000 también informó datos para una sexta categoría “alguna otra raza”. De hecho, los totales poblacionales de ambos censos el de 1990 y el del 2000 se proveyeron para la categoría “alguna otra raza”. En 1990, casi 4 por ciento (9.8 millones de personas) de la población enumerada fue de “alguna otra raza”. Para el 2000, esta porción había aumentado a 5.5 por ciento e incluía casi 5.4 millones de personas que designaron “alguna otra raza” como su única afiliación. Cuando ambas designaciones raciales, sencillas y múltiples, fueron tabuladas, sin embargo, 18.5 millones de personas (6.6 por ciento de la población enumerada en el censo del 2000) seleccionaron “alguna otra raza”. Una mayoría (60 por ciento) de las personas que se clasificaron como de “alguna otra raza” eran hispanos. Este libro de datos no incluye conclusiones para personas en esta sexta categoría.

En este libro de datos, la información para los subgrupos poblacionales se presenta en orden aproximadamente cronológico según la fecha de llegada de cualquier miembro del grupo a lo que ahora es los Estados Unidos. El orden de presentación estándar es: indioamericano o nativo de Alaska, nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico, hispano o latino, negro o afroamericano, y asiático. Para grupos

designados por dos términos que generalmente se aceptan como equivalentes, tales como “negro o afroamericano”, los dos términos se usan intercambiablemente en el texto.

Además de las implicaciones para la presentación de datos en este volumen que resultan directamente de las revisiones en las definiciones de grupos raciales/étnicos entre los censos de 1990 y 2000, un cambio hecho en la base para el ajuste por edad de las estadísticas de salud también puede influir en la evaluación de mejoramiento o empeoramiento del estado de salud entre los diferentes grupos. También en el año 2000, el Centro Nacional para Estadísticas de Salud cambió el estándar de población-millón utilizado para ajuste por edad, de la distribución de edades de la población de los Estados Unidos en 1940, a la distribución de edades de la población de los Estados Unidos en el 2000.⁷ Cambiar el estándar de población-millón utilizado para ajuste por edad así refleja la distribución actual de población, que tiene una proporción mayor de personas de 65 años de edad o más. Las tasas ajustadas por edad se calculan pesando el promedio de las tasas de edad específica, usando pesos determinados por la estructura de edades de la población estándar. Este cambio en metodología puede hacer difícil distinguir entre un verdadero descenso en tasa de mortalidad, por ejemplo, que representa progreso en cerrar los espacios en estado de salud por raza/etnicidad, y un descenso asociado solamente al cambio en la población-millón utilizada. Así, algunos de los datos ajustados por edad en esta edición del Libro de Datos sobre la Salud de las Mujeres de Color pueden diferir dramáticamente de los datos en la edición previa. Estas diferencias, si se notan con datos que están ajustados por edad, pueden ser más “en papel” que reales.

Indioamericanos o nativos de Alaska

Los ancestros de la gente conocida hoy como indioamericanos/nativos de Alaska vivían en Norteamérica muchos siglos antes de que vinieran los europeos. Aunque de 12 a 15 millones de indios estaban aquí cuando Colón llegó en 1492, el censo del 2000 informó casi 2.5 millones de personas que se clasificaron como indioamericanos o nativos de Alaska solamente y más de 4 millones que se clasificaron como parte indioamericano o nativo de Alaska.¹ De los 2.5 millones que se identificaron como indioamericanos o nativos de Alaska solamente casi la mitad eran mujeres (1.24 million).⁴

Los Indioamericanos/nativos de Alaska están establecidos como 556 tribus reconocidas federalmente.⁸ Cada tribu pertenece a una de siete naciones (tales

como la Navajo o Iroquoii); 226 de estas tribus están en Alaska, mientras que las otras están en 34 estados en los Estados Unidos continentales.⁹ Casi 300 reservas en los 48 estados contiguos y aproximadamente 500 unidades de gobierno en Alaska sirven de hogar a las tribus.¹⁰

Las muchas subpoblaciones indioamericanas/nativas de Alaska son culturalmente distintas, diversas, y complejas, y están creciendo a más de tres veces la rapidez que la población blanca. Los indioamericanos/nativos de Alaska hablan más de 300 distintos lenguajes, lo cual hace sus dialectos más diversos que la familia entera de lenguajes indoeuropeos.¹¹ Esta diversidad, unida a sus muchos grupos de población pequeña esparcidos a través de los Estados Unidos, ha hecho difícil proveer un sistema de cuidado de salud uniforme, fácilmente accesible para los indioamericanos/nativos de Alaska. El censo de 1990 informó que casi tres quintas partes (59 por ciento) de los 2.2 millones de indioamericanos vivían en áreas urbanas al contrario de una algo menor porción de esquimales (50 por ciento) y una mayor porción de aleutas (69 por ciento).^{12,13} Otros estiman que una tercera parte vive en áreas urbanas, otra tercera parte vive en reservaciones, y una tercera parte se muda de una a otra entre las dos.¹¹

A pesar de que los indioamericanos/nativos de Alaska son diversos culturalmente hasta el punto en que a menudo se hace insignificante clasificarlos juntos para cualquiera, excepto las más amplias comparaciones, sus experiencias compartidas incluyen:

- el rápido y obligado cambio de una cooperativa, una sociedad basada en clanes, a un sistema capitalista y de familia nuclear;
- la ilegalización del lenguaje y las prácticas espirituales;
- la muerte de generaciones de ancianos a causa de enfermedades infecciosas o guerras y
- la pérdida de la habilidad de usar la tierra andada por sus ancestros por miles de años.¹⁰

Estas experiencias han fomentado el desarrollo de muchas características entre los indioamericanos/nativos de Alaska que tienen influencia en su comportamiento al buscar y responder a los servicios de cuidado de salud. La gente nativa es por lo general fuertemente autónoma, son pensadores no lineales (especialmente acerca del tiempo), usan comunicación y estilos indirectos, y tienen sospechas históricas de las autoridades.¹¹

Recibir servicios de salud por medio del gobierno federal, como lo hacen los indioamericanos/nativos

de Alaska por las obligaciones de tratados, influye en su habilidad de obtener acceso y utilizar los servicios de cuidado de salud. El gobierno de los EE.UU. ha firmado más de 800 tratados con las tribus, lo cual los obliga a mantener un nivel razonable de educación y salud entre los indioamericanos/nativos de Alaska.¹¹

– parte del Servicio de Salud Pública de los EE.UU. desde 1955 – provee cuidado de salud a través de sus clínicas y hospitales a todos los indioamericanos/nativos de Alaska que pertenecen a tribus reconocidas federalmente y que viven en o cerca de las reservas en sus 12 áreas de servicio. Estas áreas de servicio contienen 151 unidades de servicio (análogas a departamentos de salud de las ciudades o condados) las cuales operan hospitales, y estaciones y centros de salud.¹⁴ De las 151 unidades, las 66 administradas por el IHS operaron 37 hospitales y 107 estaciones y centros de salud hasta octubre 1, 1998. Las restantes 85 unidades de servicio operadas por los gobiernos tribales de indioamericanos o nativos de Alaska administran 12 hospitales y 394 estaciones, centros de salud y clínicas de villas en Alaska.

La mayoría de las localidades del IHS se encuentran en reservaciones indioamericanas, las cuales con mayor frecuencia resultan estar en áreas rurales.¹⁵ Sin embargo, 36 proyectos urbanos operados por indios, clínicas de salud o servicios comunitarios y remisiones, proveen cuidado para los indioamericanos/nativos de Alaska que viven en áreas urbanas y, por lo tanto, han perdido elegibilidad al cuidado del IHS cerca de sus reservaciones como resultado de vivir aparte de ellas por 180 días.^{14,16,17} Estas localidades operadas por indios también sirven a miembros de tribus que no están reconocidas federalmente, esto es, reconocidas sólo por sus estados.¹⁵

Los servicios en áreas urbanas y en áreas rurales que no son parte de las reservaciones a menudo son muy limitados y no están coordinados.^{10,17} En 1987, sólo 41 por ciento de todos los indioamericanos/nativos de Alaska incluidos en la Encuesta de Indioamericanos y Nativos de Alaska de 1987 (SAIAN) informaron tener localidades del IHS como fuente de cuidado de salud todo el año.¹⁸ Un 25 por ciento adicional informó tener cubierta privada y 18 por ciento informó cubierta pública a través del año. El restante 16 por ciento indicó que tuvieron algún otro tipo de cubierta de seguro de salud por parte del año. La SAIAN también halló que, entre residentes de áreas estadísticas metropolitanas (MSAs), sólo 24 por ciento informó del IHS como su forma de seguro de salud a través del año, con 35 por ciento de los residentes de MSAs declarando que tenían cubierta privada.¹⁸

El IHS informó su población de usuarios como de más de 1.3 millones. Esto se define como “aquellos indioamericanos y nativos de Alaska que utilizaron los servicios del IHS al menos una vez durante el período de 3 años anteriores”. Información más reciente indica un descenso en acceso por indioamericanos o nativos de Alaska al cuidado de salud a través del IHS. Otras fuentes informan mucho menos uso de los servicios del IHS, esto incluye una encuesta que halló que sólo el 20 por ciento de los indioamericanos y nativos de Alaska informaron utilización de servicios de salud administrados por el IHS ese año.^{15,19} De la población de indioamericanos/nativos de Alaska no elegible para usar los servicios de salud del IHS (esto es., 80 por ciento de la población total), 54 por ciento tenía cubierta de seguro de salud a base del empleo, 17 por ciento estaba cubierto a través de Medicaid, y 6 por ciento estaba cubierto a través de alguna otra fuente de seguro de salud. El restante 23 por ciento no tenía seguro de salud de ninguna clase.¹⁵

Disparidades geográficas en el lugar de las localidades y la pequeña cantidad de localidades en áreas urbanas explican en parte el que las mujeres urbanas indioamericanas tengan ambas, mayores dificultades en obtener acceso al cuidado prenatal y menor probabilidad de obtener tal cuidado, que las mujeres afroamericanas o las blancas.²⁰ Por ejemplo, hay sólo una unidad de servicio operada por el IHS al este del río Mississippi (en el área de Nashville – el Hospital Cherokee en North Carolina) para servir a todos los indioamericanos desde Maine hasta Florida.²¹ Aunque la población elegible para cuidado en el área de servicio de Nashville es relativamente pequeña – 76,587 – está esparcida a lo ancho de más de 13 estados en el noreste, en el litoral atlántico, y en la costa del golfo.¹⁴

En el año fiscal (FY) 1999, la cantidad de unidades de servicio dentro de cada área de servicio varió de dos en el área de Tucson a 26 en el área de servicio de California. El siguiente año fiscal (2000) Tucson aún tenía la menor cantidad de centros de servicio, 3 mientras que la mayor cantidad estaba en Oklahoma (un total de 38). Éstas eran las áreas con la menor y mayor población de servicio – 28,567 y 313,116, respectivamente. Además, ambas, California (131,005) y Portland (155,876), no tenían hospitales, mientras que Aberdeen (100,441) y Phoenix (146,777) cada una tenía ocho hospitales.^{14,19}

Otra barrera para el acceso al cuidado de salud para los indioamericanos/nativos de Alaska es una falta de financiamiento federal para el IHS. Aunque el gobierno federal está obligado por tratados a

proveerle a los indioamericanos y nativos de Alaska un nivel razonable de cuidado de salud, el IHS no le garantiza los servicios a su población de clientes. En vez, les provee servicios a base del financiamiento federal disponible. En 1999, las asignaciones de fondos federales proveyeron sólo 59 por ciento del financiamiento necesario para operar el IHS.²²

¿Cómo ha el legado de los indioamericanos/nativos de Alaska en este país tenido influencia en la salud de las mujeres indias? El mayor legado de la relocalización forzada de los indioamericanos a través de los Estados Unidos ha sido el colocarlos en comunidades en las cuales se enfrentan al racismo y la hostilidad de sus vecinos no nativos.²³ La relocalización forzada tuvo lugar en el período de 1830–1850, cuando las tribus fueron relocalizadas de tierras al este del río Mississippi a Oklahoma, y durante el período de 1945 a 1968, cuando, en un intento de encauzarlos, el Negociado de Asuntos Indios les dió a los indioamericanos transportación de una vía para relocalizarse a áreas urbanas.^{9,16,24,25} En lugar de encauzar, el vivir urbano trajo desempleo continuo y pobreza a muchos indioamericanos/nativos de Alaska. Cuando se comparan a los migrantes forzados de reservaciones indias a áreas urbanas, tales como Los Ángeles, los migrantes voluntarios tienden a ser más exitosos.¹⁶

El racismo, unido con una desconfianza hacia el gobierno de los EE.UU., ha engendrado baja autoestima entre muchos indioamericanos/nativos de Alaska. El racismo y el discrimen también han contribuido a la pobreza en la que casi 26 por ciento de los indioamericanos/nativos de Alaska viven.²⁶ Específicamente, 27 por ciento de los indioamericanos, 26 por ciento de los esquimales, y 13 por ciento de los aleutas informaron ingresos bajo el nivel federal de pobreza en 1990.²⁷ Las tasas de pobreza entre las casas con mujeres como jefe de familia son aún mayores que las tasas de pobreza para individuos; 26 por ciento de todas las casas de indioamericanos/nativos de Alaska tuvieron mujeres como jefe de familia, y 50 por ciento de estas casas tuvieron ingresos bajo el nivel de pobreza.³ Cincuenta y un por ciento de todas las casas de indioamericanos con mujeres como jefe de familia tuvieron ingresos bajo el nivel de pobreza, como así 39 por ciento y 31 por ciento de las casas de esquimales y aleutas

comparables.²⁷ Se estima que la mitad de todos los niños indioamericanos/nativos de Alaska menores de la edad de seis años viven en pobreza.*

Esta pobreza surge de las altas tasas de desempleo entre ambos hombres y mujeres indioamericanos/nativos de Alaska. En 1990, aunque el desempleo para hombres y mujeres de todas las razas era 6 por ciento, entre hombres indioamericanos la tasa era 16 por ciento. Las mujeres indioamericanas estaban un poco mejor que los hombres indioamericanos, con una tasa de desempleo de 13 por ciento, la tasa de desempleo para mujeres de todas las razas era 6 por ciento.¹⁴

La pobreza y el desempleo, a su vez, han fomentado la dependencia del bienestar social y dietas repletas de alimentos de mercadería gubernamental, altos en ambas, grasa y calorías. La malnutrición que era un problema entre los indioamericanos/nativos de Alaska hace dos generaciones ha sido reemplazada por la obesidad.²⁸ Se informa que sesenta por ciento de ambos, mujeres y hombres, indioamericanos/nativos de Alaska están sobrepeso y, por lo tanto, en riesgo de diabetes y otras enfermedades. Aproximadamente 20 por ciento de los indioamericanos tienen diabetes, una tasa que es el doble de la de la población general de los EE.UU. La diabetes mellitus no dependiente de insulina ha alcanzado proporciones epidémicas entre algunas tribus.^{11,16} Aunque se mantiene como un menor problema para los nativos de Alaska que para los indioamericanos, la preponderancia de la diabetes mellitus entre los nativos de Alaska ha aumentado en diez veces entre 1960 y 1990.²⁴ La enfermedad renal (del riñón) de etapa final es 2.8 veces más común entre indioamericanos que entre blancos, y la preponderancia de enfermedad renal de etapa final atribuible a la diabetes es 5.8 veces la de los blancos.²⁸ La neuropatía y las amputaciones también son comunes entre los diabéticos indioamericanos. Las tasas ajustadas por edad de muerte a causa de diabetes mellitus entre indioamericanos son cuatro veces aquellas de los blancos y el doble de las de los afroamericanos.¹⁴

Un estilo de vida sedentario y una disminución aguda de cazar y recoger están implicadas en la alta preponderancia de la obesidad, y los problemas de

* El nivel de pobreza difiere para los individuos y familias por la composición de la casa y por tamaño. Por ejemplo, en 1999, aunque el nivel de ingreso de pobreza, o umbral, para familias de cuatro personas fue un promedio de \$17,029, este promedio incluye un umbral de \$16,895 para una familia de cuatro personas, con dos niños y dos adultos junto con un umbral de \$17,465 para una familia de cuatro personas, con un niño y tres adultos.²⁶ Así, es difícil informar los niveles de ingreso que representan pobreza para las poblaciones que se discuten.

salud relacionados con ella, y en la mortalidad entre los indioamericanos/nativos de Alaska. Un estudio que examina la preponderancia de factores de riesgo – hipertensión, fumar cigarrillos en la actualidad, colesterol alto, la obesidad, y la diabetes – para enfermedades cardiovasculares (CVD) entre los indioamericanos y nativos de Alaska halló que casi la cuarta parte (24 por ciento) de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska tenían dos o más factores de riesgo para CVD. De todas las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska encuestadas, 23 por ciento eran hipertensas, 29 por ciento eran fumadoras en la actualidad, y 19 por ciento estaban obesas (índice de masa corporal de 30 kg/m² o mayor).²⁹

La pobreza, combinada con la supresión histórica de religiones indígenas y prácticas médicas, tiene que colocar a los indioamericanos/nativos de Alaska en riesgos de salud debido a la degradación ambiental. Estos riesgos de salud resultan de vivir en viviendas de calidad pobre (a menudo con pintura a base de plomo que envenena a los niños) y estar expuestos a las toxinas locales. La mitad de todos los indioamericanos/nativos de Alaska viven en áreas con locales de desperdicios tóxicos sin control.³⁰ De los más de 1,000 vertederos abiertos localizados en tierras indioamericanas o nativas de Alaska identificados en 1998, una tercera parte contenía desperdicios peligrosos o desperdicios que requerían manejo especial. Las áreas de servicio de Alaska, Oklahoma y Phoenix cada una tenía más de 100 locales de vertederos abiertos, mientras que el área de servicio Navajo tenía más de 200 locales de vertederos abiertos.³¹

La falta de una fuente sana de agua o de un sistema de alcantarillado o de ambos, condiciones que caracterizaron a 28,700 hogares indioamericanos/nativos de Alaska en el año fiscal 1995, también coloca a los indioamericanos/nativos de Alaska en riesgo de dolencias y enfermedades.³² En algunas reservas a uno de cada cinco hogares le faltan servicios sanitarios interiores. De 1993 a 1995, los indioamericanos fueron el grupo racial/étnico que con más probabilidad informaba problemas severos con su vivienda.³³ Problemas físicos severos con la vivienda incluyen falta total de servicios sanitarios interiores (o sólo de agua caliente o fría), falta de electricidad o problemas eléctricos severos, o disfunción prolongada del equipo de calentador durante el invierno.³⁴

La falta de acceso a los ambientes o ecosistemas tradicionales y la supresión de prácticas religiosas y médicas amenazan el caudal de conocimientos

desarrollado acerca de plantas y hierbas. Según van desapareciendo los ambientes que sostienen compuestos derivados de plantas tales como la digitoxina y la efedrina, la base de conocimientos acerca del uso de plantas y hierbas está desapareciendo con aún más rapidez.¹¹ El hecho de que el IHS, en varias de sus localidades, ambas en los Estados Unidos continentales y en Alaska, permita a los curanderos y a otros curativos tradicionales tener horas de clínica y tratar a pacientes en sus localidades es una actividad cooperativa que puede ayudar a contrarrestar esto. Compartir las localidades de esta manera no sólo puede ayudar a fomentar y preservar la herencia indioamericana/nativa de Alaska, sino que puede exponer a los profesionales de la salud del IHS a prácticas curativas no occidentales de las cuales ellos pueden aprender.¹¹

La falta de acceso a las tierras donde sus ancestros deambulaban libremente ha extinguido los papeles tradicionales de su género (como cazadores, jinetes, y protectores) para los hombres indioamericanos/nativos de Alaska. Los hombres indioamericanos/nativos de Alaska a menudo han canalizado su ira acerca de esto en contra de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, quienes aún tienen que llenar el papel de cuidadoras para sus familias. La violencia familiar entre los indioamericanos/nativos de Alaska toma muchas formas – abuso infantil y negligencia, abuso senil, abuso conyugal, abandono del cónyuge, y abuso sexual de niños jóvenes.²³ La violencia se informa en 16 por ciento de todas las relaciones maritales entre los indioamericanos/nativos de Alaska, siendo la violencia severa informada en 7 por ciento de estas relaciones.¹¹ Las víctimas de violencia íntima y familiar indioamericanas con más probabilidad son lastimadas y necesitan atención médica que las víctimas de otras razas.³⁵

Ambas, la falta de ordenanzas tribales para lidiar con la violencia familiar y la negativa de las autoridades policiales locales, no indias, de tomar con seriedad los informes de violaciones hechos por las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (especialmente si son alcohólicas o abusan sustancias) limitan el recurso de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska que buscan ayuda. Además, muchas mujeres indioamericanas/nativas de Alaska son renuentes a informar maltrato por los hombres en sus vidas a autoridades no-indias a causa de la historia de trato severo a los hombres indioamericanos/nativos de Alaska por parte del sistema de justicia de los EE.UU.

El alcoholismo y sus efectos multigeneracionales se encuentra en la raíz de muchos de los problemas

de salud experimentados por las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, según se evidencia por la magnitud de sus tasas de muertes a causa del alcoholismo, la cirrosis, y otras enfermedades del hígado. Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska a menudo le hacen frente al haber sido víctimas anteriormente (a causa de incesto, violación y otras formas de asalto sexual) escapándose en el alcohol y las drogas; hacer esto, sin embargo, contribuye a tasas más altas de mortalidad.³⁶ Entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, las tasas de muertes asociadas con el alcoholismo son mucho más altas que entre las mujeres de todas las razas. Para el período de 1994–1996, la mortalidad debida al alcoholismo entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en edades de 25 a 34 años era casi 21 por cada 100,000 de la población, en contraste con la tasa de poco más de 1 por cada 100,000 para mujeres de todas las razas. Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en edades de 35 a 44 años tuvieron una tasa de mortalidad debida al alcoholismo de 67 por cada 100,000 en 1994–1996, casi 14 veces la tasa de las mujeres de todas las razas en los EE.UU.¹⁴

Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska que son alcohólicas o abusan sustancias, sin embargo, rara vez reciben hospitalización, detoxificación, o asesoría para sus adicciones. En su lugar, a menudo son encarceladas y pierden sus derechos paternos.¹¹ Además, el alcoholismo y el abuso de sustancias entre sus hijas a menudo añade a las tensiones de las mujeres ancianas indioamericanas/nativas de Alaska que terminan cuidando de sus nietos o biznietos, a la vez que soportan las enfermedades crónicas típicas de las mujeres mayores.²³ La falla de los programas de tratamiento de las adicciones, en particular, en incorporar elementos de sanación de las culturas nativas, tales como la rueda medicinal, dentro de sus ofertas de servicio crea otra barrera para la búsqueda del cuidado. Muchos nativos ven el uso de modelos de tratamiento euroamericanos que enfocan una sola enfermedad, en vez de la persona entera, como otra forma de opresión. Esta visión así rinde los programas inefectivos para los indioamericanos/nativos de Alaska.^{11,37}

Las circunstancias de vida prevalentes para muchas mujeres indioamericanas/nativas de Alaska ponen en peligro su salud en aún otra manera, porque la pobreza, la baja autoestima, el alcoholismo, el abuso de sustancias pueden interferir con su habilidad de buscar cuidado preventivo de salud. La necesidad de acudir a proveedores culturalmente insensibles localizados a grandes distancias limita las prácticas

de salud preventiva, colocando así el día en el cual tales medidas como el autoexamen del seno hayan sido enseñadas adecuadamente y aceptadas por las comunidades indioamericanas/nativas de Alaska en el futuro lejano.²³ El cuidado preventivo de salud para cánceres puede estar aún más lejos de hacerse una realidad porque no hay palabras para cáncer en algunos de los lenguajes de la gente indígena. Muchos sienten que hablar de la enfermedad hará que ésta ocurra y tienen una visión fatalista acerca del asunto. En otras tradiciones nativas, los supervivientes al cáncer son estigmatizados.¹¹

La respuesta de los indioamericanos/nativos de Alaska al virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) refleja su larga historia de maltrato por el gobierno de los EE.UU. y, consecuentemente, las complejidades relacionadas con proveerles tratamiento. Los términos infección del VIH y SIDA no tienen significado en todos los lenguajes indígenas.³⁸ Así, estas condiciones no pueden ser discutidas en lenguas locales, ni se les puede aplicar procedimientos curativos indígenas. El estigma y la homofobia asociados con la infección del VIH y el SIDA dentro de las comunidades indioamericanas/nativas de Alaska complican más allá la dificultad de dirigirse a este problema de salud.³⁹ Además, porque el gobierno federal no paga para que los indioamericanos/nativos de Alaska se hagan la prueba de la infección del VIH – como les ha pagado para que participen en otros programas de salud federales – muchos indioamericanos/nativos de Alaska tienen ambos, escepticismo acerca de la necesidad de hacerse las pruebas e indisposición para obtenerlas. La falta de confidencialidad en las clínicas del IHS también mantiene a los indioamericanos/nativos de Alaska alejados de hacerse las pruebas y recibir tratamiento.¹¹

Muchos indioamericanos/nativos de Alaska también ven el énfasis del gobierno federal en la extensión multicultural de financiamiento para la prevención del VIH/SIDA como algo que favorece a los americanos negros y que resulta en que los grupos raciales/étnicos compitan entre sí por recursos muy limitados. Los indioamericanos/nativos de Alaska hallan difícil el identificar el VIH/SIDA como algo que los pueda afectar, ya que no hay un portavoz que sea indioamericano/nativo de Alaska que traiga el mensaje a casa en la forma en que la estrella de baloncesto Magic Johnson lo ha hecho para muchos jóvenes y para americanos negros.³⁸ Recientemente, una iniciativa auspiciada por el gobierno, en sociedad con el Centro Nacional de Prevención de SIDA en

Americanos Nativos (NNAAPC), comenzó trabajos para desestigmatizar el VIH/SIDA en las comunidades indioamericanas/nativas de Alaska. El NNAAPC ha estado activo en las comunidades indígenas desde 1988, y así se ha ganado el respeto de muchas comunidades indioamericanas/nativas de Alaska.³⁹

Nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico

El censo del 2000 contó casi 400,000 personas en los Estados Unidos que se identificaron como nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico solamente. Más de 196,000 de las 400,000 eran mujeres (ambas hispanas y no hispanas).⁴ La población que se identificó como nativa de Hawaii o de otras islas del Pacífico en combinación con otros grupos raciales (más de 874,000), sin embargo, fue más del doble de la cantidad de gente que seleccionaron esta afiliación sola.⁴ De aquellos que identificaron su raza como nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico solamente, los nativos de Hawaii son la subpoblación mayor, constituyendo 35 por ciento de todos los de las islas del Pacífico (140,652), siendo los samoanos el próximo grupo mayor con casi 23 por ciento (91,029). Adicionalmente, los nativos de otras islas del Pacífico fueron 27 por ciento de esta población (108,914).⁴⁰

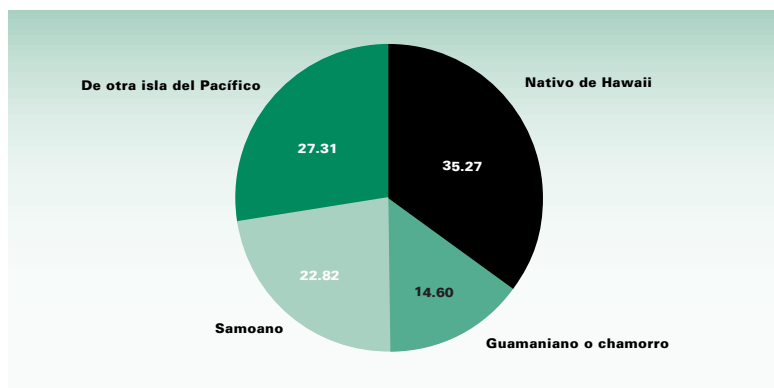
Los americanos nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico vienen de más de 22 islas – polinesias, micronesias, o melanesias – y hablan tantos como 1,000 lenguajes diferentes.^{41,42} La vasta mayoría son de las islas polinesias, las islas en el centro y sur del Pacífico que están más lejos de Asia. En 1990, 85 por ciento de los nativos de las islas del Pacífico – para ser exactos, más de 211,000 nativos de Hawaii, casi 47,000 samoanos americanos, y casi 18,000 tonganos – eran polinesios.^{41,43} Noventa y tres por ciento de los residentes de la Samoa americana son polinesios, lo que incluye a ambos samoanos y tonganos (quienes son 4 por ciento de la población), junto con el 2 por ciento que son blancos, y el 5 por ciento que son de otros grupos raciales/étnicos.

Los micronesios son el segundo mayor grupo de los nativos de las islas del Pacífico – cerca de uno en cada siete nativos de las islas del Pacífico – y los guamanos (más de 58,000 en 2000) son la mayor población micronesia.^{40,41,43} Formando casi el 15 por ciento de los nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico que indicaron sólo una raza

en el censo del 2000, la mayoría de los guamanos provienen de una mezcla de ancestros, descendientes de los chamorros nativos de Guam, que se han entrecasado con colonos provenientes primordialmente de España, Japón, las Filipinas, y los 50 estados de los EE.UU.⁴⁰ Los chamorros forman casi la mitad de los residentes, siendo los filipinos la cuarta parte, los chinos y japoneses juntos cerca de la quinta parte, y los blancos el 10 por ciento.⁴⁴ El segundo mayor grupo de micronesios son los de Palauan, quienes se contaban en poco más de 1,400 en 1990.⁴¹ Otras islas de la Micronesia incluyen a las Carolinas, las Marianas, las Marshall, y las Gilberts (ahora la República de Kinbati).⁴⁵ Los melanesios son sólo el 2 por ciento de los americanos nativos de islas del Pacífico, siendo los más de 7,000 fidji (que incluye ambos nativos y descendientes de los indioasiáticos que vinieron a trabajar en las plantaciones de coco en los últimos 1800s y los primeros 1900s) el grupo dominante.

Cerca de la mitad (45 por ciento) de todos los americanos nativos de islas del Pacífico vivían en Hawaii en 1990; un 30 por ciento adicional vivía en California, 4 por ciento en Washington, y 2 por ciento en cada uno Texas y Utah.⁴¹ De acuerdo al censo del 2000, más de 113,000 personas que se designaron como nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico solamente residían en Hawaii (más de 9 por ciento de la población del estado); cuando se consideran aquellos que respondieron nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico además de una o más razas, esta cantidad aumenta notablemente a más de 282,000 (23 por ciento de la población del estado).⁴⁶ Además, la mitad de los samoanos contados en

FIGURA 1
Población nativa de Hawaii o de otras islas del Pacífico por subgrupo, 2000
Por ciento



Fuente: U.S. Census Bureau, Census 2000. *Profile of General Demographic Characteristics for the United States: 2000*. May 15, 2001.

1990 vivían en California; una cuarta parte de todos los americanos tonganos vivían en Utah, muchos de ellos mormones conversos traídos a los Estados Unidos por los misioneros.⁴¹

Los ciudadanos de gobiernos autónomos de las islas en el Océano Pacífico al oeste de Hawaii tienen una variedad de relaciones políticas con los Estados Unidos y, en parte como resultado de esto, tienen varios diferentes estratos de cuidado de la salud. Guam, la más desarrollada de las islas en el Pacífico occidental, tiene un sistema de cuidado de la salud relativamente avanzado. La Comunidad de Naciones de las Marianas del Norte, sin embargo, provee un menor estrato de localidades de salud y cuidado a sus residentes. La República de Belau y los Estados Federados de Micronesia tienen hospitales antiguos y proveen un nivel generalmente más pobre de cuidado que las otras islas ya anotadas.⁴⁷

Nativos de Hawaii

Los nativos de Hawaii son individuos cuyos ancestros eran nativos de las islas de Hawaii antes del contacto inicial con los europeos en 1778.^{11,48} Aunque la población nativa de 1778 de las siete islas habitadas de Hawaii se estima en 300,000, un siglo después del contacto europeo (esto es, en 1878), la población nativa de Hawaii había disminuido por más de un 80 por ciento, a 57,985.⁴⁹ Durante los últimos 200 años, los nativos de Hawaii se han enfrentado a cambios sociales traumáticos, que han resultado en la pérdida de sus tradiciones y la amenaza de su supervivencia como un grupo distinto. La mayor parte de la disminución fue debida a las enfermedades víricas (que resultan en esterilidad), abortos, y epidemias tales como la viruela, el sarampión, la tos convulsiva, y la influenza. Las viviendas pobres, los servicios sanitarios inferiores, el hambre, la malnutrición, el alcohol, y el uso de tabaco también han contribuido al descenso.⁴⁹

La transformación política y económica de Hawaii asociada con la estadidad y con el desarrollo de una economía moderna de comercio/servicio ha resultado en la pérdida de tierra y poder político para los nativos de Hawaii.⁴⁸ En los primeros 1900s, la demanda de obreros para trabajar en la economía de plantaciones que se ampliaban, la cual no podía suplirse localmente, fue satisfecha con la inmigración de más de 250,000 obreros extranjeros, la mayoría de los cuales eran japoneses y filipinos. En olas posteriores y en menor cantidad, los obreros también vinieron a Hawaii de Portugal, Puerto Rico, España, y Korea.

Como resultado, la población de Hawaii hoy es multi-racial/étnica con un estimado de sólo 8,000 descendientes de sangre pura de nativos de Hawaii restantes.⁵⁰ Sin embargo, más de 80,000 residentes de Hawaii escogieron nativo de Hawaii como su sólo identificación racial en el censo del 2000.⁴⁶ Los nativos de Hawaii se definen hoy a incluir ambos nativos de Hawaii “puros” y los que son “en parte” de Hawaii. Son el grupo racial/étnico en Hawaii de más rápido crecimiento. En 1996, los nativos puros y los en parte de Hawaii, combinados, eran poco más de la quinta parte de la población en Hawaii (21 por ciento) y contaban como la tercera parte (34 por ciento) de los recién nacidos en las islas de Hawaii.^{50,51}

Los nativos puros y los en parte de Hawaii poseen menos de un 1 por ciento de las islas de Hawaii, aunque están intentando recuperar su soberanía sobre una mayor parte del estado.¹¹ De acuerdo con una encuesta de opinión pública de 1999, la tierra – que incluye derechos de tierra y tierras natales – es la causa principal de preocupación para los nativos puros y los en parte de Hawaii.⁵²

De la más de la tercera parte de nativos de Hawaii que residen fuera del estado de Hawaii, 70 por ciento están en el Oeste (esto es., los estados de las Montañas o el Pacífico).⁵⁰ Casi tres quintas partes (59 por ciento o 42,285) de la población nativa de Hawaii en los Estados Unidos continentales vive en los estados de California, Oregón, y Washington. Además, 12 estados informan de 1,000 o más nativos de Hawaii. La mayoría de las estadísticas para los nativos de Hawaii, sin embargo, representan a las dos terceras partes de la población que reside en el estado de Hawaii.

Los problemas de salud de los nativos de Hawaii hoy en día en gran medida reflejan su estado socio-económico. En 1990, más del 12 por ciento de los nativos de Hawaii vivían en casas con ingresos de menos de \$15,000, y estos nativos de Hawaii constituían el 22 por ciento de todos los individuos en el estado de Hawaii en casas con ingresos a ese nivel.⁵⁰ Además, aunque el 6 por ciento de todas las familias en Hawaii tenían ingresos bajo el nivel de pobreza en 1989, 14 por ciento de todas las familias de nativos de Hawaii tenían ingresos a nivel de pobreza.⁵⁰ La media de ingreso por casa de \$36,135 para los nativos de Hawaii, sin embargo, estaba cerca de la media estatal de \$38,829 en 1989. Las casas encabezadas por mujeres nativas de Hawaii y sin esposo presente tenían una media de ingreso en 1989 de \$17,493, considerablemente por debajo

de la media estatal.⁵⁰ Treinta y tres por ciento de estas mujeres cabezas de familia tenían ingresos por debajo del nivel de pobreza. De los 83,919 que recibieron asistencia gubernamental en Hawaï en 1999, 28 por ciento eran nativos puros o en parte de Hawaï, 7 puntos de porcentaje por encima de su parte de la población estatal.⁵⁰ De los nativos de Hawaï que recibieron asistencia gubernamental estatal, 94 por ciento recibieron asistencia del bienestar social, anteriormente Asistencia a Familias con Niños Dependientes (AFDC) y, en la actualidad, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF).⁵⁰

La pobreza entre las mujeres nativas de Hawaï está asociada con sus resultados en el mercado obrero. Aunque las mujeres nativas de Hawaï eran 11 por ciento de la fuerza laboral civil femenina, ellas eran el 18 por ciento de las mujeres desempleadas en la fuerza laboral civil en 1998. Las tasas de desempleo de 1998 para ambos mujeres y hombres nativos de Hawaï están cerca del 6 por ciento.⁵⁰ Además de estar a menudo desempleados, los nativos de Hawaï frecuentemente están empleados a tiempo parcial o están marginalmente autoempleados en la agricultura y la pesca.⁴⁸

Muchos nativos de Hawaï se involucran en comportamientos de alto riesgo, y el grupo en total tiene resultados más pobres de salud (tales como una expectativa de vida más baja) que otros grupos en Hawaï. En un estudio que compara a los blancos, japoneses, nativos de Hawaï, filipinos, y chinos en Hawaï, los nativos de Hawaï calificaron más alto en todos los factores de riesgo por comportamiento (no usar el cinturón de seguridad, estar sobrepeso, fumar cigarrillos, usar alcohol, y conducir estando intoxicados) excepto la inactividad física.⁵³ Aunque la Encuesta Nacional de Salud y Examen de Nutrición II de 1976 a 1980 informó que 27 por ciento de todos los adultos de los EE.UU. en edades de 20 a 59 años estaban sobrepeso, en 1985, un estudio de los residentes de las tierras cedidas por el estado a los colonos de Hawaï (asignadas para arrendamiento a largo plazo en parcelas individuales a personas con al menos 50 por ciento de linaje nativo de Hawaï) en la mayormente rural isla de Molokai halló que 65 por ciento de estos nativos de Hawaï en edades de 20 a 59 años estaban sobrepeso. Estar sobrepeso se define como tener un índice de masa corporal [peso/altura] de 20 por ciento o más que el índice de masa corporal promedio para los blancos. Según esta medida, las mujeres nativas de Hawaï tenían 50 por ciento más probabilidad de estar sobrepeso que todas las mujeres de los EE.UU.⁵⁴ Las tasas de fumar entre las mujeres

nativas de Hawaï en Molokai – 34 por ciento informó ser fumadoras en la actualidad – también estaban un poco más altas que el 31 por ciento de las mujeres de EE.UU. quienes informaron ser fumadoras en la actualidad. Un 15 por ciento adicional de las mujeres nativas de Hawaï en Molokai indicó que habían sido fumadoras en el pasado. Entre las mujeres nativas de Hawaï en todas las islas de Hawaï, 63 por ciento se hallaron sobrepeso u obesas en 1998.⁵⁵

La obesidad está implicada en las altas tasas de diabetes entre las mujeres nativas de Hawaï, especialmente aquellas de 35 años o mayores, que se cuentan en el 36 por ciento de todos los casos informados en el estado de Hawaï.⁵⁰ Además, se conoce que 47 por cada 1,000 nativos de Hawaï son diabéticos.⁵⁵ Entre los nativos de Hawaï en el estudio de las haciendas de Molokai, se halló evidencia no sólo de diabetes sino también de control inadecuado de ella, hasta entre personas que sabían que tenían esta condición.⁵⁴ Los niveles de azúcar medida en la sangre y detectados en la orina de los nativos de Hawaï de quienes se sabía que tenían diabetes indican poco control de esta enfermedad crónica. Otro indicio de control pobre de la diabetes es la tasa de muerte relacionada con la diabetes, de casi 35 por cada 100,000 entre los nativos de Hawaï que residen en Hawaï.⁵⁶

Como la evidencia con la diabetes sugiere, los nativos de Hawaï a menudo comienzan tratamiento médico en las últimas etapas de las enfermedades. Ellos a veces buscan tratamiento médico sólo cuando el auto-cuidado y las prácticas tradicionales no han traído suficiente alivio.⁴⁸ Este patrón aparece en el comienzo del cuidado prenatal de las mujeres nativas de Hawaï, quienes son el 25 por ciento de las mujeres embarazadas de Hawaï.⁵⁰ Aunque más del 79 por ciento de las mujeres nativas de Hawaï comenzaron cuidado prenatal en el primer trimestre en 1999, éste es menos que el casi 86 por ciento de todas las mujeres en Hawaï que obtuvieron cuidado temprano en sus embarazos.⁵⁷ Cinco por ciento de las mujeres nativas de Hawaï esperaron hasta el tercer trimestre para buscar cuidado prenatal. Además, más de 43 por ciento de aquellas que no recibieron cuidado prenatal eran madres nativas de Hawaï.⁵⁰ El cuidado prenatal tardío o la ausencia de éste a menudo está envuelta en el peso de nacimiento bajo entre los bebés. En 1996, los recién nacidos nativos de Hawaï con bajo peso de nacimiento (menos de 2,500 gramos) fueron 24 por ciento de todos los bebés nacidos en Hawaï con bajo peso de nacimiento.⁵⁰

Las enfermedades del corazón y el cáncer son las principales causas de muerte entre los nativos

de Hawaii, como lo son entre otras poblaciones en los Estados Unidos. La hipertensión, un factor principal de riesgo para ambas, las enfermedades coronarias del corazón y los derrames, es un problema para los nativos de Hawaii de todas las edades. La tasa de hipertensión para la población nativa de Hawaii en 1998 fue de 103 por cada 1,000.⁵⁵ Aún entre nativos de Hawaii entre las edades de 6 a 18 años, la tasa por cada 1,000 de 1.2 es el doble de aquella para otros grupos étnicos en el estado (0.6 por cada 1,000). Entre los nativos de Hawaii en edades de 36 a 65 años, la tasa por cada 1,000 de 197 excede la tasa de 130 por cada 1,000 informada por los otros grupos raciales/étnicos en Hawaii.⁵⁰ El hecho de que la incidencia de hipertensión y enfermedades del corazón entre los nativos de Hawaii a lo largo de la vida excede aquella de los de Hawaii que no son nativos sugiere que el proceso subyacente a estas enfermedades comienza temprano en las vidas de los nativos de Hawaii. Para atender este problema de salud, chequeos y programas de prevención de enfermedades circulatorias deben tener como objetivo a los nativos jóvenes de Hawaii.⁵⁸

El cáncer del seno es el cáncer más común entre las mujeres nativas de Hawaii, con la mayor incidencia de todos los cánceres presentándose entre las de 65 a 74 años de edad.⁵⁹ Los casos de cáncer entre las mujeres nativas de Hawaii menores de 45 años de edad, sin embargo, comprenden casi la cuarta parte de todos los casos entre mujeres en las islas.⁴⁹ Porque la percepción acerca del cáncer en la cultura de Hawaii está atada a creencias de culpabilidad y retribución, las pacientes de cáncer del seno nativas de Hawaii a menudo son fatalistas y no luchan vigorosamente contra la enfermedad.⁶⁰

El SIDA también afecta a las mujeres nativas de Hawaii más que a otras mujeres en Hawaii. Para la primera mitad del 2001, casi 11 por ciento de todos los casos de SIDA informados en Hawaii desde 1983 fueron entre nativos de Hawaii.⁶¹ Entre el 1996 y el 2000, 16 casos de SIDA se informaron entre las mujeres nativas de Hawaii, casi la cuarta parte (24 por ciento) de todos los casos de SIDA informados entre las mujeres en el estado de Hawaii durante ese período.⁶² Una quinta parte de todas las muertes de SIDA entre 1989 y 1996 y la cuarta parte de todas las muertes de SIDA en sólo el 1996 en el estado de Hawaii ocurrieron entre los nativos de Hawaii.⁵⁰

Los esfuerzos para mejorar la salud y modificar el comportamiento entre los nativos de Hawaii o nativos de otras islas del Pacífico están plagados de obstáculos. Por ejemplo, la obesidad es aceptable

dentro de las culturas polinesias donde el gran tamaño corporal se asocia con el poder y el respeto.⁴⁸ Además, los esfuerzos de los de afuera de traer cambios en comportamiento son vistos por los nativos de Hawaii como una interferencia sobre sus tradiciones, las cuales valoran la integración, el balance, y la continuidad entre la persona, la naturaleza, y el mundo espiritual. Puede que se resistan a los cambios por tan sólo esta razón.¹¹ Por ejemplo, la cultura nativa de Hawaii enfatiza la conservación de la armonía, lo cual a veces resulta en la tendencia de los individuos a minimizar la importancia de sucesos tales como las enfermedades que los puedan apartar o reflejar falta de armonía. Esta tendencia resulta en tardanzas en buscar servicios.⁴⁸ Las experiencias previas con gente blanca u otros no nativos también han hecho que los nativos de Hawaii sospechen de los investigadores médicos y sus consejos.⁵⁴ Puede que no sea una expectativa realista el que los nativos de Hawaii abandonen sus comportamientos de alto riesgo sin primero resolver los problemas socio-económicos y los conflictos culturales que contribuyen a estos comportamientos.⁴⁸

Una forma de atacar las barreras culturales que afectan el llevar servicios de salud a las mujeres nativas de Hawaii sería el incorporar sistemas culturales tradicionales tales como Ho'oponopono (una conferencia familiar que asegura el entendimiento, la armonía y el acuerdo). Porque la cultura nativa de Hawaii se enfoca en la afiliación y los estrechos lazos personales para resolver y lidiar con los problemas, los nativos de Hawaii se sienten incómodos con las burocracias impersonales y la dependencia de las autoridades expertas dentro de estos sistemas.⁴⁸ El respeto a la importancia de 'Ohana (familia, o interdependencia y ayuda mutua y la conexión que viene de la misma raíz de origen) también es crítico para el desarrollo de sistemas de cuidado de salud efectivos para los nativos de Hawaii.¹¹ Las clínicas Papa Ola Lokahi y los Sistemas de Cuidado de Salud Nativos de Hawaii (NHHCS) son ejemplos de centros de cuidado de salud basados en la comunidad que son culturalmente sensibles a las necesidades de los nativos de Hawaii.

Nativos de otras islas del Pacífico

Samoa, un grupo de islas volcánicas en el océano Pacífico del sur casi a mitad de camino entre Honolulu y Sydney (Australia), está dividida en dos partes – el Territorio de los Estados Unidos de Samoa Americana y Samoa Occidental, la cual ha

sido un país independiente desde 1962.⁴¹ Sobre suelo de los EE.UU., la mayoría de los samoanos, el segundo grupo de mayor población de isleños del Pacífico después de los nativos de Hawái, residen primordialmente en la Samoa Americana, Hawái, y California.⁶³ Más samoanos viven en los EE.UU. continentales (casi 48,000) que en la Samoa Americana, aunque los residentes del continente mantienen estrechos lazos con su familia en Samoa al visitar en ocasiones rituales y enviar remisiones mensuales. Muchos regresan al Territorio de los EE.UU. de Samoa Americana a vivir permanentemente en algún momento.⁴⁴

Aunque, sin importar cual sea su residencia, los samoanos muestran altas tasas de diabetes mellitus no dependiente de la insulina, con morbilidad asociada debido a la hipertensión, las fallas renales, las enfermedades cardiovasculares, la ceguera, y las amputaciones.⁴⁴ Los samoanos se encuentran entre las poblaciones más obesas del mundo, siendo los samoanos en Hawái y California aún más obesos que aquellos en la Samoa Americana.⁶⁴ La hipertensión también es un problema para los samoanos adultos, con 13 por ciento de las mujeres samoanas en Hawái y 18 por ciento de las mujeres samoanas en California que informan de esta condición.⁶⁴ Los samoanos nacidos en los Estados Unidos tienen una mayor preponderancia de hipertensión en comparación con los samoanos nacidos en la Samoa Americana.

El promedio de la expectativa de vida para los samoanos al nacer es de alrededor de 72 años, al compartir los samoanos las principales causas de muerte con otras subpoblaciones americanas.⁴⁴ En orden descendente de frecuencia, las causas principales de muerte entre los samoanos adultos son: enfermedades del corazón, el cáncer, los accidentes, las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de obstrucción pulmonar (y condiciones aliadas), y la influenza y la neumonía. El cáncer del seno es el tipo de cáncer que se diagnostica más comúnmente en las mujeres americanas samoanas que viven en California y Hawái.⁶⁵ El cáncer del seno representó el 22 por ciento de las muertes a causa de cáncer, mientras que cánceres del pulmón y los bronquios fueron la causa del 19 por ciento de las muertes por causa de cáncer entre las mujeres samoanas. El cáncer cervical representó el 8 por ciento de todas las muertes a causa del cáncer entre las mujeres.⁴⁴

El acceso al cuidado de la salud entre los samoanos que viven en la Samoa Americana es único, en parte por la relación política entre los Estados Unidos y

su territorio. Aunque este conjunto de islas, localizado 240 millas al suroeste de Hawái (el lugar más cercano para cuidado terciario para los residentes de la Samoa Americana), está subservido médicamente, la Samoa Americana ha operado una forma de Medicaid localmente apropiada desde 1983.⁴⁴ Todos los servicios a pacientes internados y la mayoría de los servicios a pacientes ambulatorios se proveen en el Centro Médico Tropical Lyndon Baines Johnson (LBJ) en la villa de Faga'alu en la isla de Tutuila. Para las personas que viven en las áreas urbanas de Tutuila, esta antigua instalación construida en 1968 es conveniente; sin embargo, para las personas en áreas rurales de Tutuila o en otras islas dentro del Territorio de los EE.UU. de la Samoa Americana, les es difícil obtener acceso al cuidado. El acceso financiero a los servicios en el LBJ no es problema para la población samoana debido al programa de Medicaid. Sin embargo, otras cosas, tales como una cantidad y amplitud insuficiente de profesionales de la salud necesarios, la falta de disponibilidad de herramientas de diagnóstico sofisticadas, y la falta de financiamiento para reemplazar el viejo y cada día más anticuado centro médico, obstaculizan el acceso al cuidado de calidad en la Samoa Americana.⁴⁴

Los samoanos que viven en los Estados Unidos continentales tienen más probabilidad de ser pobres que otros americanos y también tienen menos probabilidad de sostener empleos de mejor pago que provean cubierta de seguro para las familias.⁴⁴ Veinticinco por ciento de todas las familias samoanas americanas urbanas tienen ingresos bajo el nivel de pobreza, en comparación con el 10 por ciento de todas las familias blancas. La pobreza y los empleos de salario bajo entre los samoanos tienen que ver con sus niveles más bajos de educación. Las mujeres samoanas terminan la escuela superior a tasas más bajas que las otras poblaciones de mujeres de los EE.UU.⁴⁴

Otras barreras para el acceso al cuidado de salud para los samoanos americanos resultan de su aislamiento lingüístico, su cultura y tradiciones, y sus creencias acerca de la etiología de las enfermedades. Entre los grupos en los EE.UU. continentales, los samoanos americanos urbanos son uno de los más aislados lingüísticamente, según se define por el porcentaje de casas que no tienen personas que hablen sólo inglés o que no tienen personas que hablen inglés "muy bien". Casi dos terceras partes de los samoanos en los EE.UU. continentales informan que nadie en su casa de 14 o más años de edad habla sólo inglés, y casi una tercera parte informa que nadie

en su casa de 14 o más años de edad habla inglés “muy bien”.^{44,65} El aislamiento lingüístico hace difícil para los samoanos buscar y recibir cuidado de salud apropiado. Las tradiciones samoanas según se practican en el Territorio de los EE.UU. de la Samoa Americana incluyen una forma de vida sencilla, estrechamente unida, centralizada en la familia (aiga), el jefe (matai), la iglesia, y la villa. Aunque los samoanos que viven en California, Hawaii, y Washington tienden a vivir en comunidades similarmente estrechas bien definidas y a establecer nexos cercanos a sus iglesias, sólo en Hawaii, donde la comunidad samoana es visible y está concentrada en tres distintivas áreas (Laie, Kalihi, and Waianae) se han desarrollado clínicas centralizadas en la comunidad para proveer educación y cuidados de salud culturalmente apropiados.⁴⁴

Parte de la diferencia en la preponderancia de la hipertensión entre los samoanos de la Samoa Americana y en los Estados Unidos continentales ha sido atribuida a la pérdida del efecto protector de la estructura social tradicional fuerte entre los samoanos mayores.⁶⁶ Las altas tasas de suicidio entre los samoanos han sido explicadas de manera similar. Algunos ven las altas tasas de suicidios samoanos como la continuación de una “respuesta culturalmente aceptada a situaciones tensas inescapables”.⁶⁷ Otros ven los suicidios como resultado del conflicto entre los valores samoanos tradicionales y los valores recién introducidos.

Finalmente, las creencias samoanas acerca de la etiología de las enfermedades a menudo constituyen una barrera para que ellos busquen cuidado. Los samoanos le atribuyen los estados de enfermedad a tales factores como demasiado trabajo, demasiado poco sueño, el tiempo, ciertas comidas, las fricciones interpersonales, o los asuntos morales/religiosos. Ellos así a menudo se demoran en buscar cuidado para condiciones que son tratables o prevenibles.

Otros nativos de islas del Pacífico, especialmente si viven en áreas urbanizadas/occidentalizadas, también informan de intolerancia a la glucosa o diabetes. Por ejemplo, 11 por ciento de las mujeres polinesias urbanas (aparte de las nativas de Hawaii y las samoanas) informan la diabetes, mientras que en las áreas rurales entre el 1 y el 4 por ciento informa de esta condición.⁵⁴ Los micronesios de Nauru, un lugar afluente y relativamente occidentalizado, tienen una tasa de 30 por ciento de prevalencia para la diabetes, mientras que los melanesios en Fiji informan de tasas más bajas – 1 por ciento en las áreas rurales y 4 por ciento en las áreas urbanas.⁵⁴ En 1999, 14 por ciento de los Chamorro que residían en Guam

eran diabéticos. En Guam, la diabetes es la cuarta causa principal de muerte, con una tasa de mortalidad relacionada con la diabetes en 1998 de casi 24 por cada 100,000.

La diabetes prevalece entre las poblaciones nativas de Micronesia, sin importar si son de residencia urbana o rural, aunque la prevalencia varía por grupos de edades. Casi el doble de los de Pohnpei en edades de 35 a 44 años (14 por ciento), que de los de Kosrae y Truk en el mismo grupo de edades (7 por ciento y 9 por ciento, respectivamente) son diabéticos en Micronesia. Cerca de la quinta parte de los adultos en edades de 45 a 54 años que pertenecen a alguno de estos tres grupos son diabéticos. Entre los de 65 a 74 años de edad, los de Pohnpei otra vez tienen el doble de la probabilidad de los de Kosrae y Truk de ser diabéticos (21 versus 9 por ciento cada uno, respectivamente). La tasa de muerte por diabetes en los Estados Federados de Micronesia entre 1990 y 1997 fue de casi 32 por cada 100,000. La diabetes es también una de las causas principales de muerte en las Islas Marshall y en Palau.⁵⁶

Otra población de mujeres de islas del Pacífico – mujeres de las Islas Marshall – tiene altas tasas de incidencia de cáncer, lo que se cree que es resultado de probar bombas nucleares durante los 1950s y del subsiguiente desecho de desperdicios nucleares en las islas llevado a cabo por el gobierno de los EE.UU. La exposición a la radiación resultante se cree que sea en parte responsable por la incidencia de cáncer del seno y las tasas de mortalidad entre las mujeres de las Islas Marshall que son 5 veces aquellas de las mujeres blancas, y la incidencia de cáncer cervical entre las mujeres de las Islas Marshall es 75 veces aquella de las mujeres blancas.⁵⁹

Hispanos o latinos

Los primeros antepasados del grupo conocido hoy como hispanoamericanos o latinos fueron colonos españoles en los postreros 1500s quienes vinieron de Méjico a vivir en lo que ahora es los Estados Unidos Sudoccidentales. Los descendientes de estos antepasados y de las otras poblaciones de habla hispana que llegaron después constituyen el mayor grupo étnico en los Estados Unidos, que ahora se cuentan en 35.3 millones, con unos 3.8 millones adicionales de hispanos que residen en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.⁶ Los latinos son el 12.5 por ciento de la población total de los EE.UU. Las más de 17 millones de mujeres hispanas fueron poco menos de la mitad de la población total de hispanos en el 2000.⁶⁸

TABLA 2
Población hispana por subgrupo, 2000

	Cantidad	Porcentaje del total población hispana
Mejicano	20,640,711	58.5
Puertorriqueño	3,406,178	9.6
Cubano	1,241,685	3.5
Dominicano	764,945	2.2
Costaricense	68,588	0.2
Guatemalteco	372,487	1.1
Hondureño	217,569	0.6
Nicaragüense	177,684	0.5
Panameño	91,723	0.3
Salvadoreño	655,165	1.9
Otro centroamericano	103,721	0.3
Argentino	100,864	0.3
Boliviano	42,068	0.1
Chileno	68,849	0.2
Colombiano	470,684	1.3
Ecuatoriano	260,559	0.7
Paraguayo*	8,769	0.0
Peruano	233,926	0.7
Uruguayo	18,804	0.1
Venezolano	91,507	0.3
Otro suramericano	57,532	0.2
Español	100,135	0.3
Todo otro hispano o latino	6,111,665	17.3
Total	35,305,818	100.0

Fuente: Guzman, Betsy. *The Hispanic Population: Census 2000 Brief*. U.S. Census Bureau.

*Proporción menor de .01

Hoy, aquellos que se identifican como hispanos vienen de una variedad de diferentes países en Latinoamérica, el Caribe y Europa, con casi una quinta parte (19.3 por ciento) que ha llegado a los Estados Unidos entre 1990 y 2000.⁶⁹ Los principales subgrupos hispanos identificados en el censo del 2000 son mejicanoamericanos (más del 58 por ciento), puertorriqueños (casi 10 por ciento), y cubanoamericanos (casi 4 por ciento). Aquellos que se identifican como otros hispanos constituyen cerca del 28 por ciento de los más de 35 millones de hispanos en los Estados Unidos continentales. Este subgrupo incluye centroamericanos (casi 5 por ciento de todos los hispanos), suramericanos (casi 4 por ciento de todos los hispanos), personas de la República Dominicana, conocidos como dominicanos (más del 2 por ciento de todos los hispanos), españoles (0.3 por ciento de todos los hispanos), y un 17.3 por ciento adicional de la población hispana que no especificó país de origen (“Todos los otros hispanos”).⁶

De acuerdo con la Encuesta Actual de Población, una encuesta mensual representativa de 50,000 casas americanas, casi dos quintas partes (39 por ciento) de todos los hispanoamericanos habían nacido en el extranjero, y 61 por ciento de los bebés nacidos a mujeres hispanas en 1999 le nacieron a mujeres que habían nacido fuera de los 50 estados y Washington, D.C.^{57,70}

Más del 90 por ciento de la población hispana de la nación es urbana, con un 46 por ciento que vive en las ciudades centrales de áreas metropolitanas.⁷⁰ Casi el 77 por ciento de la población hispana reside

en siete de los estados más poblados (California, Texas, New York, Florida, Illinois, Arizona, y New Jersey), con las mayores cantidades en cuatro ciudades – New York, Los Angeles, Chicago, y Houston.⁶ El sur (casi 33 por ciento) y el oeste (44 por ciento), combinados, sirven de hogar para más de tres cuartas partes de todos los hispanos. En el oeste, la concentración hispana es más del doble del nivel nacional (más de 24 por ciento versus casi 13 por ciento nacionalmente).⁶

Muchos de los hispanos en el oeste viven en California, donde esta población ha crecido rápidamente, aumentando por cuatro veces entre 1970 y 1998 y alcanzando 10 millones en 1998. En 1990, California fue hogar para casi la mitad de la población total de los EE.UU. de ascendencia mejicana y para más de la tercera parte de la población centro y suramericana de los Estados Unidos. En la actualidad, uno de cada tres latinos en los Estados Unidos vive en California, y para 2025, se proyecta que los latinos serán el mayor grupo étnico en el estado.⁷¹

La población hispana en los Estados Unidos es diversa en muchas medidas. Los latinos pueden ser de cualquier raza. Así es que la población alcanza desde los de piel oscura hasta los de piel clara e incluye todos los tonos intermedios; los latinos incluyen a gente que son mezcla de indios, negros, blancos, y asiáticos.^{72,73} La población hispana incluye trabajadores agrícolas – los obreros en esta nación con una expectativa de vida de 49 años, tasas de mortalidad infantil de 25 por ciento superior al promedio de los EE.UU., y tasas más altas de cánceres y desórdenes reproductivos que la población general.^{3,74} Adicionalmente, se estima que los hispanos comprenden cerca del 80 por ciento de todos los trabajadores agrícolas migrantes – una ocupación que se caracteriza frecuentemente por la falta de cuidado de salud regular y de seguro de salud, y así de incidencia aumentada de males crónicos y enfermedades.⁷⁵ Diez millones de personas en ambos lados del límite entre México y los EE.UU. entre California y Brownsville, Texas, son hispanos, con muchos que viven en colonias, áreas no incorporadas que a menudo carecen de cisternas, alcantarillado, y agua corriente.⁷⁶ Los hispanos también incluyen a gente de países de habla hispana (tales como ciertas partes de El Salvador y varias regiones de México) cuyas lenguas primarias no son el español.^{77,78}

Aunque la edad media para la población hispana es 26 años (en comparación con la edad media de 35.3 años para la población entera de los EE.UU. en el 2000), diferencias significativas en la distribución

de edades existen entre las subpoblaciones latinas. Mientras que cerca de dos quintas partes (38 por ciento) de los mejicanos y más de la tercera parte de los puertorriqueños (34 por ciento) son menores de 18 años de edad, menos de la quinta parte (19 por ciento) de los cubanos están en este grupo de edad. Sin embargo, más de la quinta parte de los cubanos (21 por ciento) son mayores de 65.^{6,70} En el 2000, la edad media para los mejicanos era 24.2 años, para los puertorriqueños, 27.3 años, y para los cubanos, 40.7 años.⁶

Entre las subpoblaciones hispanas, los mejicano-americanos parecen disfrutar de mejor salud que lo que sería predecible, dado su estado socioeconómico y el hecho de que tienen bajas tasas de utilización de servicios de cuidado de la salud para ambas condiciones, físicas y mentales.⁷⁹⁻⁸¹ Específicamente, las mujeres mejicanoamericanas tienen menos probabilidad de tener hipertensión que las cubanas, las blancas, o las americanas negras, a pesar de su mayor probabilidad de ser pobres que las cubanas o americanas blancas.^{82,83} Los puertorriqueños y cubanoamericanos, sin embargo, usan las localidades de cuidado de salud a tasas comparables con los blancos. Las mujeres puertorriqueñas tienen menos probabilidad de ser hipertensas y más probabilidad de ser pobres que las mujeres mejicanoamericanas. En breve, hay tal variedad en la salud de los subgrupos hispanoamericanos que mirar las medidas agregadas puede ocultar diferencias significativas entre grupos.

Las condiciones de empleo y socioeconómicas de los hispanos, como las de todas las poblaciones en los Estados Unidos, tienen influencia sobre su acceso a seguros de salud y por lo tanto al cuidado de la salud. In 1998, la tasa de pobreza hispana era de 25.6 por ciento, y bajó al 22.8 por ciento en 1999.²⁶ Una cuarta parte de las mujeres hispanas tenían ingresos bajo el nivel de pobreza ese año también. Esta cuarta parte refleja el 29 por ciento de las mujeres puertorriqueñas con ingresos bajo el nivel de pobreza en 1999, junto con el casi 26 por ciento de las mujeres mejicanoamericanas con ingresos bajos similares.⁸⁴ Veinte por ciento de todas las familias hispanas tenían ingresos de nivel de pobreza, como así fue para el 14 por ciento de todas las familias latinas de parejas casadas.²⁶

Las tasas de desempleo y la participación en la fuerza laboral cuentan en parte para el nivel de pobreza de los hispanos. En el 2000, la tasa de desempleo para la población de origen español (ambos hombres y mujeres) de 6.8 por ciento fue

el doble de la tasa de desempleo para la población blanca no hispana del 3.4 por ciento. Esta tasa de 6.8 por ciento de desempleo estaba formada por la tasa de 6 por ciento para los hombres y la tasa de casi 8 por ciento para las mujeres. La parte que corresponde a la población hispana de 68 por ciento de la fuerza laboral refleja ambas, la tasa de 80 por ciento para los hombres hispanos (la cual excede la participación de 73 por ciento en la fuerza laboral para los hombres no hispanos) y el 56 por ciento para las mujeres hispanas (la cual queda corta del 61 por ciento de participación en la fuerza laboral de las mujeres no hispanas).⁸⁴ Al igual que con otras medidas, para los hispanos, hay variación por subgrupo en desempleo y tasas de participación en la fuerza laboral. Las tasas de desempleo para los mejicanoamericanos (7 por ciento) están cerca del promedio para la población hispana, mientras que las tasas para los puertorriqueños (8.1 por ciento) y otros hispanos (7.8 por ciento) son mayores que este promedio, y las tasas para los cubanos (5.8 por ciento) y las poblaciones de Centro y SurAmérica (5.1 por ciento) están por debajo del promedio.⁷⁰

Las casas de familias hispanas también tienen más probabilidad que las casas de familias no hispanas blancas de estar encabezadas por mujeres; estas casas encabezadas por mujeres también tienen más probabilidad de tener ingresos por debajo de la línea de pobreza federal que otros tipos de casas. Casi 36 por ciento de las casas de familias puertorriqueñas están encabezadas por mujeres, como lo están 27 por ciento de otras hispanas, 25 por ciento de las centro y suramericanas, 21 por ciento de las mejicanoamericanas, y 18 por ciento de las casas de familias cubanas. Aunque 26 por ciento de todas las casas no hispanas encabezadas por mujeres tuvieron ingresos por debajo del nivel de pobreza en 1999, la parte correspondiente de las casas encabezadas por mujeres latinas fue de 38 por ciento. Este 38 por ciento incluye el 47 por ciento de todas las casas puertorriqueñas encabezadas por mujeres con ingresos de nivel de pobreza, junto con el 38 por ciento de casas mejicanas encabezadas por mujeres y 34 por ciento de las casas cubanas encabezadas por mujeres con niveles de ingreso comparativamente bajos.⁸⁴

En general, cerca de la mitad (45 por ciento) de las familias hispanas pobres están encabezadas por mujeres y tienen probabilidades de encarar las tensiones combinadas de la pobreza, la falta de seguro de salud, la falta de cuidado de salud para sí mismas y sus hijos, y la falta de apoyo social.²⁶

Este arsenal de factores productores de tensiones coloca a estas mujeres en riesgo de tener problemas de salud mental así como de abusar del alcohol y otras sustancias. La falta de ciudadanía puede ser un factor más para producir tensión en las mujeres hispanas pobres y puede hacer que no deseen usar las clínicas públicas y otras localidades de atención a la salud por temor a ser detectadas y deportadas.^{85,86}

Cuando las mujeres hispanas están empleadas, tienden a tener trabajos de estado bajo y de baja paga. Los hispanos junto con los afroamericanos, tienen más probabilidad que los blancos no hispanos de hallarse entre los trabajadores pobres. Cerca del 13 por ciento de todos los hispanos y casi 14 por ciento de todas las mujeres hispanas informaron trabajar pero ganando salarios de nivel de pobreza, como lo hicieron casi 12 por ciento de todos los negros y casi 16 por ciento de las mujeres negras. Sólo 4 por ciento de todos los blancos no hispanos y 5 por ciento de las mujeres blancas no hispanas informaron trabajar a salarios de nivel de pobreza en 1999.⁸⁶

Los hispanos tienen tres veces la probabilidad de los blancos y casi dos veces la probabilidad de los afroamericanos de ser trabajadores a tiempo completo pero carecer de seguro de salud (37 por ciento de los hispanos, versus 12 por ciento para los blancos, y 20 por ciento para los afroamericanos).⁸⁷ Treinta y tres por ciento de la población hispana no estaba cubierta por seguro de salud durante todo el año 1999, siendo las personas en la fuerza laboral muchos de los no asegurados.⁸⁸ Esto refleja el 40 por ciento de mejicanoamericanos, el 31 por ciento de otros hispanos, el 19 por ciento de puertorriqueños, y el 18 por ciento de cubanos que no están asegurados.⁸⁹ Esta falta de seguro se debe en parte al hecho de que los hispanos tienen más probabilidad que los no hispanos de estar empleados en industrias y ocupaciones que no proveen beneficios de salud.⁶⁹ Además, dentro de varias industrias, los latinos tienen menos probabilidad que los no latinos de que sus empleadores les ofrezcan cobertura. También, porque los hispanos casados son más jóvenes que los casados blancos, tienen más probabilidad de tener niños pequeños en la casa, y por lo tanto, tienen más probabilidad de ser parte de una familia con sólo un trabajador a través de cuyo trabajo se podría obtener seguro.⁶⁹

Aunque seguro de salud financiado por el gobierno provee cobertura para algunos latinos, la cobertura de Medicaid de los hispanos con ingresos bajos comparables varía por estado de residencia, como así los requisitos de elegibilidad y las prácticas administrativas bajo este programa de seguro de

salud para todos los pobres. En general, sin embargo, 14 por ciento de los hispanos menores de 65 años de edad están inscritos en Medicaid. Esta cantidad incorpora el 13 por ciento de los mejicanoamericanos, el 25 por ciento de los puertorriqueños, y el 14 por ciento de otros hispanos que están cubiertos por Medicaid.⁸⁹ Los hispanos residentes de New York y California, sin embargo, tienen más probabilidad de estar inscritos en Medicaid que los hispanos igualmente pobres en la Florida o Texas.⁷⁶ Más allá de la probable falta de seguro de salud financiado por el empleador, los trabajadores pobres encaran doble peligro con respecto al cuidado de salud porque no pueden costear de su bolsillo cuentas médicas costosas y porque no califican para programas federales tales como Medicaid. Algunos de los trabajadores hispanos pobres tienen la desventaja adicional de no tener ciudadanía de los EE.UU. y así son inelegibles para programas federales de asistencia para la salud, aunque sus ingresos sean lo suficientemente bajos.

Aunque 54 por ciento de las mujeres hispanas trabajaron en 1995, la mitad de ellas trabajaron sólo a tiempo parcial.⁹⁰ La ocupación principal de las mujeres hispanas fue de asistentes clericales y administrativas (24 por ciento), siendo la siguiente parte mayor (18 por ciento) en especialidades profesionales. Este patrón difiere, sin embargo, por subgrupo hispano. Mientras que la ocupación principal de las mujeres hispanas para cada subgrupo continúa siendo de asistentes clericales y administrativas, las ocupaciones de servicio son la segunda categoría mayor para las mujeres mejicanas, puertorriqueñas, y otras mujeres hispanas. Entre las mujeres cubanas, las ocupaciones en ventas son la segunda mayor profesión. Las mujeres hispanas de Centro y Suramérica con mayor probabilidad tienen ocupaciones de servicio, seguidas de las de asistencia clerical y administrativa, y las ocupaciones en ventas. Diecisiete por ciento de las mujeres hispanas ganaron al menos \$35,000 en 1999, cerca de la mitad del 33 por ciento de las mujeres no hispanas que ganaron lo mismo.⁸⁴

Además, grandes proporciones de mujeres hispanas trabajan en la industria de semiconductores y en la industria agrícola, ambas de las cuales tienen peligros ocupacionales.⁷² Los trabajadores en la industria de semiconductores experimentan enfermedades ocupacionales a una tasa tres veces mayor que la tasa de trabajadores en otras industrias manufactureras. Los trabajadores agrícolas están expuestos a pesticidas, al uso de equipo defectuoso,

y a una gama de problemas de salud tales como la dermatitis, los problemas musculoesqueléticos y de tejidos blandos, enfermedades contagiosas, y desórdenes reproductivos, como también los problemas de salud relacionados con el clima.^{72,91}

Junto con el estado socioeconómico, el contexto cultural o aculturación – el proceso de cambio que ocurre como resultado del contacto continuo entre grupos culturales – juega un papel principal en el acceso de las poblaciones hispanas al cuidado de la salud.⁹² Se esperaría que los hispanos más aculturados (según se refleja por la destreza y el mayor uso del lenguaje inglés, el contacto disminuido con su tierra natal, y mayor participación en la cultura angloamericana) adopten comportamientos y que tengan resultados de salud similares a los de la cultura anglo dominante.⁹³ En estudios del cáncer en Los Angeles, por ejemplo, los hispanos nacidos en los Estados Unidos, sin importar su estado socioeconómico, parecen perder el bajo riesgo de cáncer asociado con haber nacido fuera y reemplazarlo con el mayor riesgo de cáncer de sus vecinos anglo no hispanos.⁷³

Inmigrantes hispanos menos aculturados, sin embargo, tienen una probabilidad significativamente más baja de ir a consultas ambulatorias por problemas de salud (ambas física y mental). Un ejemplo es la incidencia de bebés con bajo peso al nacer (que está altamente correlacionada con la tasa de mortalidad infantil) entre las mujeres mejicanoamericanas, de primera generación, menos aculturadas. Las mujeres mejicanoamericanas, de primera generación, menos aculturadas tienen menor incidencia de bebés con bajo peso al nacer (4 por ciento de los nacimientos vivos) que las mujeres blancas no hispanas (6 por ciento de los nacimientos vivos) y que las mujeres mejicanoamericanas de segunda generación (6 por ciento de los nacimientos vivos).⁹⁴

De forma similar, se ha hallado que los inmigrantes de Méjico a los Estados Unidos tienen menor prevalencia de por vida de fobias, abuso o dependencia del alcohol, abuso o dependencia de drogas y depresión mayor que los mejicanoamericanos nacidos en los Estados Unidos.⁹⁵ Una posible explicación para esto es que, aunque sean igualmente pobres, los inmigrantes de Méjico pueden tener menor sentido de la privación que los mejicanoamericanos nativos, y es este sentido de privación el que contribuye a la preponderancia de desórdenes siquiátricos. Si los inmigrantes tienen estado social menor que sus iguales nativos, puede que estén menos afligidos (que los nativos) por su

posición socioeconómica porque ésta sobrepasa por mucho su estándar de vida en Méjico.^{95,96}

Los hispanos, en general, son más obesos, menos activos físicamente y tienen menos probabilidad de participar en estilos de vida que promuevan la salud cardiovascular. Esta inactividad física afecta aún a los mejicanoamericanos menos aculturados y generalmente mitiga los generalmente mejores resultados de salud de los inmigrantes latinos de primera generación.⁹⁷ Las barreras ambientales y económicas para tener acceso a localidades de mantenimiento de buena forma física, a áreas recreativas seguras y al cuidado de salud de calidad son parte de la explicación de este hallazgo. La falta de materiales en español que expliquen los beneficios de un estilo de vida activo también puede limitar la actividad física de los latinos.

Como consecuencia, los latinos tienen más probabilidad de tener diabetes que la población general de los EE.UU. La prevalencia de la diabetes entre los mejicanoamericanos es de dos a cinco veces la de otros grupos raciales/étnicos.^{98,99} Además, el Estudio Cardíaco de San Antonio ha mostrado que los diabéticos mejicanoamericanos tienen cerca de seis veces más probabilidad de tener enfermedad renal terminal y tres veces más probabilidad de tener retinopatía que los diabéticos blancos no hispanos.⁹⁹

Los hispanos más aculturados tienden a tener grasa corporal menos centralizada que sus compañeros menos aculturados, sin embargo, y por lo tanto tienen menos riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes y enfermedades del corazón. Los hispanos más aculturados con más probabilidad se han casado con miembros de grupos de poblaciones que no son indias, las cuales tienen una alta preponderancia de obesidad y los problemas de salud asociados a ella, y, de ese modo han alterado su material genético lo suficiente para reducir sus factores de riesgo para estas enfermedades.¹⁰⁰ Se ha encontrado que la mezcla de genes indios es más prevalente en los mejicanoamericanos de bajo estado socioeconómico que en mejicanoamericanos de más alto estado socioeconómico. Unido al hecho de que los mejicanoamericanos de bajo estado socioeconómico tienen más probabilidad de ser obesos y de tener una distribución de grasa corporal menos favorable que otros hispanos, estos hallazgos parcialmente explican la prevalencia diferencialmente mayor de diabetes entre los mejicanoamericanos.^{99,101}

Otro aspecto de la aculturación para los hispanoamericanos es encontrarse con el discrimin, el prejuicio, y la exclusión (a base del lenguaje o

del color de la piel), quizás por primera vez, e incorporar en su identidad un “estado de minoría” recién adquirido. La identificación racial entre los latinos probablemente se verá afectada por los cambios en las jerarquías raciales y la construcción de razas en los Estados Unidos debida a las características de la población inmigrante (tales como la edad de entrada a los Estados Unidos), el estado socioeconómico en su país de origen y la habilidad de “pasar por” o ser aceptado como blanco en los Estados Unidos.¹⁰² El proceso de adaptación cultural y las experiencias de la vida en los Estados Unidos también tienen influencia sobre la adopción del nombre racial colectivo de latinos.

Las experiencias con el discrimin y la exclusión pueden frustrar las expectativas de mejorar el estado socioeconómico cuando se adoptan los valores de la cultura dominante.¹⁰³ Esto puede explicar el hecho de que entre las mujeres hispanas más jóvenes y más aculturadas se ha hallado que el consumo de alcohol es mayor que entre las mujeres hispanas más jóvenes y menos aculturadas al ver los valores tradicionales hispanos que desaniman el beber en las mujeres.^{104,105} Cuando se mide por el uso del lenguaje y una serie de variables sociodemográficas (tales como la educación, estado marital, ingreso y empleo), la mayor aculturación se halla asociada a la probabilidad de ser bebedora y a la frecuencia de consumir alcohol entre mujeres puertorriqueñas, cubanas, y mejicanoamericanas.¹⁰⁵ Por ejemplo, las mujeres mejicanoamericanas mejor educadas tenían más probabilidad de ser bebedoras y de beber frecuentemente que aquellas con menos educación. Sin embargo, las mujeres mejicanoamericanas que viven en pobreza tenían menos probabilidad de ser bebedoras que aquellas que no viven en pobreza. Esto es cierto aunque las mujeres mejicanoamericanas bebedoras que viven en pobreza consumieron más tragos por ocasión y tenían más probabilidad de ser bebedoras fuertes que las mujeres con más altos ingresos.¹⁰⁶

Mejicanoamericanas y puertorriqueñas altamente aculturadas, que están frustradas porque no han disfrutado del acceso a los recursos educacionales de los Estados Unidos, son las que con más probabilidad informan uso de la marihuana y la cocaína.¹⁰⁷ El uso intravenoso de drogas, junto con otros comportamientos de alto riesgo, son más preponderantes entre las mujeres hispanas altamente aculturadas.¹⁰⁸ En un estudio, 23 por ciento de las mujeres hispanas altamente aculturadas informó del uso intravenoso de drogas, mientras que el 4 por ciento de las mujeres

hispanas poco aculturadas informaron de lo mismo. Con la aculturación también varía la frecuencia con la cual las mujeres hispanas tienen múltiples parejas sexuales, un comportamiento de alto riesgo para las enfermedades de transmisión sexual y la infección del VIH/SIDA que afectan desproporcionadamente a un alto porcentaje de mujeres hispanas. Sólo 13 por ciento de las mujeres hispanas poco aculturadas, pero 31 por ciento de las altamente aculturadas, informaron tener más de una pareja sexual dentro de los 6 meses anteriores.¹⁰⁸ De más apoyo a la correlación entre la aculturación y que la frustración pueda ser expresada en los comportamientos sexuales de alto riesgo es el hecho de que en 1999, 57 por ciento de los hispanos infectados con SIDA eran nacidos en los Estados Unidos.¹⁰⁹

Otros aspectos de la cultura que pueden tener influencia sobre la salud son la religión, sanación popular, y el “familismo,” o costumbres familiares. Las creencias en cuanto a salud de muchos hispanos tienen que ver con su visión acerca de Dios como el creador omnipotente del universo, estando el comportamiento personal sujeto al juicio de Dios.⁹³ Creencias como estas hacen difícil el establecer la importancia de los comportamientos de salud preventivos y también pueden hacer difícil para las mujeres hispanas el abandonar relaciones abusivas. Algunas veces la religión les da a las mujeres hispanas la fortaleza para irse, y, en otros casos, les provee la culpabilidad que mantiene a las mujeres en relaciones abusivas.⁸⁵

La renuencia de los usuarios de curanderos indígenas y medicinas populares a divulgar su uso, y las resultantes demoras en buscar cuidado biomédico mientras se usan estos tratamientos, también pueden poner en peligro la salud de los hispanos.¹¹⁰ Las costumbres familiares que dictan que los hispanos deben primero buscar el consejo de los miembros de la familia antes de obtener cuidado de salud profesional también pueden añadir a las demoras en el proceso de buscar cuidado, lo cual puede ser costoso en términos de ya sea la morbilidad o la mortalidad.^{93,111} Así, la baja utilización de cuidados de salud, que incluye las pruebas preventivas tales como la prueba Páp y las mamografías, puede resultar de creencias culturales tanto como de barreras socioeconómicas.¹¹²

Finalmente, el VIH/SIDA, según éste afecta a la comunidad hispana, ilustra las muchas barreras para el cuidado efectivo que son socioeconómicas, culturales, y políticas. Los puertorriqueños, en los Estados Unidos continentales y en la isla de Puerto

Rico, tienen la mayor incidencia de VIH/SIDA entre los hispanos. En 1999, 43 por ciento de los hispanos nacidos en los Estados Unidos que están infectados con SIDA nacieron en Puerto Rico.¹⁰⁹ Los puertorriqueños también tienen varias características que los distinguen de otros subgrupos hispanos y que pueden contribuir a sus altas tasas de infección.¹¹³ Todos los puertorriqueños tienen ciudadanía de los EE.UU. y por lo tanto no tienen necesidad de casarse con no puertorriqueños para mantener su residencia en los Estados Unidos. Así los puertorriqueños se casan entre sí en mayores proporciones que las otras subpoblaciones de hispanos en los Estados Unidos, y tienen, por lo tanto, más probabilidad de tener relaciones sexuales con otros puertorriqueños que con otros hispanos no puertorriqueños o con otra gente no hispana.¹¹³ Esto ha contribuido a la diseminación heterosexual del VIH/SIDA entre los puertorriqueños, como lo ha hecho la existencia de redes racialmente y étnicamente homogéneas para compartir agujas. Los vuelos frecuentes y relativamente baratos entre New York y Puerto Rico, y la continua migración por razones de trabajo entre las dos, han hecho mayor la dificultad de contar y proveer cuidado continuo a los puertorriqueños diagnosticados con VIH/SIDA.

Los factores culturales tienen influencia sobre la diseminación de la infección del VIH y SIDA entre los hispanos porque los hispanos a menudo no desean discutir asuntos íntimos y emocionales tales como las enfermedades y el sexo a menos que puedan hablar con alguien en español. Las mujeres hispanas poco aculturadas, aunque con menos probabilidad de involucrarse en comportamientos de alto riesgo a través de los cuales pudieran contraer infección del VIH, pueden estar en mayor riesgo que lo que su comportamiento sugeriría porque puede que tengan poco conocimiento de sus cuerpos y poca influencia en lo que se refiere a negociar el uso del condón con sus esposos o parejas sexuales.¹⁰⁸ Los programas educacionales para prevenir VIH/SIDA, que instruyen a las mujeres hispanas a animar a sus parejas sexuales que sean usuarios de drogas intra-venosas, a usar condones, ignoran la peligrosidad de defenderse para las latinas. Sugerir el uso del condón puede causar que su pareja crea que la latina, o sabe demasiado acerca del sexo o está siendo infiel y la puede colocar en riesgo de abuso ya sea físico o emocional. Ha sido difícil establecer programas educacionales exitosos para las mujeres hispanas (y negras) pobres, en parte, porque estas mujeres necesitan ayuda para sobrevivir en su

ambiente diario antes de que puedan estar receptivas a estrategias informativas o desarrolladoras de destrezas.¹⁰⁸

Negros o afroamericanos

La población negra de los Estados Unidos está compuesta primordialmente por afroamericanos nacidos en los EE.UU., aunque grandes cantidades de inmigrantes africanos y afrocaribeños se han vuelto parte de este grupo en los últimos 15 años.¹¹⁴ Los ancestros de este grupo, conocido hoy como afroamericanos, fueron traídos a las orillas de lo que ahora es los Estados Unidos como esclavos por los europeos, comenzando en 1619. En el censo del 2000, casi 34.7 millones de personas (12.3 por ciento de la población total) se identificaron como negro o afroamericano solamente, y 36.4 millones de personas (12.9 por ciento de la población total) marcaron negro o afroamericano como una de sus varias afiliaciones raciales.¹ Más de la mitad de todos los americanos negros (poco más de 18 millones) son mujeres.⁶⁸ Muchas provienen de una mezcla de ancestros, lo que incluye a individuos con linaje caribeño, indio, y europeo. Entre las 1.8 millones de personas que informaron negro y al menos una otra raza, la combinación más común fue afroamericano y blanco (45 por ciento).¹¹⁵ Diez por ciento informó negro e indioamericano/nativo de Alaska, y seis por ciento informó negro y blanco e indioamericano/nativo de Alaska.

Además, entre los afroamericanos, se han definido varias áreas culturales-ecológicas con diferente historia, economía, y características sociales lo cual resulta en una heterogeneidad considerable en sus poblaciones. Estas áreas son: 1) Tidewater-Piedmont (el este de Maryland, Virginia, y North Carolina); 2) Sureste costero (South Carolina y el este de Georgia); 3) el Cinturón Negro (el centro y oeste de Georgia, Alabama, Mississippi, partes de Tennessee, Kentucky, Arkansas, Missouri, Louisiana, y Texas); 4) la tradición francesa (Louisiana, el este costero de Texas, y el suroeste de Mississippi); 5) áreas de influencia india (Oklahoma y partes de Arkansas y Kansas); 6) áreas del suroeste (oeste de Texas, New Mexico, Arizona, y California); 7) antiguas áreas coloniales del este (New Jersey, Pennsylvania, New York, y Massachusetts); 8) áreas del medio oeste y lejano oeste (de Illinois al oeste hasta el estado de Washington); y 9) áreas de ghetto del norte y el oeste metropolitanos post-1920 (ciudades principales en lugares tales como New York, Detroit, Chicago, y San Francisco).¹¹⁶

La heterogeneidad dentro de la población negra de los EE.UU. también resulta de los inmigrantes de la cuenca del Caribe y África. Aproximadamente 5 por ciento de los americanos negros son nacidos en el extranjero, principalmente haitianos de habla francesa y otras gentes caribeñas no hispano parlantes, algunos de los cuales son trabajadores de granja en los Estados Unidos. Esto incluye a residentes de islas de habla holandesa tales como Aruba y las Antillas Holandesas y a personas que hablan inglés de otras antiguas colonias británicas en el Mar Caribe y de los territorios continentales de Belize y Guyana. El censo de 1990 estimó que había casi 1 millón de americanos con ancestros de las Indias Occidentales de habla inglesa, casi medio millón con ancestros africanos subsaharanos, y 300,000 con ancestros haitianos.¹¹⁶ Aunque estas cantidades son pequeñas comparadas con la población negra total de los EE.UU., en algunos lugares los afroamericanos y sus descendientes constituyen una proporción considerable de la población. Por ejemplo, se estima que al menos 25 por ciento de la población negra en New York son nacidos en las Indias Occidentales extranjeras. Así, aunque rara vez estudiadas, existen marcadas diferencias de aculturación entre las mujeres negras y estas diferencias contribuyen a la diversidad de sus resultados en cuanto a la salud.¹⁰⁸

Los americanos negros son mayormente una población urbana (más del 80 por ciento de todas las casas negras en el 2000) y pueden ser hallados en todos los 50 estados.^{90,114,117} A pesar de su urbanidad y su más amplia distribución entre los estados que la de otros grupos raciales/étnicos, 54 por ciento de todos los americanos negros contados en el censo del 2000 viven en estos 13 estados sureños – Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Kentucky, Louisiana, Maryland, Mississippi, North Carolina, South Carolina, Tennessee, Texas, y Virginia.¹¹⁵ Casi todos estos 13 estados tuvieron concentraciones de residentes afroamericanos mucho mayores que su promedio nacional de más del 12 por ciento de la población total. Veinte por ciento de todos los que contestaron en el sur fueron negros, en contraste con 12 por ciento en el noreste, 11 por ciento en el medio oeste, y 6 por ciento en el oeste.¹¹⁵ Además, de acuerdo con los números del censo del 2000, el mayor aumento de población negra ocurrió en el sur.¹¹⁸

Sin embargo, a pesar de su representación desproporcionada en las poblaciones de los estados del sur, mientras que seis de los diez estados con la mayor cantidad de afroamericanos fueron sureños, varios no lo fueron – California, Illinois, Michigan, y New

York.¹¹⁵ Usando los totales para la población que informó negro o afroamericano solamente, y en combinación con otra población, 3.2 millones de afroamericanos residen en el estado de New York, 2.5 millones en California, 1.9 millones en Illinois, y 1.5 millones en Michigan.

Las diferencias en la salud entre negros y blancos son muchas y variadas. Los negros tienen más enfermedades no detectadas, tasas más altas de males y enfermedades (desde condiciones infecciosas tales como la tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual), más condiciones crónicas (tales como la hipertensión y la diabetes) y expectativas de vida más cortas que las de los blancos. Así, los afroamericanos están más enfermos durante sus vidas y son más jóvenes al morir que cualquier otro grupo racial/étnico en los Estados Unidos.¹¹⁹⁻¹²³ Las tasas de morbilidad y mortalidad para los afroamericanos a causa de muchas condiciones (cáncer, VIH/SIDA, neumonía, y homicidio) exceden aquellas de los blancos.^{121,124} Estos hallazgos existen aunque las mujeres negras generalmente informan de comportamientos arriesgados tales como fumar cigarrillos, consumir alcohol, y usar otras sustancias con menos probabilidad que las mujeres blancas.^{120,125-127}

Las explicaciones para las diferencias raciales en los resultados de salud han sido buscadas por expertos, y se han identificado muchos factores contribuyentes. Aunque los mecanismos interactivos no han sido especificados claramente, se ha demostrado que hay conexión entre la raza y la presión alta, la salud mental y el estado de salud física general.¹²³ Se cree generalmente que hay tres factores – genética, pobreza y racismo – que tienen la mayor influencia sobre la salud de los americanos negros.¹¹⁹ Estos factores se discuten a continuación.

La oscuridad de la raza como un concepto para definir a los americanos negros, quienes van desde los de piel clara y ojos azules con pelo lacio hasta los de piel oscura con ojos oscuros y pelo crespo, hace cuestionables las explicaciones puramente genéticas acerca de las diferencias en salud entre negros y blancos.¹²⁸ La pequeña proporción de muertes en exceso entre los negros – esto es, muertes que no hubiesen ocurrido si los negros tuvieran las mismas tasas de muerte a causa de edad o sexo que los blancos – que ocurren debido a condiciones hereditarias sugiere que la biología explica muy poco de las diferencias entre la salud de los afroamericanos y la de los blancos. Menos del 0.5 por ciento de las muertes negras han sido atribuidas a condiciones hereditarias como “sickle

cell anemia".^{129,130} Por otro lado, los investigadores que estudian la preponderancia de la hipertensión entre los negros han hallado que ésta varía de acuerdo al color de piel. Esto es, los negros de pigmentación más clara a menudo tienen menos preponderancia de hipertensión que los negros de piel más oscura, y la pigmentación está relacionada con el grado de mezcla con los blancos, cuya prevalencia de hipertensión en general es más baja que la de los afroamericanos.¹³¹ Un estudio halló que los individuos de piel más oscura que se identificaban con un estado social más alto eran los que con más probabilidad tenían presión sanguínea elevada. Los individuos de piel clara y alto estado social y los de piel oscura y bajo estado social informaron presión sanguínea más baja.¹³⁰ También, la investigación sobre la presencia de cotinina, un metabolito de la nicotina, en la corriente sanguínea de los afroamericanos, americanos blancos, y mejicanoamericanos sugiere que (después de establecer controles por la cantidad de cigarrillos fumados diariamente) los afroamericanos retienen más cotinina que cualquiera de los otros dos grupos.¹³²

En vez de ver las diferencias genéticas relativas a la población, otros atan las diferencias raciales en salud a las subpoblaciones negras que están expuestas a múltiples riesgos – tales como los usuarios de drogas intravenosas, aquellos que viven y trabajan en ambientes peligrosos, etc. Se ha notado que factores ambientales productores de tensión que pueden aumentar la obesidad, por ejemplo, contribuyen a la alta prevalencia de la hipertensión entre los americanos negros.¹¹⁹ Aquellas condiciones de salud comunes entre los negros que se consideran como genéticas en su origen tienen más probabilidad de recibir atención pública y recursos, sin embargo, que las condiciones que surgen del comportamiento y la selección de estilo de vida. Por ejemplo, las condiciones tales como "sickle cell anemia" reciben más atención para investigaciones y apoyo público que las condiciones de salud atribuibles a accidentes, abuso de sustancias y enfermedades causadas por el ambiente.¹³¹

Casi la cuarta parte (24 por ciento) de todos los americanos negros vivían en pobreza en 1999.²⁶ Además, una tercera parte de los negros menores de 18 años de edad (33 por ciento) y casi la cuarta parte de los negros de 65 años de edad o mayores (23 por ciento) informaron ingresos bajo el nivel de pobreza.²⁶ Casi la tercera parte (32 por ciento) de todas las mujeres negras vivían en pobreza en 1995. Además, las casas de un sólo padre, encabezadas por mujeres – 44 por ciento de todas las casas de familias negras en

1999 – estaban sumidas en la pobreza a mayor grado que la población negra entera.³ Casi dos quintas partes (más del 39 por ciento) de todas las personas en familias negras encabezadas por mujeres, pero sólo el 7 por ciento de todas las personas en familias negras de parejas casadas, tenían ingresos bajo el nivel de pobreza en 1999. Además, 79 por ciento de las casi 2 millones de familias negras en pobreza eran sostenidas por mujeres sin ningún esposo presente.²⁶ La media de ingreso para todas las casas negras en 1999 fue \$29,404, siendo el ingreso de casa medio para familias negras de parejas casadas \$50,758.³ Para las casas de familias negras encabezadas por mujeres, la media de ingreso en 1999 fue \$19,133.¹³³

Más de la mitad de la fuerza laboral negra (52 por ciento) son mujeres y muchas de estas mujeres ganan salarios a nivel de pobreza. Aunque más de 9 millones de mujeres negras (del total de más de 18 millones de mujeres negras) trabajaban en 1999, casi la sexta parte (16 por ciento) de ellas ganaron ingresos bajo el nivel federal de pobreza. Casi una tercera parte (poco más del 30 por ciento) de todas las mujeres jóvenes negras en edades de 18 a 24 años que trabajaban ganaron ingresos bajo el nivel de pobreza.²⁶

Las proporciones más altas de mujeres negras empleadas tienen ocupaciones de asistencia administrativa (que incluye clerical) o en transporte y mudanza de materiales (ambas 24 por ciento).¹³⁴ Muchas de las mujeres negras en la fuerza laboral – 19 por ciento en 1993 – tenían trabajos de nivel más bajo y menor salario en el sector del cuidado de la salud. Las mujeres negras tenían el 20 por ciento de todos los trabajos en hogares de ancianos y 26 por ciento de todas las posiciones como asistentes en hogares de ancianos.¹³⁵ Las mujeres negras también tenían cerca de la quinta parte de todos los trabajos en el servicio de alimentos (21 por ciento) y limpieza, servicio de construcción y trabajos de lavandería (18 por ciento) en el sector de cuidado de la salud. En 1999, los negros comprendían casi una tercera parte (casi 32 por ciento) de las personas que trabajaban en ocupaciones de servicio de cuidado de la salud.³

Un ingreso inadecuado repercute en otros aspectos de la vida diaria que quebrantan la salud. Estos incluyen vivienda inadecuada (lo cual puede acelerar la propagación de enfermedades contagiosas), la malnutrición, la tensión de la lucha constante para que los recursos alcancen, los trabajos peligrosos, y poco o ningún cuidado médico preventivo.¹³⁰ La malnutrición en las chicas negras jóvenes puede luego resultar en bebés con bajo peso de nacimiento y en

tasas altas de mortalidad infantil cuando estas chicas se vuelven madres. La alta tasa de mortalidad infantil negra también se ha asociado a los efectos intergeneracionales de las condiciones socioeconómicas sobre el crecimiento y desarrollo de las madres desde antes de su nacimiento hasta su niñez, lo cual puede a su vez influir sobre el crecimiento intrauterino de su hijo.^{136,137} Ya que muchos negros de clase media son la primera generación de sus familias en alcanzar ese estado, una madre negra de clase media puede dar a luz un bebé cuya salud está marcadamente determinada por la pobreza infantil materna.¹²⁹ Un estudio en progreso, por grupos de mujeres negras de clase media que sugiere una mejoría en la incidencia de bajo peso de nacimiento entre los bebés nacidos a generaciones subsiguientes de estas mujeres, respalda esta explicación.¹³⁸

Las tensiones de la lucha constante por lograr que los recursos alcancen también puede traducirse directamente al hallazgo de que los negros que viven por debajo del nivel de pobreza, muchos de los cuales trabajan, tienen la más alta tasa de depresión que cualquier grupo racial/étnico.^{116,139,140} Los síntomas de depresión se han hallado con más frecuencia entre las mujeres negras en edades de 18 a 24 años que entre las mujeres blancas.¹⁴¹ Además, los estudios del efecto del empleo en las mujeres han hallado que trabajar fuera del hogar puede tener efectos dañinos sobre ambas, la salud mental y física, si están asociados a los peligros ocupacionales, las fuertes exigencias del trabajo o las pobres relaciones sociales en el trabajo.¹⁴² Snapp (1992) ha hallado que los trabajadores profesionales/gerenciales negros informan niveles significativamente más bajos de apoyo por parte de sus compañeros de trabajo que los trabajadores profesionales/gerenciales blancos, un hallazgo que podría colocar a este grupo de mujeres en riesgo de problemas de salud.^{140,143}

Los trabajos peligrosos pueden exponer a los negros a ciertos cánceres en mucho mayor grado que a los blancos.^{124,144} Las mujeres negras tienen más probabilidad que las mujeres blancas de trabajar en trabajos peligrosos. Cerca de un 75 por ciento de los planteles de la industria avícola en esta nación – similares a la que se incendió y mató a 25 personas en Hamlet, N.C., en 1991 – están localizadas en el sur, en vecindarios predominantemente pobres y negros. El incendio fue fatal porque las puertas de seguridad cerradas con llave no permitieron que la gente escapara. Dos terceras partes de la fuerza laboral de ese plantel (ambos hombres y mujeres) era negra.⁷²

Los peligros en sus ambientes de vivienda también desvían la salud de los americanos negros. Uno de los primeros estudios principales en atar la raza a los peligros ambientales fue un estudio de 1983 llevado a cabo por la Oficina de Contabilidad General de los EE.UU. que halló que tres de los cuatro terraplenes de desperdicios peligrosos en el sureste estaban localizados en áreas predominantemente pobres o negras.⁷⁴ Un informe de 1992 hecho por el Grupo de Trabajo de Equidad Ambiental en la Agencia de Protección Ambiental (EPA) halló que los negros sufren tasas más altas de cáncer del pulmón y de enfermedades crónicas de obstrucción pulmonar y que los negros tienen mayor exposición a aire de calidad pobre en los ambientes en que viven y trabajan. Este informe, sin embargo, no estableció una conexión causal entre estos hallazgos. La porción de los americanos negros que viven en áreas que no alcanzan la calidad de aire designada por la EPA excede la de los blancos para los siguientes contaminantes – partículas sólidas, monóxido de carbono, ozono, bióxido de azufre, y plomo.¹⁴⁵ Más de tres quintas partes de negros (62 por ciento) vivían en áreas que no alcanzan la calidad designada para ozono, mientras que casi la mitad (46 por ciento) vivían en áreas que no alcanzan la calidad designada para monóxido de carbono. La exposición al ozono ambiental (por medio del aire, agua, suelo/polvo, y comida) y la preponderancia de niveles altos de plomo en la sangre (más de 15 g/dl) también son más comunes entre los americanos negros (en comparación con otros grupos raciales/étnicos), pero especialmente así entre los niños negros.¹⁴⁵ Mientras que los niños pobres de todas las razas tienen más del doble de la probabilidad que los niños de estados socioeconómicos más altos de tener niveles sanguíneos de plomo mayores de 10 g/dl, esta diferencia se halla especialmente pronunciada entre los niños pobres negros. Entre los niños que viven en casas por debajo de la línea de pobreza, los niños negros no hispanos tenían casi tres veces mayor probabilidad que los niños blancos no hispanos y más de tres veces mayor probabilidad que los niños hispanos de tener niveles altos de plomo en la sangre.¹⁴⁶

La exposición a peligros en los ambientes de trabajo y vivienda sugiere que los americanos negros pueden tener más necesidad de cuidado preventivo de la salud que otros grupos. En realidad, muchos negros obtienen poco o ningún cuidado preventivo debido a una variedad de razones, entre ellas:

- ignorancia de los padres acerca de los síntomas de las enfermedades y de cuando buscar cuidado médico;
- falta de seguro de salud para facilitar el acceso al cuidado de salud;
- falta de localidades en los vecindarios en las cuales buscar cuidado de salud;
- uso persistente de salas de emergencia para tratar condiciones crónicas, las cuales se manejan mejor en otros locales; y
- discriminación racial hallada al buscar cuidado.^{129,147}

Las mujeres negras mayores especialmente, tienen probabilidad de informar subutilización de la prueba Pap y la mamografía, las tecnologías principales usadas para la detección del cáncer cervical y el cáncer del seno, respectivamente.¹⁴⁸ Riesgo durante el ciclo de vida al cáncer cervical entre las mujeres negras es de dos por cada 100, más del doble de aquel para las mujeres blancas, y las tasas de muerte ajustadas por edad para las mujeres negras son casi 2.5 veces aquellas para las blancas.^{124,149-151} El riesgo estimado de desarrollar cáncer del seno durante el ciclo de vida fue diez por cada 100 mujeres blancas nacidas en 1980 y siete por cada 100 mujeres negras nacidas el mismo año.¹⁴⁹ Sin embargo, significativamente menos mujeres negras que blancas sobreviven 5 años después del diagnóstico de cáncer del seno (71 versus 86 por ciento, respectivamente).⁸⁹ Una posible explicación para esta disparidad en mortalidad es que las mujeres afroamericanas tienen más probabilidad que las blancas de ser diagnosticadas con cáncer del seno en una etapa más tarde; la razón de esta demora en diagnóstico es desconocida.¹⁵²

El discriminación racial y el racismo se han mantenido como factores operativos significativos en la salud y el cuidado de salud para los negros a través del tiempo. Desde tan temprano como el 1867, los voceros negros concluyeron que el racismo representaba una contribución principal a la salud pobre de los americanos negros en dos formas importantes. Primero, “el racismo estructural” crea barreras para obtener acceso al cuidado adecuado, y segundo, lidiar con ambos, barreras estructurales e insultos raciales puede contribuir a problemas de salud relacionados con la tensión tales como la hipertensión inducida por el embarazo entre las mujeres negras.^{153,154} La tensión asociada con el racismo también puede estar detrás del comer en exceso que resulta en obesidad tan común en las mujeres negras y puede estar asociada con la prevalencia de más del doble de la hipertensión y la prevalencia de más del cuádruple de la diabetes entre las mujeres negras

en comparación con las mujeres blancas de 18 a 30 años de edad.¹⁵⁵

La alta presión sanguínea en los negros es una respuesta a la incongruencia entre la posición social que el trabajo de uno merecería normalmente y la posición que uno ocupa en la realidad.¹⁵⁶ El “John Henryismo,” definido como la predisposición comportamental a trabajar duro y luchar determinadamente contra las restricciones del ambiente propio, ha sido presentado como una explicación para las diferencias entre negros y blancos en cuanto a las tasas de hipertensión.¹⁵⁷ Otras investigaciones sugieren que la presión sanguínea entre los negros se eleva en conexión con el discriminación racial en el trabajo, por reacciones a escenas de cine que muestran enfrentamientos racistas y furiosos, y como una respuesta internalizada al discriminación racial y al tratamiento injusto.¹⁵⁸ Un análisis reciente de la relación entre experiencias autoinformadas de discriminación racial y la presión sanguínea entre hombres y mujeres negros de la clase trabajadora indica que la presión sanguínea es menor entre aquellos que informaron haber desafiado el tratamiento injusto que entre aquellos que aceptaron el discriminación racial como parte inalterable de la tela de la sociedad de los EE.UU.¹⁵⁸

Otra respuesta al racismo que afecta la salud de las mujeres negras es la ira internalizada de los hombres negros contra su maltrato, lo cual demasiado a menudo se manifiesta en furia y comportamiento violento contra las mujeres negras.^{159,160} Esta violencia ha resultado en las tasas más altas de homicidio conyugal informadas entre las mujeres negras – poco más de tres por cada 100,000. Las muertes entre mujeres negras debido a violencia del novio son aún más altas, con una tasa de casi cuatro por cada 100,000.¹⁶¹ El racismo tiene influencia hasta en la respuesta de las mujeres negras a la violencia doméstica. A menudo, éstas no desean llamar a la policía por temor a que la policía trate brutalmente a los hombres que las han golpeado.⁸⁵

El discriminación racial ha limitado el acceso de los negros a ingresos más altos, a mejor cuidado de salud, a vivienda adecuada, y a una mejor educación – todas ellas necesarias para alcanzar los niveles modernos de salud y mortalidad.¹⁶² El discriminación racial probablemente “...exacerba los efectos dañinos para la salud mental del estado de pobreza entre los negros”.¹⁴⁴ Ser negro repercute sobre la salud, aún en los niveles de ingreso más altos. Un estudio acerca del estrés halló su severidad más alta en los negros de clase baja y los blancos de clase media. Aún más

notable es el hecho de que se halló que los negros de clase media y los blancos de clase baja tenían niveles similares de estrés.¹⁴⁴

Otro ejemplo de lo que puede ser una respuesta sicofisiológica al racismo es el resultado de los embarazos. Aunque hay una distancia significativa entre las tasas de mortalidad de los bebés de todas las madres blancas y de las madres negras, hay aún una distancia mayor entre las tasas de mortalidad de los bebés de las madres blancas y de las madres negras que pertenecen a un estado socioeconómico más alto.¹³⁰ Las tasas de mortalidad para los bebés nacidos a padres negros con educación universitaria (desde 1983 a 1985) fueron 90 por ciento más altas que las de los bebés nacidos a padres blancos con educación universitaria. Esta mortalidad en exceso fue primordialmente debida a las muertes asociadas con partos prematuros y el bajo peso de nacimiento de los bebés negros.¹³⁷ Una diferencia más entre los resultados del embarazo entre las mujeres negras y las blancas es el hecho de que las mujeres negras de edades en los 20s y los 30s tienen más probabilidad de dar a luz bebés con bajo o muy bajo peso de nacimiento que las mujeres negras adolescentes. Este efecto de “desgaste” no se ve entre las mujeres blancas y puede ser evidencia de la respuesta fisiológica de las mujeres negras a los factores estresantes acumulados, tales como el racismo, el discrimen y la desventaja socioeconómica.¹⁶³

Aunque se ha hallado que la relación con el padre del bebé es crítica para el comienzo temprano del cuidado prenatal, y las mujeres negras frecuentemente no viven con el padre de su bebé por nacer mientras que están embarazadas, las diferencias en la utilización del cuidado prenatal no explican totalmente las disparidades en la incidencia de nacimientos de bebés con bajo o muy bajo peso de nacimiento entre las mujeres negras y las blancas.^{86,136} Otros factores, tales como la frecuencia de intervalos de menos de nueve meses entre embarazos (la cual es mayor entre las mujeres negras que entre las blancas) también han sido asociados con la mayor incidencia de bebés con bajo peso de nacimiento nacidos a las mujeres negras. Una explicación completa para esta disparidad todavía está por proveerse, sin embargo.¹⁶⁴

Las parejas negras de inmigrantes, al ser comparadas con las parejas negras nativas, tienen una incidencia menor de bebés con bajo peso de nacimiento. La incidencia de bebés con bajo peso de nacimiento entre los inmigrantes negros es similar a aquella entre las parejas blancas. Los bebés negros nacidos en ciudades más segregadas tienen tasas más altas

de mortalidad infantil que sus partes contrapuestas nacidas en ciudades menos segregadas, otro hallazgo sugestivo que no explica totalmente la incidencia diferencial.¹⁵⁴

Disparidades significativas entre madres negras y blancas también existen en cuanto a la mortalidad materna. Las mujeres negras enfrentan un riesgo más alto de mortalidad materna, sin importar el nivel de cuidado prenatal que hayan recibido durante el embarazo.¹⁶⁵ En 1998, las madres negras tenían probabilidad de morir a causa de complicaciones del embarazo iguales a cuatro veces la de las madres blancas; la tasa de mortalidad debida a complicaciones del embarazo para madres negras también era más de tres veces la tasa para madres hispanas.⁸⁹

El impacto sobre la salud de las respuestas al racismo puede verse en las altas tasas de mortalidad a causa de enfermedades tales como el cáncer y la infección del VIH y el SIDA para los negros. Los pacientes de cáncer del seno negros tienen una peor pronóstico en general, una peor pronóstico en cada etapa, y son diagnosticados en una etapa más avanzada que los pacientes de cáncer del seno ya sean hispanos o blancos.¹⁵² Una mayor incidencia de tumores más agresivos podría resultar en una etapa más tardía al momento de diagnóstico y en las tasas de supervivencia más pobres que hacen del cáncer del seno una enfermedad con menor incidencia pero mayor mortalidad entre las mujeres negras que entre las blancas. Baquet y otros (1991) hallaron una significativa proporción inversa entre el estado socioeconómico y la incidencia de ambos, el cáncer cervical y el del pulmón, y le atribuyen parte de la incidencia elevada de estos cánceres al estado socioeconómico desproporcionadamente bajo de los negros.¹⁶⁶ Los negros generalmente están menos educados acerca de las señales de peligro y son más pesimistas acerca del tratamiento para el cáncer que los blancos. Ambos factores también contribuyen a hacer del cáncer la enfermedad fatal que muchos negros conciben que es.¹⁶⁷

Se ha sugerido que la experiencia de luchar con el VIH/SIDA es diferente para la mayoría de los blancos que para la gente de color y que para los pobres. Para los blancos con VIH/SIDA, el hecho de que muchos tienen educación y empleo contribuye a su sentido de indignación acerca de la enfermedad y los motiva a luchar por lo que están perdiendo. Los negros y los miembros de otras subpoblaciones raciales/étnicas, que puede que no tengan ninguna de estas ventajas, no tienen

este sentido de pérdida o el empuje asociado ni las herramientas educativas con las cuales luchar contra la pérdida. Las demoras en buscar cuidado médico, las diferencias en la salud preexistente y las diferencias en las drogas administradas para tratamiento generan un tiempo promedio de supervivencia después del diagnóstico con VIH/SIDA de seis meses para los negros, mientras que los blancos tienen un tiempo promedio de supervivencia de 18 a 24 meses.¹⁶⁸ Un estudio reciente halló que después de aplicar controles por las diferencias en salud diagnosticada y terapia de drogas, los negros tienen un 20 por ciento más de probabilidad de morir a causa de VIH/SIDA que los blancos.¹⁶⁹

Las mujeres representan una porción pequeña pero en aumento de los casos de SIDA informados en los Estados Unidos, y las mujeres afroamericanas forman la mayor parte de estos. Durante el 2000, una cuarta parte (25 por ciento) de todos los casos de SIDA informados fueron entre mujeres, una porción algo mayor que la cuenta de mujeres de casi 17 por ciento de todos los casos de SIDA informados entre 1985 y diciembre del 2000. Las mujeres negras informaron la mayor cantidad de casos de SIDA entre mujeres, ya sea cumulativamente desde 1985 (74,997 casos) o durante el 2000 (6,545 casos). (Durante estos mismos períodos, 28,151 casos y 1,895 casos, respectivamente, fueron informados entre mujeres blancas.) Sesenta y tres por ciento de todos los casos de SIDA informados entre las mujeres entre 1985 y diciembre del 2000 fueron entre mujeres negras.¹⁷⁰ En forma consistente con la alta incidencia de la enfermedad, las mujeres afroamericanas tienen mayor probabilidad que otras mujeres de morir a causa de SIDA. En 1999, el SIDA fue la tercera causa principal de muerte para las mujeres negras en edades de 25 a 44 años.¹⁷¹

Aunque el contacto heterosexual (37 por ciento de los casos) fue la fuente principal de la infección del VIH que causa el SIDA informada por mujeres negras durante el 2000, 39 por ciento de las mujeres negras infectadas con el VIH durante este período no identificaron o no pudieron identificar la fuente de su infección. Por otra parte, el uso de drogas intravenosas se indicó como la causa del SIDA para más de dos quintas partes (41 por ciento) de todos los casos que se hayan informado alguna vez (esto es., de 1985 hasta diciembre del 2000) entre mujeres negras. Este patrón dual entre las causas de transmisión es el mismo para las mujeres blancas, aunque entre las mujeres hispanas y asiáticas y las nativas de islas del Pacífico, se informa el contacto heterosexual como la causa principal del SIDA en ambas cuentas,

durante el 2000 y desde 1985. Entre mujeres indio-americanas o nativas de Alaska, el uso de drogas intravenosas ha sido informado como la mayor causa de SIDA desde 1985. Para la infección del VIH informada durante el 2000, sin embargo, el contacto heterosexual fue la fuente principal de infección.¹⁷⁰

A la luz de estos hechos, es sorprendente que a menos de la mitad (47 por ciento) de las mujeres afroamericanas encuestadas en 1998 les preocupaba infectarse con el VIH. Esta falta de preocupación coexistía con los hallazgos de que 55 por ciento de las mujeres afroamericanas pensaban que el VIH/SIDA era un “problema muy serio” en su comunidad, y de que la mitad conocía personalmente a alguien que tenía SIDA, o había muerto de SIDA, o que había obtenido resultados positivos a la prueba de infección del VIH. El hecho de que sólo 40 por ciento de las mujeres afroamericanas informó haberse hecho la prueba de infección del VIH es también un poco inesperado.¹⁷²

Las investigaciones en Los Angeles y en el sur de la Florida sugieren que las mujeres negras continúan involucrándose en comportamientos que las colocan en alto riesgo de infectarse.^{108,173} Diez por ciento de las mujeres negras en la encuesta de Los Angeles informaron del uso de drogas intravenosas en el último mes, mientras que 10 por ciento de la muestra de la Florida indicó que sus parejas sexuales usaban drogas intravenosas. Más de la mitad (53 por ciento) de las mujeres negras en la encuesta de la Florida informaron que tenían relaciones sexuales sin protección con su pareja principal, y una quinta parte (20 por ciento) indicó que no utilizaría condón si su pareja tenía resultados positivos a la prueba del VIH.¹⁷³ Casi la tercera parte de las mujeres negras en la encuesta de Los Angeles informaron tener relaciones sexuales con múltiples parejas.¹⁰⁸ Las mujeres haitianas en la Florida también informaron de relaciones sexuales sin protección con su pareja principal (71 por ciento) y de que no usarían condón con una pareja que tuviera resultados positivos a la prueba del VIH (44 por ciento).¹⁷³ Estos porcentajes altos para ambas, las mujeres americanas negras y las haitianas que informan que no usarían condón con una pareja que tuviese resultados positivos a la prueba del VIH pueden reflejar las realidades culturales que esta mujeres encaran; ellas saben que son incapaces de sobrepasar las normas económicas y las establecidas por su género para tener una forma más “sana” de coito. Comportamientos como estos pueden ser un ejemplo del “suicidio a cámara lenta” observado por algunos siquiatras entre los afroamericanos y que se

le atribuye a la persistencia del racismo, la pobreza, el discrimen y la falta de servicios de cuidado de salud de calidad, en sus vidas.¹⁷⁴

El resentimiento de otros hacia las ventajas injustas supuestamente concedidas a los negros bajo programas de acción afirmativa contribuye al sentido de desigualdad y de exclusión de la corriente principal americana que muchos negros tienen, un sentido que pesa sobre ellos económicamente, socialmente y físicamente. Aún cuando se redujera la pobreza en América, mientras que las desigualdades económicas, sociales y políticas persistan, la salud de los americanos negros probablemente seguirá perjudicada.¹⁴⁴

Asiáticoamericanos

Aunque los asuntos de salud para los americanos asiáticos y para los nativos de islas del Pacífico a menudo se analizan en conjunto, en este libro de datos, en lo posible, los grupos están separados. De acuerdo a la Directiva 15 de la OMB, los factores relacionados con la salud de los nativos de islas del Pacífico se discuten junto con los de los nativos de Hawái. (Ver la sección sobre nativos de Hawái o nativos de otras islas del Pacífico). Las poblaciones asiáticas se discuten aquí juntas. Se ha hecho un esfuerzo por desagregar los datos acerca de los asiáticos de los datos acerca de los nativos de las islas del Pacífico y por presentar los hallazgos para los grupos por separado. Las estadísticas agregadas para los asiáticos y los nativos de islas del Pacífico se proveen, sin embargo, cuando son los únicos o los mejores datos disponibles.

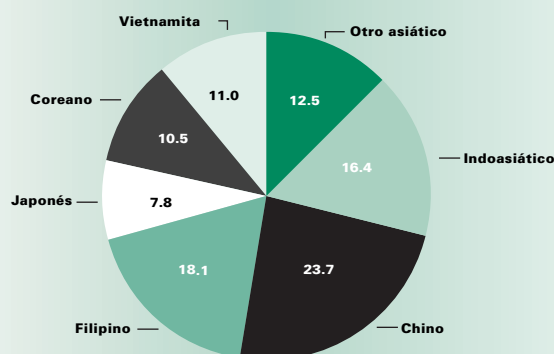
Los asiáticoamericanos son inmigrantes (y sus descendientes) a los Estados Unidos provenientes de más de 20 países que hablan más de 100 lenguajes diferentes. Vienen de lugares tales como China, India, Japón, las Filipinas, Corea, Laos, Cambodia, Vietnam, y Tailandia y representan más de 60 etnicidades diferentes.^{42,175} En el censo del 2000, de aquellos que indicaron que pertenecían a sólo un grupo racial y éste era asiático, las subpoblaciones más amplias (en orden descendente) fueron personas de ancestros chinos, filipinos, indoasiático, coreano, vietnamita y japonés.⁴⁰

En 1970, cuando los asiáticos y nativos de islas del Pacífico (ambos hombres y mujeres) se totalizaron juntos, esta población era de 1.5 millones siendo

los asiáticos la inmensa mayoría de este total. En 1990, un total de 7.2 millones de asiáticos y nativos de islas del Pacífico se contaron en el censo, siendo los asiáticos un total de más de 6.9 millón (96 por ciento). Mientras que más de 10 millones de americanos seleccionaron una raza asiática como su única designación en el censo del 2000, unos 1.6 millones de personas adicionales indicaron que su raza era asiática junto con otro trasfondo racial. Los asiáticos en la actualidad forman más del 3 por ciento de la población total de los EE.UU. y cerca del 15 por ciento de toda la gente de color (que designó una sola raza en el 2000).¹ Las mujeres asiáticas representan el 12.6 por ciento de todas las mujeres de color y el 52 por ciento de todos los asiáticoamericanos.⁴

La mayoría de los asiáticoamericanos – más del 90 por ciento – reside en centros metropolitanos. Los Angeles, New York, San Francisco, Honolulu, y Washington, D.C., fueron las cinco ciudades con las poblaciones más grandes de asiáticos y nativos de islas del Pacífico en 1998. Sesenta y cinco por ciento de la población del área metropolitana de Honolulu es asiática o nativa de islas del Pacífico.³ Los estados con las participaciones estimadas mayores de asiáticos y nativos de islas del Pacífico en 1999 fueron California, New York, y Hawái. Más de la mitad de todos los asiáticos o nativos de islas del Pacífico viven en estos tres estados, el resto vive en Texas, Illinois, New Jersey y Washington. Entre todos los estados, los asiáticos y nativos de islas del Pacífico representan la mayor proporción de la población de Hawái – cerca

FIGURA 2
Población asiáticoamericana por subgrupo, 2000



Fuente: U.S. Census Bureau, Census 2000. Profile of General Demographic Characteristics for the United States: 2000. May 15, 2001

del 64 por ciento.¹⁷⁶ Sin embargo, en 1990, California sirvió de hogar para la mitad de los filipinos y asiáticos del Asia suroriental, en los Estados Unidos, dos quintas partes de los chinos y japoneses, casi la tercera parte de los coreanos, y una quinta parte de indoasiáticos en los Estados Unidos.⁷¹

Cuando se examina el crecimiento de las poblaciones de asiáticos y nativos de islas del Pacífico por estado entre 1980 y 1990, sin embargo, los cinco estados con aumento mayor – Rhode Island (246 por ciento), New Hampshire (219 por ciento), Georgia (210 por ciento), Wisconsin (195 por ciento) y Minnesota (194 por ciento) – no eran estados de la costa oeste ni estados tradicionalmente considerados como hogar de grandes cantidades de asiáticos y nativos de islas del Pacífico.¹⁷⁷ Además, se estimó que entre 1990 y 1999, Nevada (124 por ciento), Georgia (109 por ciento), North Carolina (99 por ciento), Florida (80 por ciento) y Arizona (cerca de 76 por ciento) fueron los estados que vieron la mayor cantidad de aumentos en sus poblaciones de asiáticos y nativos de islas del Pacífico.¹⁷⁶ Independientemente de esto, el hecho sigue siendo que poco más de la mitad (53 por ciento) de las poblaciones de asiáticos y nativos de islas del Pacífico residen en la región oeste de los Estados Unidos.¹⁷⁸

Una gran parte del crecimiento de la población asiática puede atribuírsele a la inmigración.¹⁷⁹ En 1990, dos de cada tres asiáticos en California eran nacidos en el extranjero.⁷¹ Los asiáticos comprendieron el 27 por ciento de la población de Estados Unidos nacida en el extranjero en 1997 y 24 por ciento en 1999.^{3,180} Estos inmigrantes vinieron principalmente de las Filipinas, China, Vietnam, India, y Corea. Más de tres de cada cuatro indoasiáticos, coreanos y asiáticos del sureste de Asia en los Estados Unidos han nacido en el extranjero.⁷¹ Entre los nacidos en el extranjero, los asiáticos están en segundo lugar después de los europeos en cuanto a cantidad de ciudadanos naturalizados en los EE.UU.¹⁸⁰ También, entre la gente nacida en el extranjero de los Estados Unidos, los asiáticos informan la media más alta de ingreso por casa.¹⁸¹

Subpoblaciones principales

La variedad de historias de las muchas subpoblaciones asiáticas que han inmigrado a los Estados Unidos contribuye a la amplia distribución bipolar de sus posiciones socioeconómicas y de su salud. La mayoría de los inmigrantes asiáticos han venido a los Estados Unidos desde 1965, cuando la Corte Suprema revocó las cuotas de inmigración a base de origen nacional

y cuando sólo había alrededor de 1 millón de asiáticos en los Estados Unidos. La inmigración china a este país, sin embargo, data desde la medianía de los 1800s. Con el descenso del comercio de esclavos africanos y el descubrimiento de oro, oleadas en su mayoría de hombres chinos fueron traídas a los Estados Unidos como obreros baratos y dóciles para trabajar en las minas y los ferrocarriles en los estados occidentales. Esta nueva clase de servidumbre se convirtió en el nuevo “negro” para la mayoría blanca y algunos hasta les llamaban “nagurs”.¹⁸² Más adelante, calificados como “peligro amarillo”, plagados de enfermedades, y paganos, se les prohibió a los chinos entrar a los Estados Unidos a base únicamente de su raza por el Acta de Exclusión China de 1882.¹⁷⁵ Además, a las esposas chinas de los obreros se le prohibió entrar en los Estados Unidos en 1884.¹⁸³ Estas prohibiciones se mantuvieron en efecto hasta 1943, y llegó el 1952 antes de que los inmigrantes chinos pudieran convertirse en ciudadanos de los EE.UU.^{43,184}

En el período de 1960–1985, la población china de los Estados Unidos se cuadruplicó e inmigrantes de otros niveles sociales y étnias más diversas vinieron a los Estados Unidos.^{43,184} Entre 1980 y 1990, la población de americanos chinos se duplicó, mayormente debido a la inmigración. Sesenta y tres por ciento de todos los americanos chinos son nacidos en el extranjero.⁴³ Sólo poco menos del 10 por ciento de las madres chinas que dieron a luz en 1999 nacieron en los 50 estados o en el District of Columbia.⁵⁷

En 1990, más de 1.6 millones de personas descendientes de chinos residían en los Estados Unidos y constituían 23 por ciento de la población asiáticoamericana.¹⁸⁵ En el 2000, esta cantidad había aumentado a 2.4 millones que se identifican como sólo chino, lo cual constituye casi la cuarta parte (alrededor de 24 por ciento) de la población asiáticoamericana.⁴⁰ Aunque los americanos chinos viven a través de los Estados Unidos, las concentraciones más altas se hallan en California (más de 700,000) y en el estado de New York (más de 284,000).¹⁸⁶ Ya que los americanos chinos son diversos en cuanto a clase, ocupación y trasfondo regional y lingüístico, en muchas comunidades de americanos chinos la unidad es una meta difícil de alcanzar.¹⁸⁷ Las diferencias entre los nacidos en el extranjero y los nacidos americanos, los residentes urbanos y los suburbanos, los antiguos y los recién llegados, los nortños y los sureños, los católicos y los protestantes, los cristianos y los budistas, los profesionales y los obreros, y los ricos y los pobres frecuentemente invalidan una identidad étnica común.¹⁸⁸

La segunda subpoblación principal de asiático-americanos en los Estados Unidos es la de los americanos filipinos.⁴⁰ Algunos filipinos se definen por las “culturas entrelazadas” que representan – asiática, española, americana, africana y de isla del Pacífico.¹⁷⁵ Desde la intervención de los EE.UU. en las islas filipinas, los filipinos han migrado a ambos Hawaii y los Estados Unidos continentales en varias oleadas.⁴³ Entre 1903 y 1910, una primera ola de filipinos vino a los Estados Unidos para asistir a instituciones educacionales. Los 1920s fueron una década de aumento dramático en la cantidad de filipinos migrantes a los Estados Unidos, unos 45,000 que migraron a la costa del Pacífico, principalmente como trabajadores agrícolas. Estos llenaron las faltas en fincas y en las fábricas de conservas en la costa oeste que habían resultado por la exclusión china, japonesa, coreana y de otros asiáticos por las Actas de Inmigración de 1921 y 1924.¹⁷⁵ Otra oleada migró después de la Segunda Guerra Mundial para trabajar en la agricultura de Hawaii y en los Estados Unidos continentales. La oleada actual, formada por menos hombres solteros, más grupos familiares, y gente con niveles más altos de educación, comenzó después de 1965 y continúa hasta hoy.¹⁸⁷ Más del 64 por ciento de los americanos filipinos son nacidos en el extranjero.⁴³ La evidencia de esta oleada es el aumento de 81 por ciento en la población filipina de los Estados Unidos entre 1980 y 1990. En 1990, los americanos filipinos se contaban en 1.4 millones y eran 19 por ciento de la población asiáticoamericana.¹⁸⁵ De acuerdo a los resultados del censo del 2000, más de 1.8 millones de personas – 18 por ciento de la población asiáticoamericana – era sólo de linaje filipino.⁴⁰

Los indoasiáticos son ahora el tercer grupo mayor de asiáticoamericanos. Su población se duplicó durante la pasada década, al crecer de más de 800,000 en 1990 (11 por ciento de todos los asiático-americanos entonces) a más de 1.6 millones en el 2000 (más de 16 por ciento de todos los asiáticoamericanos).⁴⁰ Los indoasiáticos viven primordialmente en los estados del este de los Estados Unidos, aunque cerca de 160,000 viven en California.^{41,185,187} El estado de New York es hogar a la segunda mayor cantidad (cerca de 141,000) de indoasiáticos. En 1992, la mayoría de los nacimientos a las mujeres asiáticas en los estados de Illinois (hogar de más de 64,000 indoasiáticos) y New Jersey (hogar de más de 79,000 indoasiáticos) fueron a mujeres indoasiáticas.⁶⁵ La mayoría de los indoasiáticos han migrado a los Estados Unidos desde 1965, aunque algunos

habían venido a los Estados Unidos occidentales a principios de los 1900s después de migrar inicialmente a la Columbia Británica. Los indoasiáticos provienen de diferentes transfondos y grupos étnicos, pero la mayoría comparte una tradición común de práctica médica no occidental (Ayurvedic), y muchos son profesionales altamente educados.^{41,187}

Los americanos coreanos, una de las poblaciones asiáticas más homogéneas en términos de lenguaje, etnicidad, y cultura, también son una de las subpoblaciones de más rápido crecimiento en los Estados Unidos.⁴¹ Su población ha aumentado más de diez veces entre 1970 (70,000 personas) y 1990 (800,000), y por un cuarto entre 1990 y 2000 (más de 1 millón) hasta hacer de los americanos coreanos casi el 11 por ciento de la población asiática total en los EE.UU.^{40,185,189} Los americanos coreanos primero migraron a los Estados Unidos como respuesta a las condiciones inestables tales como sequía, hambruna y epidemias en su tierra patria en los postrimeros 1800s y los primeros 1900s, lo cual los envió a Hawaii y a los Estados Unidos continentales primordialmente como obreros por contrato.¹⁹⁰ Para 1920, casi 5,000 coreanos vivían en Hawaii, y más de 1,200 se habían establecido en los Estados Unidos continentales. La mayoría de estos eran hombres.¹⁸³ Otros han migrado como resultado de la interacción entre los Estados Unidos y Corea durante la Guerra de Corea (por.ej., esposas de militares, huérfanos adoptados por americanos).⁴³ La población coreana de los Estados Unidos se ha más que duplicado entre 1980 y 1990, siendo la mayor parte del crecimiento debido a la inmigración; en 1990, más del 80 por ciento de todos los americanos coreanos eran nacidos en el extranjero. Post-1965 los coreanos inmigrantes tienden a venir a los Estados Unidos como familias, y la mayoría tiende a estar bien educada.

La inmigración de Japón a ambos Hawaii y los Estados Unidos continentales comenzó en grandes cantidades alrededor de 1885 y tuvo su punto más alto entre 1900 y 1910. Entre 1900 y 1919, las mujeres japonesas – novias fotográficas en su mayoría – emigraron a los Estados Unidos.¹⁸³ Los americanos japoneses, sin embargo, son la única población asiática que tiene un período primordial de inmigración (1880–1924) y con poca inmigración subsiguiente.¹⁸³ El Acta de Orígenes Nacionales le prohibía a los japoneses y otros asiáticos entrar en los Estados Unidos después de 1924 y contribuyó a las distinciones marcadas entre los americanos japoneses de primera generación (Issei) de segunda (Nisei) y de generaciones subsiguientes.^{43,187} Debido a que los americanos japoneses de primera generación, muchos de los

cuales fueron relocalizados e internados en campamentos en los Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial, migraron a los Estados Unidos cuando Japón todavía tenía un sólo lenguaje sin dialectos significativos, estos tienen un sentido más fuerte de nacionalismo que los inmigrantes que forman las siguientes generaciones.⁴³ Este sentido de identidad nacional entre los Issei ha sido postulado como la explicación del fuerte sentido de identidad entre este grupo particular de inmigrantes. En 1990, los 847,562 americanos japoneses residían primordialmente en California y Hawaii. Más de 70 por ciento de todos los americanos japoneses eran nacidos en los Estados Unidos, lo que los hacía una de las subpoblaciones asiáticas más aculturadas con una clase media estable compuesta en su mayor parte por trabajadores administrativos y profesionales.¹⁸³ En el 2000, la población de americanos japoneses se contaba en 796,700 (cerca de 7 por ciento de todos los asiáticoamericanos).⁴⁰

Los asiáticos del sudeste de Asia comenzaron a migrar a los Estados Unidos primordialmente después de 1975, según los conflictos en esa región en Cambodia, Laos, y Vietnam se iban reduciendo paulatinamente. La mayoría de los refugiados de estos conflictos que vinieron a los Estados Unidos eran vietnamitas (66 por ciento), con camboyanos y laosianos formando cada uno más o menos un 20 por ciento de los asiáticos inmigrantes del sudeste de Asia.⁴³ Las ondas anteriores de refugiados durante el período post-1975 por lo general tenían mejor educación y mayores riquezas que los que llegaron después, muchos de los cuales – especialmente Hmong (una población de origen chino que migró a Laos y luego a Tailandia y a los Estados Unidos) y laosianos – eran pobres, analfabetos, y nada familiarizados con la cultura occidental al momento de su traslado. El trauma de su desarraigo y relocalización está relacionado con muchos de los problemas de salud de estas subpoblaciones asiáticas.

Alrededor de 615,000 vietnamitas, 149,000 laosianos, 147,000 camboyanos, y más de 90,000 Hmong residían en los Estados Unidos en 1990.⁴³ Aunque se estimaba que en el 2000, los camboyanos, laosianos y vietnamitas, juntos, alcanzarían la cantidad de más de 1 millón, de acuerdo al censo del 2000, la población vietnamita sola llegaba a más de 1.1 millones.^{40,191} La mayoría de los asiáticos del sudeste de Asia viven en los estados del oeste, estando a la cabeza el 46 por ciento de vietnamitas y el 48 por ciento de camboyanos que viven en California.^{192,193}

Factores que afectan la salud

La imagen de “minoría modelo” reemplazó los estereotipos negativos que se le aplicaban a los chinos y otros asiáticoamericanos en 1966. Al comenzar poco después de los disturbios de las Watts en 1965, en Los Angeles, este apelativo es visto por algunos como un intento de proveer prueba de que el sistema social de los EE.UU sí funciona para la gente de color.^{175,177,182} Sin embargo, a los asiáticos a menudo se les enfrenta a otros grupos raciales/étnicos y se les usa como chivos expiatorios de los blancos de bajo ingreso y otras subpoblaciones raciales/étnicas quienes indirectamente culpan a los asiáticos por sus propias fallas en alcanzar el éxito y que alegan que los asiáticos les quitan las oportunidades de educación y de empleo. El epíteto “minoría modelo” tiene implicaciones directas para la salud y el estado económico de los asiáticoamericanos. Su uso tiende a trivializar los problemas de salud de los asiáticos, al sugerir que se pueden hacer cargo de sus problemas de salud por su cuenta, y pasa por alto la diversidad entre los asiáticos y los problemas que algunos de los refugiados más recientes encaran.¹⁹⁴

Los problemas de salud de los asiáticoamericanos se empeoran por un complejo conjunto de barreras culturales, lingüísticas, estructurales y financieras para su acceso al cuidado. En 1980, el lenguaje que se hablaba en el hogar de nueve de cada diez asiáticoamericanos de 5 o más años de edad no era inglés.¹⁹⁵ En 1992, 42 por ciento de la población de americanos vietnamitas de 5 o más años de edad vivía en una casa lingüísticamente aislada – esto es, una casa en la cual ninguna persona de 14 años de edad o mayor habla sólo inglés, y ninguna persona de 14 años de edad o mayor, que habla un lenguaje que no sea inglés, también habla inglés “muy bien”.⁶⁵ Cerca de tres quintas partes de los asiáticoamericanos son nacidos en el extranjero, y en 1999, sólo 17 por ciento de todas las madres asiáticas o nativas de islas del Pacífico que dieron a luz en los Estados Unidos habían nacido en los Estados Unidos.^{3,57} Si residen en los Estados Unidos ilegalmente, los asiáticoamericanos puede que no busquen cuidado médico por temor a que esto exponga su estado ilegal y resulte en la deportación.

Ya que muchos asiáticos no se pueden comunicar en inglés, no están preparados para obtener empleo enseguida. Cuando están empleados, a menudo es en pequeños negocios o en fábricas donde los explotan con condiciones de trabajo peligrosas e insalubres y sin beneficios tales como seguro de salud.¹⁹⁶ Cerca del 60 por ciento de todas las mujeres asiáticas y nativas

de islas del Pacífico eran parte de la fuerza laboral en el 2000, con 20 por ciento en ocupaciones de especialidad profesional. Diecinueve por ciento de las mujeres asiáticas y nativas de islas del Pacífico tenían ocupaciones ejecutivas, administrativas o gerenciales, mientras que un 16 por ciento adicional tenía ocupaciones de servicio.¹⁹⁷

Sólo 15 por ciento de todos los asiáticos y nativos de islas del Pacífico y sólo 19 por ciento de todas las casas encabezadas por mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico informaron ingresos por debajo del nivel federal de pobreza en 1995.²⁶ En 1999, 11 por ciento de todos los asiáticos y nativos de islas del Pacífico y sólo 23 por ciento de las casas encabezadas por mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (sin esposo presente) vivían bajo pobreza.²⁶ Estos promedios, sin embargo, enmascaran variaciones considerables entre las subpoblaciones.¹⁹⁸ Por ejemplo, el porcentaje de población bajo el nivel de pobreza llegaba desde un mínimo de un 6 por ciento entre los americanos japoneses hasta un máximo de 66 por ciento entre los laosianos en 1990 (en comparación con casi un 13 por ciento para la población total de los EE.UU.).⁶⁷ La proporción de familias vietnamitas que informaron niveles de ingresos por debajo del nivel de pobreza en 1990 (24 por ciento) fue más de tres veces aquella de las familias indoasiáticas (7 por ciento).⁶⁵ Los americanos Hmong y camboyanos informaron niveles de pobreza por encima del 45 por ciento.⁴³

Los ingresos para los asiáticoamericanos, tanto individualmente como por casa, apoyan el hallazgo de tasas de pobreza dispares entre las subpoblaciones. En 1980, los asiáticoamericanos tenían un promedio anual de ingreso por casa de \$6,900, menos que el promedio en los EE.UU., de \$7,400. En aquellos momentos, sólo los indonesios, chinos, y americanos japoneses tenían ingreso promedio per cápita sobre el promedio en EE.UU.⁴³ En 1990, la media de ingreso familiar para los asiáticos y nativos de islas del Pacífico era \$35,900 (más alta que la media de ingreso familiar de \$35,000 para los americanos blancos no hispanos), y 37 por ciento de todas las casas de asiáticos y nativos de islas del Pacífico tenían ingresos anuales de al menos \$50,000. Al mismo tiempo, más de 5 por ciento de las casas de asiáticos y nativos de islas del Pacífico tenían ingresos de menos de \$5,000, y cerca de 12 por ciento tenía ingresos de menos de \$10,000.¹⁹⁹ En 1998, la media de ingreso familiar para los asiáticos y nativos de islas del Pacífico era \$52,826, considerablemente más alta que la media familiar de \$49,023, para los blancos ese mismo año.³ Tres quintas partes

(61 por ciento) de las familias de asiáticos y nativos de islas del Pacífico tenían ingresos de al menos \$50,000 en 1999.¹⁹⁷ La relocalización de más de 1 millón de refugiados indochinos en los 1970s y 1980s hicieron la distribución bimodal de los resultados económicos aún más pronunciada porque los refugiados que llegaron después de 1979 han experimentado tasas más altas de desempleo, subempleo y pobreza que otros asiáticoamericanos, y que otras subpoblaciones raciales/étnicas.⁶⁷ 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 EE.UU.⁴³

La cubierta de seguro de salud varía entre las mujeres asiáticoamericanas, al igual que los niveles de ingreso y empleo. Entre las poblaciones asiáticas y nativas de islas del Pacífico combinadas, casi 21 por ciento se hallaban sin seguro de salud en 1999.⁸⁸ Cuando se examina la cubierta de seguro de salud por subgrupo étnico, sin embargo, las proporciones de los no asegurados alcanzan desde un mínimo de 8 por ciento entre los asiáticos y nativos de islas del Pacífico de tercera generación o posterior, hasta un máximo de 34 por ciento entre los coreanos, y 27 por ciento entre los asiáticos del sudeste de Asia. Los coreanos y asiáticos del sudeste de Asia también tienen la menor probabilidad de tener cubierta de seguro de salud a través de sus empleadores (48 y 49 por ciento, respectivamente). Sin embargo, los coreanos también fueron la subpoblación con más probabilidad (14 por ciento) de haber comprado cubierta de seguro privado. Los asiáticos del sudeste de Asia fueron el grupo con más probabilidad (18 por ciento) de tener cubierta de Medicaid durante 1997, una disminución marcada de las más de dos quintas partes (41 por ciento) que informaron de esta cubierta en 1994. Aunque todos los subgrupos asiáticos vieron una disminución en cubierta de Medicaid entre 1994 y 1997, los asiáticos del sudeste de Asia experimentaron la disminución más precipitada.¹⁵

Ochenta y un por ciento de todas las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico y 91 por ciento de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico en edades de 65 años o mayores informaron tener cubierta de seguro de salud ya fuera pública o privada en 1995.¹⁹⁸ Catorce por ciento de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico informaron cubierta de Medicaid y cerca de 7 por ciento informaron cubierta de Medicare. Cerca de dos terceras partes (66 por ciento) de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico tenían seguro de salud privado. A pesar de las altas tasas de cubierta en general, a subpoblaciones selectas

les falta seguro de salud, y esta falta de seguro de salud causa que algunas mujeres asiáticoamericanas se vuelvan usuarias frecuentes de los salones de emergencia en hospitales. Un estudio de los americanos coreanos residentes en el condado de Los Angeles halló que 50 por ciento de aquellos de menos de 65 años de edad y 45 por ciento de aquellos de 65 años o más no tenían seguro de salud.²⁰⁰ En California, 37 por ciento de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico que no son ciudadanas no están aseguradas, en comparación con 23 por ciento de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico que son ciudadanas naturalizadas, y 18 por ciento de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico nacidas americanas. Entre los grupos étnicos asiáticos, un porcentaje más alto de coreanos que de hispanos o latinos no tenía seguro (40 versus 36 por ciento, respectivamente) (Los hispanos son el grupo étnico con más probabilidad de no estar asegurado en California).²⁰¹

Aunque las mujeres asiáticoamericanas por lo general muestran comportamientos de estilo de vida saludables, tales como una menor preponderancia de fumar (10 por ciento) que otras mujeres americanas (25 por ciento), hay variación por subpoblación en ambas cosas, los comportamientos saludables y la preponderancia de enfermedades.¹⁷⁷ Por ejemplo, esta prevalencia de fumar, de un 10 por ciento en general, agrega tasas más altas entre las mujeres americanas japonesas (19 por ciento de las cuales informaron que fumaban en el estudio de California) y las mujeres filipinoamericanas (11 por ciento de las cuales informaron fumar en el mismo estudio) a las tasas más bajas de mujeres americanas chinas (7 por ciento de las cuales informaron fumar en el estudio de California).²⁰² Aunque las mujeres asiáticas fuman menos que sus contrapartidas de otras razas, los hombres asiáticos de algunos subgrupos, por ejemplo los coreanos y filipinos, tienen una preponderancia más alta de fumar, lo cual expone a las mujeres en sus hogares a niveles elevados de humo de segunda mano.⁵⁹ Una encuesta, hecha en 1998, de casas asiáticas (la vasta mayoría de cuyos miembros habían nacido en el extranjero) halló que 31 por ciento de las mujeres vietnamitas y 27 por ciento de las mujeres coreanas estaban expuestas a humo de segunda mano todos los días en sus hogares.²⁰³

El riesgo de hipertensión también varía por subpoblación. En otro estudio de la población de California, se halló que la hipertensión era más un problema para los filipinoamericanos (25 por ciento) que para los americanos chinos (16 por ciento) o japoneses (13 por ciento).¹⁹²

Sólo 9 por ciento de las mujeres vietnamitas en California informaron de hipertensión en comparación con el 16 por ciento para todas las mujeres en la población estatal. La tasa de hipertensión más baja fue informada entre las mujeres americanas coreanas en California, sólo 3 por ciento de las cuales informaron de esta condición.¹⁹²

Otras condiciones, tales como la tuberculosis, son más comunes entre las poblaciones asiáticas que entre otros grupos raciales/étnicos. La preponderancia de tuberculosis entre los americanos asiáticos o nativos de islas del Pacífico, la más alta entre todos los grupos, fue casi 15 veces aquella de los americanos blancos en 1996. Los asiáticos nacidos en el extranjero en particular informan tasas más altas de tuberculosis que otras poblaciones nacidas en el extranjero. Aunque su riesgo de desarrollar tuberculosis alcanza desde 30 por ciento hasta 45 por ciento en el año siguiente a su inmigración, este riesgo baja a menos de 5 por ciento después de 10 años de residencia en los Estados Unidos.²⁰⁴ La hepatitis B y ciertas anomalías genéticas también son más comunes entre las subpoblaciones asiáticas.

La falta de conocimiento acerca de los factores de riesgo o de los comportamientos preventivos para varias enfermedades también es un problema para los asiáticoamericanos. Un estudio entre las poblaciones de asiáticos del sudeste de Asia en el centro de Ohio reveló que 94 por ciento de los encuestados no sabían lo que es presión arterial, y 85 por ciento no sabía qué se puede hacer para prevenir las enfermedades del corazón.¹⁹² La falta de conocimiento acerca de los factores de riesgo al cáncer, por ejemplo, resulta en la falta de hacerse autoexámenes del seno y análisis tales como la mamografía o la prueba Pap para aminorar la incidencia de cáncer del seno y de cáncer cervical.¹⁷⁷ Un estudio conducido en Filadelfia halló que 71 por ciento de las mujeres americanas camboyanas y vietnamitas no sabían lo que era el cáncer.²⁰⁵

La falta de las mujeres asiáticas en hacerse pruebas regularmente guarda relación no sólo con la falta de conocimiento de los factores de riesgo sino también con la creencia de que el cáncer es inevitablemente fatal. Una encuesta de mujeres vietnamitas en San Francisco halló que más de la mitad (52 por ciento) creía que “hay poco que se pueda hacer para prevenir el cáncer”.²⁰⁶ Aunque prácticamente todas las mujeres encuestadas (97 por ciento) habían oído del cáncer, muchas no conocían las señales, síntomas o factores de riesgo comunes para el cáncer del seno o del cuello

uterino. En particular, el cáncer cervical, el cual se asocia con el virus papiloma humano (HPV) afecta desproporcionadamente a ciertas mujeres asiáticas. Las mujeres vietnamitas tienen la incidencia más alta de cáncer cervical invasivo en los Estados Unidos (43 por cada 100,000), y la incidencia entre las mujeres americanas coreanas excede 15 por cada 100,000.²⁰⁷ El cáncer cervical es el tipo de cáncer que ocurre con más frecuencia entre las mujeres laosianas en California, y es el segundo cáncer más común entre las mujeres camboyanas en California.²⁰⁵

Estas tasas de alta incidencia se atribuyen generalmente a la falta de pruebas Pap anteriores, las cuales pueden detectar el cáncer cervical en una etapa temprana tratable. Las mujeres vietnamitas que han migrado a los Estados Unidos desde 1981 han tenido más probabilidad (76 por ciento) de nunca haberse hecho la prueba de Papanicolaou para el cáncer cervical que las mujeres que habían migrado antes de 1981 (33 por ciento).²⁰⁶ En una encuesta de las mujeres vietnamitas en el oeste de Massachusetts, poco más del 50 por ciento de las que respondieron informaron haberse hecho la prueba Pap, menos del 57 por ciento de todas las mujeres en EE.UU. de 18 años o mayores que informaron haberse hecho esta prueba en 1991.^{208,209} Las tasas de utilización de pruebas Pap entre las mujeres pertenecientes a otros subgrupos asiáticos son aún más bajas. En Los Angeles, 48 por ciento de las mujeres filipino-americanas informaron haber recibido una prueba Pap en los 2 años anteriores a la encuesta. De forma similar, menos de la mitad (47 por ciento) de las mujeres americanas camboyanas en Seattle informaron haber recibido una prueba Pap recientemente.²⁰⁵

La falta en obtener mamografías es de particular preocupación por el aumento gradual en las tasas de cáncer del seno entre las mujeres asiáticas (especialmente chinas, japonesas, y filipinas) a través de las generaciones después de su migración a los Estados Unidos, en comparación con estos mismos grupos de mujeres en Asia. En general, las mujeres asiáticoamericanas nacidas en los Estados Unidos tienen un riesgo de cáncer del seno 60 por ciento mayor que las mujeres asiáticoamericanas nacidas en Asia.²¹⁰ El cáncer del seno es el cáncer más común entre las mujeres chinas, filipinas, japonesas y coreanas, y el segundo cáncer más común para las mujeres vietnamitas.^{59,211}

El cuidado prenatal es otra forma de cuidado preventivo que muchas mujeres asiáticoamericanas no reciben. Cerca de la mitad de las mujeres camboyanas y laosianas no comienzan cuidado prenatal

durante su primer trimestre y tienen partos con riesgos más altos por esta razón.^{212,213} Las mujeres samoanas y laosianas son las que con menos probabilidad reciben cuidado prenatal entre las poblaciones asiáticas o nativas de islas del Pacífico.²¹⁴ De los cinco principales grupos indochinos en Oregon (Khmer, Hmong, Mien, otros de Lao, y vietnamitas), las mujeres Hmong americanas tenían el perfil de riesgo de parto menos favorable.²¹³ El peso de nacimiento promedio entre los bebés Hmong nacidos en California entre 1985 y 1988 fue significativamente menor que el peso de nacimiento promedio entre los bebés blancos.²¹⁵ Los bebés con bajo peso de nacimiento y nacidos antes del término a madres Hmong, camboyanas, y laosianas en 1992 están reflejados en las tasas agregadas de 12 por ciento (antes del término) y 7 por ciento (bajo peso de nacimiento) para todas las mujeres en la categoría "Total del resto de los asiáticos o nativos de islas del Pacífico". Estas tasas son más altas que para las madres vietnamitas (10 por ciento antes del término y 6 por ciento bajo peso de nacimiento), y también más altas que para las madres blancas no hispanas (8 por ciento antes del término y 5 por ciento bajo peso de nacimiento).⁶⁵

Aún con seguro de salud, modelos médicos culturalmente aceptados tales como la acupuntura y las medicinas herbales a menudo no son servicios cubiertos, un que hecho limita más el acceso al cuidado de salud.⁶⁶ Las mujeres asiáticoamericanas tienen más probabilidad de informar que utilizan prácticas de salud y medicinas tradicionales que los hombres asiáticos – 69 por ciento versus 39 por ciento. Por grupo étnico, casi todas las mujeres camboyanas (96 por ciento), casi la quinta parte (18 por ciento) de las mujeres laosianas, y casi dos terceras partes de las mujeres chinas (64 por ciento) informan que usan prácticas de salud tradicionales.²¹⁶ El alto incumplimiento con los medicamentos de prescripción occidentales entre estas poblaciones claramente se vuelve una preocupación. Los hipertensos chinos que no hablan inglés, por ejemplo, muestran tal incumplimiento, quizás en deferencia a tratamientos tradicionales.¹⁷⁷

El miedo a la dificultad en comunicarse – mezclado con la vergüenza, el sentido de culpa, la furia, la depresión, y otras respuestas a ciertas condiciones estigmatizadas tales como el retraso mental, las enfermedades mentales, el abuso de sustancias, y el VIH/SIDA – también pueden obstaculizar a los asiáticoamericanos en buscar cuidado a tiempo.⁶⁷ Se ha documentado que los asiáticoamericanos, especialmente, los americanos chinos, subutilizan

los servicios de salud mental.^{217,218} Aunque generalmente hay un estigma unido al que los asiáticoamericanos busquen tratamiento para los problemas mentales fuera de la familia, cómo esto se expresa varía con el nivel educacional y la cantidad de tiempo en los Estados Unidos. Los americanos chinos a menudo interpretan las enfermedades mentales como castigo por haber hecho algo malo, ya sea ellos mismos, otros miembros de la familia o sus ancestros y se avergüenzan de buscar tratamiento por esta razón.²¹⁸ Algunos camboyanos perciben los problemas de salud mental como el resultado de espíritus malignos a los que hay que ahuyentar. A causa de su religiosidad, los coreanoamericanos tienen probabilidades de confundir las alucinaciones con voces espirituales y de no buscar cuidado. También tienen probabilidades de automedicarse para condiciones que puede que no respondan a medicamentos. A los americanos japoneses, sin embargo, les preocupa más quien sabe que están bajo tratamiento y cancelan citas por temor a encontrarse con alguien que los conozca cuando salen de una localidad de cuidado de la salud mental.

Los traumas debidos a la guerra (por ej., tortura, inanición, violación, trabajo forzado y ser testigo de asesinato), el exilio de la tierra patria y la relocalización a otra tierra a menudo resultan en condiciones médicas únicas, tales como la ceguera sicosomática o no orgánica informada entre las mujeres camboyanas de 40 años de edad o mayores. Aún cuando los pacientes asiáticoamericanos buscan cuidado, las barreras lingüísticas hacen tales condiciones difíciles de diagnosticar y tratar.¹⁹³

Se piensa que los camboyanos son el grupo más traumatizado por la agitación en su país natal y la inmigración a los Estados Unidos, y como resultado tienen los más altos niveles de estrés psicológico de todos los grupos asiáticos del sudeste de Asia.¹⁹¹ Sin embargo, se ha hallado que los inmigrantes Hmong a los Estados Unidos son particularmente susceptibles a desarrollar problemas de abuso de sustancias tras su relocalización. Algunos usan el alcohol para aliviar el insomnio, el dolor y el estrés emocional. El uso del opio para curar problemas fisiológicos y psicológicos también ha sido informado. El uso de alcohol y opio entre los Hmong para curar problemas médicos puede nacer de su falta de confianza en la medicina occidental. Sin embargo, éste también puede ser resultado de factores culturales; es aparentemente común para algunas poblaciones del sudeste de Asia intentar curar los problemas médicos mediante el uso de drogas y alcohol.¹⁹¹ Aunque la mayoría de los Hmong tratados por abuso de sustancias

son hombres, estos problemas de los hombres Hmong afectan las casas en las que los hombres viven con sus esposas y otros miembros de la familia.

Para complicar sus tensiones y trauma, muchos inmigrantes pobres del sudeste de Asia se relocalizan a ambientes violentos dentro de las ciudades en los Estados Unidos.²¹⁹ Aunque los problemas psicológicos a menudo se hallan entre tales inmigrantes relocalizados la depresión también se encuentra entre los coreanoamericanos, la mayoría de los cuales son inmigrantes recientes pero que migraron a los Estados Unidos sin traumas relacionados con la guerra. La depresión, de hecho, es más común entre los coreanoamericanos que entre los americanos chinos, japoneses, o filipinos.¹⁸⁹

Además, no toda la terminología médica/de la salud en inglés se puede traducir con facilidad a los varios lenguajes sudasiáticos, ni muchas de las expresiones sudasiáticas que describen condiciones físicas y mentales pueden ser directamente traducidas para los proveedores de cuidado de los EE.UU. Cáncer, por ejemplo, tiene un equivalente en cantonés (la palabra *nham*, que más o menos se traduce al inglés como “crecimiento”) pero ésta no se menciona como enfermedad en los textos de medicina china. Así, puede ser difícil para los pacientes asiáticos aceptar sus diagnósticos como reales o aceptar los regímenes de tratamiento occidental para estos.¹⁸⁶

Las diferencias en patrones culturales, aún entre asiáticoamericanos altamente aculturados, sugieren diferentes interpretaciones de etiología, control personal, y responsabilidad con respecto a la salud.¹⁸³ Por ejemplo, los americanos chinos ven la salud escépticamente y como algo problemático. Así, aún si uno se ve saludable y tiene buenos hábitos de salud y cuidado médico, los males inesperados, la muerte súbita, y los problemas psicológicos siguen siendo una preocupación. Los americanos japoneses, por otro lado, ven la salud como cuestión de voluntad, con un fuerte énfasis sobre la conexión cuerpo mente. Ellos con probabilidad piensan que pensar acerca de enfermarse puede enfermar a uno. Los americanos filipinos, sin embargo, tienen más probabilidad de enfatizar la relación entre cuerpo y alma para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Para ellos, la salud es una declaración moral acerca del cumplimiento correcto de las obligaciones sociales (particularmente familiares).

Si los asiáticoamericanos llegan a los proveedores de salud y hay traductores disponibles, la comunicación no está todavía garantizada y puede ser que de todas formas no se reciba el cuidado apropiado.²²⁰

Por ejemplo, las diferencias entre los sistemas médicos en los Estados Unidos y China constituyen un obstáculo más para los americanos chinos nacidos en China pero que necesitan cuidado de salud en los Estados Unidos. En China, los médicos generalmente prescriben y despachan la medicina, cobrando sólo una tarifa nominal por sus servicios; el mayor costo de la visita son las medicinas.¹⁸⁶ Ya que la idea de visitar un profesional médico para una revisión sin obtener prescripciones para medicamentos no alcanza las expectativas de muchos americanos chinos, estos están renuentes a hacer visitas de rutina o al cuidado preventivo. Además, 90 por ciento de los obstetras y ginecólogos en China son mujeres, un hecho que hace difícil para las mujeres americanas chinas nacidas en el extranjero ser examinadas o recibir cuidado de practicantes predominantemente masculinos en estas especialidades en los Estados Unidos.¹⁸⁶

Algunas mujeres coreanoamericanas, muchas de las cuales tienen dificultades extremas con el inglés, informan usar “han yak”, una medicina coreana, y otros remedios coreanos caseros que no necesitan prescripción en vez de ir al médico en los Estados Unidos.²¹² Ellas evitan ir a los médicos a causa de “las dificultades en comunicación”, los doctores y enfermeras “impacientes”, ser “tratadas irrespetuosamente” por su etnicidad y otras “malas experiencias”.²¹²

Otras características culturales que influyen en la salud de los asiáticoamericanos son el familismo, la reverencia hacia la autoridad, y un sentido de vergüenza/orgullo. Las culturas asiáticas – al igual que las culturas hispanas – a menudo enfatizan el tomar decisiones en familia. La práctica de tomar decisiones en familia puede ser aumentada por la necesidad, o puede ser rendida impotente dentro del contexto socioeconómico de la sociedad de los EE.UU.²⁰⁰ La reverencia hacia la autoridad común en las sociedades asiáticas con estructuras jerárquicas, tales como en Corea, por ejemplo, pueden resultar en que un paciente coreanoamericano no cuestione el diagnóstico y tratamiento de un médico y en que indique entendimiento, acuerdo y cumplimiento, cuando no lo haya.⁶⁷ Esta reverencia hacia la autoridad también puede combinarse con la diferenciación entre los papeles por género para hacer que las mujeres asiáticas no deseen informar la violencia doméstica ya sea a los proveedores de salud o a las autoridades de la ley.^{219,221}

El fuerte deseo de “mantener las apariencias” dentro de la comunidad ha resultado en baja utilización de servicios de tratamiento para adicciones por alcoholismo y abuso de sustancias por parte de

los asiáticoamericanos. Aunque se ha hecho poca investigación sobre el abuso del alcohol o las sustancias entre las mujeres asiáticoamericanas, las investigaciones disponibles sugieren que los asiáticos usan y abusan del alcohol y otras sustancias menos frecuentemente que miembros de otros grupos raciales/étnicos.²²² Las bajas tasas de beber entre todos los grupos asiáticoamericanos parecen ser debido al alto porcentaje de abstemios entre las poblaciones nacidas en el extranjero.²²²

Un estudio de asiáticoamericanos en Los Angeles halló que entre las mujeres, las americanas japonesas eran las que con más probabilidad informaban ser bebedoras (73 por ciento), seguidas de las chinas (49 por ciento), y las coreanas (25 por ciento).²²³ Un estudio posterior de mujeres y hombres asiáticoamericanos halló en forma similar que 45 por ciento de los japoneses, 38 por ciento de los filipinos, y 36 por ciento de ambos chinos y vietnamitas informaron de uso vitalicio de drogas y alcohol.¹⁹¹ Las altas tasas de consumo de alcohol también se han notado entre personas con un padre asiático y otro caucásico.¹²⁷ Las mujeres filipinas son las que tienen menos probabilidad de informar el uso de bebidas alcohólicas. El uso de alcohol entre las mujeres asiáticoamericanas tiende a aumentar con la aculturación. Además, factores productores de estrés tales como el divorcio y la viudez están asociados a la depresión y al abuso de sustancias para estas mujeres.¹²⁷ Aunque los factores de riesgo y los patrones de uso y abuso de sustancias se han identificado entre poblaciones selectas de jóvenes asiáticos, la preponderancia es generalmente menor que entre jóvenes de otros grupos raciales/étnicos.²²²

Las amplias diferencias entre las sociedades asiáticas y los Estados Unidos significan que las necesidades económicas y socioemocionales más básicas de los nuevos inmigrantes puede que no sean satisfechas por las instituciones existentes. El doloroso proceso de aculturación produce altos niveles de estrés y puede producir una alta prevalencia de enfermedades mentales entre los asiáticoamericanos.¹³⁹ Algunas de estas enfermedades mentales resultan de la frustración al no cosechar beneficios en forma de trabajos de paga alta o estado alto, en comparación con sus expectativas debidas al nivel de educación obtenido y los beneficios cosechados por los americanos blancos con una educación comparable.²²⁴ Además, cuando las mujeres del sudeste de Asia, en particular, alcanzan mayor movilidad hacia arriba (en comparación con los hombres del sudeste de Asia) como resultado de empleos con paga en los Estados Unidos, las

tensiones matrimoniales a veces aparecen y pueden conducir al abuso conyugal o al divorcio.¹⁸³ El estereotipo por su género de las mujeres asiáticas como dóciles y serviles también constituye un productor de estrés que puede contribuir a la depresión y las enfermedades mentales.²²⁵ Uno de los problemas de salud mental principales para los asiáticoamericanos, sin embargo, es el racismo – el cual afecta adversamente su estado socioeconómico, así como el estado de otra gente de color.⁶⁶

Mujeres adolescentes de color

Aunque se usan edades distintas para definir la adolescencia, si se considera la población entre las edades de 10 a 19 años como adolescentes, entonces 40.7 millones de personas pertenecían a este grupo en el 2000.²²⁶ Los adolescentes formaron el 14.5 por ciento de la población de los EE.UU., con la expectativa de que su porción de ambas, cantidad y población descienda en el futuro.²²⁷ Los adolescentes a menudo viven en familias con uno solo de los padres (31 por ciento), y muchos viven en pobreza (casi 17 por ciento).^{228,229} Cuarenta por ciento de los adolescentes en casas encabezadas por mujeres viven en pobreza. Estos adolescentes incluyen 54 por ciento de hispanos, 50 por ciento de negros no hispanos y 27 por ciento de los blancos no hispanos.²²⁹

De acuerdo al Estudio Nacional Longitudinal de la Salud de los Adolescentes (Add Health), 65 por ciento de los adolescentes en el grupo de ingreso más bajo (\$10,000 o menos) viven en hogares con un solo padre. Además, existen diferenciales de ingreso pronunciados por raza/etnicidad – los jóvenes de color comprendían más de la mitad de todos los adolescentes cuyas familias tenían ingresos de menos de \$20,000.²²⁸ Vivir en pobreza juega un papel crítico en el acceso a los servicios de cuidado de salud y en moldear los resultados en la salud para los adolescentes, al igual que para los adultos.

Al mismo tiempo que se proyecta un descenso en el total de la población adolescente en el futuro cercano, la representación de los adolescentes de color dentro de esta población se espera que aumente. Los adolescentes fueron el 18 por ciento de las poblaciones de 1990 de indioamericanos/nativos de Alaska, nativos de Hawái, hispanos, y negros; fueron el 16 por ciento de la población de 1990 de asiáticoamericanos.^{230,231} La población adolescente ya es más diversa racialmente que la población de los EE.UU. de todas las edades. En el 2000, los negros no hispanos fueron 12.3 por ciento y los hispanos el 12.5 por ciento de la población de todas las edades;

sin embargo, los negros no hispanos fueron el 14 por ciento y los hispanos fueron el 15 por ciento de la gente en edades de 10 a 19 en aquellos momentos.⁴ En el 2000, 35 por ciento de todos los adolescentes pertenecían a un grupo racial/étnico, con la predicción de que esta participación alcanzará 40 por ciento para el año 2020.^{4,231}

Las mujeres adolescentes indioamericanas/nativas de Alaska fueron el 18 por ciento de todas las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y 49 por ciento de todos los indioamericanos/nativos de Alaska en edades de 10 a 19 en el 2000.⁴ La mitad de todos los adolescentes indioamericanos/nativos de Alaska viven en familias pobres o casi pobres.²³¹ Las mujeres adolescentes nativas de Hawái o de otras islas del Pacífico en forma similar eran cerca del 18 por ciento de las mujeres de estas poblaciones. En el 2000, un estimado de 36 por ciento de la población hispana era menor de 19 años de edad, con las mujeres hispanas adolescentes formando el 48 por ciento de todos los adolescentes.^{70,230,231}

En la actualidad, 35 por ciento de la población negra tiene 19 años o menos, con las adolescentes formando 16 por ciento de todas las mujeres negras.⁴ Cuarenta y tres por ciento de las adolescentes negras viven en pobreza, con una participación aún mayor (dos terceras partes) que vive en hogares de un solo padre.²³¹ En años recientes, los asiáticoamericanos han constituido casi la mitad de todos los inmigrantes a los Estados Unidos, siendo los adolescentes nacidos en el extranjero más de la mitad de esta corriente inmigrante. Veinte y siete por ciento de los asiáticoamericanos tienen 19 años de edad o menos.⁴ En los primeros 1990s, 15 por ciento de todas las mujeres asiáticoamericanas eran adolescentes; para el 2000, su participación había bajado un poco a 13 por ciento. Las mujeres comprendían 49 por ciento de todos los adolescentes asiáticoamericanos en ambos los primeros 1990s y en el 2000.

Acceso a los servicios

Los adolescentes tienen las tasas más bajas de contacto con médicos entre todos los grupos por edad en los Estados Unidos, y muchos adolescentes de color tienen tasas de contacto aún más bajas.^{231,232} Aunque los jóvenes blancos en edades de 12 a 17 en 1988 informaron 3.6 contactos con un médico el año anterior, los jóvenes negros, hispanos y asiáticos o nativos de islas del Pacífico informaron menos (2.4, 2.4, y 1.0, respectivamente).²³² Los adolescentes indioamericanos/nativos de Alaska informaron 7.0 contactos con médicos durante el año anterior.

Diecisiete por ciento de las mujeres en edades de 10 a 19 no hicieron ni una visita de cuidado de la salud en todo el 1996.²²⁹

Los datos sobre la porción de jóvenes en edades de 12 a 17 que informaron en 1988 que no habían recibido cuidado de rutina en los 2 años anteriores son consistentes con las frecuencias de contacto médico. Más de la quinta parte de los jóvenes blancos (22 por ciento) y negros (21 por ciento) informaron no recibir cuidado de rutina en los 2 años anteriores, mientras que al menos la cuarta parte de los jóvenes hispanos (25 por ciento) e indioamericanos/nativos de Alaska (27 por ciento) informaron lo mismo. Cerca de la tercera parte de los jóvenes asiáticos o nativos de islas del Pacífico (31 por ciento) indicaron que no habían recibido cuidado de rutina en los 2 años anteriores.²³² En una encuesta de 1989 entre adolescentes indioamericanos/nativos de Alaska, 54 por ciento de los hombres y mujeres combinados informaron haberse hecho un examen físico y una prueba de oído durante los 2 años anteriores.²³³

La falta de una fuente regular para el cuidado médico de rutina y la falta de un proveedor en particular para el cuidado durante la enfermedad también son problemas para los adolescentes de color. Mientras que el 13 por ciento de los jóvenes blancos, negros, e indioamericanos/nativos de Alaska informaron en cada grupo no tener una fuente regular para el cuidado médico de rutina en 1988, 21 por ciento de los jóvenes asiáticos o nativos de islas del Pacífico y 24 por ciento de los jóvenes hispanos informaron de esto.²³² Las porciones de adolescentes de color sin proveedor en particular para el cuidado durante la enfermedad fueron aún mayores que las porciones para la falta de una fuente regular para el cuidado médico de rutina. Dieciocho por ciento de los jóvenes en edades de 12 a 17, y 38 por ciento de los jóvenes hispanos informaron no tener proveedor en particular para el cuidado durante la enfermedad. Alrededor de una tercera parte de los otros adolescentes de color (negros, asiáticos o nativos de islas del Pacífico, e indioamericanos/nativos de Alaska) informaron esta misma falta de proveedor.²³²

El seguro de salud y la cubierta para adolescentes bajo pólizas de familia son clave para el uso de los servicios y el acceso al cuidado para los jóvenes y parcialmente explican los hallazgos indicados arriba. Aproximadamente 74 por ciento de todos los adolescentes están cubiertos por seguro de salud privado. Algunas fuentes indican que más de la mitad de los adolescentes negros e hispanos y dos terceras partes de otros adolescentes de color tienen seguro de salud

privado.²³¹ Para muchos jóvenes de color, sin embargo, el seguro público de salud, generalmente Medicaid, provee el camino a los servicios de cuidado y puede proveer sólo acceso limitado a la gama completa de servicios necesarios. Se estima que veintiocho por ciento de los adolescentes negros, 14 por ciento de los adolescentes hispanos, y 13 por ciento de otros jóvenes de color tienen Medicaid u otro seguro público de salud.²³¹ Más del 14 por ciento de todos los adolescentes en edades de 12 a 17 años no están asegurados, sin embargo, y esto incorpora el 12 por ciento de los adolescentes asiáticos o nativos de islas del Pacífico al 41 por ciento de jóvenes indioamericanos/nativos de Alaska.^{88,232} Trece por ciento de los adolescentes blancos informan no tener seguro de salud, al igual que 18 por ciento de jóvenes negros y 28 por ciento de los hispanos.²²⁹ Los adolescentes blancos no hispanos con cubierta de seguro de salud tienen el doble de la probabilidad de sus iguales sin ningún seguro de haber hecho una visita de cuidado de salud en los 12 meses anteriores. Sin embargo, los adolescentes hispanos asegurados tenían más del doble de la probabilidad y los adolescentes negros no hispanos asegurados tenían tres veces la probabilidad de sus iguales no asegurados de haber hecho una visita de cuidado de salud en el año anterior.²²⁹

Aunque la falta de seguro de salud y la pobreza familiar a menudo constituyen barreras insuperables para los adolescentes que necesitan servicios de cuidado de salud, las barreras no financieras también interfieren con la habilidad de los adolescentes para obtener cuidado y contribuyen a la frecuencia limitada de contacto y a la falta de relaciones con los proveedores. Los servicios a menudo son fragmentados y no se dirigen a las necesidades específicas de los adolescentes.²³⁴ Dependiendo de la ubicación de las localidades, llegar a ellas es a veces problemático. Los problemas de confidencialidad cliente-proveedor con respecto a los padres también sirven como barreras para los adolescentes que de otro modo buscarían cuidado. Los temores reales o imaginados acerca de la propia reputación o acerca de la desaprobación por parte del proveedor, de la familia o de los compañeros pueden mantener a los adolescentes alejados de los servicios de salud necesarios también.^{231,235}

Salud

Los padres de jóvenes negros, indioamericanos/nativos de Alaska e hispanos en edades de 12 a 17 en 1988 tenían menos probabilidad que los padres de jóvenes blancos y asiáticos o nativos de islas del Pacífico en las mismas edades de calificar la salud de sus hijos

adolescentes como excelente.²³² Cincuenta y cuatro por ciento de los adolescentes blancos y 63 por ciento de los adolescentes asiáticos o nativos de islas del Pacífico fueron calificados con salud excelente sin condiciones limitantes. Sólo 25 por ciento de los jóvenes indioamericanos/nativos de Alaska pero 39 por ciento de los jóvenes negros y 43 por ciento de los hispanos fueron calificados en forma similar. Una porción minúscula (0.8 por ciento) de los padres de jóvenes asiáticos o nativos de islas del Pacífico en edades de 12 a 17 calificaron a su prole con salud regular o pobre o con condiciones limitantes.²³² Las participaciones de jóvenes blancos (9 por ciento), indioamericanos/nativos de Alaska (8 por ciento) e hispanos (10 por ciento) calificadas de regular a pobre fueron considerablemente mayores, como lo fue el casi 12 por ciento de adolescentes negros cuyos padres calificaron su salud como regular o pobre. Una encuesta de 1989 entre jóvenes indioamericanos/nativos de Alaska halló que ellos tenían tres veces la probabilidad de los jóvenes blancos de calificar su salud como pobre.²³³

La mayor parte de los datos sobre la salud de los adolescentes es sobre sus comportamientos de alto riesgo, tales como coito sin protección, uso de alcohol, y abuso de sustancias, las cuales se discuten en la siguiente sección. La información limitada sobre la salud mental de las mujeres adolescentes de color sugiere, sin embargo, que las circunstancias de sus vidas y la baja autoestima que a menudo emana de estas circunstancias contribuyen a que ellas informen de la depresión y los intentos de suicidio. Las mujeres jóvenes asiáticoamericanas tienen las tasas más altas de depresión para cualquier grupo en los Estados Unidos, y la segunda tasa más alta de suicidio para las mujeres en edades de 15 a 24. Un estudio de estudiantes universitarios de California halló que muchas mujeres jóvenes asiáticoamericanas sufrían de baja autoestima y de un sentido limitado de control sobre sus vidas. Estas mujeres, muchas de las cuales vinieron de familias asiáticas inmigrantes, citaron conflicto entre los valores asiáticos y los americanos, las expectativas familiares, y un énfasis en internalizar los problemas mentales para “salvar cara” como factores contribuyentes. Además, muchas mujeres asiáticas notaron una falta de servicios de apoyo y salud mental culturalmente sensibles en los campus universitarios.²³⁶

Aunque una porción un poco mayor de estudiantes de escuela superior hispanas femeninas (26 por ciento) que de blancas (23 por ciento) informó haber pensado seriamente acerca de intentar suicidarse durante los

12 meses anteriores a la encuesta, una porción menor de féminas negras (19 por ciento) informó de pensamientos similares. En forma consistente con sus informes acerca de idear suicidarse, 19 por ciento de las mujeres adolescentes hispanas intentaron suicidarse al menos una vez durante los 12 meses anteriores a la encuesta de 1999, mientras que 9 por ciento y casi 8 por ciento de las mujeres adolescentes blancas y negras respectivamente, informaron intentos.²³⁷ Veintidós por ciento de las mujeres adolescentes indioamericanas/nativas de Alaska informaron en una encuesta de 1989 que alguna vez habían intentado suicidarse.²³³ En 1997, los indioamericanos/nativos de Alaska en edades de 15 a 19 (de ambos sexos) tenían la mortalidad a causa de suicidio más alta entre todos los grupos raciales y étnicos, con 20.5 muertes por cada 100,000 de población.²²⁷

Otros estudios han mostrado que las mujeres adolescentes negras tienden a informar síntomas depresivos en tasas más altas que las mujeres adolescentes blancas y que un estado socioeconómico más bajo acentúa este hallazgo.²³¹ Las tasas de suicidio perpetrado entre las mujeres adolescentes negras se mantienen más bajas que las tasas para las mujeres adolescentes blancas, aunque las tasas entre las mujeres jóvenes negras han aumentado en años recientes. Se ha notado que las mujeres adolescentes mejicano-americanas indican una mayor cantidad de síntomas depresivos que sus iguales, ya sea negras o blancas.²³¹ Además, en un estudio, se halló que las mujeres adolescentes hispanas representaban el 25 por ciento de todos los pacientes adolescentes admitidos en hospitales por comportamiento suicida, una porción mucho mayor que lo esperado basado en su porción de la población.²³¹

Aunque la información es dispersa para los adolescentes asiáticoamericanos y para los nativos de islas del Pacífico, su tasa ajustada por edad de ingresos a hospitales psiquiátricos es alrededor de la mitad de la de los jóvenes blancos.²³¹ Esto al principio parece sorprendente a la luz de las marcas altas de depresión informada por los refugiados asiáticos adolescentes. Sin embargo, cuando se toma en el contexto de muchas culturas asiáticas, en las cuales buscar cuidado de salud mental viola las normas acerca de sus interacciones familiares y puede ser visto como una fuente de vergüenza para la familia, este hallazgo parece creíble. Quizás en parte como resultado de esta subutilización de servicios de salud mental, el suicidio representa una porción mucho mayor de las muertes entre jóvenes asiáticoamericanos que entre adolescentes blancos.

La prevalencia general de problemas de salud mental entre los jóvenes indioamericanos/nativos de Alaska aparenta ser similar a aquella de los adolescentes blancos, aunque ha habido un reciente aumento de problemas en la adolescencia temprana entre los jóvenes indioamericanos/nativos de Alaska.²³¹ Los desórdenes alimenticios y relacionados con el peso están aumentando entre la juventud indioamericana/nativa de Alaska, y, de acuerdo a la Encuesta de Salud de los Adolescentes Indios, 20 por ciento de las mujeres habían intentado el suicidio, una tasa de intentos más del doble de la de la juventud blanca. Los principales factores de riesgo identificados para los intentos de suicidio entre los adolescentes indioamericanos/nativos de Alaska incluyen: el género femenino, la pobre autopercepción de salud, el conocimiento de un intento de suicidio hecho por una amistad o miembro de la familia, una historia de problemas mentales y de comportamiento que requieren ayuda profesional y un aislamiento extremo de la familia y la comunidad.^{11,238} La tasa de suicidios perpetrados para la juventud indioamericana/nativa de Alaska es más del doble de la tasa para los adolescentes blancos, y en contraste con el patrón nacional, el suicidio tiene más probabilidad de ocurrir entre los adolescentes más jóvenes que entre los adolescentes mayores.²²⁷

Comportamientos de riesgo para la salud

La mayoría de los comportamientos que se discuten a continuación pueden colocar a los adolescentes en riesgo de resultados no saludables. El coito sin protección, el uso o abuso de sustancias, y el operar un vehículo de motor en forma insegura, todos pueden resultar en morbilidad o en la muerte. Las prácticas sanas de nutrición y la actividad física con regularidad, dos comportamientos de mejoramiento de la salud, también se discuten para las mujeres adolescentes de color. Porque la mayor parte de la información acerca de ambos comportamientos los de riesgo a la salud y los saludables se reúne de encuestas administradas a estudiantes en escuelas intermedias y superiores, estas cifras quizás se pueden considerar como subestimados de los comportamientos de alto riesgo y sobrestimados de los saludables entre la juventud, si uno acepta la noción de que los comportamientos de alto riesgo son más prevalentes entre la juventud fuera de escuelas que entre la juventud que permanece en escuelas.²³⁹ Dado que las tasas de abandono de la escuela son más altas entre la juventud de color que entre los adolescentes blancos, las cifras discutidas a continuación pueden bien ser subestimados de los comportamientos de alto riesgo entre la juventud de las subpoblaciones raciales/étnicas.

El coito

El coito puede colocar a las mujeres adolescentes de color en riesgo de enfermedades de transmisión sexual, de infección del VIH/SIDA, y de embarazo durante los años en que sus cuerpos todavía están en desarrollo y son, por lo tanto, excepcionalmente vulnerables a dichos ataques. Las mujeres adolescentes de color demasiado a menudo tienen baja autoestima y utilizan su fertilidad para buscar la aprobación de los hombres con quienes tienen coito. En la Encuesta de Comportamiento de Riesgo en la Juventud (YRBS) de 1999, entre estudiantes femeninas de escuela superior (grados 9 a 12), 45 por ciento de las mujeres adolescentes blancas, 46 por ciento de las hispanas, y 67 por ciento de las negras informaron haber tenido coito alguna vez.²³⁷ En contraste, en un estudio de 1992 de estudiantes de escuela superior asiáticos o nativos de islas del Pacífico, 70 por ciento de las mujeres informaron que eran vírgenes.²⁴⁰

En una encuesta de 1989 de jóvenes indioamericanos/nativos de Alaska, 57 por ciento de las mujeres encuestadas informaron haber tenido coito para la época en que estaban en el grado 12, siendo la edad promedio informada para el primer coito los 14 años.²³³ Más del 11 por ciento de todas las mujeres adolescentes negras en la YRBS informaron que habían tenido su primer coito antes de los 13 años de edad; una mayor participación (21 por ciento) indicó que habían tenido relaciones sexuales con cuatro o más parejas. Menores participaciones de mujeres adolescentes hispanas y blancas informaron de ambas cosas, haber tenido coito antes de la edad de 13 años (más de 4 por ciento de las hispanas y casi 4 por ciento de las blancas) y haber tenido cuatro parejas sexuales (11 por ciento de las hispanas y 13 por ciento de las blancas).²³⁷ Participaciones significativamente menores de estudiantes asiáticos o nativos de islas del Pacífico informaron actividad sexual comparable. Treinta por ciento de las mujeres estudiantes de escuela superior asiáticas o nativas de islas del Pacífico informaron haber tenido coito vaginal, y menos del 5 por ciento tuvo coito antes de la edad de 13 años. Poco más del 2 por ciento tuvo más de 5 parejas sexuales.²⁴⁰

Las mujeres adolescentes negras tenían más probabilidad de informar estar sexualmente activas en la actualidad (50 por ciento), con poco más de una tercera parte de las mujeres adolescentes blancas (35 por ciento) y de las hispanas (34 por ciento) que también informaron actividad sexual en la actualidad. Entre las mujeres adolescentes sexualmente activas en la actualidad, un mayor porcentaje de negras

(65 por ciento) que de blancas (48 por ciento) o de hispanas (43 por ciento) informaron usar condón durante su último coito, sin embargo.²³⁷ Más de la tercera parte (36 por ciento) de las adolescentes asiáticas o nativas de islas del Pacífico informaron usar condón en todas las ocasiones.²⁴⁰ El uso de la píldora contraceptiva antes del coito anterior fue más común entre las mujeres adolescentes blancas (26 por ciento) que entre las negras (12 por ciento) o hispanas (11 por ciento).²³⁷

Como resultado del coito sin protección o con protección inadecuada, las mujeres adolescentes de color a menudo quedan embarazadas; muchas también se convierten en madres. Altas tasas de embarazos adolescentes se hallan entre las mujeres jóvenes hispanas y negras. En 1999, la tasa de nacimientos para las mujeres hispanas en edades de 15 a 17 años fue de 61 por cada 1,000 mujeres, más de tres veces la tasa de 17 por cada 1,000 mujeres para las mujeres blancas no hispanas de la misma edad. Entre las mujeres hispanas de 18 a 19 años de edad, la tasa de nacimientos de 139 por cada 1,000 mujeres fue más del doble de la tasa de 59 por cada 1,000 mujeres blancas no hispanas. Las tasas de embarazos juveniles entre las mujeres adolescentes negras son comparables a las tasas entre las mujeres adolescentes hispanas, con las tasas para las negras en 54 por cada 1,000 mujeres en edades de 15 a 17 y 127 por cada 1,000 mujeres en edades de 18 a 19.⁵⁷ Las tasas de nacimientos a adolescentes asiáticas o nativas de islas del Pacífico son las menores informadas en 1999. Sólo 12 por cada 1,000 mujeres asiáticas o nativas del Pacífico en edades de 15 a 17 años y 38 por cada 1,000 mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico en edades de 18 a 19 años informaron nacimientos vivos en 1999.²⁴¹

Aunque las jóvenes asiáticas y nativas del Pacífico como grupo tienen menos probabilidad que otras mujeres jóvenes de quedar embarazadas y dar a luz, poblaciones del sudeste de Asia selectas informan de altas tasas de embarazos juveniles. En California, entre 1989 y 1998, las muchachas laosianas tuvieron la tasa más alta de embarazo juvenil (189 por cada 1,000 jóvenes) en el estado, muy por encima del promedio estatal de 118 por cada 1,000 mujeres jóvenes. La segunda tasa mayor en el estado (183.9 por cada 1,000) fue entre otros asiáticos – que incluye malasias e indonesias. Las mujeres jóvenes chinas, indias, y coreanas en California tuvieron tasas de alrededor de 10 por cada 1,000. Las diferentes normas culturales (favorecedoras del matrimonio y el embarazo durante los años de la juventud) y la falta de materiales

dirigidos a prevenir el embarazo entre los jóvenes de estos grupos raciales/étnicos se encuentran entre los factores asociados con estas tasas.²⁴²

Las tasas de nacimientos también son altas para otras poblaciones selectas de jóvenes. El parto de adolescentes es dos veces más común entre mujeres indioamericanas/nativas de Alaska que entre mujeres de todas las razas combinadas, con el 42 por ciento de todas las madres indioamericanas/nativas de Alaska menores de los 20 años de edad cuando tuvieron su primer hijo.²⁴³ La tasa de nacimientos para las mujeres adolescentes indioamericanas/nativas de Alaska fueron 46 por cada 100,000 para las de edades de 15 a 17 años, y 122 por cada 100,000 para las de edades de 18 a 19 años en 1996.²²⁹ Además, 21 por ciento de los nacimientos vivos entre la población de servicio del IHS entre 1994 y 1996 fueron a madres indioamericanas/nativas de Alaska menores de los 20 años de edad.¹⁴ Las mujeres nativas de Hawaii también tienen probabilidad de dar a luz siendo más jóvenes de los 20 años de edad; en 1999, 18 por ciento de los nacimientos a madres nativas de Hawaii fueron a esta subpoblación.⁵⁷ Entre las mujeres samoanas y guamanianas, proporciones considerables de nacimientos en 1992 fueron también a mujeres menores de la edad de 20 años; 11 por ciento de los nacimientos a madres samoanas y 16 por ciento de los nacimientos a madres guamanianas fueron a mujeres de menos de los 20 años de edad.⁶⁵ El grupo racial/étnico con la menor porción de nacimientos a mujeres menores de los 20 años de edad es el de asiáticoamericanos. Los nacimientos a mujeres menores de 20 años de edad alcanzan de menos del 1 por ciento entre las adolescentes chinas hasta el 6 por ciento entre las adolescentes filipinas.⁵⁷

El coito puede resultar en infección del VIH/SIDA, al igual que en el embarazo o el parto. Entre 1985 y diciembre del 2000, aunque la cantidad total de mujeres de cada grupo racial/étnico que fueron diagnosticadas con infección del VIH y SIDA varió bastante, porcentajes comparables de mujeres jóvenes de color (edades de 13 a 19 años) fueron diagnosticadas con estas condiciones. Entre 5 por ciento (asiáticas o nativas de islas del Pacífico) y 9 por ciento (negras no hispanas e indioamericanas/nativas de Alaska) de las mujeres jóvenes de color fueron diagnosticadas con infección del VIH hasta el final de diciembre del 2000. Sin embargo, estos porcentajes corresponden a 7 casos entre las mujeres jóvenes asiáticas o nativas de islas del Pacífico, 21 casos entre las jóvenes indioamericanas/nativas de Alaska, y 2,320 casos entre jóvenes negras no hispanas.

Seis por ciento de 172 casos de infección del VIH fueron diagnosticados entre mujeres hispanas en edades de 13 a 19 años.¹⁷⁰ Ya que toma tiempo para que el SIDA se desarrolle de la infección del VIH, sólo el uno por ciento de cada grupo de mujeres de color fueron diagnosticadas con SIDA mientras tenían edades entre los 13 años y los 19 años. Sin embargo, este uno por ciento también representa cantidades muy diferentes de mujeres – cuatro indioamericanas/nativas de Alaska, ocho asiáticas o nativas de islas del Pacífico, 286 hispanas, y 1,122 negras no hispanas.

ABUSO DE SUSTANCIAS

El uso por parte de las mujeres adolescentes de sustancias tales como cigarrillos, tabaco sin humo, alcohol, marihuana, y cocaína o cocaína crack puede influir negativamente sobre la salud presente y futura. Grandes mayorías de mujeres adolescentes blancas e hispanas (71 por ciento cada una), y negras (69 por ciento) informaron en 1999 que habían probado fumar cigarrillos, aunque sólo tomaran una o dos chupadas.²³⁷ Menores porciones informaron uso actual de cigarrillos (definido como fumar en al menos una ocasión durante los 30 días anteriores) ambas en 1985–1989 y en 1995, aunque las proporciones variaron considerablemente por grupo racial/étnico. Las indioamericanas/nativas de Alaska de último año de escuela superior en 1985–1989 fueron las que con más probabilidad informaron fumar en la actualidad (44 por ciento), seguidas de las mujeres blancas (34 por ciento), y las mujeres puertorriqueñas y otras latinoamericanas (25 por ciento).²⁴⁴ En una encuesta diferente de 1989 entre jóvenes indioamericanos/nativos de Alaska, 18 por ciento de las mujeres adolescentes en escuela superior informaron fumar cigarrillos diariamente. Menos del 20 por ciento de los siguientes grupos de mujeres en último año de escuela superior también informaron fumar cigarrillos en la actualidad en 1985–1989: mejicanoamericanas (19 por ciento), asiáticoamericanas (14 por ciento), y americanas negras (13 por ciento). Los datos sobre el fumar en la actualidad de la YRBS de 1995, disponibles sólo para mujeres blancas, negras, e hispanas, revelaron más fumadoras entre las mujeres adolescentes blancas (40 por ciento) e hispanas (33 por ciento) que entre las mujeres adolescentes negras (12 por ciento). En 1999, las mujeres jóvenes blancas (39 por ciento) e hispanas (cerca de 32 por ciento) se mantuvieron con igual probabilidad de informar fumar que en 1995, mientras que las

mujeres adolescentes negras (cerca de 18 por ciento) mostraron una probabilidad algo mayor de fumar que en 1995.²³⁷

Aunque el tabaco sin humo es usado más comúnmente por los hombres que por las mujeres, el uso del tabaco sin humo entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y las hispanas es de preocupación. Implicados en los cánceres de la boca y la garganta, tanto el tabaco sin humo como el fumar cigarrillos producen niveles comparables de nicotina en el cuerpo. Una variedad de estudios regionales conducidos en los 1980s entre jóvenes de edad escolar indioamericanos/nativos de Alaska hallaron que menos del 3 por ciento de las mujeres adolescentes usan tabaco sin humo, aunque entre 3 por ciento y 26 por ciento de los hombres adolescentes informaron tal uso.²⁴⁵ Una encuesta de 1989 de jóvenes indioamericanos/nativos de Alaska informó uso diario de tabaco sin humo por 8 por ciento de las mujeres en escuela superior. La YRBS de 1999 informó que casi 2 por ciento de las mujeres adolescentes blancas e hispanas usaban tabaco sin humo, en contraste con sólo 0.2 por ciento de las mujeres adolescentes negras.²³⁷

Al igual que con los cigarrillos, la mayoría de las mujeres adolescentes han probado el alcohol. En 1999, grandes mayorías de mujeres adolescentes hispanas (85 por ciento), blancas (82 por ciento), y negras (76 por ciento) informaron haber tomado al menos un trago de alcohol.²³⁷ También como con el fumar cigarrillos, menores porciones de mujeres adolescentes informaron uso en la actualidad (definido como tomar un trago en al menos uno de los 30 días anteriores), con las mujeres adolescentes blancas que informaron mayor uso en la actualidad en ambos 1985–1989 y 1999 que las otras adolescentes. En 1985–1989, 67 por ciento de las mujeres blancas que estaban en último año de escuela superior informaron del uso de alcohol en la actualidad, seguidas de 60 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, 51 por ciento de las mujeres mejicanoamericanas, y 43 por ciento de las mujeres puertorriqueñas y otras latinoamericanas.²⁴⁴ Las mujeres adolescentes en último año de escuela superior asiáticoamericanas (34 por ciento) y americanas negras (33 por ciento) fueron las que con menos probabilidad informaron uso de alcohol en la actualidad. En 1989, más del 13 por ciento de las mujeres adolescentes indioamericanas/nativas de Alaska informaron de uso de alcohol semanalmente o más frecuentemente.²³³ Una década más tarde, la YRBS de 1999 halló que el uso de alcohol entre las mujeres adolescentes blancas (grados 9 al 12) había descendido a 50 por ciento, con las tasas

para las mujeres hispanas en 49 por ciento y para las mujeres negras en 41 por ciento (aumentos sobre las cifras de 1985–1989).²³⁷

La marihuana había sido probada por más de dos quintas partes de las mujeres adolescentes blancas (42 por ciento) y negras (43 por ciento) y por casi la mitad (46 por ciento) de las mujeres adolescentes hispanas encuestadas en la YBRS de 1999.²³⁷ Uso en la actualidad de la marihuana, sin embargo, fue reconocido por mucho menores porciones de mujeres adolescentes de color en ambos 1985–1989 y 1999. En 1985–1989, 24 por ciento de las mujeres en último año de escuela superior indioamericanas/nativas de Alaska informaron uso en la actualidad de la marihuana (esto es, usada al menos una vez durante los 30 días anteriores), como lo hicieron 20 por ciento de las mujeres blancas y 14 por ciento de las mujeres mejicanoamericanas en último año de escuela superior.²⁴⁴ Sin embargo, sólo 10 por ciento de las mujeres en último año de escuela superior negras y puertorriqueñas y otras latinoamericanas informaron uso en la actualidad de la marihuana en 1985–1989, junto con 8 por ciento de las mujeres asiáticoamericanas en último año de escuela superior. Diez años más tarde (en 1999), el uso en la actualidad de la marihuana era más común entre mujeres estudiantes de escuela superior (grados 9 al 12) negras, blancas, e hispanas. Más de dos quintas partes de las mujeres adolescentes blancas (23 por ciento), negras (22 por ciento), e hispanas (22 por ciento) informaron uso de la marihuana en la actualidad.²³⁷

Aunque pequeñas porciones de todas las mujeres en último año de escuela superior en 1985–1989 informaron uso en la actualidad de la cocaína (usada al menos una vez en los 30 días anteriores), para 1999, el mayor uso informado de ambas cocaína y crack (o cocaína de base libre “freebase”) fue entre las hispanas. En 1985–1989, entre las mujeres de último año de escuela superior, 9 por ciento de indioamericanas o nativas de Alaska y 4 por ciento de las blancas reconocieron haber usado cocaína durante los 30 días anteriores. Alrededor de 3 por ciento de las mejicanoamericanas, puertorriqueñas y otras latinoamericanas, y las asiáticoamericanas junto con 1 por ciento de las negras también informaron usar.²⁴⁴ Sin embargo, en la YBRS de 1999, las mujeres adolescentes hispanas fueron las que tenían más probabilidad de informar haber probado alguna forma de cocaína (en polvo, crack, o de base libre) en algún momento – 12 por ciento. Las mujeres hispanas en grados del 9 al 12 también forman el grupo con más probabilidad (más de 5 por ciento) de reconocer el uso en la

actualidad de la cocaína. Nueve por ciento de las mujeres blancas comparables y sólo 1.5 por ciento de las mujeres negras comparables informaron haber en algún momento probado cocaína, crack, o cocaína de base libre, con menores participaciones (3 por ciento de las blancas y 1 por ciento de las negras) que admitieron uso de la cocaína en la actualidad.²³⁷

OPERACIÓN INSEGURA DE VEHÍCULOS DE MOTOR

Ya que los accidentes con vehículos de motor son una causa principal de muerte para los adolescentes, los comportamientos de alto riesgo cuando se operan o se viaja en vehículos de motor son dignos de notar. En la YBRS de 1999, 17 por ciento de las mujeres adolescentes negras informaron usar rara vez o nunca un cinturón de seguridad mientras viajan en un automóvil o camión conducido por otra persona. Once por ciento y casi 10 por ciento, respectivamente, de las mujeres adolescentes blancas e hispanas informaron esta misma falla en usar cinturones de seguridad.²³⁷ Además, 37 por ciento de las mujeres adolescentes hispanas informaron que una o más veces durante los 30 días anteriores viajaron con un conductor que había estado bebiendo y 8 por ciento informó que ellas mismas habían conducido después de ingerir alcohol. Las porciones de mujeres adolescentes negras (35 por ciento) y blancas (32 por ciento) que informaron viajar una o más veces durante los 30 días anteriores con un conductor que había estado bebiendo son comparables. Una porción mayor de mujeres blancas (10 por ciento) que de mujeres negras (5 por ciento), sin embargo, indicó haber conducido después de ingerir alcohol.²³⁷

Comportamientos saludables

Las prácticas dietéticas y la actividad física pueden ser afirmativas para la salud, tanto para los adolescentes como para los adultos. Proporciones considerables de mujeres adolescentes limitan su consumo de grasa, mientras que proporciones menores comen varias porciones de frutas y vegetales o toman leche diariamente. Grandes mayorías de tres grupos de mujeres adolescentes (76 por ciento de blancas, 69 por ciento de hispanas, y 56 por ciento de negras) indicaron que el día anterior a la YBRS, habían comido no más de dos porciones de comidas altas en grasa.²⁴⁶ Además, casi la tercera parte (30 por ciento) de las mujeres adolescentes negras, y más de la quinta parte de las mujeres adolescentes blancas e hispanas (22 por ciento y 21 por ciento, respectivamente) informaron que habían comido cinco o más porciones de frutas o vegetales el día anterior a la YBRS de

1999. Proporciones menores de mujeres adolescentes informaron beber más de tres vasos de leche al día durante la semana anterior a la encuesta, sin embargo. Casi 14 por ciento de las jóvenes blancas informaron este comportamiento, mientras que menos del 11 por ciento de las hispanas, y menos del 8 por ciento de las mujeres adolescentes negras informaron lo mismo. Las mujeres adolescentes de los tres grupos raciales/étnicos tenían significativamente menos probabilidad de tomar más de tres vasos de leche al día que sus equivalentes masculinos.²³⁷

Una mayoría de mujeres adolescentes blancas no hispanas (60 por ciento) informaron que participaban en actividades físicas vigorosas (actividades que causan sudor y respiración fuerte por 20 minutos como mínimo) en al menos tres de los siete días anteriores a la administración de la YRBS de 1999. Alrededor de la mitad de las adolescentes negras e hispanas – 47 por ciento de las negras y 50 por ciento de las hispanas – también informaron participar en actividades físicas vigorosas. Una menor porción de ambas mujeres adolescentes, las hispanas (17 por ciento) y las blancas (18 por ciento) que de mujeres adolescentes negras (26 por ciento) informaron participar en actividad física moderada (esto es, caminar o montar bicicleta por al menos 30 minutos) en 5 o más de los 7 días anteriores a la YRBS de 1999.²³⁷

Mujeres ancianas de Color

La población anciana generalmente se define como personas de 65 años de edad o mayores, con las personas en edades de 65 a 74 años llamadas los “ancianos más jóvenes,” las personas en edades de 75 a 84 años los “ancianos,” y las personas en edades de 85 años y mayores los “ancianos mayores”.⁹⁸ A pesar de este convencionalismo, las personas pueden ser consideradas ancianas en edades ampliamente divergentes, tan jóvenes como de 40 años de edad para muchos subgrupos del sudeste de Asia y para algunas poblaciones de indioamericanos/nativos de Alaska.⁹⁸ Este reconocimiento refleja el hecho de que tan temprano como en las edades de 45 o 55, muchos indioamericanos, por ejemplo, tienen deterioro físico, emocional, y social, característico de la población general de los EE.UU. de 65 años de edad o mayor. Además, tres veces la cantidad de personas indioamericanas/nativas de Alaska que de personas en la población general mueren antes de alcanzar la edad de 45.¹⁰ En una encuesta entre indioamericanos en Los Angeles, la media de la edad en la cual los hombres y las mujeres eran considerados ancianos fue 58 años.¹⁶

Durante el siglo anterior, la población anciana de los Estados Unidos aumentó por más de diez veces, de 3.1 millones en 1900 (alrededor de uno en cada 25 americanos) a cerca de 35 millones en el 2000 (alrededor de uno de cada ocho americanos).⁴⁰ Aunque la población de 65 años y mayor históricamente ha crecido más rápido que la población general, esto no se mantuvo cierto entre 1990 and 2000, lo cual refleja la cantidad relativamente pequeña de personas que nacieron durante La Depresión en los últimos 1920s y los 1930s.⁴⁰ Aunque las blancas dominan la población anciana en el presente, su porción está proyectada a descender durante los próximos 50 años según las cantidades para otros grupos raciales/étnicos de ancianos aumentan.²⁴⁷ En 1980, miembros de poblaciones raciales/étnicas formaban más del 10 por ciento de la población anciana, con su participación aumentando a 13 por ciento en 1990;²⁴⁸ en el 2000, se estimó que las subpoblaciones raciales/étnicas eran 16 por ciento de los ancianos.²⁴⁹ Para el 2050, se proyecta que los miembros de los grupos raciales/étnicos serán la tercera parte de los ancianos.²⁴⁷

De los casi 35 millones de ancianos en el 2000, un estimado de 29 millones, o 84 por ciento, eran blancos no hispanos. Los negros no hispanos (2.8 millones) fueron el 8 por ciento de la población anciana, con los hispanos (2.1 millones), asiáticos y nativos de islas del Pacífico (700,000), e indioamericanos/nativos de Alaska (140,000) que representan participaciones de 6 por ciento, 2 por ciento, y 0.4 por ciento, respectivamente.²⁴⁹ Para el año 2020, la participación de los blancos no hispanos entre los ancianos se proyecta que caerá a 77 por ciento, con la participación de negros no hispanos aumentando a más de 9 por ciento, los hispanos aumentando también a cerca de 9 por ciento, los asiáticos o nativos de islas del Pacífico aumentando a 4 por ciento, y los indioamericanos/nativos de Alaska aumentando a 0.5 por ciento de la población de 65 años de edad o mayor.²⁵⁰ En el año 2050, se proyecta que los blancos serán más del 64 por ciento de los ancianos, con los hispanos más de 16 por ciento, los negros no hispanos 12 por ciento, los asiáticos o nativos de islas del Pacífico cerca de 7 por ciento, y los indioamericanos/nativos de Alaska 0.6 por ciento de esta población.²⁴⁷ Se espera que los ancianos hispanos sean los que crezcan más rápido, de un estimado de 2 millones en el 2000 a más de 13 millones para el 2050.²⁴⁹

Hay una variación considerable en la cantidad y proporciones de ancianos en los estados y

regiones de los Estados Unidos. Por ejemplo, más de 18 por ciento de la población de Florida era mayor de 65 años de edad en 1998. Aunque los estados más poblados de California y New York tienen una cantidad mayor de adultos en edades de 65 años o más, las poblaciones adultas mayores en Pennsylvania y Rhode Island (ambas cerca de 16 por ciento) son una mayor proporción de las poblaciones de esos estados. Más de 12 millones de ancianos viven en el Sur, comprendiendo cerca del 13 por ciento de la población de esa región, mientras que 7 millones de ancianos residentes en el Noreste forman poco más del 14 por ciento de la población de esa región.²⁵¹ Debido a los patrones de residencia mencionados anteriormente para las varias poblaciones raciales/étnicas, se esperaba que las personas ancianas de color residieran primordialmente en el Sur y el Oeste.

Para mediados del siglo 21, la población de 80 años o más – aquellos con más probabilidad de necesitar cuidado de salud y apoyo económico y físico – se proyecta que será el segmento de más rápido crecimiento de la población anciana, aumentando de alrededor de 7 millones de personas en 1990 a más de 31 millones en el 2050.²⁴⁷ La participación de blancos entre la subpoblación anciana de 80 años de edad o más también se espera que disminuya – de 88 por ciento en 1990 a casi 69 por ciento en el 2050 – mientras que las participaciones de poblaciones raciales/étnicas se espera que aumenten. La población hispana de 80 años de edad o más, como porción de todas las personas de 80 años o más, se espera que se cuadruplique en ese período, de 3 por ciento a cerca de 15 por ciento; la participación correspondiente entre los ancianos asiáticos o nativos de islas del Pacífico se proyecta que crezca de 1 por ciento en 1990 a cerca de 6 por ciento en el 2050. La población negra de 80 años de edad y mayor se proyecta que comprenderá más de 10 por ciento de esta subpoblación anciana, una subida del 7 por ciento que fue en 1990. La proporción de la población anciana de 80 años de edad o más que es indioamericana/nativa de Alaska se espera que cambie muy poco. Aunque proyectada a duplicarse, este aumento es de sólo 0.3 por ciento en 1990 a 0.6 por ciento en el 2050.^{247,248}

Demografía

INDIOAMERICANOS O NATIVOS DE ALASKA

Los ancianos (65 años de edad o mayores) fueron una pequeña porción de la población de indioamericanos/nativos de Alaska en ambos el 1990 y el 2000 – sólo 6 por ciento, que fue menos de la mitad

de la participación de los ancianos entre los blancos no hispanos en esa época.^{2,230} Entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, las ancianas representaron también una participación similar en ambos años, 1990 and 2000 – 7 por ciento.^{2,230} Las mujeres ancianas más jóvenes (65 a 74 años) fueron el 4 por ciento de todas las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en el 2000. Además, entre la población total de indioamericanos/nativos de Alaskas, las mujeres fueron el 57 por ciento.²

La mayoría de los ancianos indioamericanos/nativos de Alaska viven en el Sur y el Oeste, al igual que la mayoría de esta población menor de la edad de 65 años. Tres de cuatro ancianos indioamericanos vivían en los estados del oeste y del sur, con 40 por ciento en Oklahoma, California, y Arizona combinados.²⁴⁸ Al contrario de la creencia popular, la mayoría de los ancianos indioamericanos/nativos de Alaska no regresan a sus reservaciones según envejecen. Los indioamericanos/nativos de Alaska prefieren “envejecer en su lugar” como muchos ancianos, y una población anciana considerable se halla entre la mayoría de los indioamericanos/nativos de Alaska que viven en áreas urbanas.²⁴

La población indioamericana/nativa de Alaska de 80 años de edad o más está creciendo, con la proyección de que esta agrupación por edad aumentará, de 18 por ciento de todos los ancianos indioamericanos/nativos de Alaska en 1990, a cerca de 37 por ciento en 2050.^{247,248} Este aumento entre los ancianos mayores significaría que mayores cantidades de indioamericanos/nativos de Alaska más jóvenes en los 50s y 60s tendrán a sus mayores aún vivos. La Proporción de Sustento a Padres (cantidad de personas en edades de 80 o más por cada 100 personas en edades de 50 a 64) para los indioamericanos/nativos de Alaska será más del triple, de 11 a 38.²⁴⁸

NATIVOS DE HAWAII O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO

En 1990, los ancianos eran 5 por ciento de la población total de nativos de Hawaii y 3 por ciento de la población samoana total.²³⁰ Las mujeres ancianas nativas de Hawaii constituían 6 por ciento de todas las mujeres nativas de Hawaii, mientras que las mujeres ancianas más jóvenes nativas de Hawaii (edades de 65 a 74) eran 4 por ciento de esta población femenina total.²³⁰ Entre los ancianos nativos de Hawaii, sin embargo, 57 por ciento eran mujeres. La mayoría de los ancianos nativos de Hawaii y samoanos viven en el Sur y el Oeste.

La distribución de la población anciana nativa de Hawaii o de otras islas del Pacífico contada en el

censo del 2000 fue muy similar a aquella de la población nativa de Hawái contada en 1990.² La población de 65 años o más fue poco más del 5 por ciento de todos los nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico, representando las mujeres ancianas una participación un poco mayor (6 por ciento) de todas las mujeres nativas de Hawái o de otras islas del Pacífico. Las mujeres ancianas más jóvenes (edades de 65 a 74 años) fueron casi el 4 por ciento de todas estas mujeres, y las mujeres nativas de Hawái o de otras islas del Pacífico fueron una mayoría (55 por ciento) de esta población anciana entera.

HISPANOS O LATINOS

Las personas ancianas constituyeron el 5 por ciento de la población hispana de los EE.UU. en ambos años, 1990 y 2000.^{2,248} Al igual que la población menor de 65 años de edad, los ancianos hispanos primordialmente viven en el Sur y el Oeste; tres de cada cuatro ancianos hispanos viven en estas regiones. En 1990, cerca de la mitad de ancianos hispanos (49 por ciento) eran de origen mejicano, 15 por ciento cubanos, 12 por ciento puertorriqueños, y 25 por ciento de otros subgrupos hispanos. Casi 40 por ciento de los hispanos mayores informan no hablar inglés, aunque más de la cuarta parte informa de buenas destrezas en inglés.²⁵² Parte de esta proficiencia limitada en inglés está relacionada con la edad al inmigrar, con una porción considerable de hispanos, particularmente los cubanos, que inmigraron a los Estados Unidos a la edad de 55 o más. La población de ancianos de 80 años o más está proyectada a crecer, de 19 por ciento de todos los ancianos hispanos en 1990 a 34 por ciento en el año 2050.^{247,248} Debido a este crecimiento, la Proporción de Sustento a Padres se proyecta que crecerá a más del triple durante este período, de 11 a 36.

Cerca del 6 por ciento de todas las mujeres hispanas eran ancianas, con alrededor de 4 por ciento consideradas ancianas más jóvenes (en edades de 65 a 74) en ambos años, 1990 y 2000.^{2,230} Las mujeres también son la mayoría de todos los ancianos hispanos. Ellas formaron 59 por ciento de la población de 65 años o más y 62 por ciento de la población en edades de 75 años o mayores en ambos años.

NEGROS O AFROAMERICANOS

Los ancianos fueron el 8 por ciento de la población negra entera en ambos 1990 y el 2000, con más de la mitad de estas personas que vivían en los estados del sur.^{2,248} Al igual que con otros grupos raciales/étnicos, los ancianos mayores forman el segmento de más rápido crecimiento entre los ancianos. Dos de cada

diez ancianos negros tenían 80 años o más en 1990, y esta proporción podría aumentar a más de tres de cada diez para el año 2050.²⁴⁷ Este crecimiento en población podría causar que la Proporción de Sustento a Padres para los negros aumentara de 16 (personas de 80 años de edad o más por cada 100 personas de 50 a 64 años de edad) en 1990 a 27 para mediados del próximo siglo.

Las mujeres ancianas negras (65 años de edad o más) eran el 10 por ciento de la población de mujeres negras en ambos años, el 1990 y el 2000, poco más del 8 por ciento de participación que todos los ancianos representan de la población negra total.^{2,230} En el 2000, la mayoría de las mujeres ancianas negras (54 por ciento) eran ancianas más jóvenes (de 65 a 74 años de edad), y estas mujeres negras ancianas más jóvenes formaban el 59 por ciento de todas las negras que tenían edades de 65 a 74 años. Las mujeres eran el 62 por ciento de todas las ancianas negras pero el 66 por ciento de las ancianas negras de 75 años de edad o más.

ASIÁTICOAMERICANOS

Entre los asiáticos o nativos de islas del Pacífico en 1990, 6 por ciento de la población era anciana, y 55 por ciento de estos ancianos vivían en tres estados – California, Hawái, y Washington.^{187,248} Al igual que con otras poblaciones ancianas, las personas de 80 años de edad o más son el segmento de más rápido crecimiento, proyectado para aumentar de 16 por ciento de todos los ancianos asiáticos o nativos de islas del Pacífico en 1990 a casi 33 por ciento en el 2050. En forma consistente con este crecimiento, se espera que la proporción de personas de 80 años de edad o más por cada 100 personas en edades de 50 a 64 años (la Proporción de Sustento a Padres) más que se triplicará, de nueve a 34.²⁴⁸

Viendo solos a los asiáticoamericanos en el 2000, 8 por ciento de esta población era anciana, y cerca del 9 por ciento de todas las mujeres asiáticas eran ancianas.^{2,230} Las mujeres forman el 58 por ciento de todos los asiáticos de 65 años de edad o mayores y constituyen aproximadamente participaciones equivalentes de las subpoblaciones ancianas de 65 a 74 años de edad (57 por ciento) y de 75 años de edad o mayores (58 por ciento).

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 cantidad a los hombres ancianos de color. Entre

la población general de todas las edades la proporción por sexo (hombres por cada 100 mujeres) fue 96 hombres por cada 100 mujeres.⁴⁰ Esta proporción descende a 82 para las personas de edades 65 a 74 años, y a 69 para la agrupación de los de 75 a 84 años de edad. La proporción por sexo para la población de 85 años de edad o más es 49 hombres por cada 100 mujeres, casi la mitad de aquella para la población general.⁴⁰ Aunque las proporciones por sexo entre las principales subpoblaciones ancianas raciales/étnicas en 1990 son menos de 100, éstas alcanzan desde 62 hombres ancianos por cada 100 mujeres ancianas negras a 82 hombres ancianos asiáticos por cada 100 mujeres ancianas asiáticas.²⁴⁸ La proporción por sexo para los afroamericanos en edades de 40 a 44 años es similar a la proporción por sexo para los americanos blancos en edades de 60 a 64 años.¹¹⁴ La proporción por sexo más alta para los asiáticos ancianos refleja el desbalance histórico por género entre los asiáticos inmigrantes a los Estados Unidos, con los hombres asiáticos que a menudo migraban solos inicialmente.¹⁸⁷

Segundo, las mujeres ancianas de color tienen más probabilidades de quedar viudas que los hombres ancianos de color. Estas diferencias son asombrosas aún entre los ancianos más jóvenes (edades de 65 a 74 años), pero se vuelven más pronunciadas para las mujeres de color en grupos de edades mayores. Por ejemplo, 48 por ciento de las mujeres negras de 65 a 74 años de edad eran viudas, comparado con el 19 por ciento de los hombres negros. Sesenta y cuatro por ciento de las mujeres negras de 75 a 84 años de edad eran viudas, versus 38 por ciento de los hombres negros.²⁴⁸ En 1998, más del 77 por ciento de las mujeres de todas las razas en edades de 85 años o más eran viudas.²⁴⁹ Las mujeres viudas a menudo están empobrecidas a causa de la pérdida del apoyo financiero de sus esposos.²⁵³

Tercero y último, mientras más vivan las mujeres de color, más probabilidad tienen de ser afectadas por las enfermedades crónicas, la incapacidad, y la dependencia, al igual que esto es cierto para todas las mujeres ancianas. Como un ejemplo, cuando se comparan con las mujeres ancianas blancas, las mujeres ancianas negras tienen más probabilidad de quedar viudas o separadas y de tener al menos tres problemas médicos, usualmente entre este conjunto – hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, y acontecimientos cerebrovasculares.¹¹⁴

Además de estas características compartidas por todas las mujeres ancianas, la salud de las mujeres ancianas de color refleja los efectos acumulativos

de vivir en una sociedad en la cual a menudo le hicieron frente a desventajas por causa de su color. Estas desventajas se reflejan en recursos disponibles limitados a través de sus vidas para suplir el cuidado de salud y otras necesidades.²⁵⁴ Wray (1992) ha hallado que el estado socioeconómico es en verdad un factor notable en las diferencias en la salud entre negros y blancos mayores de 55 años de edad, en particular.⁹⁸

Las mayores proporciones de casas encabezadas por mujeres de color (comparadas con las mujeres blancas) en todos los grupos por edad, combinadas con la mayor incidencia de pobreza entre estas casas encabezadas por mujeres (relativo a las casas encabezadas por hombres) sugieren que según las mujeres de color envejecen y aquellas con esposos se convierten en viudas, la proporción de mujeres de color empobrecidas sólo aumentaría. Los datos recientes sustentan este razonamiento. Entre las mujeres no casadas de 65 años de edad o más, las mujeres negras e hispanas tienen más probabilidades que las mujeres blancas de ser pobres o casi pobres.²⁵⁵ Más de la tercera parte de las mujeres ancianas no casadas negras (36 por ciento) e hispanas (34 por ciento) eran pobres y alrededor de la mitad de cada grupo (46 por ciento de las mujeres negras y 51 por ciento de las hispanas) eran o pobres o casi pobres. Estas cifras están en contraste con casi la tercera parte (31 por ciento) de las mujeres ancianas no casadas blancas que son pobres o casi pobres.

La falta de recursos sociales y psicológicos para hacer frente está acompañada a menudo por una falta física de instalaciones, tales como la disponibilidad limitada de instalaciones adiestradas para el cuidado a intermedio y largo plazo en las reservaciones de indioamericanos/nativos de Alaska.²⁴ En la actualidad, pocas instalaciones de éstas existen entre las casi 300 reservaciones de indioamericanos/nativos de Alaska. Esta escasez significa que la mayoría de los ancianos indioamericanos/nativos de Alaska deben ser cuidados dentro de las comunidades en las cuales viven, sin importar si tienen los recursos para usar tales instalaciones.¹¹

Al igual que los ancianos indioamericanos/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 centralidad de los valores familiares sirven para explicar esto.²⁵² Sin embargo, ya que las familias hispanas más aculturadas proveen niveles menores de apoyo informal para los envejecientes, esto puede cambiar según crezca la cantidad de hispanos en los Estados Unidos y aumente su tiempo de estar

expuestos a la cultura americana y su influencia. Así, una necesidad futura para mayor acceso a hogares de ancianos y a cuidado de salud en el hogar puede existir para los ancianos hispanos.²⁵²

En forma similar, los pacientes y familias americanas negras en la actualidad tienen más probabilidad de preferir servicios formales en el hogar que de ser colocados en una institución post-hospitalización.²⁵⁶ Ya que se ha hallado que los ancianos negros entran en el cuidado hogareño post-hospital con niveles más altos de detrimento físico y cognoscitivo y que tienen proveedores de cuidado con más limitaciones que los ancianos blancos, la habilidad de esta población anciana de evitar colocación en hogares de ancianos también puede ser limitada en el futuro. La preferencia por los servicios en el hogar está relacionada con la percepción entre los ancianos negros y sus familias de que los servicios localizados fuera de las comunidades negras no son culturalmente compatibles con las necesidades de estos ancianos. La renuencia a utilizar instalaciones fuera del hogar a menudo resulta en que los ancianos negros no utilicen los servicios que necesitan y a los cuales tienen derecho.²⁵⁴

El cambio de papeles para los ancianos con respecto a las personas más jóvenes dentro de las familias asiáticas que han migrado a los Estados Unidos tiene implicaciones para ambos, los arreglos de vivienda y el acceso al cuidado entre los ancianos. Aunque los ancianos asiáticos puedan ayudar con el cuidado de niños o llevar a cabo deberes hogareños para sus familias, ya no pueden ofrecer apoyo financiero, tierra, ni otros bienes materiales como lo hubieran hecho en sus tierras natales. Así, como el caso de los ancianos chinos lo ilustra, pocos viven con sus hijos, quienes han dejado las ciudades centrales en las que sus familias primero se establecieron. En vez, la mayoría de los ancianos chinos permanecen en los barrios chinos donde sus necesidades de interacción social y servicios de cuidado de salud se satisfacen con facilidad.²⁵⁷

Mayor necesidad futura no satisfecha para ambos, seguro de salud y servicios de cuidado de salud, de este modo, podría ser anticipada entre las mujeres ancianas de color que entre las mujeres ancianas blancas. En la actualidad, sin embargo, los ancianos raciales/étnicos informan menores tasas de utilización que los blancos, a pesar de sus mayores necesidades per cápita para servicios de cuidado de salud.⁹⁸ Entre las mujeres ancianas inscritas en Medicare, el acceso a los servicios de cuidado de salud varían por raza. Diez por ciento de las ancianas afroamericanas con cubierta de Medicare informaron demoras en recibir

cuidado de salud debido al costo, junto con 7 por ciento de las hispanas y 5 por ciento de las blancas.²⁴⁹ Estos hallazgos pueden relacionarse con el grado de pobreza entre las mujeres de color que están inscritas en Medicare. En 1999, mientras sólo el 24 por ciento de los 14.7 millones de mujeres blancas que eran beneficiarias de Medicare tenían ingresos de menos de \$10,000, más del doble de esta porción de los 1.8 millones de mujeres afroamericanas beneficiarias (56 por ciento) y de los 1.2 millones de beneficiarias latinas (58 por ciento) informaron ingresos a este nivel.²⁵⁸

La falta de seguro, mientras que no está relacionada con las demoras en recibir cuidados por estas poblaciones de Medicare, sí está relacionada con el acceso reducido a los servicios entre las mujeres ancianas de color que puedan ser inelegibles para seguro de salud federal. Mientras que 96 por ciento de todas las mujeres en edades de 65 años o más informaron tener cubierta de Medicare, sólo 88 por ciento de las mejicanoamericanas, 77 por ciento de las puertorriqueñas, y 87 por ciento de las cubanoamericanas en este mismo grupo por edad informó de esta cubierta.²⁵⁹ Carencias similares de cubierta serían esperadas entre otros grupos raciales/étnicos con grandes poblaciones de inmigrantes.

Ya que Medicare no cubre todos los gastos de salud incurridos por la población anciana, muchos escogen suplementar el Medicare con seguro privado, Medicaid, u otros tipos de seguro. Las cubiertas suplementarias de seguro y los tipos de cubierta, sin embargo, difieren por raza. Setenta y cuatro por ciento de los ancianos blancos tienen una combinación de Medicare y seguro privado, más de dos veces el por ciento de negros, hispanos, y asiáticoamericanos con esta misma combinación (32 por ciento, 30 por ciento, and 30 por ciento, respectivamente). Los ancianos de color tienen sustancialmente más probabilidad de tener cubierta de Medicare – ya sea sola o en combinación con Medicaid; alrededor de dos terceras partes de cada uno de los grupos mencionados tiene esta cubierta.⁸⁷

Otras barreras para el cuidado son socioculturales y políticas. Por ejemplo, debido a que ellos le achacan la mala salud y la debilidad al proceso normal de envejecimiento, los indioamericanos/nativos de Alaska pueden tener menos probabilidad que otros de buscar cuidado para condiciones que son tratables y curables.²⁴ Esta atribución de por sí puede constituir una barrera para el cuidado. Además, los ancianos indioamericanos/nativos de Alaska a menudo no confían en el cuidado médico que no sea indígena. Los indioamericanos urbanos no están

dispuestos a soportar largas esperas en clínicas no indígenas para obtener cuidado por razón de sus percepciones culturales de que “muchas actitudes en general son intolerablemente descorteses”.¹⁶ Los comportamientos tales como ir directo al grano, dirigirse a los extraños en voz alta, el tono confiado, e interrumpir al que habla, con frecuencia aumentan la distancia entre los ancianos indioamericanos/nativos de Alaska y los profesionales no indioamericanos/nativos de Alaska. El “racismo evidente” y los “efectos perniciosos de los estereotipos” que los ancianos indioamericanos/nativos de Alaska han encontrado en sus años de buscar cuidado también se vuelven barreras para buscar cuidado más tarde en sus vidas.¹⁶ También puede que ellos hayan tenido la experiencia durante toda su vida de ser rechazados de las clínicas públicas cuyo personal incorrectamente insiste en que el Servicio de Salud Indio es la única agencia responsable por su cuidado.¹⁶

En un estudio, indioamericanos mayores informaron que ellos “le temen a los profesionales de la salud no indios, no esperan ser tratados en forma justa por ellos, y anticipan experiencias adversas de contacto”.¹⁶ Actitudes y experiencias como éstas están subyacente a los hallazgos de la Encuesta de Indioamericanos y nativos de Alaska (SAIAN) de que sólo el 66 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en edades de 60 años o más habían tenido un examen de seno alguna vez, comparado con el 86 por ciento entre todas las mujeres de esa edad en los EE.UU.²⁶⁰ De forma similar, sólo 17 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en edades de 60 años o más informaron haberse hecho una mamografía alguna vez, mientras que 38 por ciento de todas las mujeres en este grupo por edad en los EE.UU. informaron alguna vez haberse hecho esta prueba.²⁶⁰

Barreras socioculturales y políticas similares interfieren con el acceso a los servicios de cuidado de salud por parte de las mujeres ancianas negras en las zonas rurales del sur. Por ejemplo, las mujeres ancianas negras en la zona rural de North Carolina informaron sentirse “distanciadas” del sistema local de cuidado de salud y a menudo permitían que este sentimiento se tradujera en demorar o evitar hacerse las pruebas para detectar el cáncer del seno o recibir otros servicios preventivos.²⁶¹ Este evitar hacerse las pruebas para detectar el cáncer del seno por las mujeres ancianas negras de zonas rurales está en contraste con el hallazgo nacional de que las mujeres ancianas negras son las que con más probabilidad se hacen las mamografías. En 1994, 61 por ciento de las mujeres negras no hispanas de 65 años de

edad o mayores informaron haberse hecho una mamografía durante los dos años anteriores. Esto excede el casi 55 por ciento de las blancas no hispanas, y 48 por ciento de mujeres ancianas hispanas que informaron hacerse la prueba durante el mismo período.²⁴⁹ Aunque la pobreza también es un factor en esta carencia de acceso a los servicios preventivos, ésta no es la explicación total. Un legado de la historia de discrimen tanto oficial como de facto, dentro de los sistemas de cuidado de salud rígidamente segregados del Viejo Sur, es que las mujeres negras mayores continúan percibiendo una actitud no acogedora dentro de los sistemas de cuidado de salud predominantemente blancos. Los ancianos negros a menudo acuden a los parientes y las amistades en vez de al sistema local de cuidado de salud para buscar apoyo e información.²⁶²

Aún si las mujeres ancianas negras entran al sistema de cuidado de salud para ver a los proveedores, diagnosticar y tratar sus condiciones se complica por las barreras científicas y de comunicación. Los estilos de comunicación desarrollados por los ancianos negros como mecanismos para poder funcionar en una sociedad racista pueden interferir con el proceso de compartir información con los proveedores para permitirles diagnosticar las condiciones médicas. Los ancianos negros pueden estar renuentes a ofrecer información acerca de sí mismos o de sus historias médicas, y puede ser difícil hacerlos participar en un encuentro médico.²⁵⁴ También pueden vacilar en informar que los tratamientos no son satisfactorios por temor a ser ignorados o de recibir represalias. Además, las condiciones entre los ancianos negros a veces se diagnostican equivocadamente porque la mayoría de los textos médicos estándar no incluyen discusiones de la forma en que el color de la piel puede afectar la presentación o manifestación de las enfermedades.²⁵⁴ Ya que las úlceras por presión o la ictericia pueden manifestarse en forma diferente en pacientes de tonos más oscuros de piel, condiciones potencialmente significativas pueden no detectarse hasta que están en etapas avanzadas o condiciones benignas pueden diagnosticarse como más serias de lo que son en la realidad.

Aunque la incapacidad de hablar inglés constituye una barrera principal para las mujeres ancianas asiáticas cuando buscan cuidado de salud, éste no es el único impedimento. Las mujeres ancianas asiáticas que hablan un inglés limitado pueden sólo saber cómo describir sus dolores o malestares en sus lenguas nativas. Para salvar cara o prevenir el conflicto, estas mujeres pueden contestar “sí” cuando en realidad no entienden algo, y así aceptar un plan

de tratamiento pero no cumplir con éste.²⁵⁷ Muchos ancianos asiáticos creen que el sanador debe ser capaz de hacer un diagnóstico sin mucha conversación y con poco o ningún contacto físico. Los médicos que hacen demasiadas preguntas, necesitan demasiadas pruebas, o sugieren probabilidades (en vez de garantizar) de resultados, probablemente pierden credibilidad entre estos ancianos. Esta pérdida puede resultar en discontinuar terapias prescritas por la medicina occidental prematuramente y en la falla en reconocer el uso de medicinas tradicionales por temor a que el proveedor se enoje, rehuse tratarlos, o cause que les quiten sus plantas medicinales.²⁵⁷

La percepción de enfermedad por los ancianos asiáticoamericanos, la cual se concentra primordialmente en síntomas como el dolor, la debilidad, los mareos, o las náuseas, también pueden servir de barreras a la búsqueda del cuidado.¹⁸⁷ Esta percepción de enfermedad hace difícil para los asiáticoamericanos conceptualizar – y por lo tanto buscar tratamiento – para enfermedades tales como el cáncer, la hipertensión, o la diabetes mellitus. Los síntomas no se ven como posibles indicadores de enfermedades crónicas o degenerativas, sino como una perturbación del balance de “chi,” o energía de vida. Por ejemplo, un estudio en el barrio chino de Boston reveló que no existe palabra para la enfermedad de Alzheimer en ninguno de los lenguajes chinos. Esto es porque la enfermedad de Alzheimer se conceptualiza en forma diferente para los chinos.²⁶³

Otro ejemplo es la dificultad que experimentan las mujeres mayores asiáticoamericanas con el concepto de las enfermedades de los órganos reproductivos femeninos.¹⁸⁷ Esto puede explicar parcialmente el bajo porcentaje de mujeres asiáticoamericanas que informan hacerse mamografías y pruebas Pap. La protección cultural de los senos y la vagina después de la menopausia a menudo resulta en recato y en posponer el examen de estos órganos.¹⁸⁷ Esta falta de buscar cuidado preventivo se refleja en el hecho de que en 1991, una participación algo menor (dos terceras partes) de mujeres asiáticas de 65 años de edad o más informaron haberse hecho una revisión durante el año anterior, comparado con 68 por ciento de las blancas y 74 por ciento de las mujeres ancianas negras.²⁰⁸ Las hispanas fueron el único grupo de mujeres ancianas que informaron una menor participación (60 por ciento) en haberse hecho una revisión durante el año anterior. Las mujeres asiáticas en edades de 65 años o más (83 por ciento) también tenían menos probabilidad de informar haberse medido la presión sanguínea durante el año anterior

que otras mujeres (87 por ciento de las blancas, 85 por ciento de las hispanas, y 90 por ciento de las mujeres ancianas negras) y que con más probabilidad informaron (7 por ciento) nunca haberse revisado la presión sanguínea o habérsela revisado hacía tres años o más.²⁰⁸

Evaluación de la salud

Las personas ancianas de color, especialmente las hispanas y las afroamericanas, son conocidas por tener una mayor cantidad de incapacidades funcionales (según se mide por días de actividad restringida y postración en cama) que los ancianos blancos de las mismas edades.⁹⁸ En 1996, los ancianos hispanos y negros tenían más del doble de la probabilidad que los ancianos blancos y asiáticoamericanos de evaluar su salud como regular o pobre.⁸⁷ Las limitaciones de actividad debidas a la artritis aumentan con la edad para todas las mujeres, pero son especialmente severas para las mujeres afroamericanas e indioamericanas/nativas de Alaska entre los 2.5 millones de mujeres de 65 años de edad o mayores que informan estar en condición.²⁶⁴ Además, aunque la incidencia específica por edad de fracturas de cadera en las mujeres negras es alrededor de la mitad de la de las mujeres blancas, las tasas en mujeres negras son considerables y están asociadas con tasas subsiguientes más altas de incapacidad y hasta de mortalidad.²⁶⁵ La osteoporosis, a menudo la causa de las fracturas de cadera entre las mujeres ancianas, es ampliamente conocida como más común entre las mujeres asiáticas que en otros grupos raciales/étnicos de mujeres ancianas.²⁵⁷ Aunque la disminución de absorción de calcio con la edad está implicada en la incidencia de osteoporosis entre las mujeres asiáticas, la falta de ejercicio entre esta subpoblación también es un factor causal.

Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en edades de 65 o más años incluidas en la SAIAN informaron mayor incidencia de enfermedad de la vesícula y de diabetes mellitus, dos condiciones crónicas que pueden contribuir a la incapacidad funcional y al deterioro, que todas las mujeres de los Estados Unidos.²⁶⁶ Como lo fue en años adultos anteriores, la diabetes continúa siendo un problema entre las mujeres negras e hispanas de 65 años de edad o mayores. Entre las mujeres negras, la diabetes se puede considerar epidémica, con una de cada cuatro mujeres negras mayores de 55 años de edad que sufren de esta enfermedad, el doble de la tasa entre las mujeres blancas.²⁶⁷ Las mujeres en edades de 45 a 74 años mejicanoamericanas (15 por ciento) y puertorriqueñas (16 por ciento) tienen una prevalencia más

alta de diabetes mellitus que ambas, las blancas no hispanas (6 por ciento) y las mujeres negras (11 por ciento).²⁵⁹ La hipertensión, especialmente entre las mujeres filipinas, y niveles altos de colesterol son dos causas principales de morbilidad entre las mujeres asiáticas.¹⁸⁷

Se ha hallado que los ancianos raciales/étnicos tienen más probabilidad que otros ancianos de experimentar malestar sicosocial.²⁶⁸ Esto es especialmente cierto para aquellas personas ancianas de color que han tenido vidas con bajos ingresos, educación mínima, vivienda subestándar, y una carencia general de oportunidades, así tienen menos recursos sociales y psicológicos disponibles para enfrentar la vida. Al mismo tiempo, la exactitud de los informes de enfermedades psiquiátricas entre los afroamericanos ha sido cuestionada.¹¹⁴ Se ha hallado, después de volver a examinar a los pacientes, que prejuicios al diagnosticar han resultado en una mayor probabilidad de un diagnóstico de esquizofrenia entre los negros que lo merecido. Los diagnósticos erróneos se atribuyen a la distancia social entre los psiquiatras que proveen el tratamiento y los pacientes, a la presencia del racismo y a miedos inconscientes relacionados con trabajar con pacientes diferentes de sí mismos. Estos diagnósticos erróneos a menudo resultan en el uso elevado de restricciones y en la prescripción de dosis más altas de drogas para los pacientes ancianos negros (que para los pacientes ancianos blancos) con problemas de salud mental.¹¹⁴

Las respuestas efectivas a los problemas mentales varían por grupo racial/étnico. Por ejemplo, en un estudio se halló que la ayuda familiar amortigua el malestar psicológico entre los ancianos negros, mientras que niveles más altos de interacción familiar fueron asociados con mayor depresión entre los ancianos mejicanoamericanos.²⁶⁸

Las causas principales de muerte para las subpoblaciones ancianas raciales/étnicas incluyen la diabetes y la hipertensión, las cuales son prominentes como causas de muerte entre los ancianos afroamericanos, hispanos e indioamericanos/nativos de Alaska.⁹⁸ Las seis causas principales de muerte en 1995 para los ancianos indioamericanos/nativos de Alaska fueron enfermedades del corazón, cánceres, diabetes mellitus, desórdenes cerebrovasculares, neumonía e influenza y los accidentes.²⁴ Las tasas de supervivencia al cáncer entre los ancianos indioamericanos/nativos de Alaska son las más bajas entre todas las subpoblaciones de los Estados Unidos.

En una encuesta estatal, se halló que los ancianos hispanos (ambos hombres y mujeres) tienen tasas más bajas de muerte que los ancianos blancos no hispanos (ambos hombres y mujeres) para casi todas las causas, especialmente para las enfermedades del corazón, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y sus condiciones asociadas, y los cánceres.²⁵² Los hispanos mayores tenían tasas de muerte más altas debido a la diabetes mellitus, accidentes de vehículos de motor, padecimientos del riñón (tales como nefritis, síndrome nefrótico, y nefrosis), y enfermedad crónica del hígado y cirrosis que las tasas de muerte de los blancos no hispanos.

Aunque las tasas de mortalidad ajustadas por edad generalmente son más bajas para los asiáticoamericanos que para los blancos, hay gran variedad en las tasas informadas por subgrupos de asiáticos.¹⁸⁷ Las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico de 65 años de edad o mayores tienen una tasa de muerte por suicidio (más de ocho por cada 100,000) que es cuatro veces la de las mujeres ancianas negras (dos por cada 100,000) y 1.3 veces la de las mujeres ancianas blancas (más de seis por cada 100,000). Las tasas de suicidio entre las mujeres ancianas chinas y las americanas japonesas, en particular, son conocidas por exceder las tasas de suicidio entre las mujeres no asiáticas de las mismas edades.¹⁸⁷ El aislamiento social se propone como una explicación para esto, aunque los problemas de salud se mencionan más a menudo como la razón para el suicidio cuando se dejan notas suicidas.²⁶⁹

Las tasas de muerte entre algunas poblaciones raciales/étnicas difieren de aquellas entre los blancos debido en parte al “efecto del entrecruce de mortalidad” observado entre afroamericanos e indioamericanos/nativos de Alaska. El efecto del entrecruce de mortalidad es un patrón de supervivencia selectiva en el cual los afroamericanos y los indioamericanos/nativos de Alaska menos robustos mueren a edades más jóvenes y los más fuertes sobreviven hasta edades mucho mayores.⁹⁸ Esto explica por qué la expectativa de vida para los blancos excede aquella para los afroamericanos a la edad de 65, pero lo opuesto es cierto alrededor de la edad de 75 – esto es, la expectativa de vida para los afroamericanos excede aquella para los blancos.⁹⁸

REFERENCES

- 1 Bureau of the Census. *Population by Race and Hispanic or Latino Origin for the United States: 1990 and 2000* (Table 4), at: <http://www.census.gov/population/cen2000/phc-t1/tab04.pdf>
- 2 Bureau of the Census. *Census 2000 Summary File 1*. Unpublished tabulations by the Joint Center for Political and Economic Studies
- 3 Bureau of the Census. *Statistical Abstract of the United States: 2000* (120th edition) Washington, DC, 2000
- 4 Bureau of the Census. *Census 2000 Summary File 1*, at: <http://www.census.gov/population/cen2000/phc-t11/tab01.txt>
- 5 Office of Management and Budget. *Revisions to the standards for the classification of federal data on race and ethnicity*, at: <http://www.whitehouse.gov/omb/fedreg/ombdir15.html>
- 6 Guzman B. *The Hispanic Population: Census 2000 Brief*. Washington, DC: Bureau of the Census, 2000
- 7 Kreiger N, Williams DR. Changing to the 2000 standard million: Are declining racial/ethnic and socioeconomic inequalities in health real progress or statistical illusion? *Am J Public Health* 2001; 91(8):1209–13
- 8 Bureau of Indian Affairs. Indian entities recognized and eligible to receive services from the United States Bureau of Indian Affairs. *Federal Register* Monday, March 13, 2000; 65(49): Notices
- 9 Johnson S, Kaufmann J, Dosset J, Hicks S. *Government to government: Understanding state and tribal governments*. Washington: DC: National Conference of State Legislatures and National Congress of American Indians, 2000
- 10 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
- 11 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
- 12 Bureau of the Census. *CH-1-1 1990 Census of Housing, General housing characteristics*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1992
- 13 Burhansstipanov L, Satter DE. Office of Management and Budget racial categories and implications for American Indians and Alaska Natives. *Am J Public Health* 2000; 90(11):1720–23
- 14 Indian Health Service. *Trends in Indian health: 1998–99*. Rockville, MD: US Public Health Service, 2001
- 15 Brown RE, Ojeda VD, Wyn R, Levan R. *Racial and ethnic disparities in access to health insurance and health care*. Los Angeles, CA: UCLA Center for Health Policy Research and the Henry J. Kaiser Family Foundation, 2000
- 16 Kramer BJ. Health and aging of urban American Indians. *West J Med* 1992; 157(3):281–85
- 17 Indian Health Service. *Trends in Indian health*, 1996. Rockville, MD: US Public Health Service, 1997
- 18 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
- 19 Indian Health Service. *Regional differences in Indian Health: 1998–99*. Rockville, MD: US Public Health Service, 2000, at: <http://www.ihs.gov>
- 20 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):243–50
- 21 Indian Health Service. *Nashville Area Office home page*, at: <http://www.ihs.gov/FacilitiesServices/AreaOffices/Nashville/index.html>. Accessed on 3/07/2002
- 22 Ross H. Native Americans pay high cost for health care. *Closing the Gap* (Office of Minority Health newsletter) August/September 1999
- 23 Indian Health Service. *Indian women's health issues: Final report*. Tucson, AZ: US Public Health Service, 1991
- 24 Rousseau P. Native-American elders: Health care status. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):83–95
- 25 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
- 26 Dalaker J, Proctor BD. *Poverty in the United States: 1999*. Current Population Reports, Series P60-210. Washington, DC: US Government Printing Office, 2000
- 27 Bureau of the Census. *CP-2-1 1990 Census of population, social and economic characteristics, United States*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993, pg. 95

- 28 Welty TK. Health implications of obesity in American Indians and Alaska Natives. *Am J Clin Nutr* 1991;53: 1616S-1620S
- 29 Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of selected cardiovascular disease risk factors among American Indians and Alaska Natives—United States, 1997. *MMWR* 2000; 49(21):461–65
- 30 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
- 31 Indian Health Service. *Report on the Status of Open Dumps on Indian Lands: 1998 Report*, at: <http://www.ihs.gov>
- 32 Indian Health Service. *The sanitation facilities construction program—Public Law 86-121, Annual report for 1995*. Rockville, MD: US Public Health Service, 1995
- 33 Council of Economic Advisers for the President's Initiative on Race. *Changing America: Indicators of social and economic well-being by race and Hispanic origin*, at: <http://w3.access.gpo.gov/eop/ca/index.html>
- 34 Bureau of the Census. *Population profile of the United States: 1999*. Current Population Reports, Series P23-305. Washington, DC: US Government Printing Office, 2001
- 35 Greenfeld LA, Smith, SK. *American Indians and crime*. US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics NCJ 173386. February 1999, at: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/aic.htm>
- 36 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
- 37 Metcalf A. Old woes, old ways, new dawn: Native American women's health issues, in: Ruzek SB, Olesen VL, Clarke AE (eds). *Women's health: Complexities and differences*. Columbus, OH: Ohio State University Press, 1997, pp. 276–99
- 38 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
- 39 Oropeza L. Native Americans strategize to integrate HIV prevention and substance abuse. *HIV Impact* (Office of Minority Health, US Department of Health and Human Services), 2001
- 40 Bureau of the Census. *Profile of general demographic characteristics: 2000*. (Census 2000, Table DP-1), at: <http://www.census.gov/prod/cen2000/dp1/2kh00.pdf>
- 41 Selected Entries, in: *Grolier multimedia encyclopedia*. Version 8.01. San Jose, CA: Grolier Electronic Publishing Inc., 1996
- 42 Ponce N. Asian and Pacific Islander health data: Quality issues and policy recommendations. In *Policy Papers*. San Francisco: Asian American Health Forum, Inc., 1990
- 43 Takeuchi DT, Young KNJ. Overview of Asian and Pacific Islander Americans, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994, pp. 3–21
- 44 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):213–53
- 45 Rubinstein DH. Epidemic suicide among Micronesian adolescents. *Soc Sci Med* 1983; 17(10):657–65
- 46 Bureau of the Census. *Profile of general demographic characteristics for Hawaii: 2000*. (Census 2000, Table DP-1), at: <http://www.census.gov/prod/cen2000/dp1/2khus.pdf>
- 47 Hirota S. Needs assessment of Pacific Islander Americans. In *Summary of "Breaking the Barriers" conference by Asian American Health Forum, Inc. (AAAF)*. San Francisco: AAAF, 1988
- 48 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
- 49 Office of Hawaiian Affairs. *Native Hawaiian data book*. Honolulu: Office of Hawaiian Affairs, 1994
- 50 Office of Hawaiian Affairs. *Native Hawaiian data book*. Honolulu: Office of Hawaiian Affairs, 1998, at: <http://oha.org/databook>
- 51 Hawaii Health Information Corporation. *Health Trends Hawai'i: a profile of the healthcare system*, at: <http://www.hhic.org/healthtrends/index.asp>
- 52 SMS Research & Marketing Services, Inc. *1999 OHA public opinion survey*. Honolulu: Office of Hawaiian Affairs, 1999, at: <http://www.oha.org>
- 53 Chung CS, Tash E, Raymond J, Yasunobu C, Lew R. Health risk behaviors and ethnicity in Hawaii. *Int J Epidemiol* 1990; 19(4):1011–18
- 54 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):164–67
- 55 Hawaii Department of Health. *1998 survey report data from the Hawaiian health survey*. (Office of Health Status Monitoring), at: <http://www.state.hi.us/health/stats/surveys/hhs/hhs98.htm>
- 56 Pacific Diabetes Today Resource Center. *Diabetes in the Pacific*, at: <http://www.pdtrc.org/diabetesInPacific.html>

- 57 Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Menacker F, Hamilton BE. Births: Final data for 1999. *National vital statistics reports* 49(1) Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2001
- 58 Wegner EL. Hypertension and heart disease. *Social Progress in Hawaii* 1989; 32:113-33
- 59 Asian and Pacific Islander National Cancer Survivors Network. *Facts on Asians and Pacific Islanders*. Asian and Pacific Islander American Health Forum, at: <http://www.apiahf.org/programs/cancerfacts.html>
- 60 Goodman MJ. Breast cancer in multi-ethnic populations: The Hawaii perspective. *Breast Cancer Res Treat* 1991; 18(suppl.1):S5-S9
- 61 Hawaii Department of Health. AIDS in Hawaii, 2000. *AIDS surveillance quarterly report*, at: <http://www.state.hi.us/health>
- 62 Hawaii Department of Health. Public Health Resources. *AIDS surveillance quarterly report*, at: <http://www.state.hi.us/health/resource/commdisease.html>
- 63 Mirsha SI, Luce-Aoelua P, Wilkens LR, Bernstein L. Cancer among American-Samoans: Site-specific incidence in California and Hawaii. *Int J Epidemiol* 1996; 25(4):713-21
- 64 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
- 65 Martin JA. Birth characteristics for Asian or Pacific Islander subgroups, 1992. *Monthly Vital Statistics Report* 1995; 43(10):Supplement
- 66 Asian American Health Forum, Inc. (AAAF). *Fact sheets*. San Francisco: AAAF, 1990
- 67 Leung M, Lu MC. Ethnocultural barriers to care. In *Policy Papers*. San Francisco: Asian American Health Forum, Inc., 1990
- 68 Robinson, JG. *Accuracy and coverage evaluation: Demographic analysis results*. DSSD Census 2000 Procedures and Operations Memorandum Series B-4. March 2, 2001, at: <http://www.census.gov/dmd/www/DSSDMemo.htm>
- 69 Schur CL, Feldman J. *Running in Place: How Job Characteristics, Immigrant Status, and Family Structure Keep Hispanics Uninsured* New York, NY: The Commonwealth Fund, 2001
- 70 Therrien M, Ramirez RR. *The Hispanic population in the United States: March 2000*. Current Population Reports, P20-535. Washington DC: Bureau of the Census, 2000
- 71 Reyes BI (ed). *A portrait of race and ethnicity in California: An assessment of social and economic well-being*. San Francisco: Public Policy Institute, 2001
- 72 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):555-84
- 73 Valdez RB, Delgado DJ, Cervantes RC, Bowler S. *Cancer in US Latino communities*. Santa Monica, CA: RAND, 1993
- 74 Brown P. Race, class, and environmental health: A review and systematization of the literature. *Environ Res* 1995; 69:15-30
- 75 Quander L. Reducing HIV/AIDS risk among migrant farmworkers. *HIV Impact* (Office of Minority Health, US Department of Health and Human Services) Spring 2000
- 76 Ginzberg E. Access to health care for Hispanics, in: Furino A. *Health policy and the Hispanic*. Boulder, CO: Westview Press, 1992, pp. 22-31
- 77 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
- 78 Zambrana RE. The relationship between use of health care services and health status: Dilemmas in measuring medical outcome in low-income and racial/ethnic populations, in: Grady ML, Schwartz H (eds). *Medical effectiveness research data methods*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 1992, pp. 221-27
- 79 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.):32-5
- 80 Wells KB, Hough RL, Golding JM, Burnam MA, Karno M. Which Mexican-Americans underutilize health services? *Am J Psychiatry* 1987; 144(7):918-22
- 81 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):441-52
- 82 Sorel JE, Ragland DR, Syme SL. Blood pressure in Mexican Americans, whites, and blacks. *Am J Epidemiol* 1991; 134(4):370-78
- 83 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):1431-36
- 84 Bureau of the Census (Population Division, Ethnic & Hispanic Statistics Branch). *Hispanic population in the United States: March 2000* Current Population Survey. March 2001, at: <http://www.census.gov/population/www/socdemo/hispanic/ho00.html>
- 85 Sorenson SB. Violence against women: Examining ethnic differences and commonalities. *Eval Rev* 1996; 20(2):123-45
- 86 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):283-95

- 87 Collins KS, Hall A, Neuhaus C. *US minority health: A chartbook*. New York, NY: The Commonwealth Fund, 1999
- 88 Mills RJ. *Health Insurance Coverage: 1999 Current Population Reports, Series P60-211*. Washington, DC: US Government Printing Office, 2000
- 89 National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook*. Hyattsville, MD: US Public Health Service, 2001, at: <http://www.cdc.gov/nchs>
- 90 Bureau of the Census. *Money income in the United States: 1995 (With separate data on valuation of non-cash benefits)*. Current Population Reports, Series P60-193. Washington, DC: US Government Printing Office, 1996
- 91 Mobed K, Gold EB, Schenker MB. Occupational health problems among migrant and seasonal farm workers. *West J Med* 1992; 157:367-73
- 92 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
- 93 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
- 94 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
- 95 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
- 96 Golding JM, Burnam MA. Immigration, stress, and depressive symptoms in a Mexican American community. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178(3):161-71
- 97 Crespo CJ, Smit E, Carter-Pokras O, Andersen R. Acculturation and leisure-time physical inactivity in Mexican American adults: Results from NHANES III, 1988-1994. *Am J Public Health* 2001; 91(8):1254-57
- 98 Wray LA. Health policy and ethnic diversity in older Americans. Dissonance or harmony? *West J Med* 1992; 157(3):357-61
- 99 Zhang J, Markides KS, Lee DJ. Health status of diabetic Mexican Americans: Results from the Hispanic HHANES. *Ethn Dis* 1991; 1(3):273-79
- 100 Lopez LM, Masse BR. Income, body fatness, and fat patterns in Hispanic women for the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Health Care Wom Int* 1993; 14:117-28
- 101 Stern MP, Mitchell BD. Diabetes in Hispanic Americans, in: *Diabetes in America* (2d edition) Bethesda, MD: National Diabetes Data Group (NDDG) and National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, 1995
- 102 Amaro H, Zambrana RE. Criollo, mestizo, mulato, latinegro, indígena, white, or black? The United States Hispanic/Latino population and multiple responses in the 2000 census. *Am J Public Health* 2000; 90(11):1724-27
- 103 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
- 104 Markides K, Ray LA, Stroup-Benham CA, Treviño 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
- 105 Randolph WOM, Stroup-Benham C, Black SA, Markides KS. Alcohol use among Cuban-Americans, Mexican-Americans and Puerto Ricans. *Alcohol Health & Research World* 1998; 22 (4):265-69
- 106 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):890-93
- 107 Amaro H, Whitaker R, Hoffman 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
- 108 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
- 109 Centers for Disease Control and Prevention (National Center for HIV, STD, and TB Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention). *HIV/AIDS among Hispanics in the United States* at: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hispanic.htm>
- 110 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
- 111 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): 224-36
- 112 Scrimshaw SCM, Zambrana R, Dunkel-Schetter C. Issues in Latino women's health, in: Ruzek S, Olesen V, Clarke A (eds). *Women's health: Complexities and differences*. Columbus, OH: Ohio State University Press, 1997, pp. 329-47

- 113 Menendez BS. AIDS mortality among Puerto Ricans and other Hispanics in New York, 1981-1987. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990; 3:644-48
- 114 Baker FM. Mental health issues in elderly African Americans. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):1-13
- 115 McKinnon J. The black population: 2000. *Census 2000 Brief*. August 2001
- 116 Neighbors HW, Williams DR. The epidemiology of mental disorders, in: Braithwaite RL, Taylor SE (eds). *Health issues in the black community (2d edition)*. San Francisco, CA: Josey-Bass Publishers, 2001: pg. 117
- 117 Current Population Survey. *Black Population in the US* (PPL-142) March 2000, at: <http://www.census.gov/population/www/socdemo/race/ppl-142.html>
- 118 Frey W. Migration to the south brings US blacks full circle. *Population today* May/June 2001, at: http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/PT_articles/AprilJune_2001/Migration_to_the_South_Brings_U_S_Blacks_Full_Circle.htm
- 119 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):200-11
- 120 National Center for Health Statistics. *Health, United States*, 1995. Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996, at: <http://www.cdc.gov/nchs>
- 121 National Institutes of Health. *A partnership for health: Minorities and biomedical research*. Bethesda, MD: National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 1995-1996
- 122 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):1312-19
- 123 LaVeist TA. African Americans and health policy: Strategies for a multiethnic society, in: Jackson JS (ed). *New directions: African Americans in a diversifying nation*. Washington, DC: National Policy Association, 2000
- 124 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
- 125 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
- 126 Herd D. An analysis of alcohol-related problems in black and white women drinkers. *Addiction Research* 1993; 1(3):181-98
- 127 Rebach H. Alcohol and drug use among American minorities. *Drugs and Society: A Journal of Contemporary Issues* 1992; 7:23-57
- 128 Goodman AH. Why genes don't count (for racial differences in health). *Am J Public Health* 2000; 90(11): 1699-702
- 129 Panel on Health and Demography. Black Americans' health, in: Jaynes GD, Williams RM. *A common destiny: Blacks and American society*. Washington, DC: National Academy Press, 1989, pp. 391-450
- 130 David RJ, Collins JW. Bad outcomes in black babies: Race or racism? *Ethn Dis* 1991; 1:236-44
- 131 Wilkinson DY, King G. Conceptual and methodological issues in the use of race as a variable: Policy implications, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 56-71
- 132 Caraballo RS, Giovino GA, Pechacek TF, Mowery PD, Richter PA, Strauss WJ, Sharp DJ, Eriksen MP, Pirkle JL, Maurer KR. Racial and ethnic differences in serum cotinine levels of cigarette smokers *JAMA* 1998; 280(2):135-39
- 133 Bureau of the Census (Housing and Household Economic Statistics Branch). *Age of householder—Households by total money income in 1999, type of household, race, and Hispanic origin of householder*. (Table HINC-02), at: http://ferret.bls.census.gov/macro/032000/hhinc/new02_000.htm
- 134 Bureau of the Census (Population Division, Racial Statistics Branch). *Black population in the US: March 2000*, at: <http://www.census.gov/population/www/socdemo/race/ppl-142.html>
- 135 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):525-28
- 136 Gates-Williams J, Jackson MN, Jenkins-Monroe V, Williams LR. The business of preventing African-American infant mortality. *West J Med* 1992; 157(3):350-56
- 137 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; 326:1522-26
- 138 Lieberman E. Editorial: Low birth weight—Not a black-and-white issue. *N Engl J Med* 1995; 332(2):117-18
- 139 Liu WT, Yu ESH. Ethnicity, mental health, and the urban delivery system, in: Maldonado L, Moore J (eds). *Urban ethnicity in the United States*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1985, pp. 211-47
- 140 Franke NV. African American women's health, in: Ruzek AB, Olesen VL, Clarke AE (eds). *Women's health: Complexities and differences*. Columbus, OH: Ohio State University Press, 1997, pp. 353-79

- 141** 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):725–35
- 142** 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):1394–401
- 143** Snapp MB. Occupational stress, social support, and depression among black and white professional-managerial women. *Women Health* 1992; 18(1):41–79
- 144** Miller SM. Conclusion, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 500–31
- 145** 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):843–78
- 146** National Center for Health Statistics. *Health, United States, 1998 with socioeconomic status and health chartbook*. Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1998 at: <http://www.cdc.gov/nchs>
- 147** Headen AE Jr., Headen SW. General health conditions and medical insurance issues concerning black women. *Review of Black Political Economy* 1985–86; 14:183–97
- 148** 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
- 149** Wilcox LS, Mosher WD. Factors associated with obtaining health screening among women of reproductive age. *Public Health Rep* 1993; 108(1):76–86
- 150** 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
- 151** National Cancer Institute. *SEER cancer statistics review 1973-1997, age-adjusted seer incidence and US mortality rates* at: http://seer.cancer.gov/Publications/CSR1973_1997/
- 152** Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, Swanson MS, Swanson FH, Edwards MS. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA* 1998; 279(22): 1801–1807
- 153** 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
- 154** Hogue CJR, Hargraves MA. Class, race, and infant mortality in the United States. *Am J Public Health* 1993; 83(1):9–12
- 155** 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–11S
- 156** Smith GD, Egger M. Socioeconomic differences in mortality in Britain and the United States. *Am J Public Health* 1992; 82:1079–81
- 157** James SA, Thomas PE. John Henryism and blood pressure in black populations: A review of the evidence. *African American research perspectives* 2000; 6(3):1–10
- 158** 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):1370–78
- 159** Bachman R. *Violence against women: A national crime victimization survey report*. Publication no. NCJ-145325. Washington, DC: US Department of Justice, 1994
- 160** Bachman R, Saltzman LE. *Violence against women: Estimates from the redesigned survey*. Publication no. NCJ-154348. Washington, DC: US Department of Justice, 1995
- 161** Fox JA, Zawitz MW. *Homicide trends in the United States*. Washington, DC: US Department of Justice, Department of Justice Statistics. January 4, 2001, at: <http://www.ojp.usdoj.gov:80/bjs/pub/pdf/htius.pdf>
- 162** Ewbank DC. History of black mortality and health before 1940, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 100–28
- 163** Geronimus AT. Black/White differences in the relationship of maternal age to birthweight: A population-based test of the weathering hypothesis. *Soc Sci Med* 1996; 42(4):589–97
- 164** 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
- 165** Centers for Disease Control and Prevention (Division of Media Relations). *Maternal mortality among black and white women by state: United States, 1987–1996*. June 18, 1999, at: <http://www.cdc.gov/od/oc/media/fact/mmabwww.htm>
- 166** Baquet CR, Horm JW, Gibbs T, Greenwald P. Socioeconomic factors and cancer incidence among blacks and whites. *J Natl Cancer Inst* 1991; 83(8):551–56
- 167** Manton KG, Patrick CH, Johnson KW. Health differentials between blacks and whites: Recent trends in mortality and morbidity, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 129–99

- 168 Friedman SJ, Sotheran JL, Abdul-Quader A, Primm BJ, Des Jarlais DC, Kleinman P, Mauge C, Goldsmith DS, El-Sadr W, Maslansky R. The AIDS epidemic among blacks and Hispanics, in: Willis DP (ed). *Health policies and black Americans*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1989, pp. 455–99
- 169 Anderson KH, Mitchell JM. Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of AIDS and its implications for survival. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160:3114–20
- 170 Centers for Disease Control and Prevention (National Center for HIV, STP and TB Prevention). *HIV/AIDS surveillance report*, 2000; 12(2)
- 171 Kochanek KD, Smith BL, Anderson RN. Deaths: Preliminary data for 1999. *National vital statistics reports* 2001; 49(3) Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- 172 Henry J. Kaiser Family Foundation. *National survey of African Americans on HIV/AIDS*. Prepared for: "The Untold Story: AIDS and Black Americans," A Briefing on the Crisis of AIDS among African Americans, March 16–17, Harvard University. March 1998. Menlo Park, CA
- 173 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
- 174 Trafford A. Confronting some grim facts about suicide. *Washington Post* (Health Section), October 24, 2000, pg. 8
- 175 Ong PM (ed). *The state of Asian Pacific America – Transforming race relations: A public policy report (vol. IV)*. Los Angeles: LEAP Asian Pacific American Public Policy Institute and UCLA Asian American Studies Center, 2000
- 176 Bureau of the Census (Population Division, Population Estimates Program). *States ranked by Asian and Pacific Islander population, July 1, 1999*. August 30, 2000, at: <http://www.census.gov/population/estimates/state/rank/api.txt>
- 177 Chen MS, Hawks BL. A debunking of the myth of healthy Asian Americans and Pacific Islanders. *Am J Health Promot* 1995; 9(4):261–68
- 178 Humes K, McKinnon J. *The Asian and Pacific Islander population in the United States: March 1999* Current Population Reports, Series P20–529. Washington, DC: US Government Printing Office
- 179 Frisbie PW, ChoY, Hummer RA. Immigration and the health of Asian and Pacific Islander adults in the United States. *Am J Epidemiol* 2001; 153(4):372–80
- 180 Schmidley AD, Gibson C. *Profile of the foreign-born population in the United States: 1997*. Current Population Reports, Series P23–195 Washington, DC: US Government Printing Office, 1999
- 181 Bureau of the Census. *From the Mideast to the Pacific: A profile of the nation's Asian foreign-born population* Current Population Reports, Special Studies P23–195
- 182 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
- 183 Ito KL, Chung RC, Kagawa-Singer M. Asian/Pacific American women and cultural diversity: Studies of the traumas of cancer and war, in: Ruzek SB, Olesen VL, Clarke AE (eds). *Women's health: Complexities and differences*. Columbus, OH: Ohio State University Press, 1997, pp. 300–328
- 184 Yu ESH. Health of the Chinese elderly. *Research on Aging* 1986; 8:84–109
- 185 Leong F. Guest editor's introduction. *Asian American and Pacific Islander Journal of Health* 1994; 2(2):89–91
- 186 Mo B. Modesty, sexuality, and breast health in Chinese-American women. *West J Med* 1992; 157(3):260–64
- 187 Lum OM. Health status of Asians and Pacific Islanders. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):53–67
- 188 Yu ESH. Problems in Pacific/Asian American community research, in: Liu WT (ed). *Methodological problems in minority research*. Chicago: Pacific/Asian American Mental Health Research Center, 1982, pp. 93–118
- 189 Hurh WOM, Kim KC. Correlates of Korean immigrants' mental health. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178(11):703–11
- 190 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
- 191 D'Avanzo CE. Southeast Asians: Asian-Pacific Americans at risk for substance misuse. *Substance Use & Misuse* 1997; 32(7&8):829–48
- 192 Tamir A, Cachola S. Hypertension and other cardiovascular risk factors, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994, pp. 209–47
- 193 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
- 194 Liu WT, Yu ESH, Chang C, Fernandez M. The mental health of Asian American teenagers: A research challenge, in: Stiffman AR, Davis LE (eds). *Ethnic issues in adolescent mental health*. New York: Sage Publications, 1990, pp. 92–112
- 195 Yu ESH, Liu WT. The underutilization of mental health services by Asian Americans: Implications for manpower training, in: Liu WT (ed). *The Pacific/Asian American Mental Health Research Center: A decade review*. Chicago: University of Illinois, 1987, pp. 19–28

- 196** Olesen VL. Less than animals? The health of women workers in garment manufacture, agriculture, and electronics assembly, in: Ruzek SB, Olesen VL, Clarke AE (eds). *Women's health: Complexities and differences*. Columbus, OH: Ohio State University Press, 1997, pp. 173–82
- 197** Bureau of the Census. *The Asian and Pacific Islander Population in the United States: March 2000 (Update)* Current Population Reports, PPL-146, at: <http://www.census.gov/population/www/socdemo/race/ppl-146.html>
- 198** Bureau of the Census. *Unpublished tables from the March 1996 Current Population Survey*. Washington, DC: 1997
- 199** 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
- 200** Crews DE. Obesity and diabetes, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994, pp. 174–207
- 201** Jang D, Penserga LJ. *Beyond the safety net: Health services for low-income Asian and Pacific Islander women and children in California* San Francisco, CA: Asian and Pacific Islander American Health Forum, 1999
- 202** Klatsky AL, Armstrong MA. Cardiovascular risk factors among Asian Americans living in northern California. *Am J Public Health* 1991; 81(11):1423–28
- 203** *Smoking Among Asian Americans: A National Tobacco Survey*. San Francisco, CA: National Asian Women's Health Organization, Spring 1998
- 204** American Lung Association® *Fact Sheet: Asian Americans/Pacific Islanders and Lung Disease*. Accessed on October 1, 2001, at: http://www.lungusa.org/diseases/asianlung_factsheet.html
- 205** *A profile: Cervical cancer and Asian American women*. San Francisco, CA: National Asian Women's Health Organization, 2000
- 206** Pham CT, McPhee SJ. Knowledge, attitudes, and practices of breast cancer and cervical cancer screening among Vietnamese women. *J Cancer Educ* 1992; 7(4):305–10
- 207** Creel L. *Human papillomavirus: A hidden epidemic in the United States*. Washington, DC: Population Reference Bureau, at: <http://www.prb.org/>
- 208** 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
- 209** Yi JK. Factors associated with cervical cancer screening behavior among Vietnamese women. *J Community Health* 1994; 19(3):189–200
- 210** 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):1819–27
- 211** Coughlin SS, Uhler RJ. Breast and cervical cancer screening practices among Asian and Pacific Islander women in the United States, 1994–1997. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2000; 9:597–603.
- 212** 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
- 213** Kulig JC. A review of the health status of Southeast Asian refugee women. *Health Care Wom Int* 1990; 11:49–63
- 214** Asian and Pacific Islander American Health Forum. *Asian and Pacific Islander women: Access and utilization of health services*, at: <http://www.apiahf.org/programs/af.html>
- 215** Helsel D, Petitti DB, Kunstadter P. Pregnancy among the Hmong: Birthweight, age and parity. *Am J Public Health* 1992; 82(10):1361–64
- 216** Buchwald D, Panwala S, Hooton TM. Use of traditional health practices by Southeast Asian refugees in a primary care clinic. *West J Med* 1992; 156:507–11
- 217** Ying Y. Explanatory models of major depression and implications for help-seeking among immigrant Chinese-American women. *Cult Med Psychiatry* 1990; 14:393–408
- 218** Meadows M. Mental health and minorities: Cultural considerations in treating Asians. *Closing the Gap* (newsletter from the Office of Minority Health) September 1997: pp. 1–2
- 219** Frye BA, D'Avanzo CD. Cultural themes in family stress and violence among Cambodian refugee women in the inner city. *Adv Nurs Sci* 1994; 16(3):64–77
- 220** US Commission on Civil Rights. *Civil rights issues facing Asian Americans in the 1990s*. Washington, DC: US Commission on Civil Rights, 1992
- 221** 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
- 222** Zane NWS, Kim JH. Substance use and abuse, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994, pp. 316–43
- 223** Chi I, Lubben JE, Kitano H. Differences in drinking behavior among three Asian-American groups. *J Stud Alcohol* 1989; 50(1):15–23

- 224 Takeuchi DT, Mokuau N, Chun C. Mental health services for Asian Americans and Pacific Islanders. *J Ment Health Adm* 1992; 19(3):237–45
- 225 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; 15:243–62
- 226 Bureau of the Census (Population Division, Population Estimates Program). *Resident population estimates of the United States by age and sex: April 1, 1990 to July 1, 1999, with short-term projection to November 1, 2000*. January 2, 2001, at: <http://www.census.gov/population/estimates/nation/intfile2-1.txt>
- 227 National Adolescent Health Information Center. *Fact sheet on adolescent demographics*. San Francisco, CA: University of California, 2000.
- 228 Blum RW, Beuhring T, Rinehart PM. *Protecting teens: Beyond race, income and family structure*. Minneapolis, MN: Center for Adolescent Health, University of Minnesota, 2000
- 229 National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2000 with Adolescent Health Chartbook*. Hyattsville, MD: US Public Health Service, 2000, at: <http://www.cdc.gov/nchs>
- 230 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
- 231 Hoberman HM. Ethnic minority status and adolescent mental health services utilization. *J Ment Health Adm* 1992; 19(3):246–67
- 232 Coiro MJ, Zill N, Bloom B. Health of our nation's children. *Vital Health Stat* 1994; 10(191)
- 233 Blum RW, Harmon B, Harris L, Bergeisen L, Resnick MD. American Indian-Alaska Native youth health. *JAMA* 1992; 267(12):1637–44
- 234 English A, Morreale M, and Stinnett A. *Adolescents in public health insurance programs: Medicaid and CHIP*. Chapel Hill, NC: Center for Adolescent Health & the Law, 1999.
- 235 English A. Reproductive Health Services for Adolescents: Critical Legal Issues. *Adolescent Gynecology* 2000; 27(1):195–211
- 236 *Breaking the silence: A study of depression among Asian American women*. San Francisco, CA: National Asian Women's Health Organization, 2001
- 237 Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum J, Kolbe LJ, State and Local YRBS Coordinators. Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1999. *MMWR CDC Surveill Summ*, June 9, 2000; 49(No. SS-5)
- 238 Grossman DC, Milligan BC, Deyo RA. Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *Am J Public Health* 1991; 81(7):870–74
- 239 Chavez EL, Swaim RC. Hispanic substance use: Problems in epidemiology. *Drugs and Society: A Journal of Contemporary Issues* 1992; 7:211–30
- 240 Schuster MA, Bell RM, Nakajima GA, Kanouse DE. The sexual practices of Asian and Pacific Islander high school students. *J Adolesc Health* 1998; 23: 221–31
- 241 Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics. *America's Children: Key National Indicators of Well-Being, 2001*. Washington, DC: US Government Printing Office, 2001
- 242 Kaiser Daily Reproductive Health Report 6/8/01, at: <http://www.kaisernetwork.org/dailyreports/reproductivehealth>
- 243 Liu LL, Slap GB, Kinsman SB, Khalid N. Pregnancy among American Indian adolescents: Relations and prenatal care. *J Adolesc Health* 1994; 15(4):336–41
- 244 Bachman JG, Wallace JM, O'Malley 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):372–77
- 245 Bruerd B. Smokeless tobacco use among Native American school children. *Public Health Rep* 1990; 105(2):196–201
- 246 Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBS Coordinators. Youth risk behavior surveillance—United States, 1995. *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45 (No.SS-4)
- 247 Bureau of the Census (Population Division, Population Projections Program). *Projections of the total resident population by 5-year age groups, race, and Hispanic origin with special age categories: Middle series, 2050 to 2070*. January 13, 2000, at: <http://www.census.gov/population/projections/nation/summary/np-t4-g.pdf>
- 248 Bureau of the Census, National Institute on Aging. *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
- 249 Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. *Older Americans 2000: Key Indicators of Well-Being*. Hyattsville, MD: US Government Printing Office, 2000
- 250 Bureau of the Census (Population Division, Population Projections Program). *Projections of the total resident population by 5-year age groups, race, and Hispanic origin with special age categories: Middle series, 2016 to 2020*. December 1999, at: <http://www.census.gov/population/projections/nation/summary/np-t4-g.pdf>

- 251** Bureau of the Census. *Population 65 years and over and 85 years and over, region, and state: 1998*. February 11, 2000, at: <http://www.census.gov/population/estimates/state/st98elderly.txt>
- 252** Wallace SP, Lew-Ting C. Getting by at home—Community-based long-term care of Latino elders. *West J Med* 1992; 157(3):337–44
- 253** Bureau of the Census. *We the American...elderly*. Series WE-9. Washington, DC: US Government Printing Office, 1993
- 254** Brangman SA. African American elders: Implications for health care providers. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):15–23
- 255** Clark RL, Quinn JF. The economic status of the elderly. *Medicare Brief* National Academy of Social Insurance: Washington, DC, 1999
- 256** Proctor EK. Posthospital care for African American elderly. *Research Activities*, Agency for Health Care Policy and Research 1996; 196:19–20
- 257** Douglas KC, Fujimoto D. Asian Pacific elders: Implications for health care providers. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):69–81
- 258** *Key facts: Women and Medicare*. Menlo Park, CA and Washington, DC: Henry J. Kaiser Family Foundation, 2001
- 259** National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations. *Hispanic women's health: A nuestros numeros fact sheet*. Washington, DC: COSSMHO, 1996
- 260** 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
- 261** Eng E, Smith J. Natural helping functions of lay health advisors in breast cancer education. *Breast Cancer Res Treat* 1995; 35:23–29
- 262** 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
- 263** Srinivasan S, Guillermo T. Toward improved health: Disaggregating Asian American and Native Hawaiian/Pacific Islander data. *Am J Public Health* 2000; 90(11):1731–33
- 264** Callahan LF, Rao J, Boutaugh M. Arthritis and women's health: Prevalence, impact, and prevention. *Am J Prev Med* 1996; 12(5):401–409
- 265** 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):1555–59
- 266** 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
- 267** 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
- 268** Mui AC. Self-reported depressive symptoms among black and Hispanic frail elders: A sociocultural perspective. *J Appl Geront* 1993; 12(2):170–87
- 269** 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

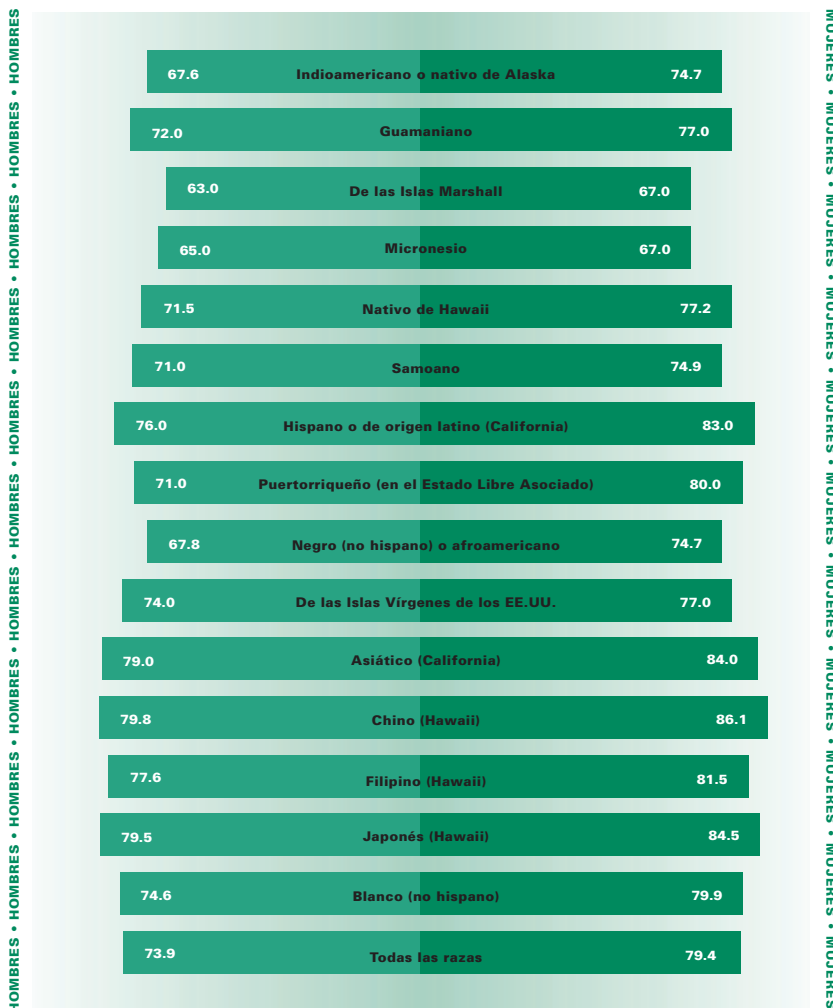
EVALUACIÓN DE
LA SALUD DE LAS
MUJERES DE COLOR

EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR

Expectativa de vida

- Entre ambos, los blancos y la gente de color, la expectativa de vida (o los años restantes de vida esperados) desde el nacimiento es mayor para las mujeres que para los hombres. Los espacios mayores en la expectativa de vida se informan entre mujeres y hombres en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico (9 años), y entre las mujeres y hombres indioamericanos/nativos de Alaska, mujeres y hombres hispanos (en California), y mujeres y hombres afroamericanos (cada uno 7 años de diferencia).¹⁻³
- En el pasado, las expectativas de vida de los hombres y mujeres blancos han excedido aquellas de la mayoría de la gente de color. Las expectativas de vida para muchas mujeres asiáticas que viven en Hawaii y California, y para mujeres hispanas que viven en California y en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, igualan o exceden aquella de las mujeres blancas, sin embargo. En forma similar, se espera que los hombres asiáticos en California (79 años) y hombres hispanos en California (76 años), junto con hombres que pertenecen a subgrupos selectos de asiáticos en Hawaii (entre casi 78 años y casi 80 años), vivan más que los hombres blancos no hispanos (74.6 años).¹⁻⁴
- De acuerdo a los datos de mortalidad actuales, la expectativa de vida para los hispanos que viven en California es 83 años para mujeres y 76 años para hombres. Para la población que vive en Puerto Rico, la expectativa de vida femenina desde su nacimiento es 80 años, mientras que para hombres ésta es 71 años.^{1,2} Las mujeres hispanas en los Estados Unidos tienen una expectativa de vida más larga que ya sea, la de las mujeres indioamericanas/o nativas de Alaska o la de las americanas negras (ambas casi 75 años).

FIGURA 3
Expectativa de vida al nacer en años por raza y sexo,
1990, 1994, 1994-1996, 1998, 1999, 2001



Fuentes: 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.
Department of Health and Human Services, Indian Health Services, *Regional Differences in Indian Health 1998-1999*, Rockville, MD, 2001.
Kochanek KD, Smith BL, Anderson RN, Deaths: Preliminary data for 1999, *National vital statistics reports*; vol 49 no 3, Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2001.
Pan American Health Organization, Virgin Islands (US): Basic Country Health Profiles, Summaries 1999, www.paho.org.
Population Reference Bureau, *2001 World Population Data Sheet*, Washington, DC: June 2001.
Reyes, Belinda I. (ed), *A Portrait of Race and Ethnicity in California: An Assessment of Social and Economic Well-Being*, 2001, Public Policy Institute of California, San Francisco, CA.
E-mail correspondence with Swanihda O. Robonei, R.N. Maternal and Child Health Coordinator for the Federated States of Micronesia (taken from the 1994 Census conducted on the island): January 2001.

- La población predominantemente negra de las Islas Vírgenes de los EE.UU. informa unas expectativas de vida al nacer para mujeres y hombres que exceden estas expectativas para otros americanos negros. La expectativa de vida para mujeres en

las Islas Vírgenes es 77 años, comparada con casi 75 años para mujeres americanas negras en otras partes de los Estados Unidos. El espacio en la expectativa de vida es todavía mayor entre los hombres en las Islas Vírgenes (74 años) y los hombres

americanos negros en otras partes de los Estados Unidos (menos de 68 años).^{3,5}

- Entre 1979 y 1989, la expectativa de vida a la edad de 45 fue 3.1 años más larga para las mujeres afroamericanas en el grupo de ingresos más alto, en comparación con las mujeres afroamericanas en el grupo de ingresos más bajo.⁶
- La expectativa de vida desde el nacimiento para las mujeres nativas de Hawaii que viven en Hawaii fue un poco más de 77 años en 1990. La expectativa de vida para las mujeres samoanas que viven en el Territorio de los EE.UU. de la Samoa Americana es cerca de 75 años; para las mujeres guamanianas, la expectativa de vida es 77 años.^{1,4}

- Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en la mayoría de las áreas de servicio del Servicio de Salud Indio (IHS) tenían una expectativa de vida de cerca de 75 años entre 1994 y 1996. Este promedio de expectativa de vida para mujeres indioamericanas/nativas de Alaska refleja áreas de servicio tales como Bemidji, donde la expectativa de vida es poco menos de 68 años, y California donde la expectativa de vida es más de 80 años.⁷

- Las mujeres indioamericanas en California (1994–1996) tenían una expectativa de vida más alta al nacer (80.2 años) que las mujeres indias en todas las otras áreas de servicio del IHS (67.8 a 77.5 años), y que las mujeres

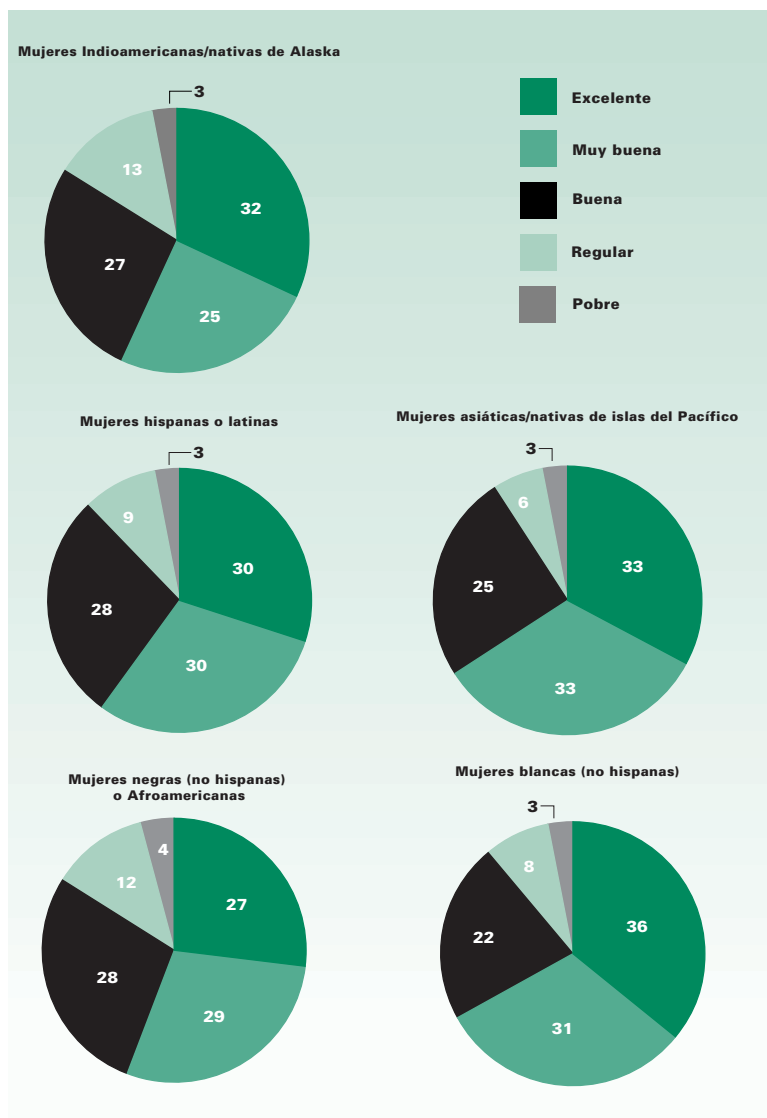
blancas (80 años) en esa época.⁷

- La expectativa de vida al nacer para las poblaciones asiáticas es la más alta entre todos los grupos raciales (por ejemplo, 84 años para mujeres y 79 años para hombres en California).² En 1992, los indoasiáticos (hombres y mujeres, ambos) tenían la expectativa de vida más alta entre estas subpoblaciones – 85 años. En forma similar, los chinos, japoneses y coreanos, todos tenían una expectativa de vida de 82 años.⁸
- Las expectativas de vida basadas en las subpoblaciones femeninas de Hawaii en 1990 son como sigue: blancas – casi 79 años; chinas – más de 86 años; filipinas – casi 82 años; y japonesas – casi 85 años.^{1,4}

Calificaciones de salud autoinformadas

- Las calificaciones de salud autoinformadas por pacientes han probado ser generalmente indicadores sólidos de la salud más tarde en la vida.⁹
- En el 2000, entre todas las mujeres de color, más de la mitad creían que estaban en excelente o muy buena salud.¹⁰ Esto está en contraste con los hallazgos de una encuesta de 1993 donde sólo el 48 por ciento de las mujeres hispanas y 44 por ciento de las mujeres negras calificaron su salud como excelente o muy buena.¹¹
- Una mayoría de mujeres blancas (67 por ciento) y mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (66 por ciento) califican su salud como excelente o muy buena.¹⁰
- Las mujeres afroamericanas y las indioamericanas/nativas de Alaska (ambas 16 por ciento) tenían más probabilidad de informar que estaban en salud regular/pobre. Esto se compara con sólo 11 por ciento de mujeres blancas y 9 por ciento de mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico que informaban la misma calificación de salud.¹⁰
- De la gente en edades de 65 años o más en 1996, los hispanos (43 por ciento) y los negros (41 por ciento) tenían más probabilidad de calificar su salud como regular o pobre, seguidos por los blancos en 23 por ciento, y los asiático-americanos en 22 por ciento.¹²
- Entre las mujeres en edades de 65 años o más, un porcentaje más alto de blancos no hispanos (74 por ciento) que de negros no hispanos (59 por ciento) y de hispanos (65 por ciento) informaron su salud como buena o excelente entre 1994 y 1996.¹³
- Un estudio que examina la salud de los adultos en edades de 65 o más años halló que las mujeres latinas y afroamericanas calificaron su salud significativamente peor que lo que lo hicieron los hombres hispanos y negros, y que lo hicieron las mujeres y hombres blancos.¹⁴

FIGURA 4
Calificaciones de salud autoinformadas entre las mujeres por raza/etnicidad, 2000
Por ciento



Fuente: Current Population Survey, March 2000 Supplement, <http://ferret.bls.census.gov>.

- En 1994 entre ambos hombres y mujeres de origen hispano, los puertorriqueños tenían la mayor probabilidad de informar su salud como regular o pobre (27 por ciento), mientras que los cubanos tenían la menor probabilidad (13 por ciento). Entre las personas de origen asiático,

los vietnamitas tenían la mayor probabilidad de creer que estaban en salud regular o pobre (29 por ciento), mientras que los coreanoamericanos (18 por ciento) tenían la menor probabilidad de informar que estaban en salud regular o pobre.¹²

■ Noventa y dos por ciento de las mujeres blancas que trabajan informaron que estaban en salud buena o excelente en 1993, en comparación con el 84 por ciento de las mujeres negras o las hispanas.¹¹ Una tercera parte de las mujeres negras o hispanas que no trabajan informó que estaban en salud regular o pobre, versus 18 por ciento de las mujeres blancas que no trabajan. Sin importar su estado de empleo, las mujeres blancas se sienten mejor acerca de su salud que las mujeres negras o las hispanas.⁷

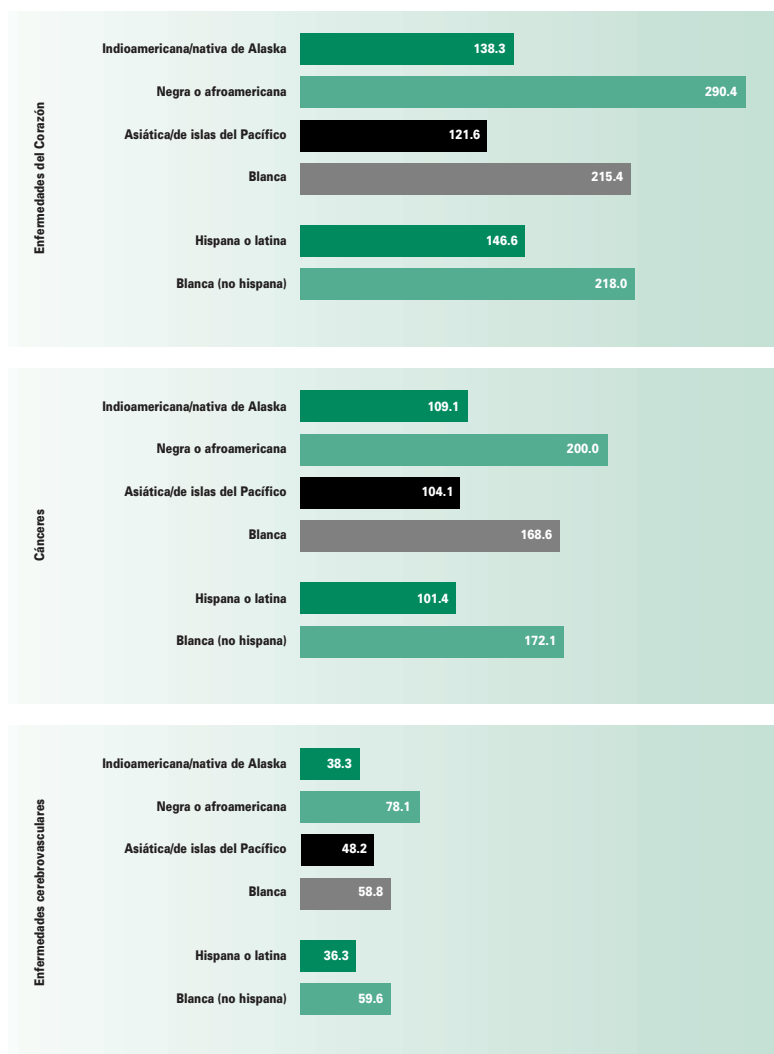
■ En New York (1992), 33 por ciento de las mujeres colombianas, dominicanas, y puertorriqueñas informaron excelente o muy buena salud, mientras que el 37 por ciento de las mujeres ecuatorianas informaron lo mismo. Porcentajes más o menos iguales de mujeres ecuatorianas, puertorriqueñas, y colombianas informaron salud regular o pobre (34, 32 y 30 por ciento, respectivamente) que las que informaron salud excelente o muy buena. Sin embargo, una mayor porción

de mujeres dominicanas (40 por ciento) informó que estaban en salud regular o pobre de las que se sentían en salud excelente o buena.¹⁵

Causas principales de muerte

- Un estudio de mortalidad por todas las causas entre 1979 y 1989 halló que el riesgo de mortalidad para las mujeres inmigrantes negras era 45 por ciento más bajo que este riesgo para sus iguales nacidas en los EE.UU. El riesgo de muerte debido a todas las causas también era 37 por ciento más bajo para las mujeres inmigrantes hispanas que para las mujeres hispanas nacidas en los EE.UU.¹⁶
- Aunque las tasas de muerte a causa de enfermedades del corazón han ido disminuyendo durante los últimos 50 años, las enfermedades del corazón siguen siendo la causa principal de muerte para todas las mujeres, excepto las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico, para quienes son la segunda causa principal de muerte.¹⁷
- Las tasas de muerte ajustadas por edad a causa de enfermedades del corazón alcanzaron desde una alta de 290 por cada 100,000 mujeres afroamericanas hasta una baja de 122 por cada 100,000 mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico en 1999. Las tasas de muerte para las mujeres hispanas y para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska – 147 por cada 100,000 y 138 por cada 100,000, respectivamente – son menores que las tasas informadas por ambas, las mujeres negras (anotadas arriba) y las mujeres blancas (alrededor de 215 por cada 100,000). En 1999, las enfermedades del corazón contaron para tanto como el 31 por ciento de todas las muertes de mujeres blancas y para tan poco como el 21 por ciento de todas las muertes de mujeres indioamericanas/nativas de Alaska. Las muertes debido a enfermedades del corazón cuentan para tasas comparables de muerte de mujeres negras (29 por ciento), hispanas (27 por ciento), y asiáticas o nativas de islas del Pacífico (26 por ciento).¹⁷
- Las tasas de muerte a causa de enfermedades del corazón fueron más altas para mujeres de color

FIGURA 5
Tasas de mortalidad ajustadas por edad debida a causas principales de muerte entre las mujeres por raza/etnicidad, 1999
Muertes por cada 100,000 de población



Fuente: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001 (pgs. 189-98).

en edades de 45 años o más que para todas las mujeres de color en 1999. Entre las mujeres negras en edades de 45 a 54 años, 128 por cada 100,000 murieron, como lo hicieron 51 por cada 100,000 mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, 31 por cada 100,000 mujeres hispanas, y 19 por cada 100,000 mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico.¹⁷

Entre las mujeres en edades de 55 a 64 años, las mujeres negras se mantuvieron como las que con mayor probabilidad mueren de enfermedades del corazón – a la tasa de 336 por cada 100,000. Su tasa de muerte está seguida por la de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska a 183 por cada 100,000, luego, por la de mujeres blancas (149 por cada 100,000) y la de las

mujeres hispanas (118 por cada 100,000). Entre las mujeres en edades de 85 años o más, 6,000 mujeres blancas por cada 100,000 murieron en 1999, comparado con más de 5,500 por cada 100,000 mujeres negras, 3,700 por cada 100,000 mujeres hispanas, y casi 3,300 por cada 100,000 mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico. Más de 2,000 por cada 100,000 mujeres indioamericanas/nativas de Alaska de 85 años o mayores murieron de enfermedades del corazón también.

- Los cánceres (neoplasmas malignos) son la segunda causa más común de muerte para todas las mujeres, excepto las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico, para quienes son la causa principal de muerte. Veintisiete por ciento de todas las muertes de mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico en 1999 fueron debidas a cánceres.¹⁷
- Las mujeres negras y blancas informaron las tasas más altas de muerte a causa de todas las formas del cáncer en 1999. La tasa de muerte ajustada por edad para mujeres negras de 200 por cada 100,000 excedió la tasa para mujeres blancas (169 por cada 100,000), así como las tasas para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (109 por cada 100,000), las asiáticas o nativas de islas del Pacífico (104 por cada 100,000), y las hispanas (101 por cada 100,000).¹⁷
- La tercera causa de muerte para la mayoría de las mujeres son las enfermedades cerebrovasculares (primordialmente los derrames). Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska proveen la única excepción a esto porque las lesiones involuntarias son su tercera causa principal de muerte. Las enfermedades cerebrovasculares quedan en quinto lugar entre las causas de muerte para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska.¹⁷
- Las tasas de muerte a causa de enfermedades cerebrovasculares también fueron más altas entre las mujeres negras (78 por cada

TABLA 3
Causas principales de muerte para las mujeres por raza/etnicidad, 1999
Cantidad de muertes

Indioamericana/nativa de Alaska	
todas las causas	5,222
enfermedades del corazón	1,102
neoplasmas malignos	887
lesiones accidentales	436
diabetes mellitus	403
enfermedades cerebrovasculares	309
enfermedades crónicas del hígado o cirrosis	214
enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	209
influenza y neumonía	168
nefritis, síndrome nefrótico, y nefrosis	115
septicemia	88
Hispana o latina	
todas las causas	45,763
enfermedades del corazón	12,315
neoplasmas malignos	9,566
enfermedades cerebrovasculares	3,099
diabetes mellitus	2,848
lesiones accidentales	2,070
enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	1,311
influenza y neumonía	1,153
ciertas condiciones con origen en el periodo perinatal	963
enfermedades crónicas del hígado o cirrosis	829
nefritis, síndrome nefrótico, y nefrosis	770
Negra o afroamericanas	
todas las causas	139,363
enfermedades del corazón	40,976
neoplasmas malignos	29,083
enfermedades cerebrovasculares	10,986
diabetes mellitus	7,167
lesiones accidentales	3,933
nefritis, síndrome nefrótico, y nefrosis	3,703
enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	3,407
septicemia	3,204
influenza y neumonía	3,038
enfermedades del virus de inmunodeficiencia humano (VIH)	2,393
Asiática/de islas del Pacífico	
todas las causas	15,349
neoplasmas malignos	4,178
enfermedades del corazón	3,942
enfermedades cerebrovasculares	1,621
diabetes mellitus	625
lesiones accidentales	588
enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	406
influenza y neumonía	380
nefritis, síndrome nefrótico, y nefrosis	281
hipertensión esencial (primaria) y enfermedad renal hipertensa	196
septicemia	195
Blanca	
todas las causas	1,056,144
enfermedades del corazón	327,463
neoplasmas malignos	229,837
enfermedades cerebrovasculares	89,948
enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior	57,735
influenza y neumonía	32,410
enfermedad de Alzheimer	29,268
lesiones accidentales	29,215
diabetes mellitus	29,050
nefritis, síndrome nefrótico, y nefrosis	14,408
septicemia	13,796

Fuente: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001 (pgs. 175-8).

Nota: Excluye datos de estados a los que les falta el elemento de información "de origen hispano" en sus certificados de muerte.

100,000). La segunda tasa más alta de muerte debida a enfermedades cerebrovasculares en 1999 fue informada para las mujeres blancas (59 por cada 100,000), siendo las tasas para las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (48 por cada 100,000), las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (38 por cada 100,000) y las mujeres hispanas (36 por cada 100,000), las más bajas entre los grupos.¹⁷

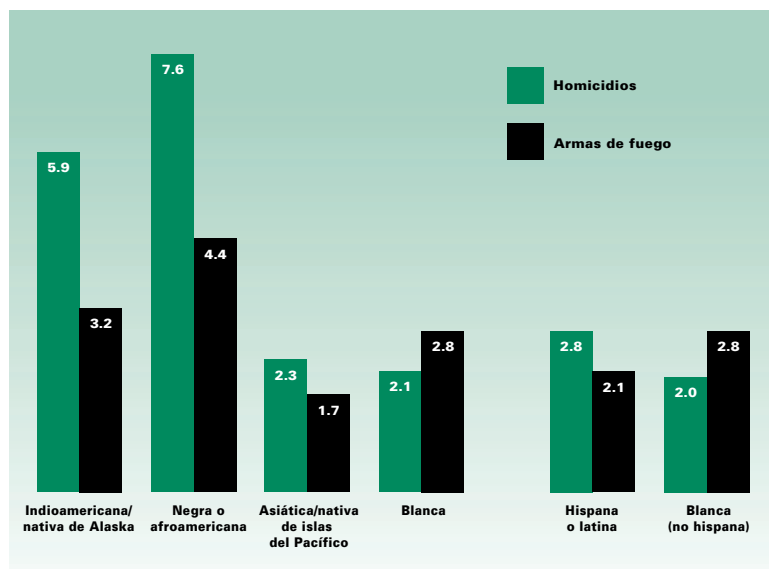
- Las lesiones involuntarias matan a muchas mujeres, aunque su clasificación entre las primeras diez causas de muerte varía por grupo racial/étnico. Según indicado anteriormente, éstas representan la tercera causante para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska. Son la quinta causante de muerte para las mujeres latinas, asiáticas o nativas de islas del Pacífico, y para las negras, y la séptima causante de muerte para las mujeres blancas.¹⁷

- Aunque su clasificación varía, la diabetes mellitus se encuentra entre las primeras diez causas de muerte para todas las mujeres. Ésta es la cuarta causa de muerte para las mujeres afro-americanas, indioamericanas/nativas de Alaska, hispanas, y asiáticas o nativas de islas del Pacífico. La diabetes mellitus es la octava causante de muerte para las mujeres blancas.¹⁷
- Las enfermedades crónicas del tracto bajo respiratorio, la causa de muerte que ocupa el cuarto lugar para las mujeres blancas, es una causante principal para mujeres de otros grupos raciales/étnicos, pero a menor grado. Ésta es la sexta causante para las mujeres hispanas y para las asiáticas o nativas de islas del Pacífico, y la séptima causante para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y para las negras.¹⁷
- Varias condiciones son notables porque causan grandes cantidades de muertes sólo entre las mujeres de color. Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska tienen tasas extremadamente altas de mortalidad a causa de cirrosis y enfermedades del hígado – 18 por cada 100,000 desde 1995 hasta 1997. Esto es tres veces la próxima tasa más alta para este período de tiempo – 6 por cada 100,000 mujeres hispanas.¹⁸ En 1999, las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis fueron la sexta causa de muerte entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, y la novena causa de muerte entre las mujeres hispanas.¹⁷
- Entre las mujeres de todas las razas y categorías por edad, las mujeres indioamericanas en edades de 25 a 44 años, y las mujeres asiáticas/nativas de islas del Pacífico en edades de 65 años o más, tienen las tasas más altas de muerte debida al suicidio – las primeras a 8 por cada 100,000, y las últimas a 6.5 por cada 100,000.¹⁷
- Aunque fue la octava causa de muerte en 1996, el año 1997 marcó la primera vez que la infección del virus de inmunodeficiencia humano (VIH) no fue una de las primeras 15 causas de muerte desde 1987.¹⁹ La infección del VIH, la novena cause de muerte para las mujeres hispanas en 1993, no fue ya una de las primeras diez causas de muerte para esa población en 1999. La infección del VIH, sin embargo, se mantiene como una de las diez causas más frecuentes de muerte entre las mujeres negras, clasificada décima en 1999, descendida de séptima en 1993.¹⁷ En 1999, sin embargo, la infección del VIH fue la tercera causa principal de muerte entre las mujeres negras en edades de 22 a 44 años.³

Otras causas de Muerte

- En 1999, entre las mujeres, las negras tenían las tasas más altas de mortalidad a causa de ambos, ataques (homicidios) y sucesos relacionados con armas de fuego (cerca de 8 por cada 100,000 y más de 4 por cada 100,000, respectivamente). Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska tenían la siguiente tasa más alta de mortalidad a causa de homicidios con casi 6 por cada 100,000 muertes. La tasa de homicidio era casi 3 por cada 100,000 mujeres hispanas y 2 por cada 100,000 para ambas, las asiáticas y las mujeres blancas. Las tasas de mortalidad relacionada con armas de fuego alcanzaron desde cerca de 2 por cada 100,000 hasta poco más de 3 por cada 100,000 entre las mujeres indioamericanas o nativas de Alaska, asiáticas o nativas de islas del Pacífico, hispanas y blancas.¹⁷
- Más del doble de la cantidad de mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (21.6) por cada 100,000 murieron en accidentes relacionados con vehículos de motor en 1999 que la cantidad de mujeres negras, hispanas o mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico. La tasa ajustada por edad de muertes por vehículos de motor para la mayoría de las mujeres de color fue entre 7.3 por cada 100,000 (asiáticas o nativas de islas del Pacífico) y 9.2 por cada 100,000 (negras). La tasa de muertes relacionadas con vehículos de motor para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska también fue más del doble de la de las mujeres blancas (9.9 por cada 100,000).¹⁷

FIGURA 6
Tasas de muerte a causa de homicidios y armas de fuego entre las mujeres por raza/etnicidad, 1999
Muertes por cada 100,000



Fuente: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001 (pgs. 214-16, 220-22).

- Otros tipos de accidentes y lesiones involuntarias tomaron las vidas de más mujeres blancas y afroamericanas que los sucesos relacionados con armas de fuego, los accidentes relacionados con vehículos de motor, y los homicidios. Según se mencionó anteriormente, las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska también tuvieron altas tasas de mortalidad como resultado de lesiones involuntarias. La tasa de mortalidad a causa de lesiones involuntarias entre

las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska fue más de 18 por cada 100,000 para 1994 a 1996, en comparación con cerca de 16 por cada 100,000 mujeres blancas y casi 13 por cada 100,000 mujeres negras en 1998.²⁰⁻²¹

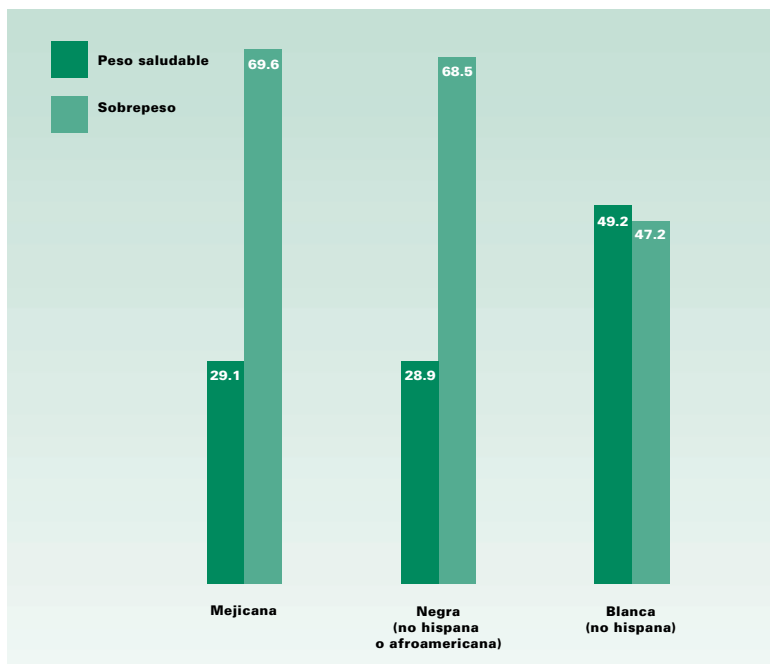
- Desde 1992 hasta 1994, las tasas de muerte para las mujeres adolescentes y adultas indioamericanas/nativas de Alaska, a causa de todos los tipos de accidentes, excedieron 39 muertes por cada 100,000.²²

Comportamiento y estilos de vida

Peso corporal: Mujeres de color

- La obesidad – una condición que conlleva un riesgo elevado de enfermedades del corazón, diabetes, alta presión, desórdenes respiratorios, artritis, y algunos cánceres – es un problema para muchas mujeres de color y está relacionada en parte con sus estilos de vida sedentaria y con las “dietas de pobreza” (altas en grasa y bajas en frutas y vegetales) que muchos consumen.^{23,24}
- La obesidad se determina por el Índice de Masa Corporal (BMI), una medida que ajusta el peso corporal por la estatura. El sobrepeso, en general, se define como un BMI de 25 o más.²⁵
- Las poblaciones de americanos nativos tienen la mayor probabilidad de estar sobrepeso u obesos. Sesenta por ciento de todas las mujeres indioamericanas en reservas en 1987 y 63 por ciento de las mujeres indioamericanas urbanas estaban obesas. Entre 61 y 75 por ciento de todas las mujeres indias Yaqui a través de todos los grupos por edad estaban obesas. En forma similar, tasas altas de obesidad fueron halladas entre las mujeres nativas de Hawaii y las americanas samoanas, 63 y 66 por ciento, respectivamente. Una proporción significativamente menor de mujeres indias Navajo estaban obesas (entre 15 y 32 por ciento, dependiendo de la edad).²⁶⁻²⁹
- Basado en datos de 1997, el porcentaje de mujeres con sobrepeso alcanzó de 25 por ciento para las mujeres asiáticas hasta 43 por ciento y casi 65 por ciento para las mujeres blancas no hispanas y para las negras, respectivamente.³⁰ Las participaciones de mujeres con sobrepeso de parte de las subpoblaciones hispanas principales estaban distribuidas entre estas cifras. Cuarenta y ocho por ciento de las mujeres mejicanoamericanas estaban sobrepeso, en comparación

FIGURA 7
Por ciento ajustado por edad de mujeres que estaban en peso saludable y sobrepeso, 1988–1994
Por ciento



Fuente: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 With Urban and Rural Health Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001 (pg. 256).

con 40 por ciento de las puertorriqueñas y 32 por ciento de las mujeres cubanas.^{31,32}

- Los inmigrantes hispanos que han residido en los Estados Unidos por menos de 15 años tienen menos probabilidad de estar obesos (25 por ciento) que los inmigrantes más aculturados que han vivido aquí por más de 15 años (35 por ciento).³¹
- Las mujeres asiáticoamericanas, en general, tienen las tasas más bajas de obesidad. Sin embargo, entre las subpoblaciones hay una escala; 26 por ciento de las americanas filipinas, 18 por ciento de las americanas japonesas y 13 por ciento de las mujeres americanas chinas son obesas.²⁹
- Cerca de 40 por ciento de las mujeres hispanas, negras y blancas informaron intentar perder

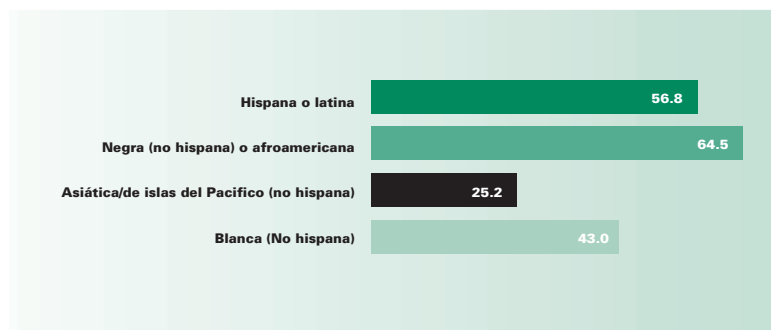
peso en 1991, en comparación con 28 por ciento de las mujeres asiáticoamericanas.³¹

- Más mujeres asiáticoamericanas informaron ellas mismas de estar bajo el peso normal que cualquier otro grupo. En 1991, 30 por ciento de las mujeres asiáticoamericanas autoinformaron estar por debajo del peso normal. Las mujeres blancas quedaron en un segundo lugar distante con 15 por ciento que se definieron como por debajo del peso normal, seguidas de 9 por ciento de las mujeres hispanas y 7 por ciento de las mujeres negras.³¹
- Según los ingresos aumentan entre las mujeres negras y blancas, el por ciento de mujeres obesas descende, el por ciento de mujeres de peso normal aumenta, y el por ciento de

mujeres por debajo del peso normal permanece casi constante. Cincuenta por ciento de las mujeres afroamericanas y 31 por ciento de las mujeres blancas que vivían en pobreza en 1991 eran obesas, en comparación con 37 por ciento de las negras y 21 por ciento de las mujeres blancas con ingresos tres veces el nivel de pobreza. El porcentaje de mujeres latinas obesas también descendió – de 43 por ciento a 23 por ciento – según el ingreso personal hispano subió. Sin embargo, ambos, el porcentaje de mujeres hispanas de peso normal y el de las mujeres hispanas por debajo del peso normal, aumentaron por 11 puntos de porcentaje y 9 puntos de porcentaje, respectivamente, según el ingreso subió por encima del nivel de pobreza.³¹

- Entre 1988 y 1994, las mujeres blancas no hispanas tenían mucha más probabilidad de estar en un peso saludable que sus iguales mejicanoamericanas y negras no hispanas. Más de dos terceras partes de ambas, las mujeres mejicanoamericanas y las mujeres negras, estaban sobrepeso (cerca de 70 por ciento y 69 por ciento, respectivamente), en comparación con menos de la mitad de las mujeres blancas (47 por ciento).¹⁷
- También entre 1988 y 1994, las mujeres blancas no hispanas pobres tenían 1.4 veces la probabilidad de estar sobrepeso (42 por ciento) que sus iguales con ingresos medios o altos, de las cuales 30 por ciento estaban sobrepeso. Entre las mujeres mejicanas, más de la mitad de las mujeres pobres (56 por ciento) estaban sobrepeso, en comparación con casi la mitad de las

FIGURA 8
Porcentaje ajustado por edad de mujeres que
estaban sobrepeso por raza/etnicidad, 1997



Fuente: National Center for Health Statistics, National Health Interview Survey. <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>.

mujeres cerca de la pobreza (49 por ciento), y menos de la mitad de las mujeres de ingresos medio y alto (45 por ciento). Sin embargo, más de la mitad de las mujeres negras no hispanas estaban sobrepeso en los tres niveles de ingreso – 55 por ciento de las pobres, 51 por ciento de las casi pobres, y 52 por ciento de las mujeres de ingresos medio y alto.⁶

- Al usar un BMI un poco más alto (27.3) para definir sobrepeso, una encuesta halló que entre 36 por ciento y 46 por ciento de las mujeres indioamericanas estaban sobrepeso, con variaciones por estado de residencia (datos de 1994–1996). La mayor porción (46 por ciento) de mujeres indioamericanas que estaban sobrepeso residía en North Dakota y South Dakota. Cuarenta y tres por ciento de las mujeres indioamericanas en Washington y Oregon, 36 por ciento de las mujeres indioamericanas en Oklahoma, y 35 por ciento de las mujeres en New Mexico y Arizona también estaban

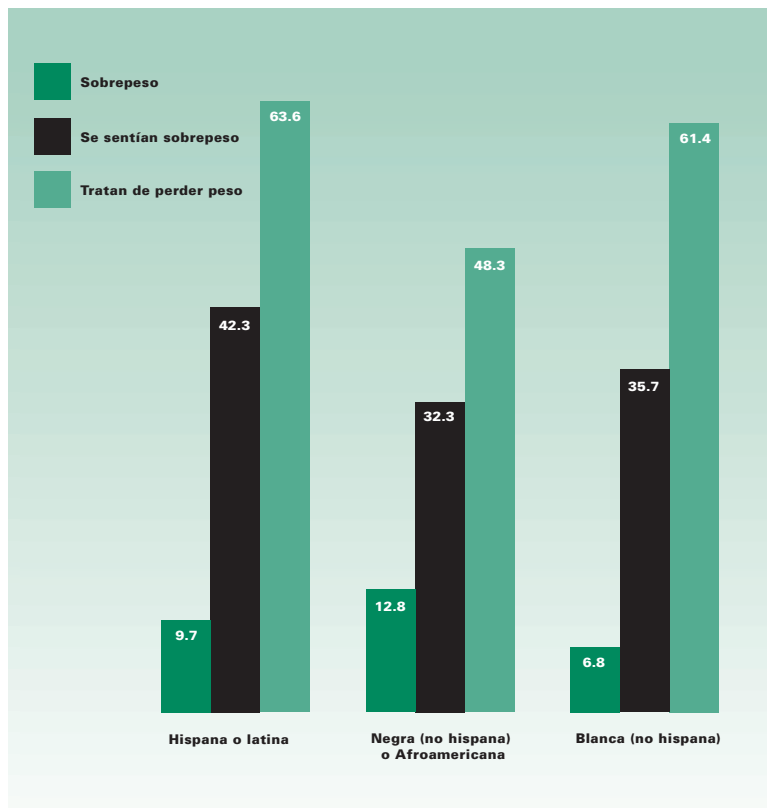
sobrepeso por los estándares del estudio. Entre los nativos de Alaska, en 1996, 38 por ciento de las mujeres estaban sobrepeso. El estudio también halló que las mujeres indioamericanas que estaban sobrepeso tenían una tendencia a subestimar su peso real.³³

- La relación entre el peso y la salud mental es incierta. Un estudio halló que la obesidad (definida como un BMI mayor de 30) está asociada con un riesgo mayor de depresión entre las mujeres y un riesgo menor de depresión entre los hombres, cuando se comparan con adultos de peso saludable (definido como un BMI entre 20.77 y 29.99). En forma similar, la obesidad en las mujeres también está relacionada con riesgos elevados de contemplar e intentar el suicidio.³⁴ Entre las mujeres afroamericanas con sobrepeso (definido como un BMI de 27.3 o mayor), mientras más sobrepeso tengan, más probabilidad tienen de estar deprimidas.³⁵

Peso corporal: Mujeres adolescentes de color

- Una encuesta nacional sobre la juventud informó que en 1999 alrededor de dos quintas partes de las mujeres jóvenes hispanas y blancas (42 y 36 por ciento, respectivamente) se sentían estar sobrepeso, en comparación con 32 por ciento de las mujeres jóvenes afroamericanas. Esto está en contraste con el hallazgo de la encuesta de que las mujeres negras informan el por ciento más alto de sobrepeso (casi 13 por ciento), en comparación con cerca de 10 por ciento de las mujeres hispanas y cerca de 7 por ciento de las mujeres blancas.³⁶
- Los datos de la tercera Encuesta Nacional de Examen de la Salud y la Nutrición (NHANES III) para 1988–1991 revelaron que 23 por ciento de las mujeres adolescentes mejicanoamericanas en edades de 12 a 17 años estaban sobrepeso (definido como BMI, o el índice de masa corporal, en la 85ava percentila o más, de acuerdo a las percentilas específicas por edad y sexo de la NHANES I).³⁷
- Cuando se define como índice de masa corporal (BMI) en, o por encima de los puntos de corte de BMI a la 95ava percentila específica por edad y sexo obtenidos de las Tablas de Crecimiento actualizadas de los Centros Para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), estar sobrepeso era más común entre las adolescentes de color que entre las mujeres adolescentes blancas. Mientras que 9 por ciento de las mujeres adolescentes blancas estaban sobrepeso de acuerdo a esta definición, más de 16 por ciento de las mujeres jóvenes negras y cerca de 14 por ciento de las mujeres mejicanoamericanas jóvenes lo estaban.¹⁷
- Una mayoría de las mujeres latinas y blancas, estudiantes de escuela superior, informaron intentar perder peso en 1999 – 64 por ciento de las hispanas, 61 por ciento de las blancas – pero sólo 48 por ciento de las negras informaron lo mismo.³⁶ En la versión de 1995 de esta misma encuesta, 65 por ciento de las mujeres adolescentes blancas, 58 por ciento de las hispanas,

FIGURA 9
Imagen corporal e intentos de perder peso entre las mujeres adolescentes por raza/ethnicidad, 1999
Por ciento



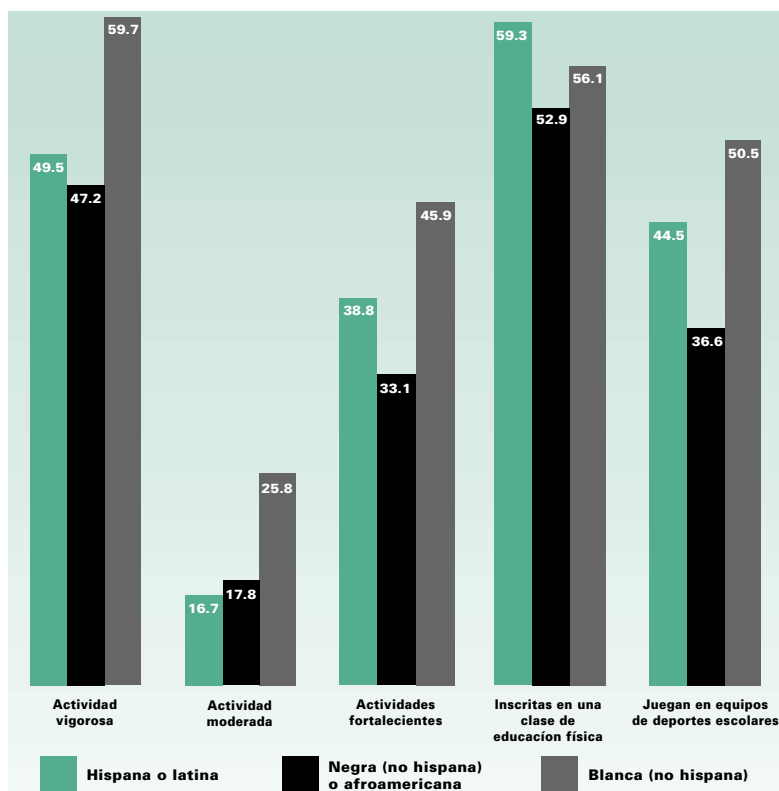
Fuente: Kann, Laura, Steven A. Kinchen, Barbara I. Williams, James G. Ross, Richard Lowry, JoAnne Grunbaum, Lloyd J. Kolbe and State and Local YRBSS Coordinators, Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999, In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2000, *MMWR* 2000; 49 (No. SS-5): pg. 81.

- y 45 por ciento de las negras informaron intentar perder peso.³⁶
- De aquellas que trataban de perder peso, la amplia mayoría lo intentó mediante el ejercicio (70 por ciento de las mujeres adolescentes blancas, 65 por ciento de las hispanas, y 59 por ciento de las negras). El segundo método más popular utilizado por estas mujeres para perder peso fue haciendo dieta. Más de la mitad de las hispanas y de las blancas (51 y 60 por ciento, respectivamente), y más de dos quintas partes de las negras (43 por ciento) restringieron su consumo de calorías para perder peso.³⁶
- Aunque no es común entre las mujeres adolescentes, el uso de laxantes y vomitar para perder peso fue casi igual entre las hispanas (6.4 por ciento), las negras (6.8 por ciento) y las blancas (7.0 por ciento). Además, 7 por ciento de las mujeres afroamericanas, 11 por ciento de las hispanas y 12 por ciento de las mujeres blancas tomaron píldoras de dieta para inducir la pérdida de peso.³⁶
- Entre las niñas de sexto y séptimo grado en California, las niñas hispanas y asiáticas tenían más probabilidad que las niñas blancas de expresar estar insatisfechas con su peso. Esta diferencia era especialmente pronunciada para el 25 por ciento más delgado de la muestra. Para todas las niñas, según el peso aumentaba, también lo hacían las expresiones de insatisfacción con el tamaño corporal. La relación entre el grado de insatisfacción corporal y la gordura real, sin embargo, fue más exacta para las niñas blancas.³⁹

Ejercicio

- La actividad física provee múltiples beneficios para los adolescentes y los adultos. Por ejemplo, un estudio ilustró un descenso significativo en el abuso de sustancias y la depresión, y un aumento en aptitud física y progreso académico entre la juventud “en riesgo” que participaba en algún programa de aptitud.⁴⁰
- Las enfermedades relacionadas directamente con la falta de ejercicio, tales como la diabetes, son más predominantes entre los adolescentes de las subpoblaciones raciales/étnicas.⁴¹ En particular, se sospecha que la falta de ejercicio contribuye a las altas tasas de diabetes en las mujeres hispanas (pero no adolescentes).⁴²
- Al menos la mitad de las mujeres de color en 1997 llevaban estilos de vida sedentarios – nunca envueltos en actividades físicas vigorosas, moderadas, o ligeras por al menos 20 minutos. Cerca de tres quintas partes (57 por ciento) de ambas, las mujeres hispanas y las negras no hispanas, así como cerca de la mitad (49 por ciento) de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico eran sedentarias, en comparación con poco menos de dos quintas partes (39 por ciento) de las mujeres blancas no hispanas.³⁰
- De acuerdo a una encuesta nacional de la juventud llevada a cabo en 1999, 60 por ciento de las mujeres de escuela superior blancas, 50 por ciento de las latinas y 47 por ciento de las negras participaban en actividad física vigorosa varias veces a la semana; además, 26 por ciento de las mujeres blancas, 18 por ciento de las negras y 17 por ciento de las hispanas participaban en actividad física moderada varias veces a la semana. La actividad moderada se define como caminar o andar

FIGURA 10
Mujeres adolescentes que participan en diversas actividades físicas por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: Kann, Laura, Steven A. Kinchen, Barbara I. Williams, James G. Ross, Richard Lowry, JoAnne Grunbaum, Lloyd J. Kolbe and State and Local YRBS Coordinators. Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999. In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2000. *MMWR* 2000; 49 (No. SS-5): pgs.89, 98.

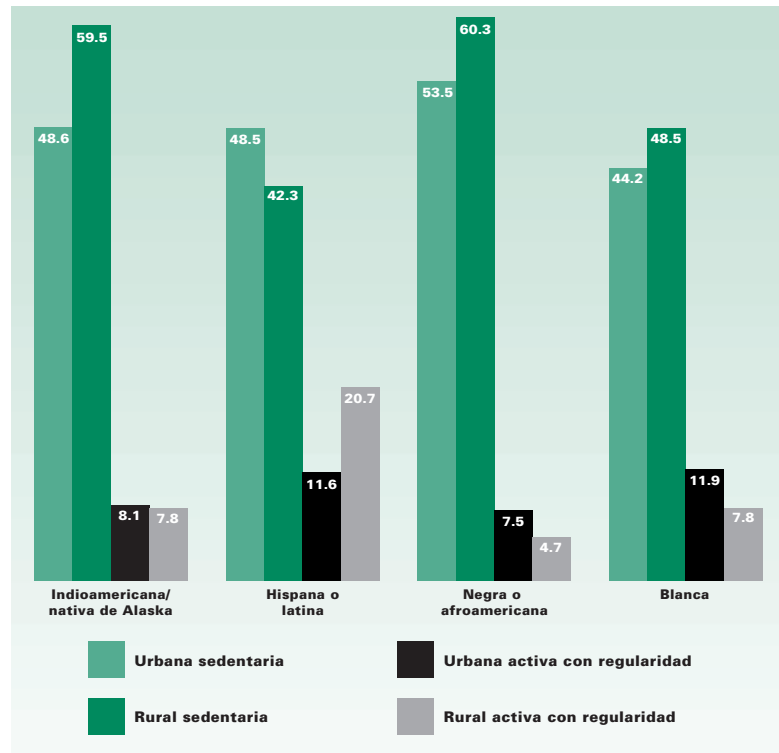
en bicicleta no menos de cinco días a la semana por media hora cada día. Las actividades vigorosas son aquellas que envuelven respirar fuerte y sudar al menos tres veces a la semana por 20 minutos.³⁶

- Las mujeres adultas en las áreas urbanas, al igual que en las rurales, practicaban el ejercicio mucho menos que sus iguales más jóvenes. En 1997, 60 por ciento de ambas, las mujeres negras y las indioamericanas/nativas de Alaska en zonas rurales informaron no hacer ningún ejercicio durante las dos semanas

anteriores; 49 por ciento de las mujeres blancas y más de 42 por ciento de las mujeres hispanas en áreas rurales informaron esta misma falta de ejercicio. Se halló que porcentajes más bajos de mujeres en zonas urbanas que de mujeres en zonas rurales eran sedentarias. Cincuenta y cuatro por ciento de mujeres negras, casi 49 por ciento de las indioamericanas/nativas de Alaska y de las mujeres hispanas, y poco más de 44 por ciento de las mujeres blancas que vivían en áreas urbanas informaron estilos de vida sedentarios.⁴³

- Aunque las mujeres hispanas de zonas rurales eran las que más probabilidad tenían de ser físicamente activas, sólo la quinta parte de estas mujeres informaron ser activas con regularidad (cerca de 21 por ciento). Cerca de 12 por ciento de las mujeres hispanas y blancas en zonas urbanas y 8 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en áreas urbanas o rurales, mujeres blancas en zonas rurales y mujeres negras de zonas urbanas informaron estilos de vida regularmente activos. Las mujeres afroamericanas de zonas rurales eran las que tenían menos probabilidad de ser activas (cerca de 5 por ciento).⁴³
- El análisis de los datos recopilados en la NHANES III entre 1988 y 1994 reveló que las mujeres mejicanoamericanas menos aculturadas – medido como aquellas cuyo lenguaje de preferencia en el hogar era español – tenían mayor probabilidad (58 por ciento) de informar inactividad física durante el tiempo libre que sus iguales más aculturadas, cuyo lenguaje preferido era inglés (28 por ciento).⁴⁴

FIGURA 11
Actividad física entre las mujeres en vivienda rural y urbana
en edades de 40 años o más, por raza/etnicidad, 1997
 Por ciento

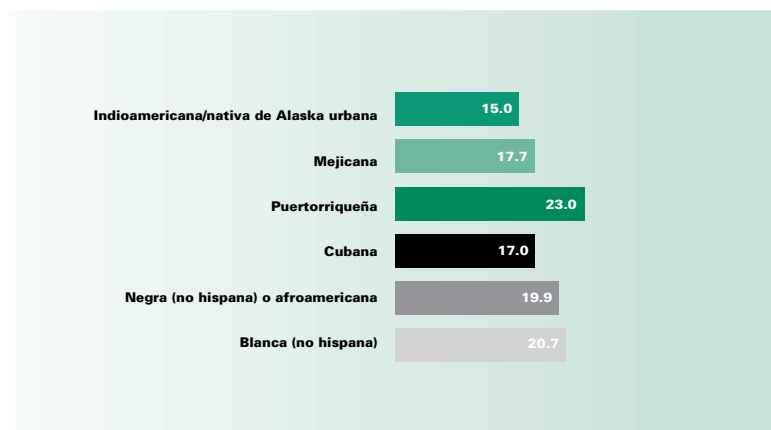


Fuente: Wilcox, Sara, Cynthia Castro, Abby C. King, Robyn Housemann, Ross C. Brownson, Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54: 667-72.

Niveles de colesterol

- A veces asociado con la obesidad, colesterol sérico alto (un factor en las enfermedades cardiovasculares) fue hallado en más o menos iguales proporciones entre las subpoblaciones de las mujeres de color entre las edades de 20 a 74 años en 1988–1994. Alrededor de la quinta parte de las mujeres blancas no hispanas (21 por ciento) y de las negras no hispanas (20 por ciento) informaron tener colesterol sérico alto, al igual que lo hicieron 18 por ciento de las mujeres mejicanoamericanas. Quince por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en zonas urbanas también informaron de la condición.^{25,27}
- Durante los 1980s, se informó que 17 por ciento de las mujeres cubanas tenían colesterol alto, con 20 por ciento de las mejicanoamericanas y 23 por ciento de las mujeres puertorriqueñas que informaron lo mismo. Las mejicanoamericanas más aculturadas tenían una mayor incidencia de colesterol sérico alto, mientras que las mejicanoamericanas menos educadas y aquellas que vivían por debajo de la línea de pobreza tenían niveles más bajos.⁴⁵

FIGURA 12
Porcentaje ajustado por edad de mujeres con niveles altos de colesterol sérico, 1982–1984, 1988–1994

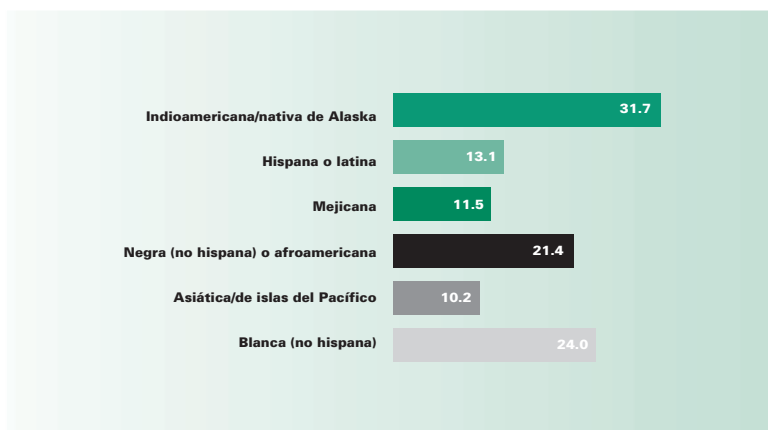


Fuentes: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001.
Delgado, JL, Trevino FM, The state of Hispanic health in the United States, In: *The state of Hispanic America* Vol. II, Oakland, CA: National Hispanic Center for 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 del tabaco entre las mujeres de color

- El fumar cigarrillos en la actualidad ha descendido entre las mujeres blancas y las negras desde finales de los 1980s. Sin embargo, las mujeres hispanas y las asiáticoamericanas han tenido poco progreso en reducir el consumo o hasta lo han aumentado. La publicidad de parte de la industria tabacalera dirigida a las mujeres de subpoblaciones raciales/étnicas puede estar asociada a estas tendencias.⁴⁶
- Aunque los datos tienden a diferir de encuesta a encuesta, los porcentajes de mujeres en edades de 18 años o más que informaron fumar cigarrillos en la actualidad entre 1997 y 1999 (ajustados por edad) alcanzaron desde uno bajo de 10 por ciento (mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico) hasta uno alto de 32 por ciento (mujeres indioamericanas/nativas de Alaska). Las mujeres adultas mejicanoamericanas, latinas, negras y blancas se hallaban en el medio de este campo (11.5, 13, 21, y 24 por ciento, respectivamente) en informar fumar en la actualidad.¹⁷
- Entre las mujeres hispanas en 1991, las mujeres nacidas en el extranjero tenían las tasas más bajas de fumar. Sólo 15 por ciento de las mujeres inmigrantes que vinieron a los Estados Unidos hace más de 15 años y 9 por ciento de inmigrantes más recientes fumaban en la actualidad, en comparación con 21 por ciento de las mujeres hispanas nacidas en los EE.UU.^{31,47} Entre 1992 y 1995, 12 por ciento de las mujeres mejicanas/mejicanoamericanas y de las cubanas y 21 por ciento de las mujeres puertorriqueñas informaron que fumaban. En la misma encuesta, alrededor de la cuarta parte de las mujeres negras no hispanas y las blancas no hispanas informaron que ellas fumaban en la actualidad.⁴⁸
- Aunque la mitad de todas las mujeres indioamericanas fuman cigarrillos, más de la mitad (54 por ciento) de aquellas que viven en reservaciones nunca han

FIGURA 13
Por ciento ajustado por edad de mujeres en edades de 18 años o más que fuman en la actualidad, por raza/etnicidad, 1997–1999



Fuente: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001 (pg. 244-45).

fumado. Además, la prevalencia de fumar varía por reservación, desde menos de 19 por ciento en el suroeste hasta más del doble de esa porción entre las nativas de Alaska (40 por ciento) y entre las indioamericanas de los estados norteros de Las Llanuras (43 por ciento).⁴⁶

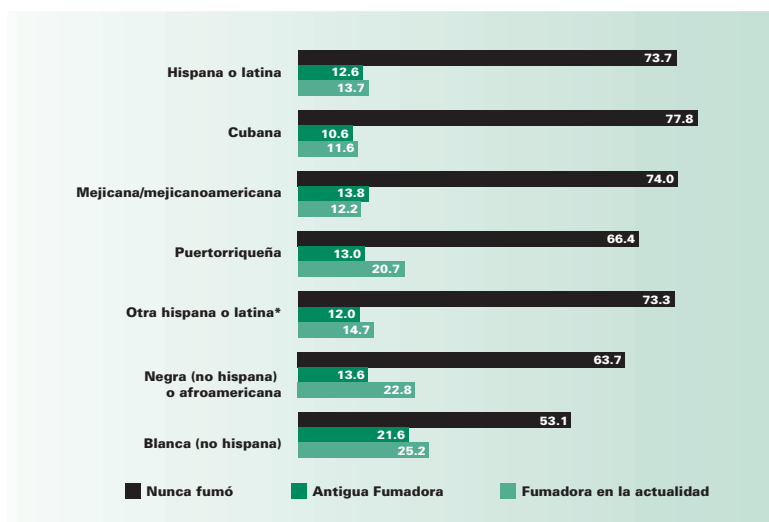
- Basado en datos de 1978–1985 y 1991, la prevalencia de fumar entre las subpoblaciones femeninas asiáticoamericanas (de 18 años de edad o mayores) alcanzó desde una baja de menos de 1 por ciento entre las mujeres americanas vietnamitas hasta una alta de 19 por ciento entre las mujeres americanas japonesas. Se estima que 7 por ciento de las mujeres americanas chinas, 11 por ciento de las mujeres americanas filipinas, y 13 por ciento de las “otras de Asia” fuman.⁴⁹ Un informe publicado en 1992 halló resultados similares – cerca de 15 por ciento de las mujeres japonesas, 14 por ciento de las mujeres coreanas y 5 por ciento de las mujeres chinas eran fumadoras en la actualidad.⁴⁶
- Las mujeres americanas asiáticas o nativas de islas del Pacífico son la población con más probabilidad de nunca probar fumar; menos de 17 por ciento en 1998 informó haber fumado alguna vez.⁴⁶

Desde 1992–1995, cerca de 74 por ciento de las mujeres hispanas nunca habían probado fumar, en comparación con 64 por ciento de las mujeres negras no hispanas y 53 por ciento de las blancas no hispanas.⁴⁸

- Diariamente, las mujeres blancas tienden a fumar más que las mujeres afroamericanas o las hispanas. Más de la mitad de las mujeres fumadoras negras o hispanas fuman menos de diez cigarrillos al día, en comparación con 24 por ciento de las mujeres blancas que fuman. Catorce por ciento de las mujeres fumadoras blancas fuman más de una cajetilla (esto es, 25 cigarrillos; una cajetilla contiene 20 cigarrillos) al día. En comparación, menos de 5 por ciento de las mujeres negras y 2 por ciento de las hispanas fuman más de 25 cigarrillos en el transcurso de un día. Entre los subgrupos hispanos, las mujeres mejicanoamericanas y las puertorriqueñas (4 por ciento y menos de 7 por ciento, respectivamente) tienen menos probabilidad de ser fumadoras fuertes (al menos 25 cigarrillos al día) en comparación con las mujeres cubanas (más de 10 por ciento) y las mujeres que pertenecen a otros grupos hispanos (cerca de 18 por ciento).⁴⁶

- Un estudio que analizó el fumar y el fumar fuertemente en la actualidad entre seis subpoblaciones latinas (mejicanoamericana, centroamericana, puertorriqueña, cubanoamericana, suramericana, y otras latinas) en 1993–1994 halló que las mujeres puertorriqueñas y cubanas tenían, respectivamente, cerca de tres veces y 1.5 veces la probabilidad de ser fumadoras en la actualidad que las mejicanoamericanas.⁵⁰ Las mujeres suramericanas tenían casi el doble de la probabilidad de fumar que las mejicanoamericanas. Además, las mujeres puertorriqueñas tenían más del doble de la probabilidad y las mujeres cubanas cerca de tres veces la probabilidad de ser fumadoras fuertes que las mujeres mejicanoamericanas (esto es, fumar más de 20 cigarrillos por día). Este estudio también halló que el fumar entre las latinas ha aumentado con la aculturación (medida usando una escala de lenguaje).
- Las tasas de fumar entre las mujeres también difieren por grupo de edad. En 1997, mientras que un gran porcentaje de las mujeres blancas entre las edades de 18 y 29 años fumaron durante el mes anterior a la encuesta (40 por ciento), los porcentajes más grandes de mujeres hispanas y negras que informaron fumar (26 y 30 por ciento, respectivamente) estaban entre los 30 y 64 años de edad.⁵¹
- Las tasas de fumar también difieren por nivel educacional entre las mujeres negras y las blancas en edades de 25 años o más (ajustadas por edad). Las tasas de fumar descienden según aumenta la educación, de 30 por ciento de las mujeres negras sin escuela superior o su equivalente (GED) a 13 por ciento de las mujeres negras con un grado de bachillerato o uno más alto. El descenso es algo mayor entre las mujeres blancas – de 30 por ciento que fuman entre aquellas sin completar la escuela superior o un GED a 11 por ciento de las mujeres blancas con un grado de bachillerato o uno más alto.¹⁷

FIGURA 14
Distribución de porcentajes ajustados por edad de mujeres según su condición de fumar y raza/etnicidad, 1992–1995



Fuente: Hajat A, Lucas JB, Kingdon R. Health Outcomes Among Hispanic Subgroups: United States, 1992–1995, *Advance data from vital and health statistics*; no. 310, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, February 2000.

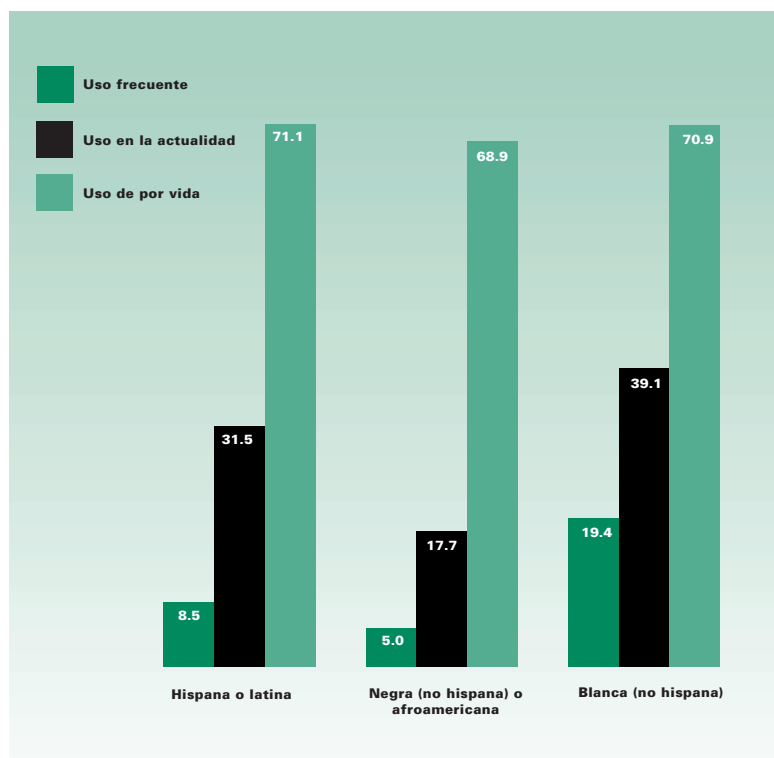
* Incluye personas de centro y sur América y personas de origen desconocido

- Las mujeres pobres negras, al igual que las blancas, tienden a fumar más que sus equivalentes más adineradas. La misma tendencia es evidente entre las mujeres latinas, aunque las diferencias en la tasa de fumar entre los niveles de ingreso son menos pronunciadas.⁶
- Siete por ciento de las mujeres negras, 6 por ciento de las blancas no hispanas y 3 por ciento de las hispanas han usado tabaco sin humo al menos una vez en su vida. En 1998, 2 por ciento de las mujeres negras no hispanas, 0.3 por ciento de las blancas no hispanas, y 0.2 por ciento de las mujeres hispanas eran usuarias en la actualidad de productos de tabaco sin humo.⁵²
- Los datos de 1987 a 1991 mostraron que poco más de 1 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska usaban tabaco sin humo. El uso de tabaco sin humo entre las mujeres indioamericanas, sin embargo, difiere grandemente por tribu/región. Varios de los estudios específicos por tribu publicados entre 1995 y 1997 revelaron que 23 por ciento de las mujeres Lumbee en North Carolina, y 8 por ciento de las mujeres Cherokee en North Carolina informaron uso del tabaco sin humo, mientras que 10 por ciento de las mujeres Navajo y 2 por ciento de las indioamericanas en Montana informaron lo mismo. Otro estudio halló que el uso de tabaco sin humo era significativamente más común entre las mujeres nativas de Alaska que entre las mujeres indioamericanas que residían en los Estados Unidos continentales (11 por ciento versus 1 por ciento).⁴⁶
- Muy pocas mujeres informan fumar tabacos o pipas. Dos décimas de por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y 0.1 por ciento de todas las otras mujeres informan fumar tabacos o pipas. Otro estudio, sin embargo, indicó que 0.5 por ciento de los indioamericanos/nativos de Alaska son fumadores de tabacos.⁴⁶
- Dos por ciento de las mujeres hispanas y de las blancas no hispanas y casi 3 por ciento de las negras no hispanas habían fumado tabacos en el mes anterior a la encuesta de 1997.⁵²

Uso de tabaco entre las mujeres adolescentes de color

- En el pasado, el fumar era percibido como una actividad masculina, pero ese cuadro está cambiando lentamente. Para el 1999, 71 por ciento de ambos, hombres y mujeres blancos jóvenes informaron haber usado cigarrillos alguna vez en su vida. Setenta y uno por ciento y 75 por ciento de los hispanos de escuela superior femeninas y masculinos, respectivamente, informaron haber fumado al menos una vez. La prevalencia de fumar durante la vida más baja fue entre las mujeres y los hombres afroamericanos jóvenes (69 por ciento para ambos).³⁶
- Aunque la compra y uso de cigarrillos es ilegal para todos los estudiantes de escuela superior hasta que llegan a los 18 años de edad, 30 por ciento de las mujeres negras, 18 por ciento de las blancas, y 16 por ciento de las hispanas menores de los 18 años de edad habían comprado cigarrillos en una tienda o estación de gasolina durante el mes anterior a la encuesta de 1999. Adicionalmente, 39 por ciento de las mujeres estudiantes de escuela superior blancas, 32 por ciento de las hispanas, y 18 por ciento de las negras informaron que ellas eran fumadoras en la actualidad. Aún más allá, 19 por ciento de las mujeres blancas fuman con frecuencia (al menos 20 cigarrillos al mes) o diariamente. Por otro lado, muy pocas mujeres negras (5 por ciento) fuman tantos cigarrillos como sus equivalentes blancas. Las mujeres hispanas están en el medio, con 9 por ciento que informan fumar con frecuencia.³⁶
- Entre las mujeres que asistieron a la escuela superior subvencionadas por el Negociado de Asuntos Indios en 1998, 94 por ciento había probado fumar algún cigarrillo. Además, en una muestra nacional de estudiantes de último año de escuela superior, se halló que 39 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska eran fumadoras en la actualidad, seguidas de 33 por ciento de las mujeres blancas, 19 por ciento de las latinas, cerca

FIGURA 15
Mujeres adolescentes en grados 9 a 12 por raza/etnicidad
y uso de cigarrillos, 1999
Por ciento



Fuente: Kann, Laura, Steven A. Kinchen, Barbara I. Williams, James G. Ross, Richard Lowry, JoAnne Grunbaum, Lloyd J. Kolbe and State and Local YRBS Coordinators, Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999, In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2000, *MMWR* 2000; 49 (No. SS-5): pg.52.

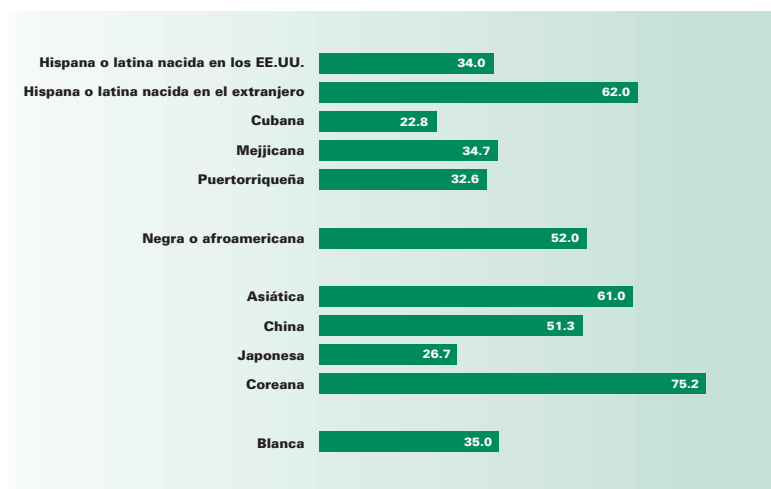
de 14 por ciento de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico y 9 por ciento de las negras (desde 1990 hasta 1994).⁴⁶

- Antes de la edad de 13 años, cerca de la cuarta parte de las niñas blancas (23 por ciento), una quinta parte de las niñas hispanas (21 por ciento), y una octava parte (13 por ciento) de las niñas negras ya habían fumado un cigarrillo entero.³⁶
- Una porción considerable de las niñas blancas e hispanas informaron fumar cigarrillos mientras estaban en propiedad escolar (15 and 11 por ciento, respectivamente) en 1999. Las mujeres jóvenes afroamericanas no sólo tenían la menor probabilidad de fumar, sino que también tenían la menor probabilidad de fumar en la escuela (6 por ciento).³⁶
- Casi iguales proporciones de mujeres jóvenes hispanas (1.8 por ciento) que de blancas (1.5 por ciento) usaron productos de tabaco sin humo en el mes anterior. El tabaco sin humo fue menos prevalente entre las mujeres negras (0.2 por ciento).³⁶
- Al igual que con las mujeres adultas, el uso de tabaco sin humo entre la juventud de mujeres indioamericanas o nativas de Alaska varía por afiliación tribal y región de residencia. Un estudio conducido en el sureste halló que más del 15 por ciento de las niñas de todas las razas y poco más de 20 por ciento de las niñas indioamericanas usaron tabaco sin humo. Una encuesta de adolescentes que asisten a escuela superior subvencionados por el Negociado de Asuntos Indios halló un porcentaje algo menor de niñas indioamericanas (16 por ciento) que usan tabaco sin humo.⁴⁶

Consumo de alcohol entre las mujeres de color

- El consumo de alcohol se vuelve un factor en la salud de las mujeres si éste es frecuente y suficientemente fuerte como para impedir el buen juicio, o si coloca a las mujeres en riesgo de accidentes y abuso por parte de otros. Además, estudios recientes han indicado que las diferencias por género en la absorción y el metabolismo del alcohol ponen a las mujeres en mayor riesgo que a los hombres a causa de los efectos adversos del consumo de alcohol, por ejemplo, la victimización violenta, las enfermedades del hígado inducidas por el alcohol, la hepatitis alcohólica, la muerte por cirrosis y otros daños al hígado, el corazón y el cerebro.⁵³
- Ochenta y tres por ciento de las mujeres blancas, 68 por ciento de las mujeres negras, y 58 por ciento de las mujeres hispanas han usado alcohol en algún punto de sus vidas.⁵⁴ En forma consistente con este hallazgo, las mujeres blancas no hispanas en edades de 18 a 44 años (71 por ciento) y de 45 años de edad o mayores (52 por ciento) tienen más probabilidad de ser bebedoras en la actualidad ya sea que sus iguales negras no hispanas (50 por ciento de las de edades de 18 a 44 años, y 31 por ciento de las 45 años de edad o mayores), o que sus iguales hispanas (44 por ciento de las de edades de 18 a 44 años, y 35 por ciento de las de 45 años de edad o mayores).¹⁷
- Diferentes estudios informan porciones algo divergentes de mujeres que se abstienen del consumo de alcohol. Algunos estudios hallan que las mujeres asiáticoamericanas (61 por ciento) tienen más probabilidad de abstenerse del alcohol que las mujeres negras (52 por ciento), las mujeres hispanas (49 por ciento) o las mujeres blancas (35 por ciento).^{31,55} En otro estudio, 51 por ciento de las mujeres negras informaron abstenerse

FIGURA 16
Mujeres que se abstienen de consumir alcohol por raza/etnicidad, 1985, 1991, 1993
Por ciento



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, García 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.

del consumo de alcohol, mientras que 46 por ciento de las mujeres blancas informaron lo mismo.⁵⁶

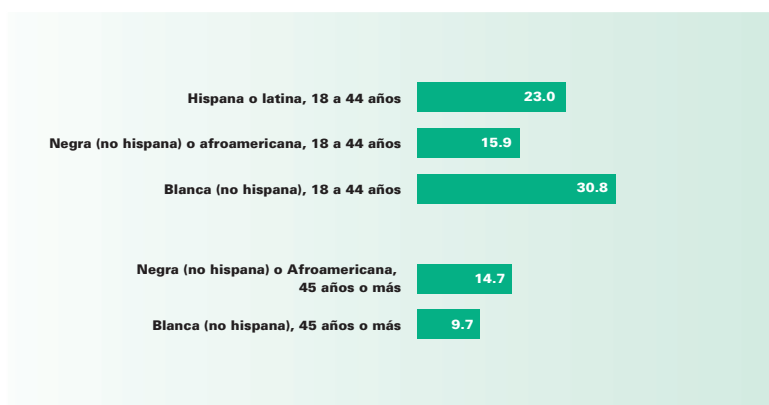
- Las tasas de consumo de alcohol difieren entre las subpoblaciones hispanas. El porcentaje de mujeres que informan ser usuarias de alcohol en la actualidad alcanza desde 35 por ciento entre las mejicanoamericanas y 33 por ciento entre las puertorriqueñas hasta 23 por ciento entre las cubanas. Por otro lado, 62 por ciento de las mujeres hispanas nacidas en el extranjero se abstienen de usar alcohol.³¹ Otros estudios han hallado que mientras que 47 por ciento de las mujeres de origen hispano se abstendrían del consumo de alcohol, esta proporción también alcanzó desde 33 por ciento de las puertorriqueñas, 42 por ciento de las cubanas, y 46 por ciento de las mejicanas, hasta 69 por ciento de las mujeres de otros orígenes hispanos.⁵⁷

- Aunque una pequeña proporción de mujeres hispanas son bebedoras fuertes frecuentes (que consumen cinco o más tragos de una sentada al menos una vez a la semana), diferencias significativas entre los subgrupos hispanos también existen para esta medida de consumo. Las mujeres de orígenes hispanos, aparte de mejicano, puertorriqueño y cubano, tienen más probabilidad de abstenerse del consumo de alcohol (según indicado arriba) y las que más probabilidad tienen de tomar grandes cantidades de alcohol frecuentemente (4 por ciento). Dos por ciento de las mujeres mejicanas y de las puertorriqueñas, y menos de 0.5 por ciento de las mujeres cubanas informan lo mismo. El consumo muy limitado de alcohol entre las mujeres cubanoamericanas puede atribuírsele al alto estado socioeconómico de la gran

proporción de cubanoamericanos que emigraron a los Estados Unidos durante los 1960s.⁵⁷

- Entre los asiáticoamericanos y los nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico, existe una variación considerable en ambas probabilidades de consumo de alcohol y la de informar síntomas de alcoholismo. Las mujeres nativas de Hawaii tienen más probabilidad de beber alcohol que las mujeres de ascendencia filipina, china o japonesa que residen en Hawaii.⁵⁸
- Un estudio que compara tres subpoblaciones asiáticoamericanas halló que mayores proporciones de mujeres americanas japonesas eran bebedoras moderadas o fuertes (12 y 13 por ciento, respectivamente) que las proporciones de mujeres americanas coreanas (0.8 y 2 por ciento, respectivamente). Además, ninguna de las mujeres americanas chinas informó de ser bebedoras fuertes, y sólo 10 por ciento informó que eran bebedoras moderadas. Más de la cuarta parte de las mujeres americanas japonesas, la mitad de las mujeres americanas chinas y tres cuartas partes de las mujeres americanas coreanas se abstuvieron del consumo de alcohol.⁵⁹
- Mientras que la mayoría de las mujeres adultas no son bebedoras problema, una pequeña proporción bebió, ya fuera frecuentemente o fuertemente. Más mujeres blancas (17 por ciento) eran frecuentes bebedoras de alcohol en 1995

FIGURA 17
Mujeres adultas que informan consumo frecuente de alcohol por raza/etnicidad y edad, 1999*
Por ciento



Fuente: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001 (pg. 252-53).

* Cinco o más tragos en al menos un día entre las bebedoras en la actualidad.

** Los estimados para las hispanas y latinas de 45 años o más no se consideran confiables.

que las afroamericanas (11 por ciento) o que las mujeres hispanas (5 por ciento). Una encuesta nacional llevada a cabo en 1993 halló que entre 2 por ciento y 3 por ciento de las mujeres negras, indioamericanas/nativas de Alaska, y blancas, y menos de 1 por ciento de las mujeres hispanas y asiático-americanas consumieron al menos 60 tragos en un período de 30 días.^{60,61}

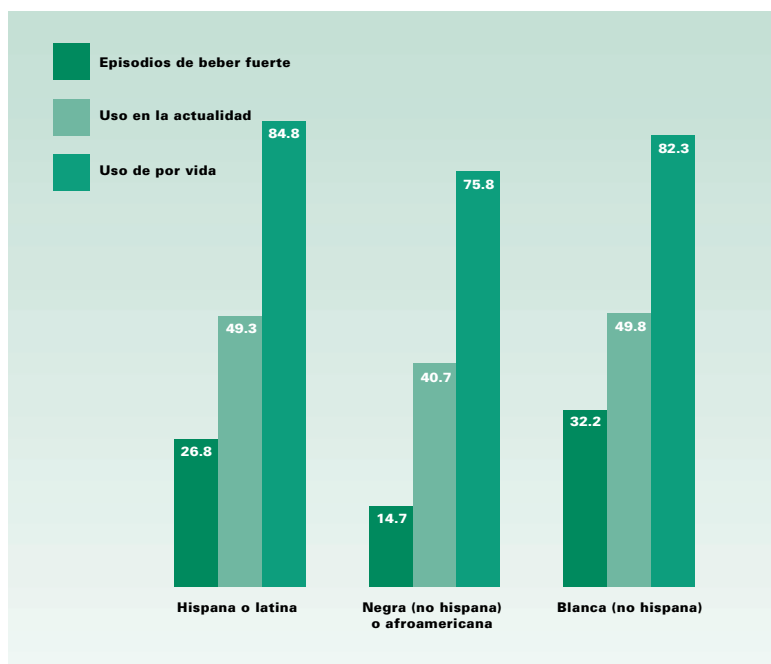
- Diferencias significativas en cuanto al consumo frecuente de alcohol también existen entre los grupos por edad, teniendo las mujeres más jóvenes más probabilidad de consumir alcohol que las mujeres mayores. Entre

las bebedoras en la actualidad, 31 por ciento de las blancas no hispanas, 23 por ciento de las latinas, y 16 por ciento de las mujeres negras no latinas en edades de 18 a 44 años informan haber consumido cinco o más tragos en al menos un día en el año anterior. Sólo 10 por ciento de las mujeres blancas no latinas en edades de 45 años o más informan esa misma cantidad de consumo, una proporción menor que la de las mujeres negras no latinas (15 por ciento) de la misma edad. (Los datos para esta medida se consideraron no confiables para las latinas.)²⁵

Consumo de alcohol entre las mujeres adolescentes de color

- Mientras que el alcohol es una sustancia legal para los adultos (21 años de edad), éste es una sustancia ilegal para la juventud. Sin embargo, la inmensa mayoría de mujeres estudiantes de escuela superior negras, hispanas y blancas han consumido alcohol.³⁶
- Las mujeres jóvenes afro-americanas tuvieron la menor prevalencia de uso de alcohol durante la vida (76 por ciento versus 85 por ciento de las hispanas y 82 por ciento de las mujeres blancas). Cuarenta y un por ciento de las mujeres negras adolescentes informaron consumir alguna bebida alcohólica recientemente, en comparación con alrededor de la mitad de las niñas de escuela superior blancas e hispanas.³⁶
- Las tasas de tener episodios de beber fuerte – consumir cinco o más tragos de una vez – son más altas entre las estudiantes femeninas blancas (32 por ciento) e hispanas (27 por ciento). Sólo quince por ciento de las mujeres jóvenes negras se han envuelto con el consumo de alcohol de esta forma.³⁶
- Nueve por ciento de las niñas indioamericanas/nativas de Alaska en escuela intermedia beben alcohol frecuentemente, en comparación con 14 por ciento de sus iguales en escuela superior. Sin embargo, 60 por ciento de los estudiantes indioamericanos/nativos de Alaska, mujeres y hombres combinados, informan que nunca beben, y 20 por ciento consume alcohol con poca frecuencia.⁶²

FIGURA 18
Mujeres en grados 9 a 12 que consumen alcohol
por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: Kann, Laura, Steven A. Kinchen, Barbara I. Williams, James G. Ross, Richard Lowry, JoAnne Grunbaum, Lloyd J. Kolbe and State and Local YRBS Coordinators, Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999, In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2000, *MMWR* 2000; 49 (No. SS-5): pg. 60.

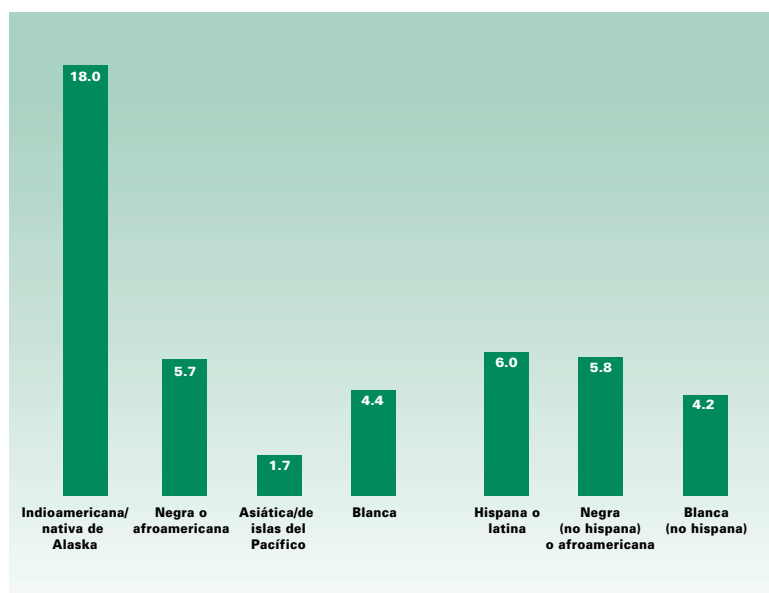
- El consumo de alcohol difiere por afiliación tribal entre los indioamericanos adultos, pero no, entre los indioamericanos adolescentes.⁶³
- Menos de la tercera parte de las mujeres de escuela superior hispanas, negras y blancas informaron consumir más de sólo unos sorbos de alcohol, por primera vez, antes de los 13 años de edad (31, 27, y 25 por ciento, respectivamente).³⁶
- Diez por ciento de las mujeres estudiantes de escuela superior

hispanas y 8 por ciento de las blancas han conducido un automóvil bajo la influencia de alcohol, en comparación con 5 por ciento de las mujeres estudiantes negras. Un porcentaje aún mayor – la tercera parte o más – de mujeres jóvenes han viajado en un vehículo cuyo conductor había consumido alcohol recientemente (37 por ciento de las hispanas, 35 por ciento de las negras y 32 por ciento de las blancas).³⁶

Muertes relacionadas con el alcohol

- La tasa de muerte por alcoholismo entre los hombres y mujeres indioamericanos/nativos de Alaska es 7 veces la tasa nacional para personas de todos los grupos raciales/étnicos.⁷ Aunque las tasas de muerte por alcoholismo son más altas entre los hombres indioamericanos/nativos de Alaska que entre las mujeres, el alcoholismo es una causa significativa de muerte entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, también. Entre 1992 y 1994 las tasas de muerte por alcoholismo (ajustadas por la codificación errónea de la raza india) para los indioamericanos/nativos de Alaska alcanzaron desde 2.1 por cada 100,000 para los de 15 a 24 años de edad, hasta 87.6 por cada 100,000 para los de 44 a 54 años de edad. Las tasas de muerte por alcoholismo entre las mujeres blancas fueron significativamente más bajas – desde 0.1 por cada 100,000 para las de 15 a 24 años de edad, hasta 9.4 por cada 100,000 para las de 55 a 64 años de edad.²²
- Desde 1994 hasta 1996, las tasas de mortalidad relacionadas con el alcoholismo se mantuvieron altas entre las poblaciones indioamericanas/nativas de Alaska. La tasa de muertes relacionadas con el alcohol para los hombres indioamericanos/nativos de Alaska (55 a 64 años de edad) fue cerca de 183 por cada 100,000, en comparación con una tasa de 33 por cada 100,000 para los hombres blancos en 1995. Menos de 10 muertes por cada 100,000 mujeres blancas de todas las edades fueron inducidas por el alcohol. Sin embargo, las muertes relacionadas con el alcohol entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska

FIGURA 19
Tasas de muerte ajustadas por edad a causa de cirrosis/enfermedades crónicas del hígado, 1995–1997
Por cada 100,000 de población



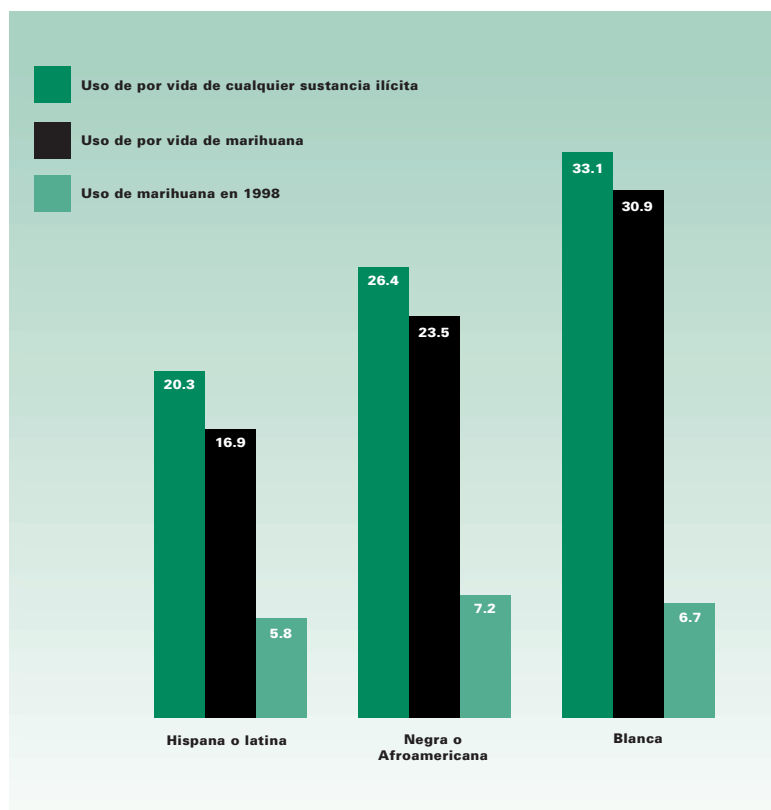
Fuente: Chappell, Phyllis J. State Health Statistics by Sex and Race/Ethnicity, National Center for Health Statistics, <http://www.cdc.gov/nchs/statestatsbysexrace.htm>.

- fueron significativamente más altas, con un alcance desde cerca de 21 muertes por cada 100,000 para las de 25 a 34 años de edad hasta casi 98 muertes por cada 100,000 para las de 45 a 54 años de edad.²⁰
- Las tasas de muertes inducidas por alcohol para las mujeres afroamericanas y blancas en 1997 fueron muy pequeñas (cerca de tres por cada 100,000 mujeres blancas, y cuatro por cada 100,000 para ambas, las mujeres negras y las mujeres de todas las otras razas).⁶⁴ Sin embargo, las muertes causadas directa o indirectamente por el alcohol ocurrieron en tasas más altas – 16 por cada 100,000 para las mujeres blancas y 29 por cada 100,000 para las mujeres negras.⁶⁵
- Las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis son dos condiciones a menudo relacionadas con el consumo de cantidades excesivas de alcohol. Entre 1995 y 1997, 18 mujeres indioamericanas/nativas de Alaska por cada 100,000 murieron a causa de enfermedades del hígado y cirrosis, en comparación con seis muertes por cada 100,000 para ambas mujeres, las hispanas y las negras no hispanas, y más de cuatro muertes por cada 100,000 mujeres blancas no hispanas. Poco menos de dos por cada 100,000 mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico murieron de enfermedades crónicas del hígado y cirrosis.¹⁸

Uso de marihuana y otras sustancias por las mujeres de color

- Las mujeres blancas (33 por ciento) y las mujeres negras (26 por ciento) tienen más probabilidad que las mujeres latinas (20 por ciento) de informar haber usado drogas ilícitas en algún punto de su vida. Sin embargo, las mujeres blancas, negras e hispanas tenían igual probabilidad (5 por ciento) de informar usar una sustancia ilegal durante el mes anterior a ser encuestadas en 1998.⁵²
- Las mujeres blancas también han probado una mayor cantidad de sustancias ilícitas en sus vidas que, ya sean las mujeres afroamericanas o las hispanas. Ellas informan uso más reciente de marihuana, inhalantes, alucinógenos, tranquilizantes, sedantes y analgésicos, que otras mujeres.⁵²
- La marihuana es la sustancia ilícita más popular usada por las mujeres. Cerca de la tercera parte de las mujeres blancas (31 por ciento), casi la cuarta parte de las mujeres negras (24 por ciento) y una sexta parte (cerca de 17 por ciento) de las mujeres hispanas han usado marihuana al menos una vez en su vida.⁵²
- Aunque 48 por ciento de las mujeres negras y 38 por ciento de las mujeres blancas que usaron sustancias ilegales regularmente informaron usar marihuana, menos de 10 por ciento de todas las mujeres negras, blancas e hispanas informaron fumar marihuana en 1998 (7, 7 y 6 por ciento, respectivamente). Aún menos mujeres blancas (4 por ciento), negras (4 por ciento) e hispanas (3 por ciento) usaron marihuana en los 30 días anteriores a ser encuestadas.^{52,60,61}

FIGURA 20
Mujeres que usan marihuana y otras sustancias
por raza/etnicidad, 1998
Por ciento



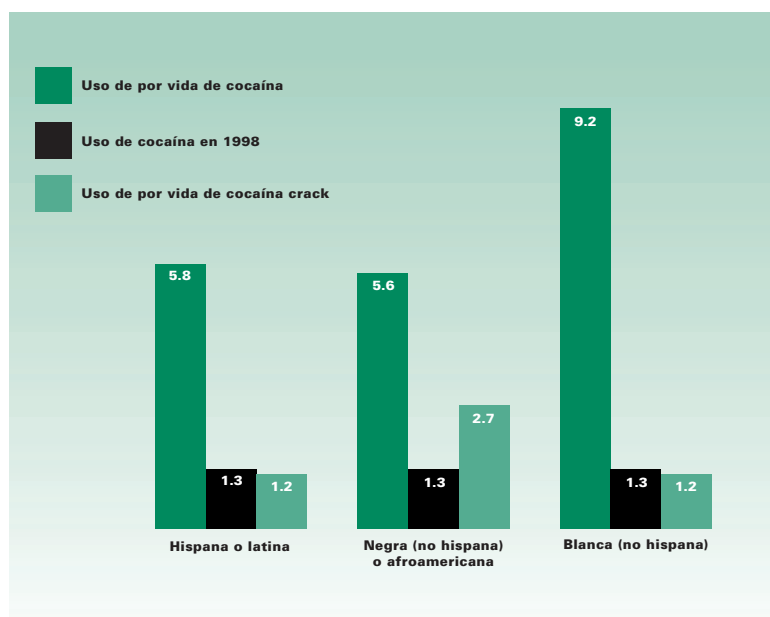
Fuente: SAMHSA, Office of Applied Studies, *National Household Survey of Drug Abuse: Population Estimates 1998*, <http://samhsa-ext1.samhsa.gov:80/OAS/NHSDA/Pe1998/toc.htm>, August 1999.

- Los alucinógenos e inhalantes fueron usados más frecuentemente por las mujeres blancas no hispanas (9 y 4 por ciento, respectivamente) y por las hispanas (4 y 2 por ciento, respectivamente). Menos de 3 por ciento de las mujeres negras no hispanas informaron haber probado alucinógenos o inhalantes alguna vez en su vida.⁵²
- Menos de una en 20 mujeres ha tomado estimulantes alguna vez (4 por ciento de las blancas, poco más de 2 por ciento de las hispanas y cerca de 2 por ciento de las negras).⁵²
- Menos de la décima parte de todas las mujeres informaron haber probado drogas sicoterpéuticas – 8 por ciento de las mujeres blancas no hispanas, 6 por ciento de las negras no hispanas y 5 por ciento de las hispanas.⁵²

Uso de cocaína y crack por las mujeres de color

- Aunque más mujeres blancas han probado la cocaína que mujeres hispanas o mujeres negras no hispanas, las mujeres negras no hispanas tienen más probabilidad de ser usuarias recientes y frecuentes de cocaína crack.⁵²
- Seis por ciento de las mujeres latinas y negras han ingerido cocaína al menos una vez en su vida; 9 por ciento de las mujeres blancas, sin embargo, han usado esta droga. Aunque más mujeres blancas tienen una historia de uso de la cocaína, aproximadamente 1 por ciento de cada una de las mujeres blancas, las afroamericanas y las hispanas informaron uso de esta sustancia en 1998.⁵²
- Menos mujeres de todas las razas han probado crack (una forma más adictiva de la cocaína) alguna vez que las que han probado otras drogas. Tres por ciento de las mujeres negras y 1 por ciento de ambas, las mujeres hispanas y las blancas han usado crack al menos una vez en su vida.⁵²
- La aculturación entre los hispanos está relacionada positivamente con el fumar cocaína crack. (La aculturación se midió por la preferencia del que respondía sobre el lenguaje usado en la entrevista, siendo considerados más aculturados los que respondieron que preferían la entrevista en inglés que aquellos que prefirieron ser entrevistados en español). Esta relación se halló ser la más fuerte entre los mejicanoamericanos.⁶⁶
- En 1999, hubo 258,079 episodios en salas de emergencia por abuso de drogas entre las

FIGURA 21
Mujeres que usan cocaína y cocaína crack
por raza/etnicidad, 1998
Por ciento



Fuente: SAMHSA, Office of Applied Studies, *National Household Survey of Drug Abuse: Population Estimates 1998*, <http://samhsa-ext1.samhsa.gov:80/OAS/NHSDA/Pe1998/toc.htm>. August 1999.

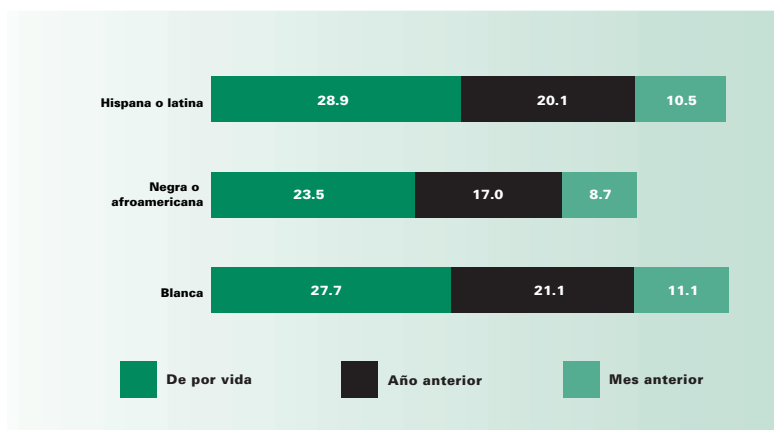
mujeres, muchos de ellos asociados al uso de cocaína. Las mujeres blancas estuvieron involucradas en más del 62 por ciento de estos episodios, seguidas de las negras (cerca de 20 por ciento) y las hispanas (8 por ciento). (El 10 por ciento restante de estos episodios se contaron entre mujeres de otras razas/etnicidades o de raza/etnicidad desconocida). Entre 14 y 18 por ciento de todos los episodios en salas de emergencia por abuso de drogas entre las mujeres blancas, hispanas y negras involucrar on a mujeres jóvenes (12 a 17 años de edad).⁶⁷

- En el 2000, las mujeres contaron para 281,994 episodios en salas de emergencia por abuso de drogas, un aumento de 9 por ciento sobre la cifra de 1999. Los datos del 2000 diferían un poco de las cifras de 1999 en que las mujeres hispanas contaron para una mayor participación de los episodios (10 por ciento). También, la proporción de episodios informados por las mujeres negras en edades de 12 a 17 años fue sólo 6 por ciento, en comparación con el 15 y el 20 por ciento, respectivamente, para las mujeres blancas y latinas en esta misma agrupación por edad.⁶⁸

Uso de sustancias ilícitas por las mujeres adolescentes de color

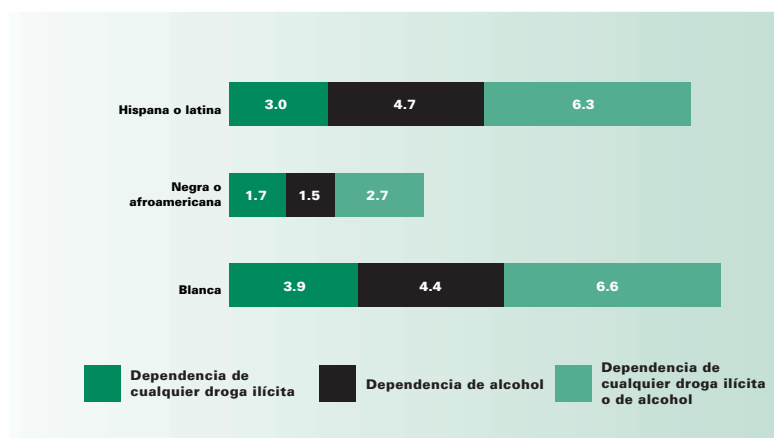
- El uso de drogas entre la juventud americana se ha mantenido alto durante los 1990s. Aunque las proporciones de mujeres adolescentes hispanas, negras y blancas que informan uso durante el mes anterior son menores que las proporciones que informan uso durante el año anterior o durante la vida, las cifras de uso durante la vida en 1999 fueron cerca de 30 por ciento para las mujeres hispanas, 28 por ciento para las mujeres blancas y 24 por ciento para las mujeres negras.⁶⁹
- De las adolescentes en edades de 12 a 17 en 1999, las mujeres blancas tenían un poco más de probabilidad que los hombres blancos de depender de sustancias ilícitas (4 por ciento versus 3 por ciento). Lo opuesto fue cierto para los adolescentes negros. Un poco más de 3 por ciento de los hombres negros dependían de las drogas ilícitas, mientras que menos de 2 por ciento de las mujeres negras informaron el mismo resultado. La diferencia por género en la dependencia de las drogas para los adolescentes hispanos (5 por ciento para los hombres versus 3 por ciento para las mujeres) no fue estadísticamente significativa, sin embargo, debido al tamaño pequeño de la muestra.⁶⁹
- En 1998, cerca de la mitad (46 por ciento) de las mujeres estudiantes de escuela superior hispanas y más de dos quintas partes de ambas, las negras y las blancas informaron haber usado marihuana al menos una vez en su vida. Poco más de una quinta parte de las mujeres jóvenes negras, hispanas y blancas eran usuarias de marihuana en la actualidad en el momento de la encuesta.³⁶

FIGURA 22
Mujeres adolescentes que informaron uso de por vida, en el año anterior, y en el mes anterior de cualquier droga ilícita por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: SAMHSA, Office of Applied Studies, Summary of Findings from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse, Rockville, MD: August 2000 (pg. G-14).

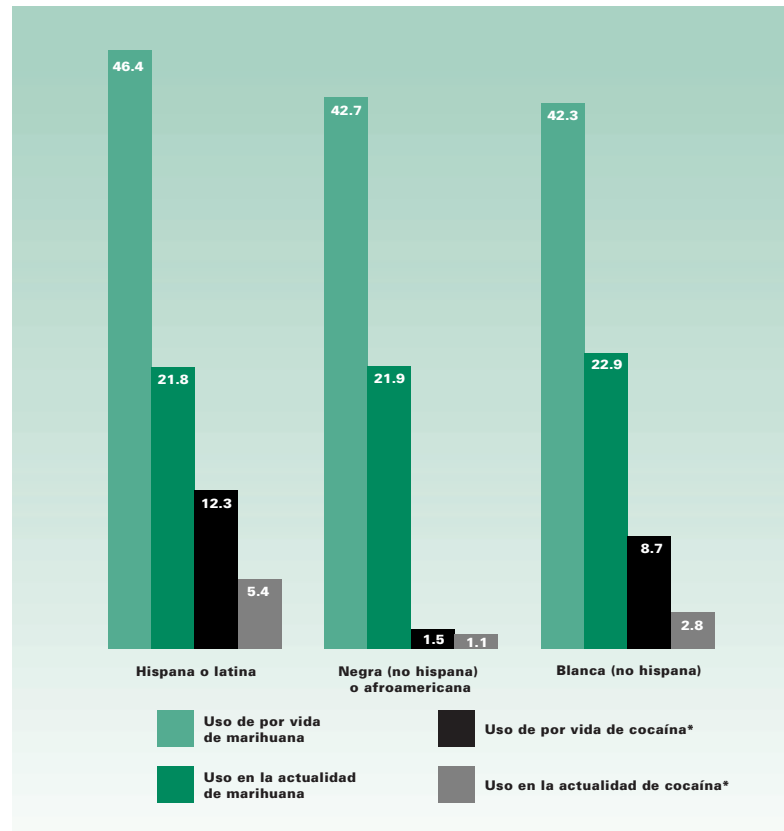
FIGURA 23
Mujeres adolescentes que informaron dependencia de drogas ilícitas o de alcohol en el año anterior por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: SAMHSA, Office of Applied Studies, Summary of Findings from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse, Rockville, MD: August 2000 (pg. G-85).

- El abuso de sustancias también es un problema significativo entre los adolescentes indioamericanos/nativos de Alaska.⁷⁰ Un estudio de 1993 de estudiantes de escuela superior indioamericanos halló que 56 por ciento de aquellos encuestados (ambos, hombres y mujeres) habían usado marihuana al menos una vez en su vida, y 40 por ciento informó usar marihuana al menos una vez en los 30 días anteriores a la encuesta.⁷¹
- La misma encuesta halló que la frecuencia del uso de la marihuana entre la juventud indioamericana está asociada al uso de otras drogas ilícitas. Entre las mujeres adolescentes indioamericanas, el uso de la marihuana con poca frecuencia (1 a 3 veces en el mes anterior) estaba fuertemente asociado con el uso de estimulantes. El uso de la marihuana con alta frecuencia (11 veces o más en el mes anterior) estaba aún más fuertemente relacionado con el uso de la cocaína para la juventud indioamericana de ambos sexos, femenino y masculino.⁷¹
- Un análisis más adelantado de esta encuesta de 1993 halló que entre las edades de 14 y 20 años, el uso de la marihuana entre las mujeres indioamericanas aumentó un poco, luego comenzó a bajar al volverse adultas. Aunque había poca diferencia en el uso de la marihuana entre los hombres y mujeres indioamericanos de 14 años de edad, al llegar a la edad de 20 años el uso de la marihuana entre los hombres indioamericanos era significativamente más alto. El uso de la marihuana para ambos sexos más alto era entre la juventud en la comunidad de los Llanos norteros, y el más bajo para aquellos del suroeste; el uso de la marihuana entre los indios Pueblo caía en el medio de este campo.⁷²

FIGURA 24
Mujeres adolescentes que usan marihuana y cocaína, 1999
Por ciento

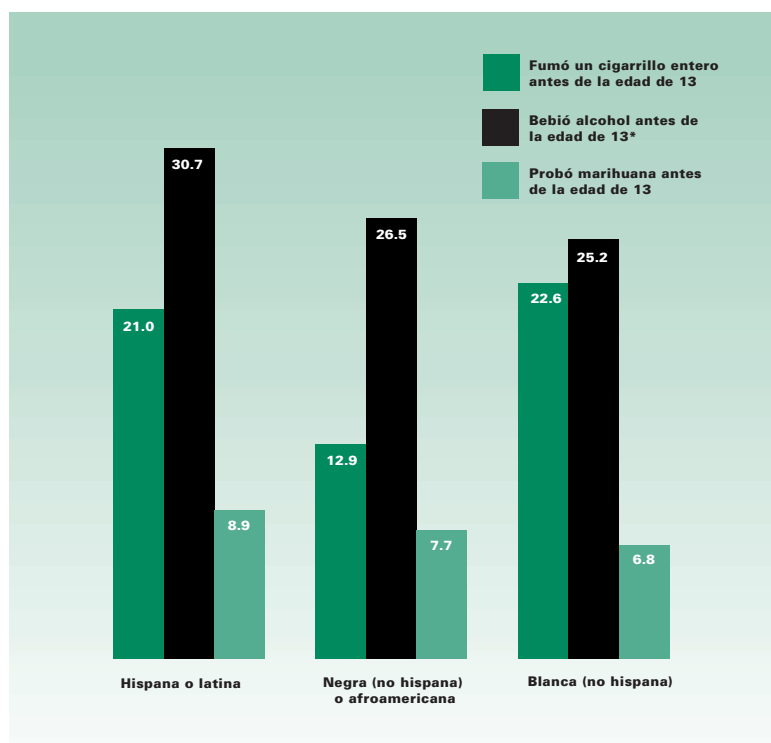


Fuente: Kann, Laura, Steven A. Kinchen, Barbara I. Williams, James G. Ross, Richard Lowry, JoAnne Grunbaum, Lloyd J. Kolbe and State and Local YRBS Coordinators, Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999, In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2000, *MMWR* 2000; 49 (No. SS-5): pgs. 60, 63.

* Incluye uso de cocaína de base libre o cocaína crack junto con uso de cocaína en polvo.

- Las mujeres estudiantes de escuela superior afroamericanas tienen una menor preponderancia de uso de sustancias que la juventud femenina, ya sea hispana o blanca. Las mujeres hispanas jóvenes tuvieron el uso de por vida más alto de cocaína, goma (para oler), y de otras sustancias ilegales tales como la heroína y el LSD.³⁶
- Entre las mujeres adolescentes, los porcentajes de uso de por vida y uso en la actualidad de cocaína fueron más altos para las hispanas (12 y 5 por ciento, respectivamente) (se incluye el uso de cocaína crack y de base libre "freebase" en el uso de cocaína de por vida). Nueve por ciento de las mujeres adolescentes blancas habían probado la cocaína durante el curso de su vida, y casi 3 por ciento eran usuarias en la actualidad. Menos de 2 por ciento de las mujeres negras en escuela superior habían probado la cocaína alguna vez, y 1 por ciento eran usuarias en la actualidad.³⁶
- Menos de la décima parte de las mujeres en escuela superior usaron la marihuana por primera vez antes de la edad de 13 años (9 por ciento de las hispanas, 8 por ciento de las negras y 7 por ciento de las blancas). Sin embargo, mayores proporciones de las mujeres jóvenes de los tres grupos informaron fumar y beber antes de la edad de 13 años.³⁶
- Diecisiete por ciento de ambas mujeres jóvenes, las latinas y las blancas y 6 por ciento de las mujeres jóvenes negras intentaron endrogarse oliendo goma o el contenido de ciertas latas de aspersión a base de aerosol.³⁶
- En 1999 las mujeres adolescentes negras tenían la menor probabilidad de haber experimentado con otras sustancias ilegales. Por ejemplo, 1 por ciento de las chicas negras en escuela superior habían usado meta-anfetaminas en algún momento de su vida, en comparación con el 12 por ciento de las hispanas y el 10 por ciento de las chicas blancas en escuela superior.³⁶

FIGURA 25
Mujeres en escuela superior que iniciaron comportamientos relacionados con las drogas antes de la edad de 13 años por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



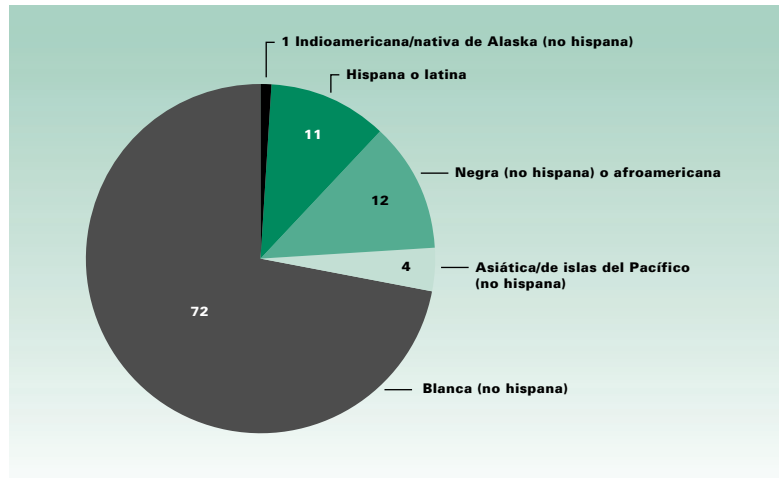
Fuente: Kann, Laura, Steven A. Kinchen, Barbara I. Williams, James G. Ross, Richard Lowry, JoAnne Grunbaum, Lloyd J. Kolbe and State and Local YRBS Coordinators, Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999, In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2000, *MMWR* 2000; 49 (No. SS-5): pg. 69.

*Más de unos cuantos sorbos

Muertes relacionadas con las drogas

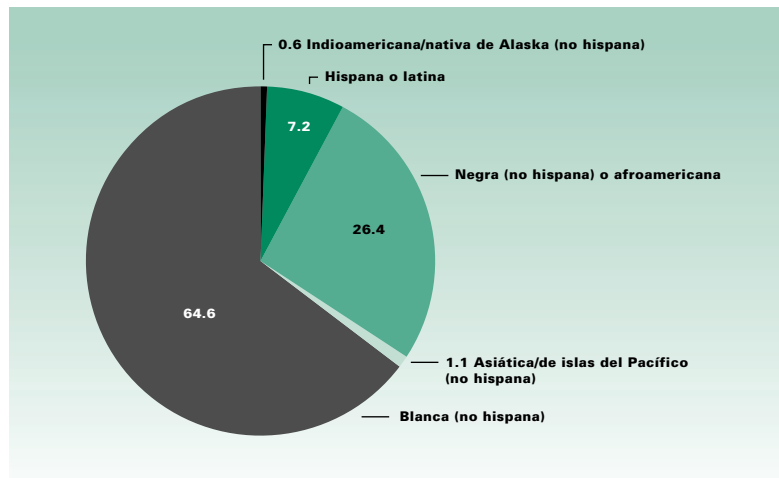
- Aunque las mujeres negras no hispanas son sólo el 12 por ciento de la población femenina, éstas contaron para el 26 por ciento de las muertes relacionadas con las drogas en 1999. El 74 por ciento restante de las muertes relacionadas con drogas fue constituido como sigue: blancas (65 por ciento), hispanas (7 por ciento), asiáticoamericanas (1 por ciento) e indioamericanas/nativas de Alaska (cerca de 1 por ciento).⁷³
- Desde 1992 hasta 1994, las tasas de mortalidad relacionada con las drogas entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska alcanzaron desde casi 4 por cada 100,000 para aquellas entre los 15 y los 24 años de edad y para aquellas entre los 55 y los 64 años de edad hasta una alta de cerca de 8 por cada 100,000 para aquellas en edades de 25 a 34 años y en edades de 45 a 54 años.²²
- En 1997, la tasa de muertes inducidas por drogas ajustada por edad fue más de 4 por cada 100,000 mujeres negras y cerca de 3 por cada 100,000 mujeres blancas.⁶⁵
- Entre las mujeres que murieron debido al uso de drogas en 1999, 57 por ciento de las mujeres negras, 53 por ciento de las mujeres hispanas, y 50 por ciento de las mujeres blancas tenían entre 26 y 44 años de edad al momento de su muerte. Sin embargo, porcentajes considerables – 40 por ciento de las mujeres blancas, 38 por ciento de las mujeres negras, y 33 por ciento de las mujeres hispanas – de las mujeres que murieron por causas relacionadas con las drogas tenían 45 años de edad o más.⁷³
- Once por ciento de las mujeres hispanas cuyas muertes fueron inducidas por las drogas tenían entre 18 y 25 años de edad, en comparación con el 8 por ciento de las mujeres blancas y 5 por ciento de las mujeres negras.⁷³

FIGURA 26
Distribución de mujeres por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: U.S. Census Bureau, Population Division, Population Estimates Program, *Resident Population Estimates of the United States by Sex, Race, and Hispanic Origin*, Washington, DC, January 2001, <http://www.census.gov/population/estimates/nation/intfile3-1.txt>.

FIGURA 27
Muertes relacionadas con las drogas entre mujeres por raza/etnicidad, 1999
Por ciento

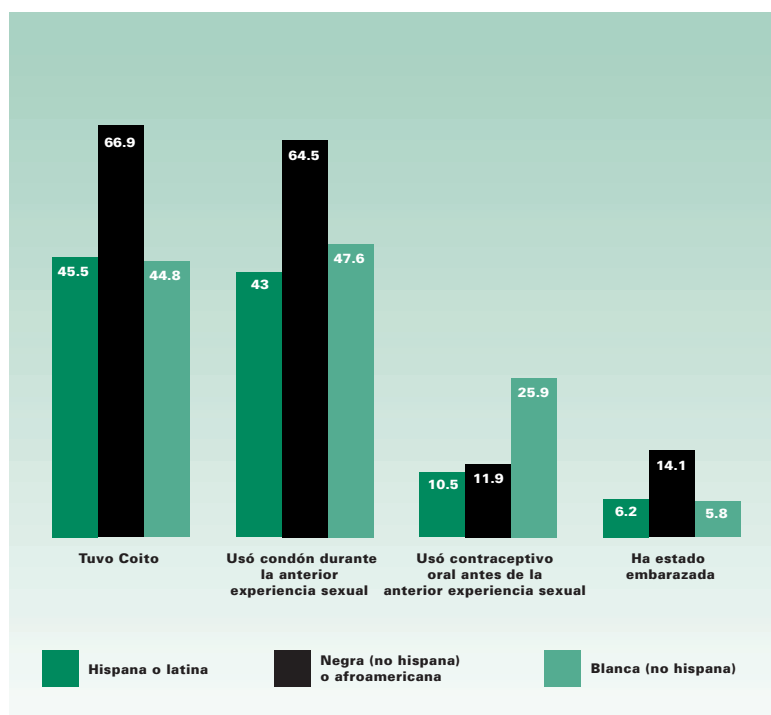


Fuente: SAMHSA, Office of Applied Studies, *Drug Abuse Warning Network Annual Medical Examiner Data 1999*, Rockville, MD: July 2000 update (pg. 34).

Comportamiento sexual: Mujeres adolescentes de color

- Para el 1999, 67 por ciento de las mujeres en escuela superior afroamericanas, 46 por ciento de las hispanas y 45 por ciento de las blancas informaron haber tenido relaciones sexuales al menos una vez en su vida.³⁶ Un estudio anterior halló que 57 por ciento de las mujeres adolescentes indioamericanas o nativas de Alaska también habían iniciado actividades sexuales.⁶²
- En promedio, las chicas indioamericanas/nativas de Alaska tuvieron coito por primera vez a la edad de 14 años.⁶² Once por ciento de las mujeres negras, y 4 por ciento de ambas, las hispanas y las blancas tenían menos de 13 años de edad durante su primera experiencia sexual.³⁶
- Cerca de 35 por ciento de las estudiantes femeninas de escuela superior activas sexualmente, hispanas o blancas, al igual que 50 por ciento de las negras, informaron tener relaciones sexuales en la actualidad. En comparación, entre 22 y 25 por ciento de las adolescentes femeninas negras, blancas e hispanas que se habían involucrado en actividades sexuales anteriormente, en la actualidad se abstendrían del coito.³⁶ Cuarenta y nueve por ciento de las adolescentes femeninas activas sexualmente, indioamericanas/nativas de Alaska, informaron tener relaciones sexuales con poca frecuencia o rara vez.⁶²
- Entre las adolescentes femeninas que asistían a la escuela superior en el condado de Los Angeles (CA), 70 por ciento de las asiáticas o nativas de islas del Pacífico se habían abstenido del coito, seguidas por el 54 por ciento de las hispanas, 52 por ciento de las blancas y 35 por ciento de las negras que informaron lo mismo. Las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico que viven en hogares en los cuales se habla inglés tienen casi el doble de la

FIGURA 28
Comportamiento sexual de las mujeres adolescentes
por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: Kann, Laura, Steven A. Kinchen, Barbara I. Williams, James G. Ross, Richard Lowry, JoAnne Grunbaum, Lloyd J. Kolbe and State and Local YRBS Coordinators, Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999, In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2000, *MMWR* 2000; 49 (No. SS-5): pgs. 75, 78.

probabilidad de involucrarse en coito que aquellas que viven en casas donde se habla otro lenguaje (37 y 20 por ciento, respectivamente).⁷⁴

- Cuando se les preguntó si habían tomado una píldora contraceptiva o usado un condón durante su último encuentro sexual, 65 por ciento de las mujeres negras en escuela superior informaron usar condón, y 26 por ciento de las mujeres blancas en escuela superior informaron tomar píldoras para el control de la natalidad. Cuarenta y ocho y 43 por ciento, respectivamente, de las jóvenes femeninas blancas y latinas usaron condón durante su último encuentro sexual. Los contraceptivos orales fueron usados por el 12 por ciento de

las mujeres en escuela superior negras y 11 por ciento de las hispanas antes de su última experiencia sexual.³⁶

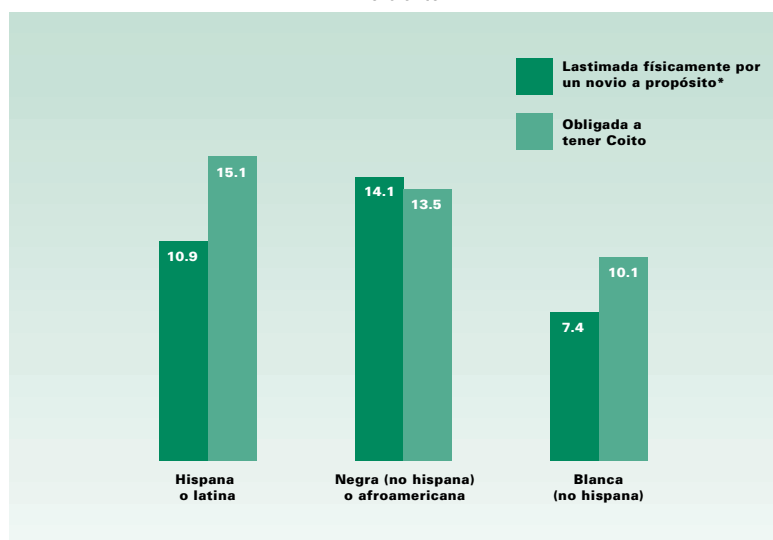
- La mayoría de las mujeres jóvenes activas sexualmente indioamericanas/nativas de Alaska han usado algún método contraceptivo. Cerca de la cuarta parte de la juventud femenina indioamericana/nativa de Alaska (23.6 por ciento) informó que los condones eran su método preferido de contracepción, mientras que otro 18.3 por ciento informó que ellas usaban píldoras contraceptivas. Sin embargo, 39 por ciento nunca han usado ningún tipo de protección durante el coito.⁶²

- Ya que una proporción considerable de estudiantes de escuela superior no están practicando las relaciones sexuales sanas con regularidad, no es sorprendente que 14 por ciento de las estudiantes de escuela superior femeninas negras y 6 por ciento de ambas, las hispanas y las blancas informaron haber estado embarazadas.³⁶
- El uso de drogas y alcohol antes de su último encuentro sexual más alto fue entre las mujeres jóvenes blancas (22 por ciento). Catorce por ciento y 9 por ciento de las mujeres estudiantes de escuela superior hispanas y negras, respectivamente, también usaron sustancias ilegales antes de su experiencia sexual más reciente.³⁶

Abuso físico/sexual

- Un mayor porcentaje de mujeres blancas/de otros grupos (8 por ciento) que de las negras (5 por ciento) o las hispanas (5 por ciento) informaron (en 1993) haber sido abusadas físicamente cuando eran niñas.⁷⁵
- El abuso sexual en la niñez fue informado (in 1993) más frecuentemente que el abuso físico en la niñez por todas las mujeres. Once por ciento de las mujeres blancas/otras, 12 por ciento de las mujeres negras y 13 por ciento de las mujeres hispanas informaron abuso sexual en la niñez.⁷⁵
- Alrededor de la tercera parte de las mujeres indioamericanas (32 por ciento) y mejicanoamericanas (35 por ciento), y cerca de dos quintas partes de las blancas no hispanas (37 por ciento) y afroamericanas (casi 38 por ciento) informaron que fueron víctimas de ataques sexuales en la niñez (CSA). La severidad del abuso informado por estas mujeres jóvenes – todas ellas de 18 a 20 años de edad residentes en Arizona – difería un poco por grupo racial/étnico. Por ejemplo, 3 por ciento de ambas mujeres, las blancas no hispanas y las mejicanoamericanas, y 2 por ciento de las mujeres indioamericanas y afroamericanas informaron experimentar CSA como una forma de “coacción” (esto es, responder “sí” a la pregunta: “¿Ha usado un hombre, alguna vez, la fuerza para besarte o acariciarte?”). La quinta parte (entre 19 y 23 por ciento) de cada uno de estos grupos también informó de violación en la niñez.⁷⁶
- De acuerdo con el mismo estudio, la relación entre el ataque sexual en la niñez y la depresión entre las mujeres difiere de acuerdo con el grupo racial/étnico. Los CSA no fueron una variable predictiva de la depresión para las mujeres indioamericanas o para las afroamericanas, aunque

FIGURA 29
Mujeres en escuela superior que informaron abuso físico y sexual por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: Kann, Laura, Steven A. Kinchen, Barbara I. Williams, James G. Ross, Richard Lowry, JoAnne Grunbaum, Lloyd J. Kolbe and State and Local YRBS Coordinators, Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999, In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2000, *MMWR* 2000; 49 (No. SS-5): pg. 43.

*Durante los 12 meses anteriores a la encuesta

- sí fueron una variable predictiva para ambas mujeres, las mejicanoamericanas y las blancas no hispanas. Sin embargo, aunque los CSA fueron la más fuerte variable predictiva de la depresión entre las mujeres mejicanoamericanas, los factores de riesgo en su trasfondo (por ej., la educación de la madre, el tamaño de la familia, etc.) fueron más predictivos de la depresión para las mujeres blancas.⁷⁶
- De todas las mujeres en edades de 15 a 44 años que tenían menos de 16 años de edad en su primer coito, 16 por ciento informó que su primer coito no fue voluntario. La porción de mujeres blancas no hispanas y de negras que experimentaron coito por primera vez cuando tenían menos de 16 años de edad y cuya primera experiencia no fue voluntaria fue 15 por ciento. Para las mujeres hispanas, sin embargo, la participación fue 18 por ciento.⁷⁷
- Las mujeres negras (16 por ciento) tenían más probabilidad de informar (en 1993) haber experimentado alguna forma de abuso conyugal que las mujeres blancas/otras (8 por ciento) o las hispanas (10 por ciento).⁷⁵
- En un estudio de mujeres de origen mejicano en edades de 18 a 19 años que vivían en el condado Fresno (CA) en 1996 y que en la actualidad tenían un cónyuge o pareja masculina, más de 10 por ciento informó haber sido abusadas alguna vez por esta persona. (El abuso se define si el cónyuge o pareja alguna vez empujó, golpeó con el puño, usó un cuchillo o arma de fuego, o trató de ahogar o quemar a la otra persona). El abuso físico fue informado más frecuentemente por las mujeres nacidas en los EE.UU. (16 por ciento) que por las mujeres nacidas en Méjico (7 por ciento) y más frecuentemente entre las residentes en zonas urbanas (13 por ciento)

que entre las residentes en zonas rurales (6 por ciento). Las mujeres de origen mejicano que asistían a la iglesia más frecuentemente tenían menos probabilidad de informar abuso físico (7 por ciento) que las mujeres que asistían menos de una vez al mes (16 por ciento).⁷⁸

- Catorce por ciento de las mujeres en escuela superior negras no hispanas informaron ser golpeadas intencionalmente, abofeteadas,

o lastimadas físicamente por sus novios (violencia en las citas) en 1999, el doble del por ciento de mujeres blancas no hispanas que informaron el mismo suceso (7 por ciento). Las mujeres hispanas quedaron entre estos dos grupos, con 11 por ciento que informaron violencia en las citas.³⁶

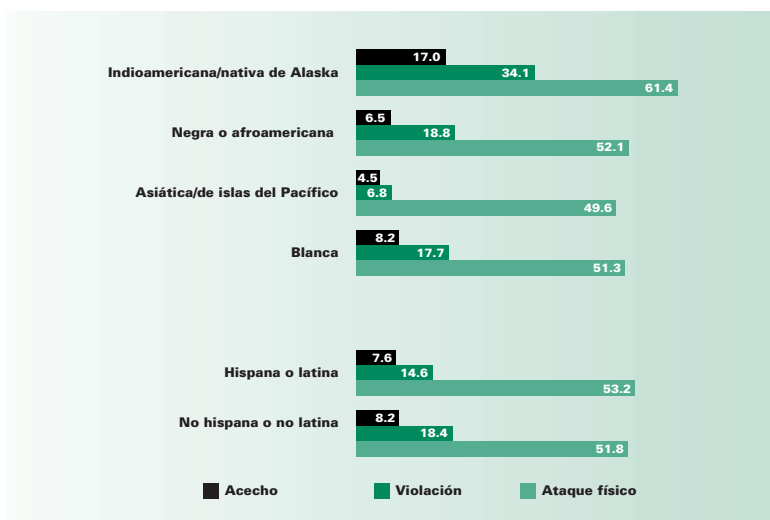
- En 1999, las estudiantes de escuela superior femeninas tenían más del doble de la

probabilidad de los estudiantes masculinos de informar coito a la fuerza (13 y 5 por ciento). Entre los grupos raciales/étnicos específicos, un porcentaje mayor de estudiantes femeninas hispanas y de negras no hispanas (15 y 14 por ciento, respectivamente) informaron haber tenido coito a la fuerza que de estudiantes blancas no hispanas (10 por ciento).³⁶

Violencia

- En una encuesta de 1996, al menos la mitad de todas las mujeres informaron haber sido atacadas físicamente en algún momento en su vida.⁷⁹
- Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (62 por ciento) tenían más probabilidad de informar (en 1996) un ataque físico que las mujeres afroamericanas (52 por ciento), las mujeres blancas (51 por ciento) o las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (cerca de 50 por ciento).⁷⁹
- Más de la tercera parte (34 por ciento) de las indioamericanas/nativas de Alaska informaron haber sido violadas en su vida, el porcentaje más alto informado en una encuesta de 1996. Cerca de la quinta parte de ambas mujeres, las negras (19 por ciento) y las blancas (18 por ciento), y 7 por ciento de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico también informaron haber sido violadas.⁷⁹
- Las mujeres hispanas y las no hispanas tenían igual probabilidad de informar la victimización. Ocho por ciento de ambas mujeres, las latinas y las no latinas, informaron ellas mismas ser víctimas de acecho. En forma similar, 15 por ciento de las latinas y 19 por ciento de las no latinas informaron violación, mientras que los ataques físicos fueron informados por 53 por ciento de las latinas y 52 por ciento de las no latinas.⁷⁹

FIGURA 30
Mujeres victimizadas alguna vez en su vida por raza/etnicidad, 1996
Por ciento



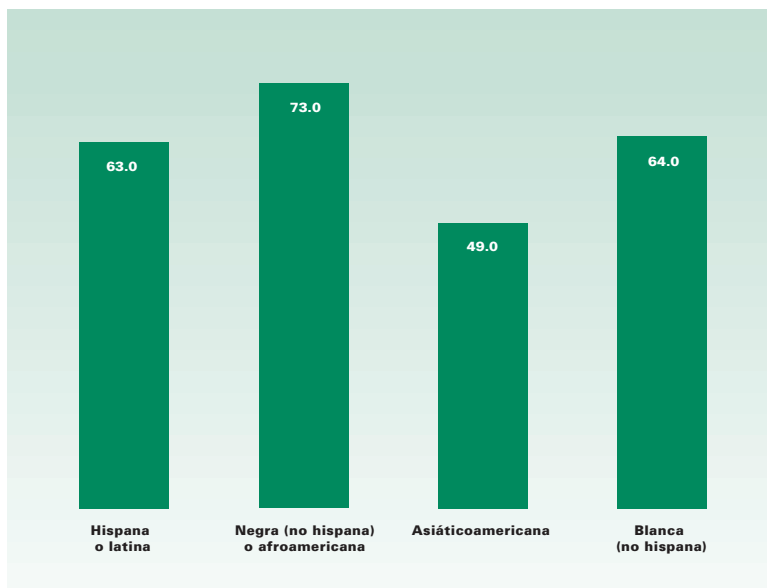
Fuente: Tjaden, Patricia and Nancy Thoennes, US Department of Justice, Office of Justice Programs, *Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey*; November 2000 (pgs. 22, 24). <http://www.ncjrs.org/pdffiles1/nij/183781.pdf>.

Servicios de cuidado preventivo de la salud

Medidas preventivas de la salud

- Las mujeres de color a menudo no aprovechan pruebas preventivas de salud, tales como la prueba Pap y los exámenes del seno, herramientas de análisis y diagnóstico para el cáncer cervical y el cáncer del seno, respectivamente. Para todas las mujeres, estar casadas y tener educación de escuela superior están asociadas con tasas más altas de análisis. La probabilidad de obtener estas pruebas preventivas, sin embargo, desciende con la edad.^{75,80}
- Los porcentajes de mujeres negras no hispanas (71 por ciento), hispanas (67 por ciento) y blancas no hispanas (75 por ciento) entre las edades de 50 y 64 años que se habían hecho una mamografía en los últimos dos años excedieron estas cifras para las mujeres en edades de 40 a 49 años en estos grupos raciales/étnicos. Sin embargo, los porcentajes que informaron de una mamografía en los últimos dos años cayeron para las mujeres en edades de 65 años o más a 59 por ciento (hispanas), 61 por ciento (negras no hispanas) y 64 por ciento (blancas no hispanas).¹⁷
- Para las mujeres nacidas en Méjico que buscaron cuidado de salud en clínicas de salud para migrantes, el estar casadas y el tener más educación aumentaron significativamente su probabilidad de hacerse una prueba Pap. Entre las mujeres de 40 años de edad o más que sabían acerca de la prueba Pap, la duración de su residencia en los Estados Unidos fue otra variable predictiva de recibir esta prueba. Aquellas que habían vivido en los Estados Unidos más tiempo tenían más probabilidad de haberse hecho una prueba Pap.⁸¹

FIGURA 31
Mujeres que se hicieron una prueba Pap durante el año anterior por raza/etnicidad, 1998
Por ciento



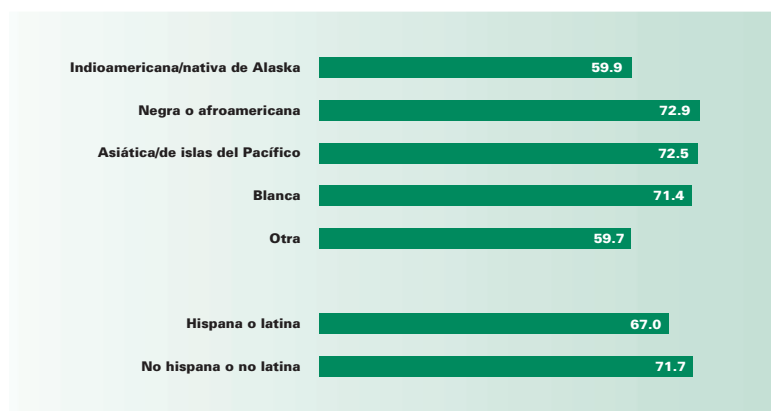
Fuente: Collins, Karen Scott, Cathy Schoen, Susan Joseph, Lisa Duchon, Elisabeth Simantov, and Michele Yellowitz, *Health Concerns Across A Woman's Lifespan: The Commonwealth Fund 1998 Survey of Women's Health*, New York, NY: May 1999 (pg. 21).

- El uso de servicios preventivos por todas las mujeres también difiere significativamente con la cubierta de seguro de salud. En 1997, mientras que 59 por ciento de las mujeres aseguradas se habían hecho una mamografía y 62 por ciento de las mujeres aseguradas se habían hecho una prueba Pap el año anterior, menos de la mitad de las mujeres no aseguradas habían recibido estas pruebas preventivas el año anterior – sólo 41 por ciento para la mamografía y 48 por ciento para la prueba Pap.⁸²
- Las personas de origen hispano o latino informan una falta general de cuidado preventivo, tal como visitar un doctor o, para los adultos en edades de 65 o más, haber recibido una vacuna contra el flu en el año anterior.⁸³
- Según un estudio, dos terceras partes de las mujeres inmigrantes asiáticas en California nunca se habían hecho una prueba Pap, y 70 por ciento nunca se había hecho una mamografía.⁸⁴ En particular, un estudio en California halló que 54 por ciento de las mujeres americanas vietnamitas de edades por encima de los 18 años nunca se habían hecho una prueba Pap, un hecho que es especialmente preocupante dada la alta incidencia de cáncer cervical en este grupo de mujeres.⁸⁵
- Aunque la proporción de mujeres de 18 años de edad o más que obtienen una prueba Pap anualmente ha aumentado desde 1991, proporciones considerables de todas las mujeres informaron (en 1998) que no se habían

hecho una prueba Pap durante el año anterior.^{12,31} Veintisiete por ciento de las mujeres negras no hispanas, 36 por ciento de las mujeres blancas no hispanas, 37 por ciento de las mujeres hispanas y 51 por ciento de las mujeres asiáticas informaron que no se habían hecho una prueba Pap en el año anterior.¹²

- El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo por Comportamiento (BRFSS) provee cifras que no son tan sombrías acerca del uso de la prueba Pap por las mujeres de color. Según esta encuesta, en 1997, cerca de 73 por ciento de las mujeres hispanas se habían hecho una prueba Pap en los dos años anteriores, en comparación con casi 81 por ciento de las mujeres no hispanas. Las mujeres negras (84 por ciento) fueron las que con más probabilidad se habían hecho una prueba Pap durante los dos años anteriores a la encuesta, seguidas por el 80 por ciento de las mujeres blancas, 73 por ciento de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico y 69 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska.⁸⁶
- Proporciones significativas de mujeres de color que residen en Hawaii informaron en 1999 que no se habían hecho una prueba Pap durante el año anterior, sin embargo. Cerca de la mitad de las mujeres filipinas (49 por ciento) y nativas de Hawaii (47 por ciento) no se habían hecho esta prueba preventiva, junto con 32 por ciento de las mujeres blancas, 31 por ciento de las mujeres de otras razas y 27 por ciento de las mujeres japonesas.⁸⁷

FIGURA 32
Porcentaje ajustado por edad de mujeres de 40 años de edad o más que informaron haberse hecho una mamografía en los dos años anteriores, 1997



Fuente: Blackman, Donald K., Eddas M. Bennett, and Daniel S. Miller, Trends in Self-Reported Use of Mammograms (1989-1997) and Papanicolaou Tests (1991-1997) – Behavioral Risk Factor Surveillance System, In: CDC Surveillance Summaries, October 8, 1999, *MMWR* 1999; 48(No. SS-6): pg. 11.

- Cuatro por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, al igual que 3 por ciento de cada una, las blancas no hispanas, las negras no hispanas y las mujeres hispanas informaron (durante el período de 1991–1998 de hacer pruebas a través del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer del Seno y Cervical) tener resultados anormales en las pruebas Pap. Dos por ciento de las asiáticas o nativas de islas del Pacífico también informaron de pruebas Pap anormales.⁸⁸
- El por ciento de mujeres de color de 40 años de edad o mayores que informan haberse hecho una mamografía en los últimos dos años ha aumentado sustancialmente desde 1991. En 1991, 44 por ciento de las mujeres blancas informaron no haberse hecho una mamografía en los dos años anteriores, junto con más de la mitad de las hispanas (51 por ciento), las americanas negras (52 por ciento) y las mujeres asiáticoamericanas (54 por ciento).³¹ En 1997, sin embargo, sólo 33 por ciento de las mujeres latinas, 29 por ciento de las mujeres blancas, y 27 por ciento de ambas, las asiáticoamericanas o nativas de islas del Pacífico y las mujeres negras, informaron no haberse hecho una mamografía en los 2 años anteriores a la encuesta.⁸⁶
- Donde las mujeres blancas una vez estaban a la cabeza antes de las mujeres negras y de las hispanas en obtener mamografías, los resultados de una encuesta reciente indican que cerca de tres cuartas partes (74 por ciento) de ambas, las mujeres blancas y las afroamericanas mayores de

la edad de 50 años, habían recibido mamografías entre 1998 y 1999, un aumento significativo en estos porcentajes sobre sus niveles en 1996–1997. Las mujeres hispanas, sin embargo, continúan quedándose atrás con respecto a otras mujeres en cuanto a obtener mamografías.⁸³

- Un estudio de 1996 halló que poco más mujeres negras tenían actitudes positivas hacia los análisis de cáncer del seno (más de 63 por ciento) que las mujeres blancas (61 por ciento), las mujeres asiáticoamericanas o nativas de islas del Pacífico (ambas 58 por ciento) o que las mujeres hispanas (poco más de 57 por ciento).⁸⁹
- Las tasas relativamente bajas de utilización de las mamografías entre las mujeres hispanas pueden ser debidas a varios factores. Un estudio de mujeres mayores de bajo ingreso halló, no sólo, que una cantidad significativamente menor de mujeres

hispanas (que de afroamericanas o que de mujeres blancas) sabe que el envejecer está asociado con un riesgo más alto de incidencia de cáncer, sino que un porcentaje significativamente más alto de mujeres hispanas tampoco creía que la detección temprana del cáncer causaba una diferencia en los resultados.⁹⁰

- Entre una muestra de mujeres hispanas en New York durante 1992, las participantes menos aculturadas también eran las que menos probabilidad tenían de haberse hecho una mamografía, ya fuera recientemente o alguna vez en su vida. (La aculturación fue medida por la preferencia de lenguaje en el cual ser entrevistada de la que respondía, considerándose más aculturadas las que respondían que preferían la entrevista en inglés que las que prefirieron la entrevista en español). Además, la cubierta de seguro fue una variable predictiva de si una mujer se había

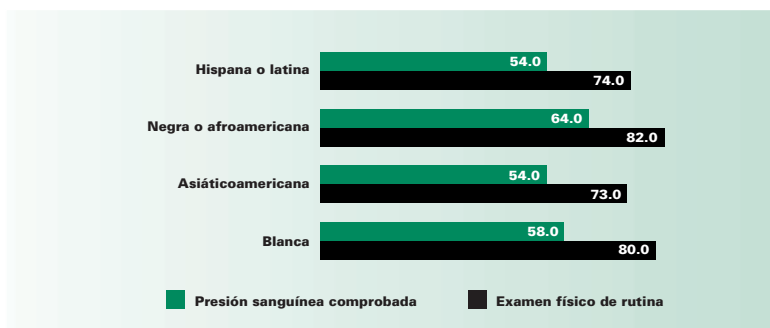
hecho una mamografía. Entre los siguientes subgrupos hispanos, mayorías de mujeres informaron mamografías recientes – 70 por ciento de las mujeres puertorriqueñas, 63 por ciento de ambas mujeres, las colombianas y las ecuatorianas, y 53 por ciento de las mujeres dominicanas.¹⁵

- A más de 9 por ciento, las mujeres asiáticas informaron las mayores proporciones del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer del Seno y Cervical de 1991–1998 con mamografías anormales. En forma similar, cerca de 9 por ciento de las mujeres latinas informaron mamografías anormales. Iguales partes de mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y de mujeres blancas (ambas cerca de 8 por ciento) también informaron mamografías anormales, como lo hicieron más de 7 por ciento de las mujeres afroamericanas.⁹¹

Exámenes físicos

- En 1991, las mujeres negras tenían la mayor probabilidad de informar haberse hecho un examen físico de rutina durante los 12 meses anteriores (64 por ciento), seguidas de las mujeres blancas (58 por ciento) y las asiáticoamericanas y las hispanas (ambas 54 por ciento).³¹
- Dieciocho por ciento de las mujeres asiáticoamericanas indicaron o que no se habían hecho un examen físico en los últimos tres años o que nunca se habían hecho tal examen. Dieciseis por ciento de las mujeres blancas, 15 por ciento de las mujeres hispanas y 10 por ciento de las mujeres negras informaron esta misma falta de examen.³¹
- Menos de 50 por ciento de las mujeres mejicanoamericanas encuestadas en la Encuesta de Examen de la Salud y Nutrición Hispana (HHANES) (1982–1984) informaron haberse hecho un examen físico de rutina durante los dos años anteriores. Aproximadamente 20 por ciento informaron nunca haberse hecho un examen físico regular.⁹²

FIGURA 33
Mujeres que se han comprobado la presión sanguínea y se han hecho un examen físico en el año anterior por raza/etnicidad, 1991
Por ciento



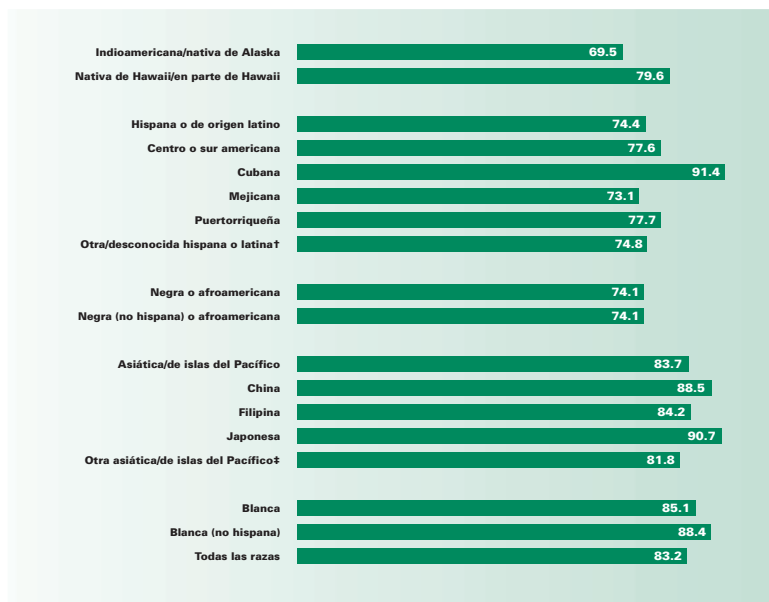
Fuente: Brown, ER, Wyn R, Cumberland WG, Yu H, Abel E, Gelberg L, Ng L, *Women's Health Related Behaviors and Use of Clinical Preventive Services: A Report of the Commonwealth Fund*, Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 1996.

- Justo menos de tres cuartas partes de las mujeres hispanas y asiáticoamericanas encuestadas en 1991 se habían medido la presión sanguínea en los 12 meses anteriores (74 y 73 por ciento, respectivamente), en comparación con el 80 por ciento de las mujeres blancas y el 82 por ciento de las mujeres negras.³¹
- Sólo 27 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska se hicieron un análisis de presión sanguínea durante 1999, haciendo de este grupo el que con menos probabilidad se hace un análisis de presión sanguínea entre todas las mujeres.⁴²

Cuidado prenatal

- Aunque se cree que comenzar el cuidado prenatal lo antes posible durante el embarazo fomenta los resultados de nacimientos más saludables para ambas, las madres y los bebés, porciones considerables de futuras madres no inician el cuidado prenatal durante el primer trimestre. En 1993–1995, alrededor de 44 por ciento de las madres samoanas no comenzaron cuidado prenatal en el primer trimestre, la participación mayor entre todas las mujeres.⁹³
- Cerca de la tercera parte de las futuras madres que son indioamericanas/nativas de Alaska no comienzan el cuidado prenatal durante el primer trimestre del embarazo.⁹⁴ Veintiseis por ciento de las nativas de Hawái, 18 por ciento de las indoasiáticas, 19 por ciento de las vietnamitas y 20 por ciento de las mujeres coreanas tampoco comenzaron cuidado prenatal durante el primer trimestre.⁹³
- Grandes mayorías de otras futuras madres de color inician cuidado prenatal durante el primer trimestre. De hecho, muchas mujeres de color tienen más probabilidad de obtener cuidado prenatal temprano que las mujeres blancas, de las cuales 85 por ciento obtienen tal cuidado. Más de 91 por ciento de las futuras madres cubanas comienzan a recibir cuidado prenatal en el primer trimestre. Grandes proporciones de futuras madres de varias de las poblaciones asiáticoamericanas también comienzan el cuidado prenatal en el primer trimestre – japonesas (cerca de 91 por ciento) y chinas (89 por ciento).⁹⁴
- Como se esperaba, los grupos de población con las mayores participaciones de no iniciar cuidado prenatal durante el primer trimestre también informan las participaciones más grandes de no obtener ningún cuidado prenatal o de obtenerlo durante el tercer trimestre. Por ejemplo, en el periodo 1993–1995, la proporción de madres que recibieron cuidado tardío o ninguno alcanzó desde 1.1 por ciento de madres cubanas hasta cerca de 9 por ciento de

FIGURA 34
Madres que inician cuidado prenatal durante el primer trimestre
por raza/etnicidad, 1999*
Por ciento



Fuente: Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Menacker F, Hamilton BE. Births: Final data for 1999. *National vital statistics reports*; vol 49 no. 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2001.

* Incluye madres que tuvieron nacimientos vivos solamente

† Incluye a personas de España y otras localidades donde se habla español

‡ Incluye indoasiáticas, guamanianas, coreanas, samoanas, vietnamitas, y otras subpoblaciones asiáticas o de islas del Pacífico

madres samoanas. Este campo incluía 4 por ciento de puertorriqueñas y alrededor de 6 por ciento de afroamericanas, mejicanoamericanas y futuras madres indioamericanas o nativas de Alaska.⁹³ Las mujeres que reciben cuidado prenatal tarde o nunca con más probabilidad son pobres, adolescentes, no casadas, habitantes de zonas rurales o mayores de 40 años de edad – características que, de por sí, colocan sus embarazos en riesgo.

- En 1999, proporciones similares de muchas futuras madres de color iniciaron cuidado prenatal tarde en sus embarazos. Ocho por ciento de las futuras madres indioamericanas/nativas de Alaska y 7 por ciento de ambas, las negras no hispanas y las mejicanoamericanas, informaron no obtener cuidado prenatal o comenzar el cuidado en su tercer trimestre. Seis por ciento de otras y desconocidas mujeres hispanas y 5 por ciento de cada

una, las puertorriqueñas y las mujeres centro y sur americanas, al igual que 4 por ciento de las mujeres nativas de Hawái/en parte de Hawái también informaron esta falta de usar servicios preventivos a su capacidad total.⁹⁴

- Variaciones en recibir cuidado prenatal existieron entre las futuras madres (en 1996) de acuerdo al estado socioeconómico (según se mide por logros educacionales). Para todas las madres de 20 años de edad o mayores, aquellas con el nivel más bajo de educación (menos de 12 años) eran las que menos probabilidad tenían de buscar cuidado prenatal. Esta diferencia fue lo más pronunciada entre las indioamericanas/nativas de Alaska y las mujeres negras – las madres más educadas de estas razas (87 a 89 por ciento) tenían 1.5 veces la probabilidad de usar cuidado prenatal en el primer trimestre que las madres menos educadas (60 a 61 por ciento).⁶

Uso de sustancias durante el embarazo

- Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en las áreas de servicio del IHS tienen más probabilidad de mostrar comportamientos arriesgados durante el embarazo que las mujeres de todas las razas a través de los Estados Unidos.²² Casi iguales porciones de futuras madres blancas no hispanas (16 por ciento) y nativas de Hawaii/en parte de Hawaii (15 por ciento) informaron este comportamiento no saludable.⁹⁴
- Menos de 5 por ciento de otras futuras madres de color informaron fumar durante el embarazo, siendo las futuras madres chinas las que informan la menor porción (menos de 1 por ciento).⁹⁴
- Los logros educacionales más altos están asociados consistentemente a la reducción de fumar durante el embarazo para todas las mujeres de color. Las madres que informan de 9 a 11 años de educación tienen más probabilidad de fumar que las madres con 12 años o más de educación.⁹⁵ Sin embargo, la mayoría de las madres con de 0 a 8 años de educación tienen menos probabilidad de fumar durante el embarazo que las madres con de 9 a 11 años de educación. La única excepción a esta tendencia son las madres puertorriqueñas, cuyas tasas de fumar descienden consistentemente, desde 0 a 8 años de educación hasta 16 años o más de educación. (Nota: Las tasas de fumar entre madres con de 0 a 8 años de educación no se proveen para las subpoblaciones asiáticas o nativas de islas del Pacífico.)
- Entre 1990 y 1999, las tasas de fumar durante el embarazo descendieron para todas y descendieron marcadamente para algunas de las mujeres de color. El descenso para las madres asiáticas o nativas de islas del Pacífico fue 47 por ciento, seguido cercanamente de las madres hispanas (45 por ciento) y las madres negras no hispanas

FIGURA 35
Futuras madres que fuman durante el embarazo por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Menacker F, Hamilton BE. Births: Final data for 1999. *National vital statistics reports*; vol 49 no. 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2001.

* Incluye a personas de España y otras localidades donde se habla español

† Incluye indioasiáticas, guamanianas, coreanas, samoanas, vietnamitas, y otras subpoblaciones asiáticas o de islas del Pacífico

(43 por ciento).⁹⁵ Las tasas de fumar durante el embarazo descendieron 25 por ciento para las madres blancas no hispanas y 11 por ciento para las madres indioamericanas/nativas de Alaska.

- El consumo de alcohol durante el embarazo fue informado por 23 por ciento de las mujeres blancas, 16 por ciento de las mujeres negras y 9 por ciento de las mujeres hispanas en 1992.⁹⁶ Basado en los certificados de nacimiento de 1999, sin embargo, menos de 2 por ciento de las futuras madres (se excluye a las futuras madres indioamericanas/nativas de Alaska, más de 3 por ciento de las cuales consumieron alcohol durante su embarazo) informaron consumir alcohol durante su embarazo. La disparidad significativa entre estos dos informes puede reflejar ambos, el pasar del tiempo y cambios en comportamiento, así como también, las diferentes preguntas usadas para recopilar

los datos. Por ejemplo, las encuestas de las madres usualmente preguntan acerca del consumo de alcohol mensual, mientras que los certificados de nacimiento recopilan datos acerca de la cantidad de tragos consumidos por semana.⁹⁴

- Según el Servicio de Salud India, entre 1992 y 1994, 2.1 por ciento de mujeres de todas las razas bebieron durante el embarazo, mientras que 5.9 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en las áreas de servicio del IHS informaron lo mismo. Entre estas áreas, el por ciento de futuras madres de todas las edades que consumen alcohol alcanzó desde 18 por ciento en Alaska hasta 2.3 por ciento en Oklahoma.²³
- La alta preponderancia del síndrome de alcohol fetal (FAS) entre los recién nacidos indioamericanos/nativos de Alaska (30 por cada 10,000 nacimientos vivos) es evidencia de las altas

tasas de consumo de alcohol durante el embarazo.⁹⁷ La causa principal de incapacidad entre los recién nacidos indioamericanos/nativos de Alaska, el FAS puede resultar en deformidades, retraso mental, disfunción del sistema nervioso, deficiencias de crecimiento y anomalías de las coyunturas.⁹⁸

- El FAS ocurre mucho menos frecuentemente entre bebés nacidos a mujeres que no son indioamericanas/nativas de Alaska. Sólo 6 por cada 10,000 de los bebés nacidos a mujeres negras tienen FAS, mientras que menos de 1 por cada 10,000 de los nacimientos a las mujeres blancas, hispanas o asiáticas tienen esta condición.⁹⁷

- Pequeñas porciones de mujeres blancas (4 por ciento), hispanas (5 por ciento) y negras (11 por ciento), de todas las edades, informaron uso de alguna droga durante el embarazo. Sin embargo, el uso de drogas fue más común entre las mujeres embarazadas negras o hispanas en edades de 25 a 29 años. Dieciséis por ciento de las latinas y 15 por ciento de las mujeres afroamericanas en este grupo de edades informó usar drogas durante el embarazo. Sólo 3 por ciento de las mujeres blancas de 25 a 29 años de edad informó usar drogas cuando estaban embarazadas.⁹⁶
- Aunque 5 por ciento o menos de las mujeres blancas, negras o hispanas informaron usar

marihuana cuando estaban embarazadas, las mujeres negras (5 por ciento) tenían más probabilidad de informar usarla que las blancas (3 por ciento) o las hispanas (2 por ciento).⁹⁶

- Igual que con la marihuana, el uso de cocaína durante el embarazo fue informado más a menudo por las mujeres negras (5 por ciento) que por las hispanas (0.7 por ciento) o por las blancas (0.4 por ciento). El uso de cocaína crack cuando estaban embarazadas también fue informado más frecuentemente por las mujeres negras (4 por ciento) que por las blancas (0.3 por ciento) o por las mujeres hispanas (0.1 por ciento).⁹⁶

Resultados de nacimiento: Peso

- Los bebés con bajo peso de nacimiento (menos de 2,500 gramos) y muy bajo peso de nacimiento (menos de 1,500 gramos) están en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad que los bebés más grandes. La incidencia de bebés con bajo y muy bajo peso de nacimiento varía considerablemente por raza/etnicidad de las madres de los bebés, teniendo las mujeres americanas negras no hispanas las más altas incidencias de bebés con ambos, peso de nacimiento bajo (13 por ciento) y peso de nacimiento muy bajo (3 por ciento). Las madres chinas informan el porcentaje más bajo de bebés con bajo peso de nacimiento (5 por ciento).⁹⁴
- Las proporciones de bebés con bajo peso de nacimiento nacidos a mujeres puertorriqueñas (cerca de 10 por ciento) y a mujeres nativas de Hawaii/en parte de Hawaii, filipinas, japonesas, otras asiáticas o nativas del Pacífico u otras/desconocidas mujeres hispanas (8 por ciento) son más altas que la porción de los nacidos a mujeres blancas no hispanas (7 por ciento), pero más bajas que la porción de los nacidos a mujeres negras no hispanas (13 por ciento).⁹⁴
- Dos por ciento o menos de los bebés nacidos a la mayoría de las mujeres de color tienen muy bajo peso (menos de 1,500 gramos). Aparte del 3 por ciento informado por las mujeres negras, los únicos otros grupos que informan una porción mayor de 1 por ciento fueron las mujeres cubanas y las puertorriqueñas, cerca de 2 por ciento de esos bebés nacidos con vida tienen muy bajo peso.⁹⁴
- Un estudio que examina raza, pobreza, y peso de nacimiento desde 1979 hasta 1988 halló que las mujeres pobres blancas y negras tenían igual probabilidad de tener un bebé con bajo peso de nacimiento. Entre las no

FIGURA 36
Bebés de bajo peso como porcentaje de todos los nacimientos vivos por raza/etnicidad de las madres, 1999



Fuente: Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Menacker F, Hamilton BE. Births: Final data for 1999. *National vital statistics reports*; vol 49 no. 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2001.

* Incluye a personas de España y otras localidades donde se habla español

† Incluye indioasiáticas, guamanianas, coreanas, samoanas, vietnamitas, y otras subpoblaciones asiáticas o de islas del Pacífico

pobres, sin embargo, los bebés negros tienen más probabilidad de tener bajo peso que los bebés blancos. En otras palabras, después de controlar por ingresos entre los no pobres, los bebés negros consistentemente tenían más probabilidad de tener bajo peso.⁹⁹

- En California, en 1997, las madres latinas nacidas en el extranjero tenían menos probabilidad de tener bebés con bajo peso de nacimiento que las madres latinas nacidas en los EE.UU. Las investigaciones han sugerido que esto ocurre porque las madres hispanas nacidas en el extranjero mantienen "comportamientos saludables" después de inmigrar a los Estados Unidos. De forma similar, las madres asiáticas nacidas en el extranjero (excepto por las madres coreanas) tenían

menos probabilidad de tener bebés con bajo peso de nacimiento que sus iguales nacidas en los EE.UU.²

- Entre las madres asiáticas en California en 1997, las del sudeste de Asia, las indioasiáticas y las madres filipinas eran las que tenían más probabilidad de dar a luz bebés con bajo peso de nacimiento – 8 por ciento de todos los partos. Entre 4 y 6.5 por ciento de las madres coreanas, japonesas y chinas tuvieron bebés con bajo peso de nacimiento. Además, las madres chinas y filipinas tienen una tasa más alta de partos con bajo peso de nacimiento en California que nacionalmente. En California, como nacionalmente, las madres afroamericanas tenían la mayor probabilidad de dar a luz bebés con bajo peso de nacimiento.²

Resultados de nacimiento: Mortalidad infantil y materna

- La mortalidad infantil (esto es, la muerte antes de llegar a un año de edad) no sólo refleja el estándar de vida de una población sino que también tiende a ser un espejo de la salud de la madre. Entre las mujeres de color en 1998, las tasas de mortalidad más altas fueron las de los bebés de mujeres negras – 14 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos. La tasa de mortalidad para bebés afroamericanos fue más del doble de la tasa de seis muertes por cada 1,000 nacimientos vivos a madres blancas, y fue significativamente mayor que la tasa para todas las madres (siete muertes por cada 1,000 nacimientos vivos).¹⁰⁰
- Los nativos de Hawaii/en parte de Hawaii tienen la segunda más alta tasa de mortalidad infantil (diez muertes por cada 1,000 nacimientos vivos), seguidos de los indioamericanos/nativos de Alaska con nueve muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos. Ocho muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos de puertorriqueños fueron informados para 1998. Todos los grupos asiáticoamericanos (para los cuales se informaron datos) tuvieron tasas de mortalidad infantil cerca de, o menores que, la tasa de mortalidad infantil para los blancos (seis por cada 1,000 nacimientos vivos).¹⁰⁰
- Aunque subinformadas, las tasas de mortalidad infantil generalmente son altas para los nativos de islas del Pacífico, con la tasa de 1998 para nativos de Hawaii/en parte de Hawaii en diez muertes por cada 1,000 nacimientos vivos, mientras que en Guam hubo 14 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos.¹⁰⁰
- Las tasas de mortalidad de los bebés nacidos a madres negras exceden las tasas de mortalidad de los bebés nacidos a otras madres, ya sea que estas mujeres informen de beber o no durante el embarazo. En 1993, hubo 16 muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos

FIGURA 37
Tasas de mortalidad infantil por raza/etnicidad de las madres, 1998
Por cada 1,000 nacimientos vivos



Fuente: Mathews, TJ, Curtin SC, MacDorman MF, Infant mortality statistics from the 1998 period linked birth/infant death data set, *National vital statistics reports*; vol 48 no. 12, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2000.

* Incluye a personas de España y otras localidades donde se habla español

† Incluye guamanianas, samoanas, y otras subpoblaciones asiáticas o de islas del Pacífico

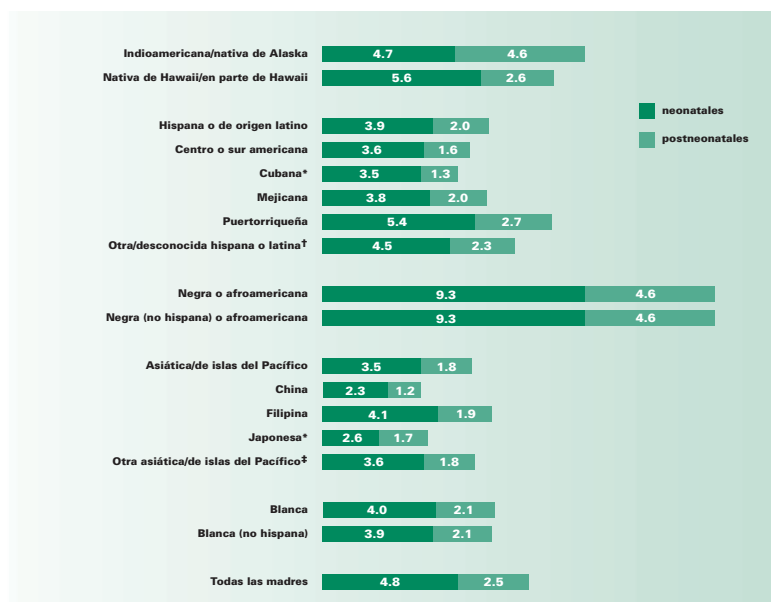
- a madres negras que no bebían, mientras que hubo siete muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos a ambas madres abstemias, las blancas y las hispanas. Veintiocho bebés murieron (en 1991) por cada 1,000 nacidos vivos a mujeres negras que informaron beber durante el embarazo. Esto se compara con 13 muertes infantiles (por cada 1,000 nacimientos vivos) a mujeres hispanas comparables y nueve muertes infantiles (por cada 1,000 nacimientos vivos) a mujeres blancas comparables.⁶⁰
- Las tasas de mortalidad infantil disminuyen según el nivel educacional de las madres aumenta. Los bebés nacidos a madres negras tienen las tasas de muerte más altas por cada 1,000 nacimientos vivos en cada nivel educacional para los cuales se han informado datos, sin embargo – 15.3 para madres con menos de 12 años

de educación, 13.9 para madres con 12 años de educación, y 11.3 para madres con 13 o más años de educación. Los bebés nacidos a madres indioamericanas/nativas de Alaska tienen las segundas más altas tasas de mortalidad – 10.3 por cada 1,000 nacimientos vivos (menos de 12 años de educación), 8.9 por cada 1,000 nacimientos vivos (12 años de educación), y 6.9 por cada 1,000 nacimientos vivos (13 o más años de educación). (Las tasas para bebés nativos de Hawaii y en parte de Hawaii no están provistas.) La única excepción a este patrón (de una disminución estable en las tasas de mortalidad infantil, según aumenta el nivel educacional de la madre) se halla entre las madres latinas, cuyas tasas de muerte de sus bebés son: 5.6 por cada 1,000 nacimientos vivos (madres con menos de 12 años de educación), 5.7 por cada 1,000 nacimientos vivos (madres con

12 años de educación) y 4.9 por cada 1,000 nacimientos vivos (madres con 13 o más años de educación).¹⁷

- Entre 1996 y 1998, entre bebés nacidos a madres de todos los grupos raciales/étnicos, más muertes fueron neonatales (esto es, ocurrieron en los primeros 28 días de vida) que postneonatales (esto es, en los días 28 al 365 después del nacimiento), a menudo como resultado de accidentes o peligros ambientales.¹⁷
- La causa de muerte entre las fatalidades infantiles difiere significativamente por raza. Las tasas de mortalidad debida a anomalías congénitas son comparables para los bebés de todas las razas. Sin embargo, los bebés negros no hispanos (285 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos) tienen más de 4 veces la probabilidad de morir a causa de desórdenes relacionados con la corta gestación y el bajo peso de nacimiento que los bebés hispanos (71 por cada 1,000), los indioamericanos (67 por cada 1,000), los blancos no hispanos (cerca de 66 por cada 1,000) y los asiáticos o nativos de islas del Pacífico (casi 52 por cada 1,000). Los bebés negros no hispanos y los bebés indioamericanos (cerca de 146 por cada 1,000 y casi 156 por cada 1,000, respectivamente) tienen más del doble de la probabilidad de los bebés blancos no hispanos de morir del Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SIDS), y casi tres veces la probabilidad de los bebés asiáticos o nativos de islas del Pacífico (51 por cada 1,000) y de los bebés latinos (casi 47 por cada 1,000) de morir a causa del SIDS.¹⁰¹
- Las madres negras en sí tienen más probabilidad de morir a causa de complicaciones del embarazo que las madres blancas o las hispanas. En 1998, hubo cuatro muertes por cada 100,000 nacimientos vivos entre las mujeres blancas, mientras que hubo cinco muertes por cada 100,000 nacimientos vivos

FIGURA 38
Muertes neonatales o postneonatales por raza/etnicidad de las madres, 1996–1998
Por cada 1,000 nacimientos vivos



Fuente: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001, pg. 153.

* Basado en menos de 50 sucesos

† Incluye a personas de España y otras localidades donde se habla español

‡ Incluye indioasiáticas, guamanianas, coreanas, samoanas, vietnamitas, y otras subpoblaciones asiáticas o de islas del Pacífico

para las mujeres hispanas (tasas ajustadas por edad). Entre las mujeres negras, sin embargo, hubo 16 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos.¹⁷

- Entre 1993 y 1997, las tasas de mortalidad materna para las madres indioamericanas/nativas de Alaska, las hispanas y las asiáticas o nativas del Pacífico fueron más altas que las tasas para las madres blancas no hispanas, aunque más bajas que las tasas para las madres negras no hispanas. Las tasas fueron: entre las indioamericanas/nativas de Alaska, 12 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos; entre las asiáticas/nativas de islas del Pacífico, 11 muertes por cada 100,000 nacimientos; y entre las hispanas, diez muertes por cada 100,000 nacimientos. Hubo poco más de siete muertes por cada 100,000 nacimientos vivos entre las madres blancas, pero casi 30 muertes por cada

100,000 nacimientos vivos a madres negras.^{93,94}

- Cuando se examina por nacimiento, las madres nacidas en el extranjero asiáticas o nativas de islas del Pacífico y las hispanas tienen tasas de mortalidad relacionadas con el embarazo más altas que sus iguales nacidas en los EE.UU. Las madres latinas nacidas en el extranjero tenían 50 por ciento más probabilidad de morir de complicaciones del embarazo – cerca de 12 por cada 100,000 versus una tasa de muerte de ocho por cada 100,000 para las mujeres hispanas nacidas en los EE.UU. Las madres nacidas en el extranjero asiáticas o nativas de islas del Pacífico, sin embargo, tienen tasas de mortalidad materna que son el doble de altas de las tasas para las madres asiáticas o nativas de islas del Pacífico nacidas en los EE.UU.⁹⁴

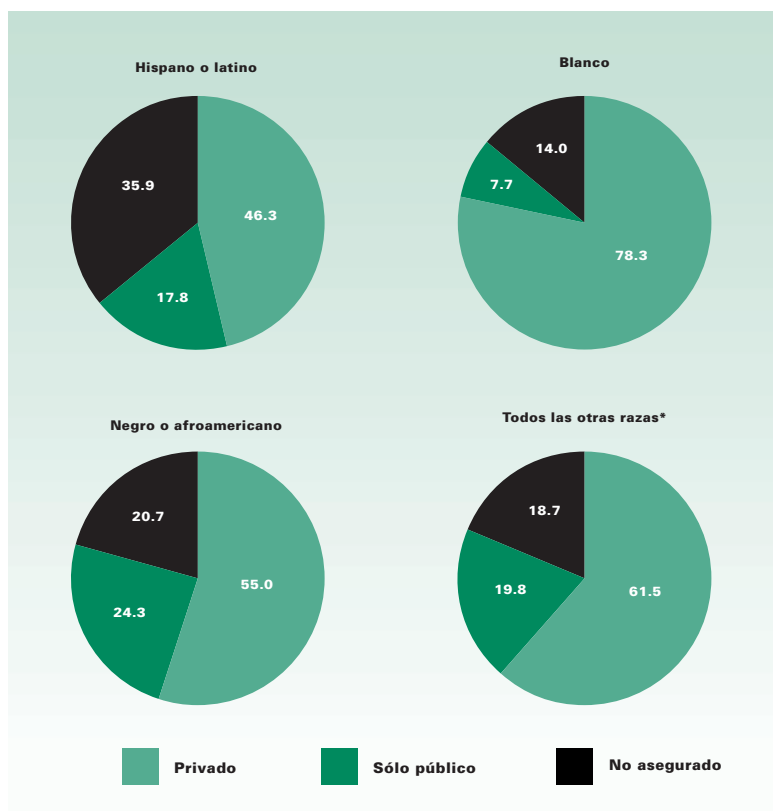
Acceso a servicios y seguro de salud

Acceso a seguros de salud:

Gente de color

- La gente de color estaba desproporcionadamente representada entre las casi 43 millones de personas (casi 16 por ciento de la población total) sin seguro de salud en 1999.¹⁰² Catorce por ciento de todos los blancos y 33 por ciento de todos los blancos pobres en 1999 informaron falta de cubierta de seguro de salud. Veintiún por ciento de todos los negros y 28 por ciento de los adultos negros pobres no hispanos informaron una falta similar de seguro de salud. Veinte por ciento de todos los asiáticos o nativos de islas del Pacífico estaban sin seguro, en comparación con el 42 por ciento de los asiáticos o nativos de islas del Pacífico de bajo ingreso que no tenían seguro. Los hispanos, sin embargo, tenían la mayor probabilidad de no estar asegurados. Entre todos los hispanos, 33 por ciento no tenía ningún seguro de salud, mientras que entre los hispanos adultos pobres, esta porción fue 44 por ciento.¹⁰³
- La gente de color también tenía más probabilidad que los blancos de informar falta de cubierta de seguro de salud durante al menos un mes entre 1993 y 1996. Mientras que 25 por ciento de todos los blancos no hispanos informaron de al menos un mes sin seguro de salud durante este período, la mitad de todos los hispanos y 37 por ciento de todos los americanos negros informaron lo mismo. No sólo tiene la gente de color más probabilidad de informar una interrupción en la cubierta de seguro de salud, sino que sus períodos sin cubierta son más largos también. Mientras que el promedio entre los blancos de tiempo transcurrido sin seguro durante 1993 a 1996 fue 4.5 meses, entre los afroamericanos, éste fue 5.2 meses, y entre aquellos de origen hispano, 7.4 meses.¹⁰⁴

FIGURA 39
Cubierta de seguro de salud para personas de menos de 65 años de edad por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: Rhoades J, Chu M, *Health insurance status of the civilian noninstitutionalized population: 1999*, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2000, MEPS Research Findings No. 14, AHRQ Pub. No. 01-0011: pg. 8.
* Incluye indioamericanos, nativos de Alaska, asiáticos, y de islas del Pacífico

- Los negros y los hispanos de menos de 65 años de edad también tenían considerablemente menos probabilidad de tener seguro de salud privado (y las opciones adicionales y mayor cubierta que éste a menudo brinda) y, así, mayor probabilidad de tener seguro público que los blancos. En 1999, 78 por ciento de los blancos informaron cubierta de seguro de salud privado, en comparación con 46 por ciento de los hispanos y 55 por ciento de los negros. Entre la gente de todas las razas, casi 62 por ciento estaba cubierto por seguro de salud privado.¹⁰²
- Las tasas de cubierta de seguro comprado privadamente o basado en el trabajo de las subpoblaciones hispanas para aquellos menores de la edad de 65 años alcanzaron desde 44 por ciento entre los mejicanoamericanos, 45 por ciento entre los puertorriqueños, y 46 por ciento entre los centro y sur americanos hasta 65 por ciento entre los cubanos.¹⁰⁵
- Los adultos no envejecientes hispanos y negros no hispanos tenían más probabilidad de informar cubierta de cuidado de salud público que los blancos. Aunque sólo 4.5 por ciento de los blancos no hispanos

informaron cubierta de Medicaid en 1998, 26 por ciento de los negros y 9 por ciento de los hispanos informaron de esta forma de seguro.¹⁰⁶

- Entre las subpoblaciones latinas menores de 65 años de edad, la porción que informa cubierta de Medicaid u otro seguro del

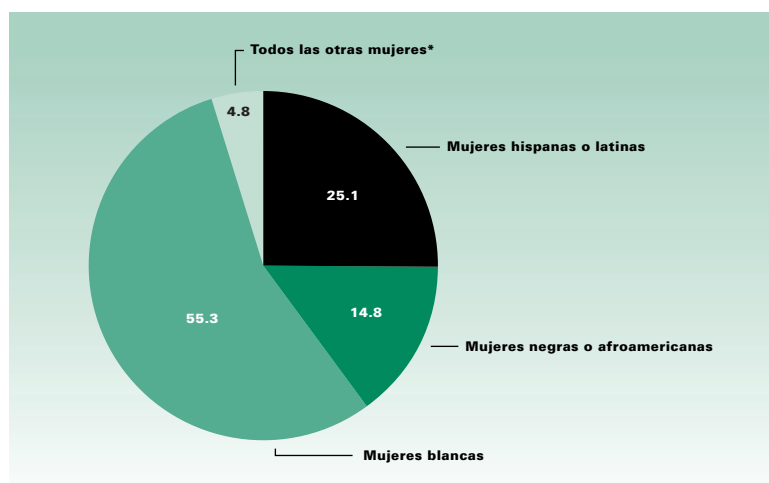
gobierno varía. Doce por ciento de los centro y sur americanos, 14 por ciento de los cubanos y 18 por ciento de los mejicano-americanos informaron de esta forma de seguro, en comparación con 34 por ciento de los puertorriqueños.¹⁰⁶ Esta diferencia en cubierta refleja en parte la

diferencia en las proporciones de centro y sur americanos, mejicanoamericanos y cubanos elegibles para Medicaid y otra cubierta del gobierno, en relación con los puertorriqueños, todos los cuales son ciudadanos de los EE.UU. y así, potencialmente elegibles para el seguro.

Acceso a seguro de salud: Mujeres de color

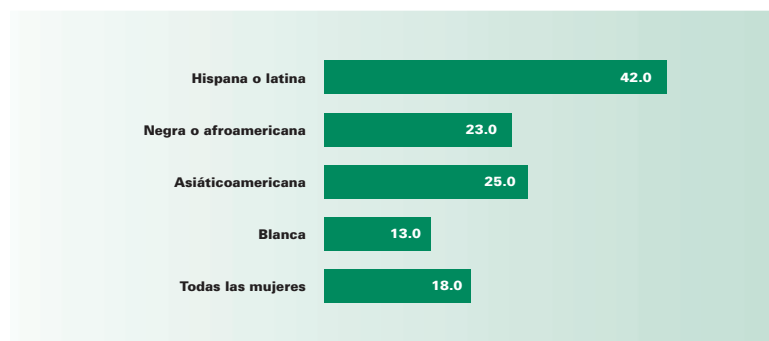
- Aunque se estimó que las mujeres de color eran el 28 por ciento de todas las mujeres en 1999, éstas eran el 45 por ciento (9 millones) del estimado de 20 millones de mujeres de todas las edades sin seguro ese año.^{102,107}
- La mayoría de las mujeres no aseguradas (55 por ciento) en 1998 eran blancas. Sin embargo, cada una de las subpoblaciones de mujeres de color estaba sobrerrepresentada entre las no aseguradas (relativo a su porción de la población femenina). Así, cada subpoblación de mujeres de color tenía más probabilidad de no estar aseguradas que las mujeres blancas. Trece por ciento de las mujeres blancas no estaban aseguradas, en comparación con 23 por ciento de las negras, 25 por ciento de las asiáticas y 42 por ciento de las mujeres hispanas.¹⁰⁸
- Cuando se examina el tipo de seguro (esto es, Medicare, Medicaid, basado en el empleador, otro o no asegurado) para todas las mujeres entre las edades de 18 y 64 años en 1998, aquellas que más probabilidad tenían de informar tener cubierta de seguro de salud a través de sus empleadores en 1998 eran blancas (73 por ciento). Sólo 41 por ciento de las mujeres hispanas estaban cubiertas a través de sus empleadores, mientras que 54 por ciento de las asiáticas y 56 por ciento de las mujeres negras obtenían seguro de salud a través de sus empleadores.¹⁰⁸
- En 1996, 30 por ciento de las mujeres hispanas, 22 por ciento de las negras y 13 por ciento de las mujeres que trabajaban en edades de 16 a 64 años no estaban aseguradas.¹⁰⁹
- Las mujeres hispanas que trabajan tienen probabilidad de no tener seguro como resultado de los tipos de trabajo que sostienen. Entre las mujeres que trabajan sin seguro en California, 41 por ciento estaban en la agricultura,

FIGURA 40
Mujeres a quienes les falta cubierta de seguro de salud por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: Rhoades J, Chu M, *Health insurance status of the civilian noninstitutionalized population: 1999*, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2000, MEPS Research Findings No. 14, AHRQ Pub. No. 01-0011: pg. 8.
*Incluye indioamericanas, nativas de Alaska, y de islas del Pacífico

FIGURA 41
Mujeres a quienes les falta cubierta de seguro de salud por raza/etnicidad, 1998
Por ciento

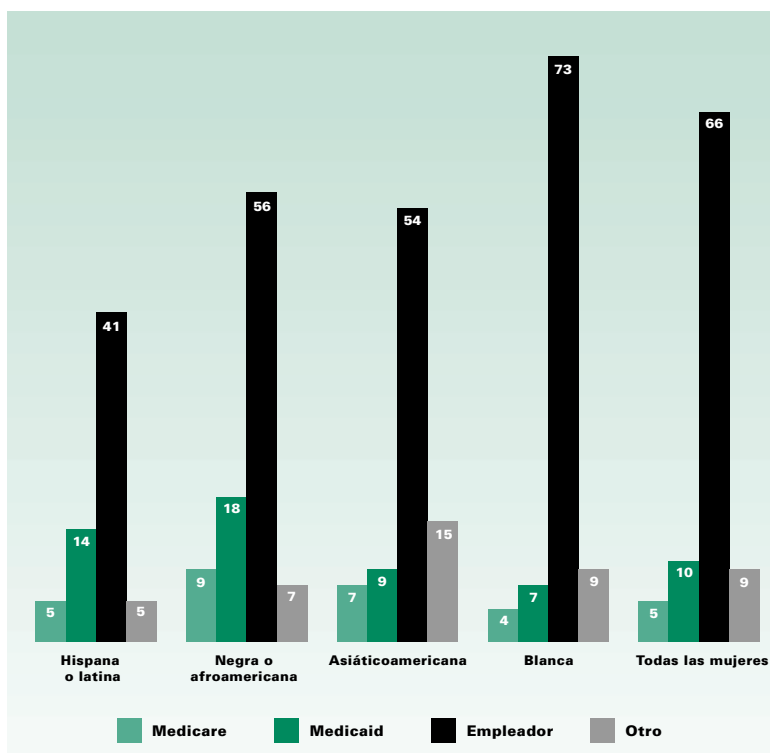


Fuente: Lewis-Idema, Deborah, Joan M. Leiman, Jane E. Meyer, and Karen Scott Collins, *Health Care Access and Coverage for Women: Changing Times, Changing Issues?* Policy Report of The Commonwealth Fund Commission on Women's Health, New York, NY: November 1999 (pg. 22).

31 por ciento en la construcción, 25 por ciento en ventas al detalle, 22 por ciento estaban auto-empleadas y 17 por ciento trabajaban en el sector de servicio.¹¹⁰

- La cubierta de seguro público de salud era más común entre muchas mujeres de color de menor edad que los 65 años en 1999 que entre las mujeres blancas. Mientras que sólo 9 por ciento de las mujeres blancas informaron tener sólo seguro público de salud, 28 por ciento de las mujeres negras, y 20 por ciento de ambas, las mujeres hispanas y las mujeres de todas las otras razas informaron lo mismo.¹⁰²
- La mezcla de cubierta de seguro público – más comúnmente Medicaid para los pobres y Medicare para los envejecientes e incapacitados – variaba entre los subgrupos de mujeres en 1998. La cubierta de Medicaid alcanzaba desde 18 por ciento para las mujeres negras hasta 7 por ciento para las mujeres blancas. Catorce por ciento de las mujeres hispanas y 9 por ciento de las mujeres asiáticas también informaron de cubierta de Medicaid.¹⁰⁸
- Como se esperaba a causa de los criterios de elegibilidad para el programa, Medicaid es una forma de cubierta más común entre las mujeres de color de bajo ingreso. En 1998, las mujeres afroamericanas de bajo ingreso eran las que mayor probabilidad tenían de tener cubierta de Medicaid (33 por ciento), seguidas de las hispanas de bajo ingreso (21 por ciento), las blancas (19 por ciento) y las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (18 por ciento).¹¹¹ Grandes porcentajes de mujeres de bajo ingreso también informaron no tener seguro – 51 por ciento de las latinas, 42 por ciento de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico,

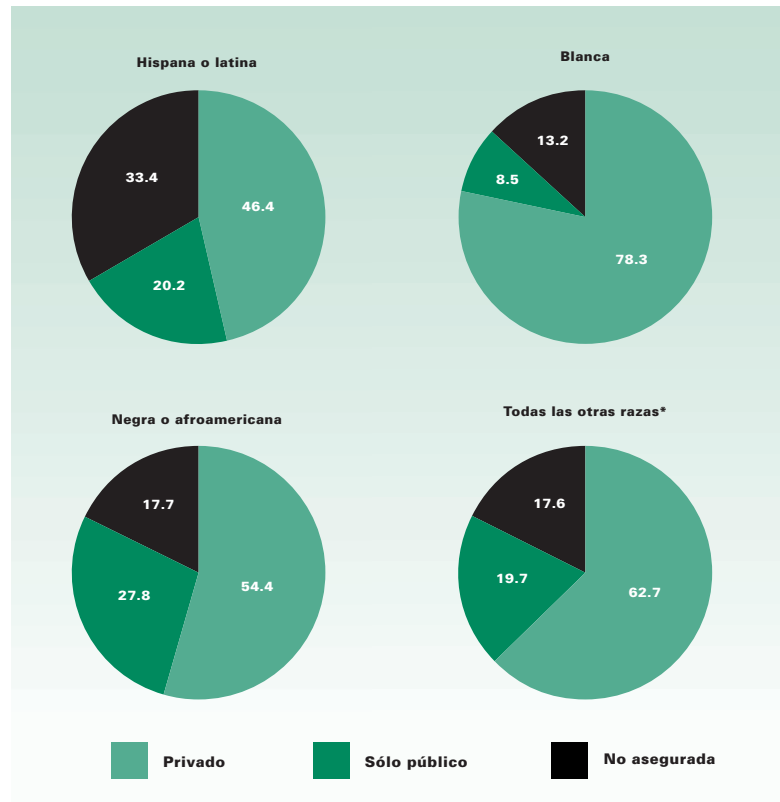
FIGURA 42
Mujeres en edades de 18 a 64 años por tipo de cubierta
de seguro de salud y raza/etnicidad, 1998
Por ciento



Fuente: Lewis-Idema, Deborah, Joan M. Leiman, Jane E. Meyer, and Karen Scott Collins, *Health Care Access and Coverage for Women: Changing Times, Changing Issues?* Policy Report of The Commonwealth Fund Commission on Women's Health, New York, NY: November 1999 (pg. 22).

- 32 por ciento de las mujeres afroamericanas y 31 por ciento de las mujeres blancas.
- La cubierta de Medicare (entre todos los grupos por edad, lo que refleja ambos, los envejecientes y los incapacitados) estaba distribuida en forma diferente que la cubierta de Medicaid entre las mujeres de color, con las blancas y las mujeres hispanas que informaron una pequeña porción (4 y 5 por ciento, respectivamente) que tenía esta forma de seguro de salud en 1998. Porciones algo mayores de mujeres asiáticas (7 por ciento) y negras (9 por ciento) informaron tener cubierta de Medicare.¹⁰⁸
 - La cubierta de Medicare entre las envejecientes (mujeres de 65 años de edad o mayores) variaba sólo un poco por subgrupo. Noventa y ocho por ciento de las mujeres blancas de 65 años de edad o mayores informaron tener cubierta de Medicare en 1995. Iguales porcentajes de mujeres afroamericanas y de hispanas (94 por ciento) informaron tener seguro de salud de Medicare, mientras que 86 por ciento de las mujeres asiáticas informaron esta forma de seguro.¹¹²
 - Durante los 1990s, la cubierta de seguro público de salud entre las mujeres disminuyó notablemente, siendo alguna de esta disminución atribuible a la reforma del bienestar social. Un descenso en las inscripciones del bienestar social entre 1995 y 1996 y la falla de los estados de inscribir en este programa a beneficiarios anteriores que aún se mantenían elegibles para Medicaid resultaron en cubierta reducida.^{108,113}

FIGURA 43
Cubierta de seguro de salud para mujeres de menos de 65 años de edad por raza/etnicidad, 1999
Por ciento

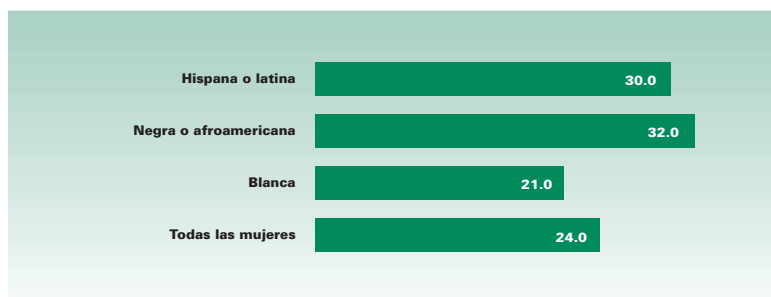


Fuente: Rhoades J, Chu M, Health insurance status of the civilian noninstitutionalized population: 1999, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2000, MEPS Research Findings No. 14, AHRQ Pub. No. 01-0011: pg. 8.
*Incluye indioamericanas, nativas de Alaska, y de islas del Pacífico

El obtener servicios de cuidado de salud

- El acceso al cuidado de salud incluye ambos, el acceso a la cubierta de seguro de salud y el acceso a los proveedores y las localidades que prestan los servicios. Acceso adecuado a proveedores y localidades abarca la existencia de servicios localizados convenientemente y la disponibilidad de cuidado de niños (para permitirle a las madres buscar atención médica), transportación y proveedores de cuidado de salud capaces de dar cuidado competente y sensible.¹¹⁴
- Una encuesta de 1997 halló que las mujeres de bajo ingreso informaron de dificultades para tener acceso al cuidado de salud, sin importar si estaban aseguradas o no aseguradas.¹⁰⁸
- Las mujeres de color informan desproporcionadamente de dificultades en tener acceso al cuidado de salud. Una quinta parte (21 por ciento) de las mujeres blancas, pero cerca de la tercera parte de las negras (32 por ciento) y de las mujeres hispanas (30 por ciento) encontraron algún problema al buscar servicios de cuidado de salud en 1998.⁵⁴
- Ponerse en contacto con médicos u otros proveedores es el primer paso más allá de tener cubierta de seguro de salud hacia tener buena salud. El hallazgo de que la mayoría de las mujeres no aseguradas tenían cáncer del seno más avanzado (etapas IIB, III, y IV) al momento del diagnóstico que las mujeres con seguro privado de salud ilustra lo crítico que es tener seguro de salud para buscar cuidado de salud.⁸²

FIGURA 44
Mujeres en edades de 18 a 64 años con problemas de acceso al cuidado de salud en el año anterior* por raza/etnicidad, 1998
Por ciento



Fuente: Collins, Karen Scott, Cathy Schoen, Susan Joseph, Lisa Duchon, Elisabeth Simantov, and Michele Yellowitz, *Health Concerns Across A Woman's Lifespan: The Commonwealth Fund 1998 Survey of Women's Health*, New York, NY: May 1999 (pg. 33).

*Informaron de alguna vez en que no obtuvieron el cuidado necesario o el cuidado especializado o no llenaron una prescripción a causa de los costos

- Más negras que blancas (19 versus 11 por ciento) informaron que el departamento de servicios ambulatorios del hospital (lo que incluye clínicas ambulatorias, salas de emergencia, y otros contactos con hospitales) era su sitio usual de contacto con médicos en 1996. Cuarenta y nueve por ciento de las negras y 57 por ciento de las blancas informaron que la oficina del médico era su sitio usual de contacto con un proveedor de cuidado de salud.¹¹⁵ Entre las hispanas, porcentajes sustancialmente más altos de puertorriqueñas (que de mejicanoamericanas y cubano-americanas) informaron que las clínicas hospitalarias ambulatorias y las salas de emergencia eran su fuente usual de cuidado.⁹²
- Los indioamericanos/nativos de Alaska (27 por ciento) y los negros no hispanos (22 por ciento), hombres y mujeres combinados, tenían más probabilidad de

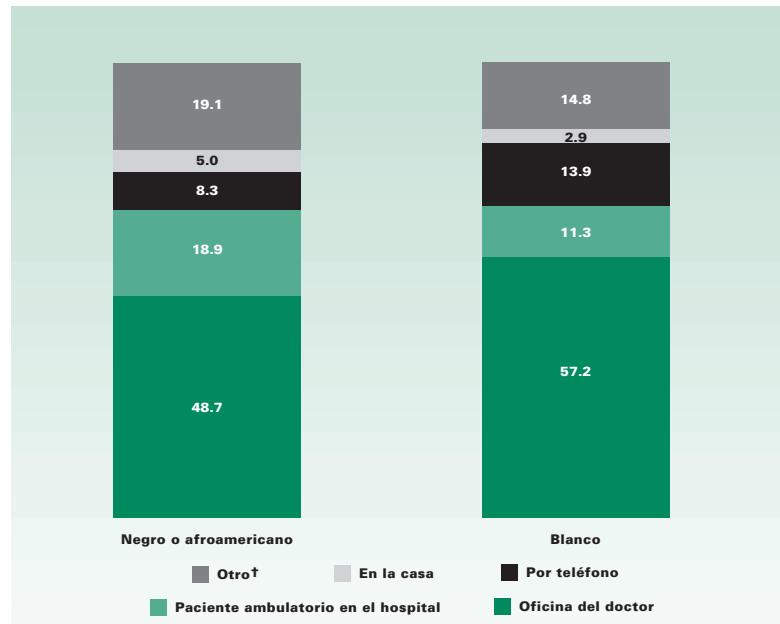
informar una o más visitas al departamento de emergencia en 1999 que los blancos no hispanos (17 por ciento), los hispanos (15 por ciento) o los asiáticos o nativos de islas del Pacífico (10 por ciento).¹⁷

- Entre los asiáticoamericanos, 22 por ciento de las casas coreanas en el sur de California informaron que, en un momento u otro, algún miembro de la familia ha fallado en obtener cuidado apropiado desde que vino a los Estados Unidos. Aunque la barrera más común es financiera, un 18 por ciento adicional de coreanos informaron no saber a dónde ir para el cuidado en algún momento desde que inmigraron a los Estados Unidos.¹¹⁶
- La falta de cubierta de seguro (aparte de mediante el IHS) a veces se vuelve problemática para los indioamericanos/nativos de Alaska porque los servicios

de cuidado de salud gubernamentales para los indioamericanos/nativos de Alaska en áreas urbanas y rurales, no de la reservación, a menudo son muy limitados o incoordinados. Por ejemplo, los indioamericanos/nativos de Alaska que viven en áreas urbanas pueden obtener tratamiento en las localidades de cuidado del IHS, pero no son elegibles para los servicios más especializados que pueden ser provistos en otros lugares (esto es, servicios de "cuidado por contrato"). En contraste, los indioamericanos/nativos de Alaska en o cerca de reservaciones – quienes por lo tanto son elegibles para la gama total de los servicios del IHS – tienen acceso a ambos cuidado de rutina y a los servicios más especializados de cuidado por contrato.¹⁰⁵

- Los indioamericanos/nativos de Alaska que tienen seguro privado basado en el empleo (poco más de dos terceras partes de esta población en 1997) tienen una selección que la mayoría de los otros americanos no tienen – obtener cuidado de salud gratis a través de un sistema en el cual la selección de proveedores y servicios está limitada, u obtener cuidado privado en otro lugar.¹⁰⁵ Las opciones para cuidado y tratamiento privados en las localidades del IHS están limitadas por las distancias que hay que viajar para llegar a ellas. Sin embargo, debido a que el tiempo de espera informado para tratamiento en las localidades del IHS excede el tiempo de espera informado para servicios con otros proveedores, los indioamericanos/nativos de Alaska con seguro privado a menudo prefieren buscar cuidado privado.¹¹⁷

FIGURA 45
Contactos médicos por lugar de contacto y raza del paciente,* 1996
Por ciento



Fuente: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 1999 With Health and Aging Chartbook*, Hyattsville, MD: 1999.

* Ajustado por edad

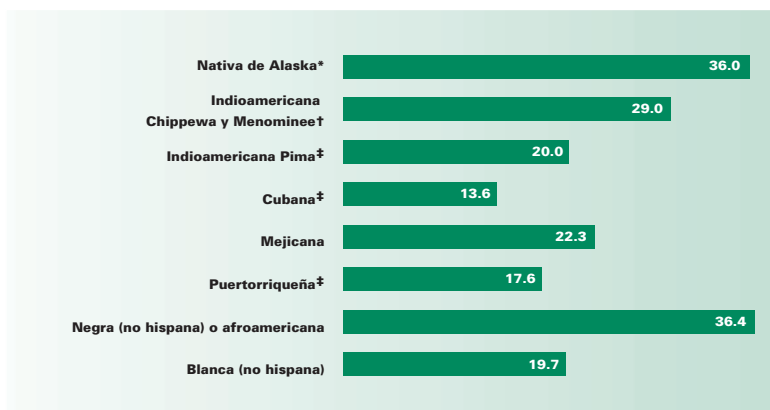
† Incluye clínicas u otros lugares fuera del hospital

Morbilidad y Mortalidad

Hipertensión

- La gente se clasifica como hipertensa si su presión sanguínea sistólica promedio es más de 140 mm de mercurio, si su presión sanguínea diastólica promedio es más de 90 mm de mercurio o si informan tomar medicamentos para la alta presión sanguínea. La hipertensión, un factor de riesgo principal para la enfermedad coronaria del corazón y para las enfermedades cerebrovasculares, infringe sobre la salud de las mujeres negras mucho más de lo que lo hace sobre la salud de otras mujeres de color. Las mujeres afroamericanas también están en mayor riesgo de muerte (que las mujeres blancas) a causa de pre-eclampsia o de eclampsia, condiciones que causan hipertensión durante el embarazo.^{80,118}
- Entre 1988 y 1994, 36 por ciento de una población nativa de Alaska y 34 por ciento de las mujeres negras no hispanas fueron halladas con hipertensión, en comparación con la tasa para las mujeres mejicano-americanas (22 por ciento).^{17,119}
- En 1998 en California, las mujeres hispanas tenían tasas de hipertensión similares a las de las mujeres blancas no hispanas (25 y cerca de 24 por ciento, respectivamente). Esto es mucho más bajo que la tasa para mujeres negras en el estado (35 por ciento), aunque un poco más alto que la tasa para mujeres de todas las otras razas (cerca de 22 por ciento).¹¹⁰
- Se ha sugerido que los hispanos, específicamente los mejicanoamericanos, exhiben tasas más bajas de hipertensión que otras poblaciones de los EE.UU. debido a una variedad de factores, que incluyen la genética, el estilo de vida y la cultura. Mas allá, algunas investigaciones han demostrado que las mujeres mejicanoamericanas más educadas tienen tasas más bajas de hipertensión que las menos educadas.^{120,121}

FIGURA 46
Hipertensión ajustada por edad entre mujeres de 20 años de edad o mayores por raza/etnicidad, 1972-1994, 1982-1984, 1988-1994, 1992, 1992-1994
Por ciento



Fuentes: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001.
Crespo CJ, Loria CM, Burt VL. Hypertension and Other Cardiovascular Disease Risk Factors among Mexican Americans, Cuban Americans, and Puerto Ricans from the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Public Health Reports*, 1996; 111 (supp 2):7-10.
Schraer, Cynthia D., Sven O.E. Ebbesson, Edward Boyko, Elizabeth Nobman, Amanda Adler, and Jonathan Cohen. Hypertension and Diabetes among Siberian Yupik Eskimos of St. Lawrence Island, Alaska. 1996. *Public Health Reports*, 111(2): 51-52.
Casper, Michele, Steve Rith-Najarian, Janet Croft, Wayne Giles, and Ralph Donehoo. Blood Pressure, Diabetes, and Body Mass Index among Chippewa and Menominee Indians: The Inter-Tribal Heart Project Preliminary Data. 1996. *Public Health Reports*, 111 (2): 37-39.
de Courten, Maximilian P., David J. Pettitt, and William C. Knowler. Hypertension in Pima Indians: Prevalence and Predictors. *Public Health Reports*, 111 (2): 40-43.
* Edades de 39 años o mayores, esquimales Yupik siberianos
† Edades de 25 años o mayores
‡ Edades de 18 años o mayores

- La prevalencia de hipertensión varía entre las subpoblaciones latinas. Basado en datos desde 1982 hasta 1984 y de 1990, se estima que 22 por ciento de las mujeres mejicanoamericanas, cerca de 18 por ciento de las mujeres puertorriqueñas, y 14 por ciento de las mujeres cubanas tenían hipertensión. Según las mujeres de estas subpoblaciones envejecen, al menos 50 por ciento se predice desarrollarán hipertensión.¹²²
- Entre las mujeres indioamericanas que viven en o cerca de reservas y que son elegibles para los servicios provistos o apoyados por el IHS, 22 por ciento informó hipertensión en 1987. Mientras que sólo 11 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska entre las edades de 19 y 44 años tenían hipertensión, más de tres veces esta cantidad,

de mujeres de 45 años de edad o mayores también informaron esa condición. En 1987, 38 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska de 65 años de edad o mayores eran hipertensas.¹²³ Una encuesta telefónica nacional en 1997 halló que a 23 por ciento de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska de 18 años de edad o mayores se les había dicho que eran hipertensas.¹²⁴

- Entre las tribus Chippewa y Menominee, cuyas reservas están localizadas en el área de servicio del IHS de Bemidji, 29 por ciento de las mujeres eran hipertensas desde 1992 hasta 1994. Cerca de la mitad (49 por ciento) de estas mujeres hipertensas también eran diabéticas.¹²⁵
- La hipertensión es una complicación común entre

- los diabéticos no dependientes de la insulina que pertenecen a la tribu india Pima. Al analizar los datos desde 1972 hasta 1994, un estudio halló que 20 por ciento de las mujeres indias Pima eran hipertensas. Los indios Pima tienen una de las prevalencias más altas de diabetes en el mundo. Entre los diabéticos de ambos sexos, la prevalencia de hipertensión es 40 por ciento.¹²⁶
- Treinta y seis por ciento de los esquimales Yupik siberianos (nativos de Alaska) las mujeres en edades de 39 o más años tuvieron resultados positivos en pruebas de hipertensión en 1992. Cuando se toma el grupo por edad en consideración, las mujeres Yupik en edades de 65 a 74 años tenían el porcentaje más alto de hipertensas – 78 por ciento.¹¹⁹
 - En Hawaii, los nativos de Hawaii informaron altas tasas de hipertensión, y las mujeres nativas de Hawaii tenían mayor prevalencia que ningún otro grupo étnico en el estado. En 1985, 24 por ciento de las mujeres nativas de Hawaii de 20 a 59 años de

edad tenían hipertensión. Porcentajes considerables de mujeres samoanas adultas en Hawaii y California tienen hipertensión también; si se usa el criterio sistólico, 13 por ciento son hipertensas, mientras que 18 por ciento son hipertensas por el criterio diastólico.^{14, 127–129}

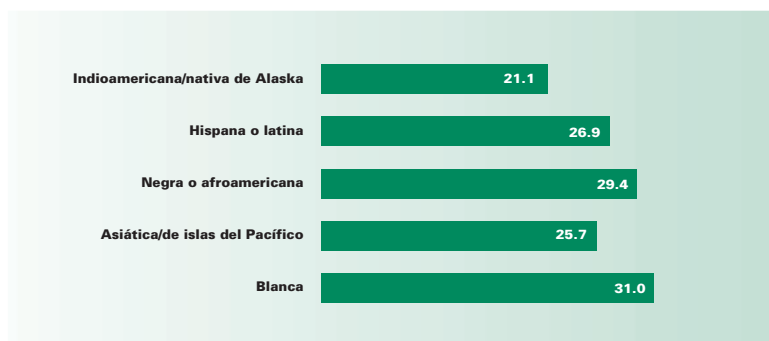
- Poblaciones selectas de americanos asiáticos o nativos de islas del Pacífico experimentan tasas altas de hipertensión y tienen menos probabilidad de estar al tanto de que tienen la enfermedad o de estar bajo supervisión médica que la que tienen miembros de otros grupos raciales/étnicos. Estudios de 1978–1985 y de 1991 estimaron la prevalencia de hipertensión en las comunidades asiáticoamericanas en California. Las mujeres vietnamitas y filipinas (14 y 10 por ciento, respectivamente) tenían las tasas más altas de hipertensión, seguidas de las americanas japonesas (9 por ciento) y las mujeres americanas chinas (8 por ciento).⁴⁹

- Las mujeres filipinas mayores de 50 años de edad que viven en California tienen una prevalencia un poco más alta de hipertensión (65 por ciento) que las mujeres negras en la misma agrupación por edad (63 por ciento).¹³⁰
- El embarazo induce la hipertensión en algunas mujeres de color. En un estudio de casi 600 mujeres Navajo del suroeste, 11 por ciento experimentaron hipertensión relacionada con el embarazo.¹³¹
- Aunque bastante más del 95 por ciento de las mujeres hipertensas mejicanoamericanas, cubanas y puertorriqueñas estaban al tanto de su condición, sólo 86 por ciento de las puertorriqueñas y mejicanoamericanas y 79 por ciento de las mujeres cubanas informaron recibir el tratamiento necesario (1982–1984). Además, sólo 44 por ciento de las mujeres mejicanoamericanas, 42 por ciento de las puertorriqueñas y 30 por ciento de las cubanas tenían su hipertensión bajo control.¹³²

Enfermedades cardiovasculares

- La diabetes, la hipertensión, el alto colesterol, la obesidad, la falta de ejercicio y el fumar son todos factores de riesgo para las enfermedades del corazón. Aunque varios factores de riesgo afectan a las diferentes subpoblaciones de mujeres de color, las enfermedades cardiovasculares fueron la causa principal de muerte para las mujeres negras, latinas, indioamericanas/nativas de Alaska y blancas en 1999. Las enfermedades del corazón clasificaron como la segunda causa principal de muerte entre las mujeres asiáticoamericanas ese año.¹⁷
- Las 373,483 muertes debidas a enfermedades del corazón entre las mujeres en 1999 se distribuyeron como sigue: blancas (88 por ciento), negras (cerca del 11 por ciento), americanas asiáticas o nativas de islas del Pacífico (1 por ciento) e indioamericanas/nativas de Alaska (menos de 1 por ciento). Las mujeres de origen español (quienes pueden ser de cualquier raza) comprenden poco más del 3 por ciento de todas las muertes debidas a enfermedades del corazón entre las mujeres.¹⁷
- Las enfermedades del corazón contaron para porciones considerables de todas las muertes entre las mujeres de cada subpoblación racial/étnica

FIGURA 47
Muertes debidas a enfermedades del corazón entre las mujeres por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook*, Hyattsville, MD: 2001 (pgs. 175-78).

en 1999 – mujeres blancas (31 por ciento), mujeres negras (29 por ciento), mujeres hispanas (27 por ciento), mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (26 por ciento) y mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (21 por ciento). En proporción, menos mujeres afroamericanas y blancas murieron de enfermedades del corazón en 1999 que en 1980 (5 puntos de porcentaje y cerca de 9 puntos de porcentaje de menos, respectivamente). Sin embargo, proporciones iguales de mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y de asiáticas o nativas de islas del Pacífico murieron por enfermedades cardiovasculares

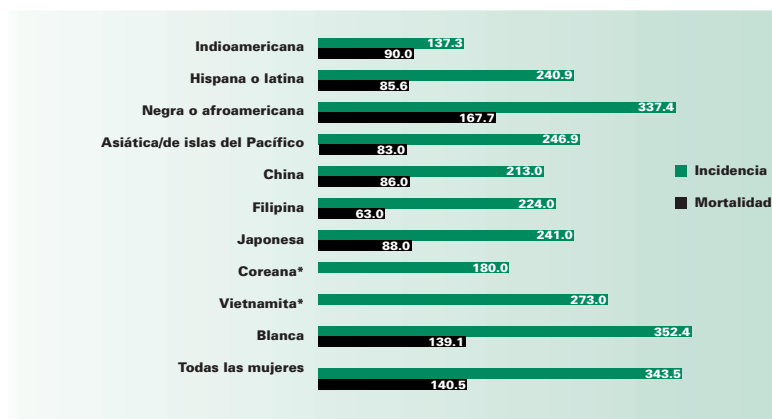
en 1999 que en 1980. (Los datos no están disponibles para las muertes hispanas en 1980).¹⁷

- Las mujeres negras tuvieron la tasa más alta ajustada por edad de muerte a causa de enfermedades del corazón en 1999 (más de 290 por cada 100,000), cerca de 1.7 veces la de las mujeres blancas no hispanas (218 por cada 100,000). La tasa de muerte fue casi 147 por cada 100,000 mujeres hispanas, seguida de tasas de 138 por cada 100,000 mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, y cerca de 122 por cada 100,000 mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico.¹⁷

Cánceres

- Los cánceres son la segunda causa principal de muerte para las mujeres de color, excepto por las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico para quienes son el asesino número uno.¹⁷
- Durante el período de 1990–1997, las incidencias ajustadas por edad de todos los cánceres por cada 100,000 mujeres alcanzaron desde altas de 352, entre las mujeres blancas y 337, entre las mujeres negras hasta la baja de 137, entre las mujeres indioamericanas. Otros grupos de mujeres que informan altas incidencias de cáncer, en general, fueron las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico, en 247 casos por cada 100,000 y las mujeres hispanas, en 241 casos por cada 100,000. (Nota: Estos datos están ajustados por edad utilizando la población de millón estándar de 1940 y por lo tanto no son comparables con cifras similares del “Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook”, producido por el Centro Nacional para Estadísticas de la Salud).¹³³
- En 1990–1997, las tasas de muerte entre las mujeres de color a causa de todos los cánceres variaban. La tasa más alta de muerte fue informada por las mujeres negras (168 por cada 100,000), siendo las tasas de muerte menores, las informadas entre las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (83 por cada 100,000) y entre las mujeres hispanas (86 por cada 100,000). Al igual que con la incidencia, altas tasas de muerte a causa de todos los cánceres fueron informadas por las mujeres blancas (139 muertes por cada 100,000 mujeres). (Nota: Estos datos están ajustados por edad utilizando la población de millón estándar de 1940 y por lo tanto no son comparables con cifras similares del “Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook”, producido por el Centro Nacional para Estadísticas de la Salud).¹³³

FIGURA 48
Incidencia ajustada por edad y mortalidad causa de todas las formas de cáncer entre las mujeres por raza/etnicidad, 1988–1992, 1990–1997
Por cada 100,000 de población



Fuente: National Cancer Institute, SEER Cancer Statistics Review 1973-1997, Age-Adjusted Seer Incidence and U.S. Mortality Rates – all sites. <http://cancernet.nci.nih.gov/statistics.html>.

* Tasa de mortalidad no disponible

- Las tasas de muerte ajustadas por edad (utilizando la población de millón estándar de 2000) para todos los cánceres en 1999 fueron lo más alto para las negras (200 por cada 100,000) y las blancas (169 por cada 100,000). Las tasas de muerte para las indioamericanas/nativas de Alaska (109 por cada 100,000), asiáticas o nativas de islas del Pacífico (104 por cada 100,000) y las mujeres latinas (101 por cada 100,000) fueron casi la mitad de la tasa informada para las mujeres negras.¹⁷
- La tasa de mortalidad a causa del cáncer entre las mujeres indioamericanas es más baja que la de la población general. Sin embargo, las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en selectas áreas de servicio del IHS – Alaska; Aberdeen (que incluye South Dakota, North Dakota, Nebraska y Iowa); Bemidji (que incluye Minnesota, Wisconsin, Michigan e Indiana); y Billings (que incluye Montana y Wyoming) – tienen tasas más altas de mortalidad a causa del cáncer que la que existe entre la población femenina total de los EE.UU.¹³⁴
- Las tasas de supervivencia de cinco años con todos los cánceres fueron más altas para las mujeres blancas que para las mujeres negras en 1989–1996. Más de tres quintas partes (63 por ciento) de las mujeres blancas sobreviven cinco años después del diagnóstico de cáncer, mientras que cerca de la mitad de las mujeres negras (49 por ciento) sobreviven esta cantidad de tiempo.¹⁷
- Los dos primeros cánceres asesinos de mujeres son los cánceres del pulmón y los bronquios y el cáncer del seno.¹³⁵
- Las tasas de muerte a causa de estas dos formas de cáncer varían entre las mujeres de color, siendo las tasas casi iguales dentro de algunos grupos y bastante diferentes dentro de otros grupos (1990–1997). Por ejemplo, las tasas de mortalidad para estos cánceres fueron casi iguales para las mujeres americanas negras (31 por cada 100,000 para el cáncer del seno y 33 por cada 100,000 para cánceres del pulmón y los bronquios). Sin embargo, las tasas de muerte para estos tipos de cánceres difieren para las mujeres blancas (25 por cada

100,000 para el cáncer del seno y 34 por cada 100,000 para los cánceres del pulmón y los bronquios) y para las mujeres indioamericanas (12 por cada 100,000 para el cáncer del seno y 20 por cada 100,000 para los cánceres del pulmón y los bronquios). (Nota: Estos datos están ajustados por edad utilizando la población de millón estándar de 1940 y por lo tanto no son comparables con cifras similares del "Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook", producido por el Centro Nacional para Estadísticas de la Salud).¹³³

- En 1999, las tasas de muerte ajustadas por edad (estandarizadas a la población del 2000) a causa de cánceres de la traquea, los bronquios, y el pulmón y de cáncer del seno difirieron considerablemente para todos los subgrupos de mujeres. Las mujeres negras (41 por cada

100,000) y las mujeres blancas (42 por cada 100,000) tuvieron tasas de muerte casi iguales a causa de cánceres de la traquea, los bronquios, y el pulmón seguidas de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (27 por 100,000), las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (20 por cada 100,000) y las mujeres hispanas (13 por cada 100,000). La tasa más alta de muerte a causa de cáncer del seno (36 por cada 100,000) ocurrió entre las mujeres negras, seguida por la de las mujeres blancas (26 por cada 100,000) y luego por las de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y las hispanas (ambas en 15 por cada 100,000) y las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (13 por cada 100,000).¹⁷

- Entre 1992 y 1994, 58 por ciento de las muertes a causa de cáncer entre las mujeres indio-

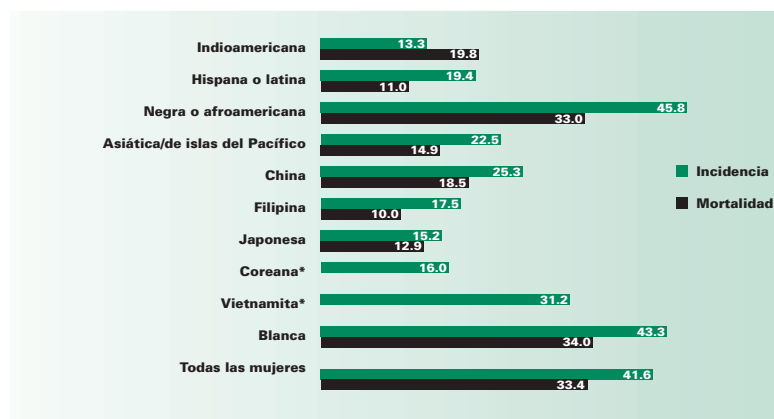
americanas fueron debidas a cáncer de la traquea, los bronquios y el pulmón.²²

- Los cánceres en otros sitios del cuerpo se encuentran con variadas frecuencias entre las mujeres de color. El cáncer colorectal y los cánceres del riñón y renales son más comunes y más mortales para las mujeres nativas de Alaska. El cáncer del estómago ataca a las mujeres vietnamitas y mata a las mujeres nativas de Hawaii más a menudo que a otras mujeres de color. El cáncer de la tiroides se halla más a menudo en las mujeres americanas filipinas, mientras que las mujeres coreanoamericanas adquieren cánceres del hígado y el conducto biliar más frecuentemente que otras mujeres de color. El cáncer del páncreas tiene mayor incidencia y tasas de mortalidad entre las mujeres americanas negras que entre otras mujeres de color.¹³⁶

CÁNCERES DEL PULMÓN Y LOS BRONQUIOS

- En años recientes, el cáncer del pulmón se ha convertido en el primer cáncer asesino entre las mujeres, sobrepasando al cáncer del seno. Las mujeres ahora cuentan para el 39 por ciento de todas las muertes relacionadas con el fumar, lo que incluye ambos, el cáncer del pulmón y las enfermedades del corazón.¹³⁶
- Durante el período de 1990 a 1997, la incidencia de cánceres del pulmón y los bronquios alcanzó desde una baja de 13 por cada 100,000 mujeres indio-americanas, hasta una alta de 46 por cada 100,000 mujeres negras. La incidencia fue también alta entre las mujeres que son blancas (43 por cada 100,000).¹³³
- Las mujeres hispanas (19 casos por cada 100,000) y las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (23 casos por cada 100,000) también informaron tasas bajas de cánceres del pulmón y los bronquios.¹³³
- Las tasas más altas de muerte a causa de cánceres del pulmón y los bronquios entre 1990 y 1997 fueron informadas por las mujeres blancas (34 por cada 100,000) y las negras (33 por cada 100,000).¹³³
- Las tasas más bajas de muerte a causa de cánceres del pulmón y los bronquios entre las mujeres son 11 por cada 100,000 mujeres hispanas y 15 por cada 100,000 mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico.¹³³
- En años recientes, la mortalidad a causa del cáncer del pulmón ha aumentado marcadamente

FIGURA 49
Incidencia ajustada por edad y mortalidad a causa de cánceres del pulmón y los bronquios entre las mujeres por raza/etnicidad, 1988–1992, 1990–1997
Por cada 100,000 de población



Fuente: National Cancer Institute, *SEER Cancer Statistics Review 1973-1997*, Age-Adjusted Seer Incidence and U.S. Mortality Rates – lung and bronchus (invasive). <http://cancernet.nci.nih.gov/statistics.html>.

* Tasa de mortalidad no disponible

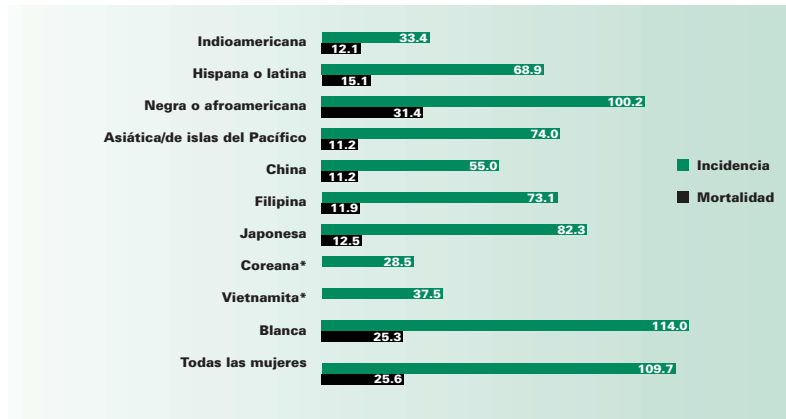
para las mujeres indioamericanas/ nativas de Alaska que viven en las siguientes áreas de servicio del IHS – Alaska, Aberdeen (North Dakota, South Dakota, Nebraska y Iowa), Billings (Montana y Wyoming) y Bemidji (Minnesota, Wisconsin, Michigan e Indiana). Las tasas de muerte a causa del cáncer del pulmón han subido de menos del promedio nacional, a de 1.5 a 2.5 veces la tasa de los EE.UU. en estos lugares. Las tasas para las mujeres indioamericanas en Arizona y New Mexico se han mantenido relativamente constantes, a menos de la tercera parte de la tasa nacional.¹³⁷

- Las muertes debidas a cánceres de la traquea, los bronquios y el pulmón (según se informaron los datos en 1999) mostraron el mismo patrón que en años anteriores para cánceres del pulmón y los bronquios. Las tasas más altas de muerte ajustadas por edad fueron entre las mujeres blancas (42 por cada 100,000) y las mujeres negras (41 por cada 100,000). Un total de 27 muertes por cada 100,000 mujeres indioamericanas/nativas de Alaska, 20 muertes por cada 100,000 mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico y 13 muertes por cada 100,000 mujeres hispanas también fueron informadas.¹⁷

CÁNCER DEL SENO

- Las mujeres blancas (114 por cada 100,000) y las mujeres negras (100 por cada 100,000) informaron las mayores incidencias de cáncer del seno, mientras que las mujeres indioamericanas (33 por cada 100,000) informaron la menor incidencia (1990–1997).¹³³ Aunque su incidencia es baja, las tasas de mortalidad debida al cáncer del seno entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska están en segundo lugar sólo tras aquellas para los cánceres de la traquea, los bronquios y el pulmón.²⁰
- Setenta y cuatro casos de cáncer del seno fueron informados por cada 100,000 mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (1990–1997). Las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico y las hispanas (69 por cada 100,000), así, tuvieron incidencias de cáncer del seno a mitad de camino entre las incidencias más altas y las más bajas entre las mujeres de color.¹³³
- El cáncer del seno es el cáncer más frecuentemente diagnosticado entre las mujeres americanas samoanas en el condado del Los Angeles. Lo mismo es cierto para las mujeres americanas samoanas en Hawaïi, aunque ellas tienen menos probabilidad de tener este tipo de cáncer que sus iguales californianas. Además, las mujeres americanas samoanas en California tienen casi igual probabilidad de tener cáncer del seno que las mujeres blancas, mientras que las mujeres americanas samoanas en Hawaïi tienen menos probabilidad de ser diagnosticadas con este tipo de cáncer. Las mujeres americanas samoanas en Hawaïi también tienen menos probabilidad de tener cáncer del seno que las mujeres nativas de Hawaïi.¹³⁸
- La tasa más alta de muerte a causa del cáncer del seno fue informada por las mujeres americanas negras (31 por cada 100,000), aunque su incidencia fue menor que la

FIGURA 50
Incidencia ajustada por edad y mortalidad a causa de cáncer del seno entre las mujeres por raza/etnicidad, 1988–1992, 1990–1997
Por cada 100,000 de población



Fuente: National Cancer Institute, SEER Cancer Statistics Review 1973-1997, Age-Adjusted Seer Incidence and U.S. Mortality Rates – breast. <http://cancer.net.nci.nih.gov/statistics.html>.
* Tasa de mortalidad no disponible

de las blancas. Entre 1990 y 1997, mientras que hubo más de un 2 por ciento de disminución en la mortalidad debida al cáncer del seno entre las mujeres blancas, entre las mujeres afroamericanas sólo hubo una disminución de un 0.2 por ciento.¹³³

- Las mujeres blancas (25 por cada 100,000) informaron las segundas tasas de muerte más altas a causa de cáncer del seno después de las mujeres negras. La tasa entre las mujeres hispanas (15 por cada 100,000) fue la tercera más alta.¹³³
- Las tasas de muerte a causa de cáncer del seno en 1999 reflejan un patrón similar al de años anteriores, con las tasas más altas entre las mujeres negras (35.6 por cada 100,000), seguidas de las mujeres blancas (26.4 muertes por cada 100,000). La tasa de muerte entre las mujeres hispanas e indioamericanas/nativas de Alaska es 15.4 por cada 100,000, con las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico que informan la tasa de muerte más baja (13.1 por cada 100,000).¹⁷
- En un estudio en New York, a través de la gama socioeconómica, las mujeres hispanas

tienden a ser diagnosticadas con cáncer del seno en etapas más avanzadas que las mujeres blancas. Como resultado, aunque las tasas de incidencia son más bajas, las mujeres hispanas tienen más probabilidad que las mujeres blancas de morir a causa del cáncer del seno.¹⁵

- Otro estudio halló que al momento del diagnóstico, no sólo tenían las mujeres hispanas más probabilidad que las mujeres blancas no hispanas de tener una etapa más avanzada de cáncer del seno, sino que también tenían más probabilidad de tener tumores más grandes que de 1 centímetro (cm). Mayores proporciones de mujeres centro/sur americanas, mejicanoamericanas y puertorriqueñas tenían tumores, más grandes que de 1 cm, que de mujeres blancas no hispanas. Los autores de este estudio ofrecen la teoría de que estos resultados reflejan el uso limitado de los análisis de mamografías entre las mujeres hispanas.¹³⁹
- El mismo estudio halló que las mujeres hispanas nacidas en América Latina tenían más probabilidad de tener un tumor más grande al momento de la detección del cáncer del seno que sus iguales nacidas en los

EE.UU. El hecho de que en otros estudios las mujeres hispanas nacidas en los Estados Unidos han demostrado una mayor familiaridad con los análisis de cáncer del seno que las mujeres nacidas en América Latina puede explicar esta disparidad.¹³⁹

- Aunque las mujeres indioamericanas en New Mexico y Arizona entre 1983 y 1994 informan ambas, menor incidencia y menores tasas de muerte, que las blancas no hispanas y que las hispanas, tasas de muerte más altas a causa de cáncer del seno se informan entre las indioamericanas en otras áreas de servicio del IHS.¹⁴⁰ Específicamente, una tasa de muerte ajustada por edad de 23 por cada 100,000 fue informada para las mujeres indioamericanas en las áreas de Bemidji y Portland

en 1994–1996; una tasa de 21 por cada 100,000 fue informada en el área de servicio de Billings (Montana y Wyoming) durante ese mismo período. La mortalidad del cáncer del seno entre las mujeres indioamericanas en las áreas de servicio de Phoenix y Tucson – 8 por cada 100,000 – fue menor que la informada en el Registro Nacional del Cáncer para New Mexico solo.⁷

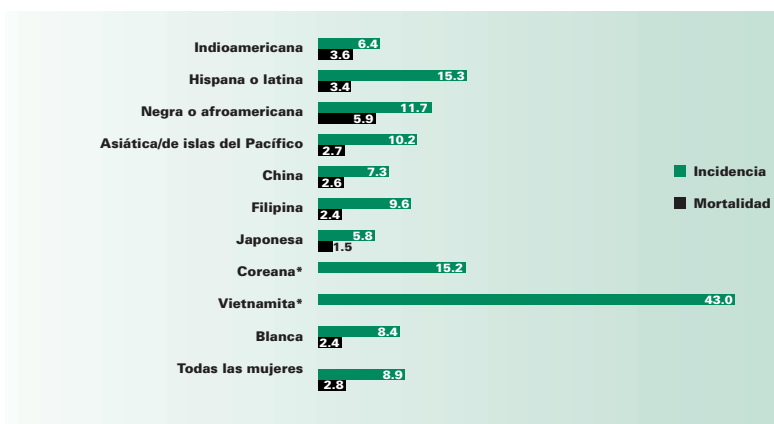
- Las tasas de cinco años de supervivencia con cáncer del seno reflejan la mortalidad indicada arriba. Ochenta y seis por ciento de las mujeres blancas sobreviven 5 años después del diagnóstico de cáncer del seno, aunque sólo 71 por ciento de las mujeres negras sobreviven la misma cantidad de tiempo.¹⁷
- Aunque las tasas relativas de 5 años de supervivencia para el cáncer del seno han aumentado

para las mujeres blancas no hispanas, las hispanas y las mujeres indioamericanas en New Mexico y Arizona (el área del Registro de Tumores de New Mexico) entre los períodos de 1969–1982 y de 1983–1994, las tasas se mantuvieron más bajas para las hispanas y las indioamericanas que para las blancas. En 1969–1982, las tasas de supervivencia fueron 73 por ciento para las mujeres blancas no hispanas, 70 por ciento para las hispanas, y 46 por ciento para las mujeres indioamericanas. En el período de 1983–1994, estas tasas de 5 años de supervivencia fueron 85 por ciento para las mujeres blancas no hispanas, 76 para las hispanas y 75 por ciento para las indioamericanas.¹⁴⁰

CÁNCER CERVICAL

- La incidencia de cáncer cervical varía entre las mujeres de color desde una baja de seis por cada 100,000 mujeres indioamericanas hasta tasas de 15 o más por cada 100,000 entre las mujeres nativas de Alaska, las coreanas, las vietnamitas y las hispanas (1990–1997). Las mujeres vietnamitas tienen la incidencia más alta entre todas las mujeres – 43 por cada 100,000.^{133,141}
- Las mujeres negras (12 casos por cada 100,000) y las mujeres blancas (ocho casos por cada 100,000) tenían más probabilidad de tener cáncer cervical que las mujeres indioamericanas, pero menos probabilidad de tenerlo que las mujeres hispanas (15 casos por cada 100,000).¹³³
- La incidencia de cáncer cervical para las mujeres hispanas en el condado Los Angeles, Denver, New York, New Jersey, y el condado Dade (FL) alcanzó desde una baja de 10 por cada 100,000 (condado Dade, FL) hasta una alta de 39 por cada 100,000 (New Jersey). La incidencia en el condado Dade primordialmente refleja a las mujeres cubanas, mientras que la tasa de New Jersey principalmente refleja a las mujeres puertorriqueñas. Las tasas en los otros tres lugares fueron alrededor de 20 por cada 100,000 mujeres.¹⁴²
- Aunque el cáncer cervical fue uno de los tipos de cáncer diagnosticados más comúnmente entre las mujeres americanas samoanas en Hawaii, estas mujeres tenían un riesgo significativamente menor de ser diagnosticadas con este tipo de cáncer que las nativas de Hawaii o las mujeres blancas.¹³⁸
- Las mujeres indioamericanas en New Mexico tuvieron una incidencia baja de cáncer cervical, pero la tasa más alta de muerte – 8 por cada 100,000 – informada por el Registro Nacional de Cáncer durante el período de

FIGURA 51
Incidencia ajustada por edad y tasas de mortalidad a causa de cáncer cervical entre las mujeres por raza/etnicidad, 1988–1992, 1990–1997
Por cada 100,000 de población



Fuente: National Cancer Institute, SEER Cancer Statistics Review 1973-1997, Age-Adjusted Seer Incidence and U.S. Mortality Rates – cervix uteri. <http://cancer.net.nci.nih.gov/statistics.html>.
* Tasa de mortalidad no disponible

1988–1992. La tasa de muerte (0.8 por cada 100,000) informada entre las mujeres indioamericanas que vivían en el área de servicio del IHS en Albuquerque (partes de New Mexico, Colorado, y Texas) en esa época, sin embargo, era menor que la tasa informada de parte del Registro Nacional de Cáncer para las mujeres indioamericanas en New Mexico, en general.^{143,144} Cuando se examinó la mortalidad ajustada por edad para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska en las áreas de servicio del IHS para 1994-1996, la tasa de muerte más alta (más de 11 muertes por cada 100,000 mujeres indioamericanas) se informó en otro lugar – en el área de servicio de Bemidji. En el área de servicio de Phoenix, poco más de 6 muertes por cada 100,000 mujeres fueron informadas.⁷

La tasa de muerte para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska a causa de cáncer cervical es alta porque a menudo estas mujeres son diagnosticadas más tarde y así tienen una tasa

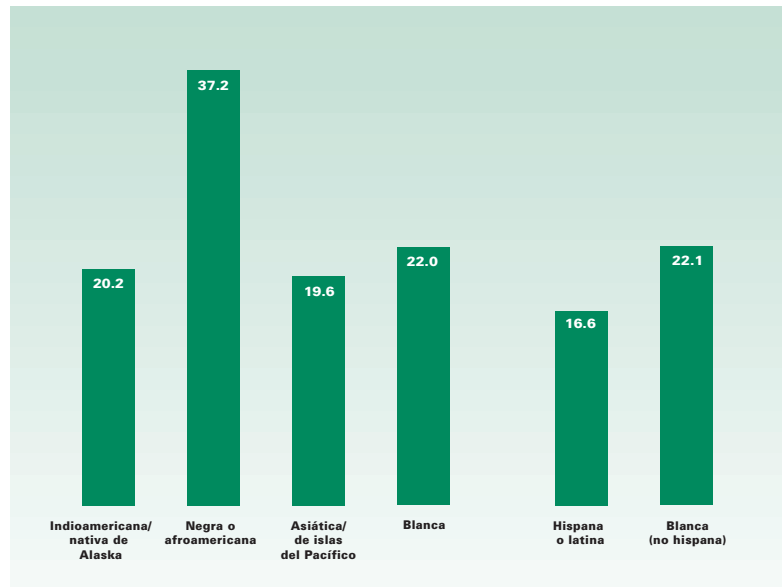
de supervivencia más pobre que otras mujeres.¹⁴⁵

- Las mujeres negras también informan una tasa alta de muerte a causa de cáncer cervical (7 por cada 100,000). Las tasas de muerte para todos los otros grupos de mujeres (aparte de las negras y las indioamericanas) están cerca de 3 o menos por cada 100,000 mujeres.^{133,141} La tasa de muerte para las mujeres que viven en Puerto Rico (2.2 por cada 100,000 de 1995–1997) es comparable con las tasas para las mujeres blancas y las asiáticas o nativas de islas del Pacífico, en general, y algo menores que la de todas las mujeres latinas (3 por cada 100,000).¹⁸
- La tasa de 5 años de supervivencia para las blancas excede aquella de las negras para el cáncer cervical. Durante el período de 1989–1996, cerca de 72 por ciento de las mujeres blancas, pero sólo alrededor de 59 por ciento de las mujeres negras, sobrevivieron 5 años después del diagnóstico de cáncer cervical.¹⁷

Enfermedades cerebrovasculares

- Las enfermedades cerebrovasculares fueron la tercera causa principal de muerte para las mujeres de la mayoría de los grupos raciales/étnicos, excepto las indioamericanas/nativas de Alaska (para quienes fue la quinta causa principal de muerte). En 1999, un total de 102,864 mujeres de todos los grupos raciales/étnicos murieron de enfermedades cerebrovasculares. (Nota: Este total es menos de la suma de 105,963, obtenida si se suman las cifras para los grupos en la tabla con las causas principales de muerte, porque las 3,099 mujeres hispanas han sido asignadas a grupos raciales para evitar contarlas dos veces).¹⁷
- La tasa de mortalidad a causa de enfermedades cerebrovasculares (primordialmente derrames) en 1999 entre las mujeres negras fue mayor que para todas las otras mujeres (78 por cada 100,000 mujeres, ajustada por edad). Las tasas de muerte ajustadas por edad entre las otras mujeres de color a causa de enfermedades cerebrovasculares fueron las siguientes: 60 por cada 100,000 mujeres blancas no hispanas, 48 por cada 100,000 para las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico, 38 por cada 100,000 para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y 36 por cada 100,000 mujeres hispanas.¹⁷

FIGURA 52
Tasas de mortalidad ajustadas por edad a causa de enfermedades cerebrovasculares entre las mujeres por raza/etnicidad, 1999
Muertes por cada 100,000 de población



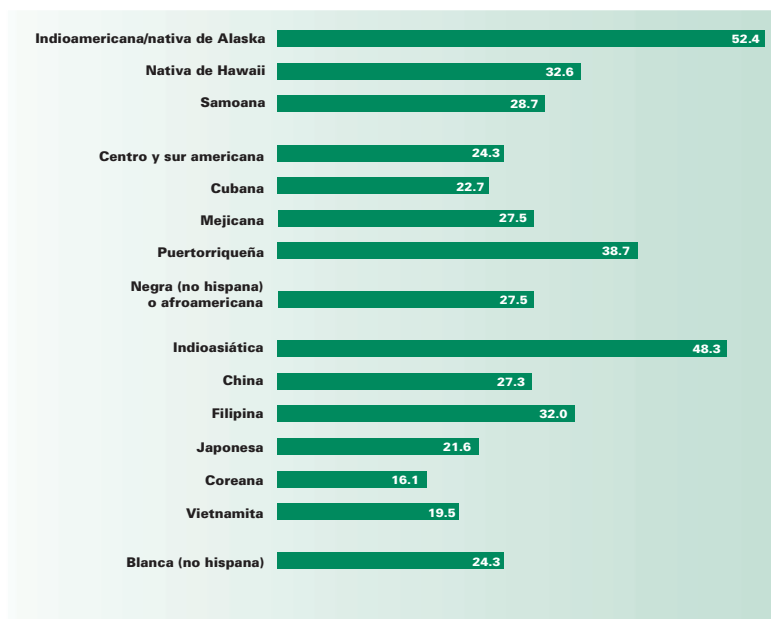
Fuente: National Center for Health Statistics, Health, United States, 2001 with Urban and Rural Health Chartbook, Hyattsville, MD: 2001 (pgs 192-94).

- Entre 1980 y 1999, la proporción de todas las muertes entre mujeres que eran debidas a enfermedades cerebrovasculares disminuyó para las negras (de 11 a 8 por ciento) y para las blancas (de 11 a cerca de 9 por ciento). Esta proporción se mantuvo casi constante para las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico (bajando sólo de 12 a 11 por ciento) y para las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (manteniéndose alrededor de 6 por ciento). En 1999, las muertes debidas a enfermedades cerebrovasculares formaron cerca del 7 por ciento de todas las muertes de las mujeres hispanas. (Las muertes debidas a enfermedades cerebrovasculares entre las mujeres hispanas en 1980 no se han informado).¹⁷

Diabetes mellitus

- La diabetes mellitus, una condición crónica caracterizada por el metabolismo anormal de la glucosa, es un problema de salud principal y una causa de mortalidad aumentada entre las mujeres de color. La diabetes afecta primordialmente el sistema circulatorio y está frecuentemente asociada con condiciones tales como la arterioesclerosis (endurecimiento de las arterias) y el fallo renal.¹⁴⁶
- Las manifestaciones de la diabetes mellitus varían sólo un poco entre las mujeres de color. Aunque la diabetes de gestación (la diabetes que ocurre en una mujer embarazada) está presente en 1–3 por ciento de todos los embarazos en las poblaciones blancas y negras, la mortalidad perinatal (mortalidad infantil al nacer) para las mujeres embarazadas afroamericanas con diabetes es tres veces aquella de las mujeres embarazadas blancas con diabetes. En un estudio de los Navajo, la diabetes de gestación fue identificada en 6 por ciento de todos los embarazos. Entre las madres indioamericanas/nativas de Alaska con diabetes de gestación, cerca de 60 por ciento desarrollarán diabetes de por sí dentro de los 16 años a partir del parto.^{145,147}
- Las tasas de diabetes de gestación varían marcadamente entre las mujeres de color, desde las bajas de 16 por cada 1,000 singulares, bebés nacidos vivos de madres coreanas, y 20 por cada 1,000 singulares, bebés nacidos vivos a madres vietnamitas, hasta alrededor de 50 por cada 1,000 tales nacimientos a madres indioasiáticas e indioamericanas o nativas de Alaska.⁹³
- En 1998, la prevalencia de diabetes entre los nativos de Hawái (de ambos sexos) en Hawái era 47 por cada 1,000. Sólo los americanos japoneses en Hawái (de ambos sexos) informaron una tasa más alta (63 por cada 1,000).¹⁴⁸

FIGURA 53
Tasa ajustada por edad de diabetes entre las mujeres durante el embarazo por raza/etnicidad, 1993–1995
Por cada 1,000 nacimientos vivos



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. Diabetes During Pregnancy – United States, 1993–1995, MMWR 47 (20): 408–14.

- Las mujeres mayores tienen más probabilidad de tener diabetes que las mujeres de mediana edad. La diferencia entre las porciones de las mujeres de mediana edad y las mujeres mayores Yaqui y Navajo con diabetes es alrededor de 40 puntos de porcentaje. Esto es cerca de cuatro veces mayor que las diferencias entre las porciones de las mujeres de mediana edad y las mujeres mayores indioamericanas/nativas de Alaska de otras tribus y que las diferencias para las mujeres negras con diabetes. Hay una diferencia de sólo 6 puntos de porcentaje entre las porciones de las mujeres blancas de mediana edad y las mujeres mayores con esta enfermedad.^{28,29,123}
- En 1996, la prevalencia ajustada por edad de la diabetes fue cerca de 58 por cada 1,000 mujeres negras. Según indicado arriba, sin embargo, las mujeres mayores tienen mucha más probabilidad de ser diabéticas. La prevalencia de diabetes entre las mujeres negras por grupo de edad fue como sigue – 9 por cada 1,000 para las edades desde el nacimiento hasta los 44 años, 139 por cada 1,000 para las edades de 45 a 64 años, casi 208 por cada 1,000 para las edades de 65 a 74, y 229 por cada 1,000 para aquellas en edades de 75 años o más.¹⁴⁹
- Entre los americanos japoneses de segunda generación, de 45 a 74 años de edad, que residen en King County, WA, 20 por ciento de los hombres y 16 por ciento de las mujeres tenían diabetes mellitus.¹⁵⁰
- Las diferencias en la prevalencia de diabetes entre las mujeres blancas por grupo de edades son mucho menos dramáticas. En 1996, la tasa de prevalencia ajustada por edad fue casi 27 por cada 1,000 para todas las

mujeres blancas. Por grupo de edades, la tasa alcanzó desde 9 por cada 1,000 para las edades desde el nacimiento hasta los 44 años, 51 por cada 1,000 para las edades de 45 a 64 años, 90 por cada 1,000 para las edades de 65 a 74 años, y 94 por cada 1,000 mujeres blancas en edades de 75 años o más.¹⁴⁹

- Las mujeres mayores indioamericanas/nativas de Alaska y las mejicanoamericanas están entre las que más probabilidad tienen de tener diabetes (32 y 30 por ciento, respectivamente), seguidas de las negras (25 por ciento) y las mujeres blancas (15 por ciento).^{28,29,45}
- La prevalencia más alta de diabetes fue hallada entre las mujeres indias Yaqui. Cincuenta por ciento de las mujeres Yaqui entre 35 y 54 años de edad y 92 por ciento de las mujeres Yaqui entre 55 y 64 años de edad eran diabéticas (1990). La prevalencia de diabetes entre las mujeres indias Pima alcanzó desde una baja de 15 por ciento (entre las mujeres de 24 a 34 años de edad) hasta una alta de 68 por ciento (entre las mujeres de 55 a 64 años de edad) (1965–1975). Por otro lado, las mujeres nativas de Alaska tienden a tener mucha menor prevalencia de diabetes. Entre las nativas de Alaska, las mujeres aleutas de 65 años de edad o mayores tuvieron la proporción más grande de mujeres diabéticas (sólo 12 por ciento) en 1985.²⁸
- Dieciséis por ciento de las mujeres puertorriqueñas y 15 por ciento de las mujeres mejicanoamericanas (de 45 a 74 años de edad) informaron tener diabetes (1982–1984).

Para las mujeres mejicanoamericanas, sin embargo, con mayor aculturación viene menos obesidad y una prevalencia más baja de diabetes.^{32,45}

- En un estudio de mujeres puertorriqueñas y dominicanas en edades de 55 años o más en Massachusetts (1991–1997), alrededor de dos quintas partes de cada grupo (40 por ciento de las mujeres puertorriqueñas y 39 por ciento de las mujeres dominicanas) informaron diabetes tipo 2. (Diabetes tipo 2, la forma más común, era antes conocida como diabetes mellitus no dependiente de insulina o diabetes con comienzo en la madurez.) Sólo una cuarta parte (25 por ciento) de las mujeres blancas no hispanas en edades de 55 años o más también informaron diabetes tipo 2.^{151,152}
- La diabetes tipo 2 y el estado socioeconómico tienen una relación inversa para las mujeres negras y blancas, aunque lo mismo no es cierto para los hombres negros y blancos. Para las mujeres de ambos grupos, según sube la Proporción Pobreza Ingreso (PIR), la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 disminuye. (La Proporción Pobreza Ingreso [PIR] se calcula dividiendo el ingreso familiar por la línea de pobreza federal).¹⁵³
- Entre las mujeres blancas (pero no las negras), el mayor logro educacional está asociado con el menor riesgo de desarrollar diabetes.¹⁵³
- Los resultados de salud para los negros (ambos, mujeres y hombres) con diabetes son mucho peores que aquellos de los blancos. Los negros tienen

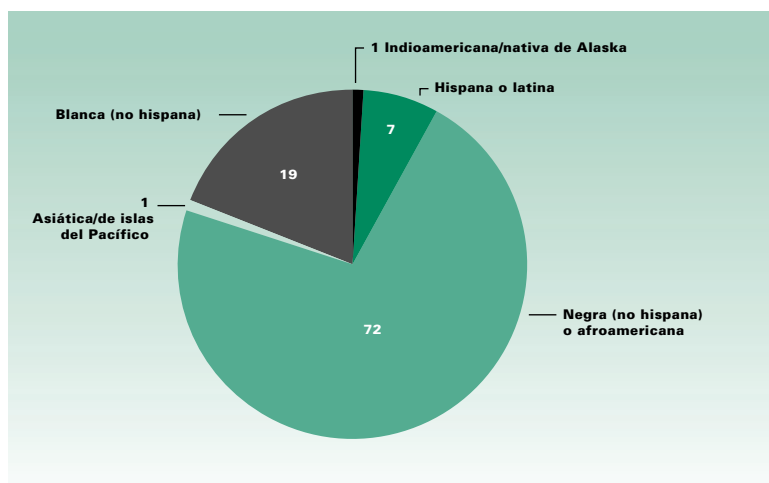
más probabilidad de quedar ciegos, sufrir amputaciones, desarrollar daño renal de etapa final, y morir a causa de la diabetes.¹⁴⁶ Entre los americanos negros, la tasa de amputación debida a la diabetes es 9 por cada 1,000, mientras que esta tasa es sólo 6 por cada 1,000 entre los americanos blancos.¹⁵⁴

- Los años de vida potencial perdidos debido a la diabetes antes de la edad de 75 años (ajustada por edad por cada 100,000 de población menor de 75 años de edad) claramente reflejan las pérdidas causadas por la diabetes entre las mujeres afroamericanas y entre las indioamericanas/nativas de Alaska. En 1988, las mujeres negras perdieron 369.5 años y las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska perdieron 327.8 años de vida potencial a la diabetes mellitus. Las mujeres hispanas perdieron 188.7 años de vida potencial; las mujeres blancas perdieron 127.4 años; y las asiáticas o nativas de islas del Pacífico perdieron 68.2 años.¹⁷
- La tasa de amputaciones debidas a la diabetes entre la tribu india Pima es casi cuatro veces la de los blancos.¹⁵⁴
- Desde 1990 hasta 1992 y en 1993, las tasas de mortalidad a causa de la diabetes entre las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y las negras no hispanas fueron cerca de tres veces aquellas de las mujeres blancas no hispanas – 28 por cada 100,000 mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y 27 por cada 100,000 mujeres afroamericanas versus 10 por cada 100,000 mujeres blancas.^{80,155}

Enfermedades transmitidas por contacto sexual entre las mujeres de color

- Entre todos los grupos de edades, alrededor de 75 por ciento de los casos de gonorrea fueron informados por mujeres negras. Entre las mujeres de 20 a 44 años de edad, 72 por ciento de las mujeres infectadas con gonorrea eran negras no hispanas, 19 por ciento eran blancas no hispanas y 7 por ciento eran hispanas. Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico, cada una, informaron 1 por ciento de los casos de gonorrea.¹⁵⁶
- Un total de 764 casos de gonorrea por cada 100,000 mujeres negras no hispanas fueron informados en 1999, en comparación con 77 casos por cada 100,000 mujeres hispanas. La tasa de gonorrea informada para las mujeres blancas no hispanas fue considerablemente más baja (cerca de 34 por cada 100,000).¹⁵⁷
- En 1999, la cantidad de casos de gonorrea entre las mujeres de color culminó entre las de 15 a 19 años de edad, y disminuyó constantemente con cada agrupación de 4 años entre las edades de 20 y 44 años.¹⁵⁶
- A pesar de la disminución en la tasa entre las mujeres entre las edades de 20 y 44 años, las tasas de gonorrea entre las mujeres negras en edades de 35 a 39 años fueron considerablemente mayores que entre otros grupos de mujeres. La tasa de casi 332 casos por cada 100,000 mujeres negras no hispanas en 1999 fue 15 veces la tasa entre las mujeres blancas no hispanas (22 por cada 100,000) y casi nueve veces la tasa entre las mujeres latinas (38 per 100,000).¹⁵⁷
- Entre las mujeres mayores de 65 años de edad, menos de 1 por cada 100,000 mujeres blancas no hispanas adquirieron gonorrea

FIGURA 54
Casos de gonorrea entre mujeres en edades de 20 a 44 años por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



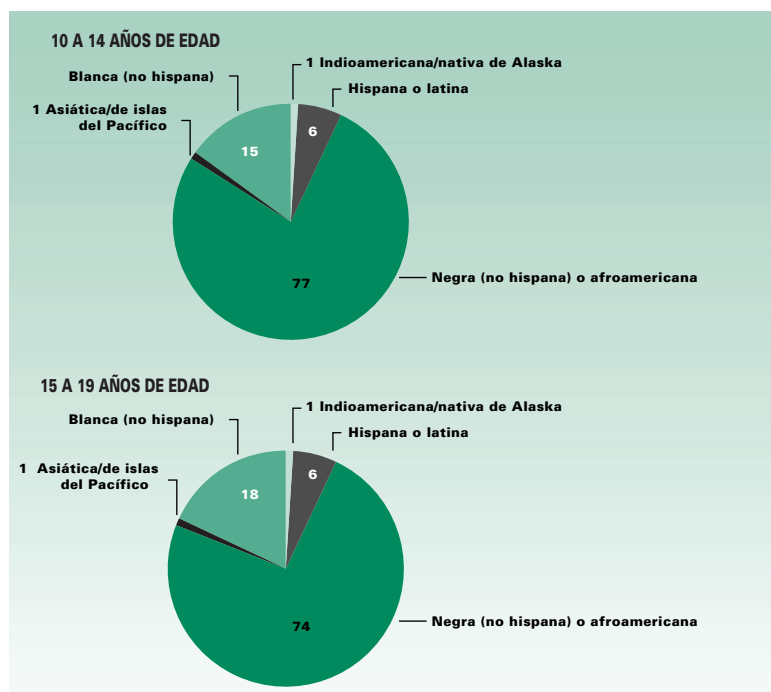
Fuente: Division of STD Prevention, *Sexually Transmitted Disease Surveillance, 1999*, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), September 2000: pg. 88.

- en 1999. En comparación, casi 2 por cada 100,000 mujeres hispanas y casi 7 por cada 100,000 mujeres negras no hispanas, en este grupo de edades, contrajeron gonorrea.¹⁵⁷
- Entre 1991 y 1994, la tasa de sífilis entre todas las mujeres de color disminuyó. De las mujeres que tenían sífilis en 1991, una tercera parte de las mujeres hispanas y aproximadamente la mitad de las negras no hispanas, de las indioamericanas o nativas de Alaska, de las asiático-americanas y de las mujeres blancas no hispanas contrajeron sífilis en 1994.¹⁵⁸
- La tasa de sífilis, en general, entre las mujeres de color en 1999 fue más alta entre las mujeres negras no hispanas (más de 12 por cada 100,000) y más baja entre las mujeres blancas no hispanas (menos de una por cada 100,000). Casi 1 por cada 100,000 mujeres hispanas también contrajeron sífilis ese año.¹⁵⁷
- Entre 1988 y 1994, las mujeres negras tenían tres veces la probabilidad de las mujeres blancas de estar infectadas con el virus del herpes simple tipo 2.¹⁵⁷
- La enfermedad inflamatoria de la pelvis (PID), una infección transmitida por contacto sexual, ataca el tracto reproductivo femenino superior y puede conducir a embarazos ectópicos y a cicatrices en las trompas. Las mujeres de color informaron una tercera parte de todos los casos de PID, y la incidencia de embarazos ectópicos en las mujeres negras fue 1.5 veces aquella de todas las otras mujeres de color.¹⁵⁹
- Las incidencias mucho más altas de enfermedades transmitidas por contacto sexual (STDs) entre las mujeres afroamericanas que entre las mujeres blancas puede ser atribuible en parte a las localidades donde las mujeres buscan cuidado primario. Las mujeres negras tienen más probabilidad que las mujeres blancas de recibir servicios en clínicas públicas, las cuales tienen informes más abarcadores de STD en la salud pública que los médicos privados.¹⁵⁷

Enfermedades transmitidas por contacto sexual entre las mujeres adolescentes de color

- En 1999, la cantidad de casos de gonorrea por cada 100,000 muchachas negras no hispanas (10 a 14 años de edad) fue 282, más de diez veces la cantidad informada por las mujeres adolescentes hispanas (25 por cada 100,000). Las muchachas blancas no hispanas tuvieron la tasa más baja de gonorrea (13 por cada 100,000) seguidas de las muchachas hispanas (25 por cada 100,000).¹⁵⁷
- Las muchachas negras no hispanas informaron más de tres cuartas partes (77 por ciento) de la cantidad total de casos de gonorrea entre las muchachas en edades de 10 a 14. El 23 por ciento restante quedó dividido como sigue: blancas no hispanas, 15 por ciento; hispanas, 6 por ciento; y las indioamericanas/nativas de Alaska y las asiáticas o nativas de islas del Pacífico, 1 por ciento cada una.¹⁵⁶
- La incidencia de gonorrea entre las mujeres adolescentes mayores (15 a 19 años de edad) fue más de 10 veces aquella de entre las mujeres de 10 a 14 años de edad. La tasa informada de gonorrea entre las mujeres de 15 a 19 años de edad alcanzó desde una baja de más de 198 por cada 100,000 (entre las blancas no hispanas) hasta una alta de casi 3,691 por cada 100,000 (entre las negras no hispanas).¹⁵⁷
- Cerca de tres cuartas partes (74 por ciento) de los casos de gonorrea en las mujeres en edades de 15 a 19 años fueron entre mujeres negras no hispanas.¹⁵⁶

FIGURA 55
Casos de gonorrea entre mujeres adolescentes por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



Fuente: Division of STD Prevention, *Sexually Transmitted Disease Surveillance, 1999*, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), September 2000: pg. 88.

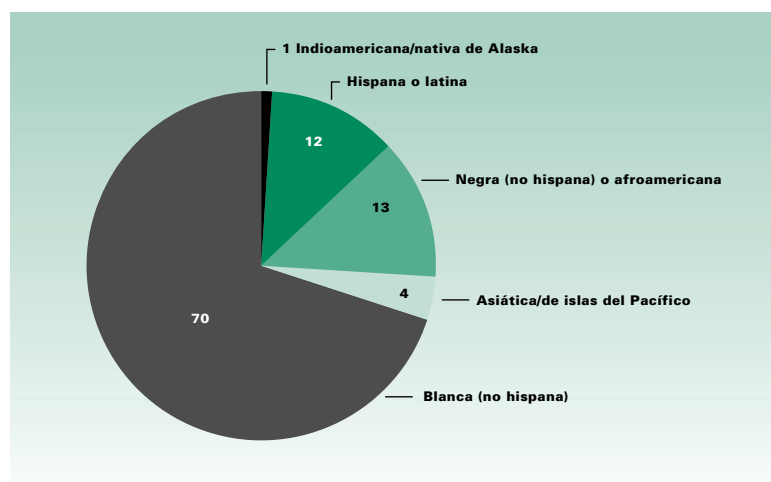
- Las muchachas hispanas y blancas no hispanas de 10 a 14 años de edad informaron una muy baja incidencia de sífilis en 1999 (menos de una por cada 100,000). Las tasas de sífilis para las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad de estos mismos grupos raciales/étnicos también fueron pequeñas – menos de 2 por cada 100,000. La incidencia de sífilis para las muchachas negras no hispanas de 10 a 14 años de edad fue poco más de 1 por cada 100,000, no muy diferente a la de sus

iguales hispanas y blancas. Sin embargo, las mujeres negras no hispanas de 15 a 19 años de edad contrajeron sífilis a una tasa significativamente más alta (cerca de 20 por cada 100,000) que las adolescentes negras más jóvenes o las hispanas y que las adolescentes blancas en edades de 15 a 19 años.¹⁵⁷

Infección del VIH y SIDA

- El virus de inmunodeficiencia humano (VIH) que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha infectado a una cantidad creciente de mujeres desde 1985, el año en el cual la condición fue rastreada por primera vez como una enfermedad infecciosa entre las mujeres. (Nota: El rastreo comenzó en 1981 para los hombres.) Entre 1985 y diciembre, 2000, la proporción de todos los casos informados de SIDA que ocurrieron entre mujeres aumentó de 7 a 17 por ciento, afectando la enfermedad desproporcionadamente a las mujeres de color.¹⁶⁰
- Entre 1985 y diciembre, 2000, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) habían recibido informes de 38,154 casos de infección del VIH y 130,104 casos de SIDA entre mujeres y adolescentes en edades de 13 años o más. Durante el 2000 solo, 6,769 casos nuevos de infección del VIH fueron informados entre esta población.¹⁶⁰
- La mayoría de estos casos de infección del VIH y SIDA fueron entre las mujeres negras y las hispanas. Aunque las mujeres negras formaban cerca de 13 por ciento de todas las mujeres en 2000, las mujeres negras contaron para el 68 por ciento de todos los casos de infección del VIH y 58 por ciento de todos los casos de SIDA, informados entre mujeres entre 1985 y diciembre 2000. En forma similar, aunque sólo 12 por ciento de todas las mujeres son latinas, las latinas contaron para 20 por ciento de todos los casos de SIDA informados entre las mujeres. Las mujeres hispanas estaban subrepresentadas en los casos de infección del VIH, sin embargo, al contar para sólo el 7 por ciento de todos los casos.^{160,161}
- La mayoría de los casos nuevos de SIDA se desarrollan entre las mujeres afroamericanas o latinas. De hecho, durante 2000, las mujeres afroamericanas y las

FIGURA 56
Distribución de mujeres por raza/etnicidad, 2000
Por ciento



Fuente: U.S. Census Bureau, Population Division, Population Estimates Program, *Resident Population Estimates of the United States by Sex, Race, and Hispanic Origin*, Washington, DC, January 2001.
<http://www.census.gov/population/estimates/nation/infile3-1.txt>.

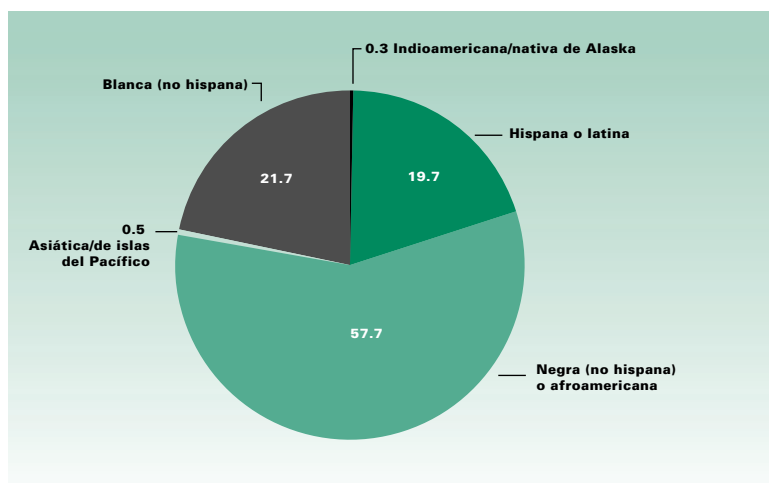
latinas contaron para el 80 por ciento de estos casos de SIDA informados entre las mujeres.¹⁶⁰

- En particular, de las mujeres afroamericanas con SIDA – una creciente proporción de las cuales vive en áreas económicamente desventajadas en el sureste de los Estados Unidos – se ha notado que “no viven tanto o no mueren tan bien como sus iguales blancas o masculinos”.²⁴ Las 26,522 mujeres negras que residen en 11 estados del sureste que fueron diagnosticadas con SIDA entre 1985 y 1999 a menudo consideran su diagnóstico como el menor de sus problemas, estando el cuidado de niños, el abuso de alcohol o las sustancias, y la falta de seguro de salud demasiado a menudo más altos en sus listas de preocupaciones.¹⁶²
- Entre las mujeres, los dos métodos principales de transmisión de la infección del VIH son uso de drogas inyectables y contacto heterosexual. Desde 1985, mayores participaciones de mujeres blancas no hispanas (42 por ciento), mujeres negras no hispanas (41 por ciento) y mujeres indioamericanas/nativas de Alaska (45 por ciento) han informado el uso de drogas inyectables como la categoría de mayor exposición para los casos de SIDA. El contacto heterosexual fue informado como la categoría de mayor exposición para el SIDA entre las mujeres hispanas (47 por ciento), seguida por el uso de drogas intravenosas (40 por ciento). Las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico también informaron del contacto heterosexual como la fuente principal de infección (49 por ciento), mientras que sólo 16 por ciento informó del uso de drogas intravenosas.¹⁶⁰
- Durante 2000, los patrones de transmisión de la infección del VIH y SIDA entre las mujeres fueron generalmente consistentes con aquellos informados en años anteriores. Más de dos quintas partes (43 por ciento) de las mujeres hispanas informaron el contacto heterosexual como la causa del SIDA, con más de la cuarta parte (27 por ciento) citando uso de drogas

intravenosas. Más de dos quintas partes (43 por ciento) de las mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico también informaron del contacto heterosexual como la causa del SIDA, con 5 por ciento que identificaron la transfusión de sangre como su categoría de transmisión (la más alta entre cualquiera de los grupos de mujeres para los cuales se informaron datos) y 3 por ciento que la atribuyeron al uso de drogas intravenosas.¹⁶⁰

- Entre las mujeres hispanas, la mayoría de los casos de infección del VIH y SIDA son informados por las mujeres puertorriqueñas, quienes, como ciudadanas de los EE.UU., son el grupo más aculturado a la sociedad de los EE.UU. La aculturación entre los hispanos parece jugar un papel en la transmisión del VIH/SIDA, con el uso de drogas intravenosas lo más prevalente entre las latinas más aculturadas. Las latinas menos aculturadas informan un percibido bajo riesgo de SIDA porque tienen menos probabilidad de informar uso de drogas ilegales o de involucrarse en actividades sexuales con múltiples parejas.¹⁶³
- Ya que es difícil conducir experimentos controlados con los usuarios de drogas intravenosas, este grupo de pacientes de VIH/SIDA tiene menos probabilidad de ser incluido en los protocolos experimentales. Esto significa que las mujeres negras y las indioamericanas/nativas de Alaska pueden tener menos probabilidad de recibir medicamentos antivirales que otros grupos de pacientes de VIH/SIDA, cuyos miembros están menos dominados por usuarios de drogas intravenosas.¹⁶⁴ Además, las personas con exposición al VIH a causa del uso IV de drogas tienen más probabilidad (que las personas con otro tipo de exposición) de informar una tardanza de más de 3 meses en recibir cuidado después del diagnóstico con la enfermedad.¹⁶⁵
- Las mujeres negras y las hispanas pueden ser más vulnerables que

FIGURA 57
Casos de SIDA entre mujeres por raza/etnicidad
informados hasta el final de diciembre, 2000
Por ciento



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report*, 2000; 12 (2): p. 20.

las mujeres blancas a la transmisión heterosexual del VIH/SIDA, a través del contacto sexual con hombres bisexuales. En comparación a los hombres gay blancos, mayores proporciones de hombres gay negros e hispanos informan tener contacto sexual con ambos, hombres y mujeres – 30 por ciento para los hombres gay negros, 20 por ciento para los hombres gay hispanos, y 13 por ciento para los hombres gay blancos.^{164,166}

- Aunque sólo 426 casos de SIDA fueron informados entre las mujeres indioamericanas o nativas de Alaska entre 1985 y diciembre 2000, esta cifra (y todos los datos informados acerca del VIH/SIDA entre los indioamericanos o nativos de Alaska) puede ser un subestimado.¹⁶⁰ Es difícil contar y rastrear las condiciones de salud entre los indioamericanos/nativos de Alaska, algunos de los cuales son muy móviles entre sus reservas y las áreas urbanas o suburbanas.^{167,168} Las tasas informadas de mortalidad debida a infección del VIH varían entre las áreas de servicio del IHS, con las áreas de Alaska y Portland

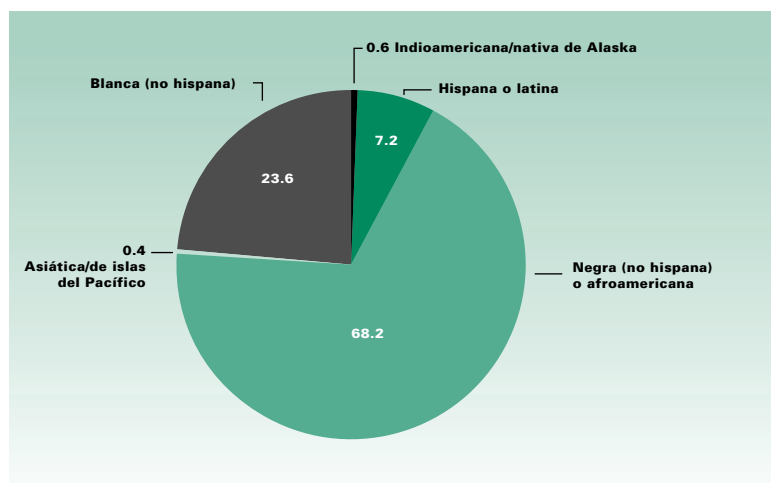
que informan las tasas de muerte más altas durante el período de 1991–1993.¹⁴³

- La infección del VIH como una causa de muerte entre las mujeres de color, sin embargo, varía considerablemente por grupo de edad. Por ejemplo, en 1998 la infección del VIH fue calificada como la tercera causa de muerte para las mujeres negras en edades de 25 a 44 años. Entre las mujeres negras en edades de 15 a 24 años y edades de 45 a 64 años, la infección del VIH fue, respectivamente, la quinta y la séptima causa principal de muerte.¹⁶⁹ Entre las latinas, la infección del VIH no fue un asesino en los primeros diez puestos para las mujeres en edades de 15 a 24 años; sin embargo, ésta ocupó el cuarto lugar asesino para las latinas en edades de 25 a 44 años y el noveno asesino para las latinas en edades de 45 a 64 años en 1998. Entre todas las mujeres en 1998, la infección del VIH fue el asesino en octavo lugar para las de 15 a 24 años de edad, y el asesino en quinta posición de las de 25 a 44 años de edad. No se halló entre los

primeros diez puestos como asesino de las mujeres en edades de 45 a 64 años.¹⁶⁹

- La tasa de muerte ajustada por edad a causa de la infección del VIH entre las mujeres negras de todas las edades fue 13 por cada 100,000, seguida de la tasa de 3 muertes por cada 100,000 mujeres hispanas. La tasa de muerte por cada 100,000 fue 1 para las mujeres blancas, mientras que hubo tan pocas muertes de mujeres indioamericanas/ nativas de Alaska y de mujeres asiáticas o nativas de islas del Pacífico que las tasas no fueron informadas.¹⁷
- Aunque las tasas de muerte a causa de la infección del VIH son más bajas para las mujeres de 45 a 64 años de edad que entre las mujeres más jóvenes, las mujeres negras informaron la tasa más alta (19 por cada 100,000) entre este grupo de edades, también en 1999. Cerca de 5 por cada 100,000 mujeres hispanas en este grupo de edades murieron a causa de esta enfermedad, mientras que la mortalidad entre las blancas fue 1.2 por cada 100,000 mujeres.¹⁷
- Para 1998, los años ajustados por edad de vida potencial perdida a la infección del VIH antes de la edad de 75 por cada 100,000 mujeres negras sumaron 451. Esto se compara con los 30 años de vida potencial perdida a la infección del VIH antes de la edad de 75 por cada 100,000 mujeres blancas. Sin embargo, estas cifras son considerablemente más bajas que aquellas para 1996. En ese año, un total de 758 años de vida potencial fueron perdidos por las mujeres afroamericanas antes de la edad de 75 debido a la infección del VIH, mientras que las mujeres blancas perdieron un poco más de 73 años de vida potencial.¹⁷
- Un estudio mostró que después de controlar por el estado socio-económico, el estado de salud y el régimen de tratamiento, las mujeres tienen más probabilidad de sobrevivir con SIDA que los hombres, aunque los hombres

FIGURA 58
Casos de Infección del VIH entre las mujeres por raza/etnicidad
informados hasta el final de diciembre, 2000*
Por ciento



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report, 2000*; 12 (2): p. 21.
*De las 34 áreas con informes confidenciales de infección del VIH.

tienen más probabilidad de recibir drogas antiretrovirales que las mujeres. Así, la tasa de supervivencia para las mujeres infectadas con VIH y SIDA podría ser potencialmente mayor si se abordara la discrepancia por género en las prescripciones de drogas.¹⁷⁰

- Cuando las mujeres tienen la infección del VIH o SIDA, otros en sus casas – amantes, cónyuges o niños – también tienen la probabilidad de tener la enfermedad. Las mujeres con SIDA que tienen que cumplir el papel femenino tradicional de proveer cuidado tienen probabilidad de vivir por períodos más cortos de tiempo después del diagnóstico de la condición que las mujeres que no tienen el estrés añadido de proveer cuidado para otros. Además, muchas mujeres con SIDA dejan huérfanos detrás con la infección del VIH o SIDA, muchos de los cuales luego son criados por sus abuelas, un hecho que aumenta las tensiones en las vidas de estas mujeres mayores.¹⁶⁴
- La cubierta de seguro varía de gran manera por raza entre los adultos que viven con la infección

del VIH. Los adultos blancos infectados con el VIH formaron 49 por ciento y los adultos negros infectados con el VIH formaron 33 por ciento de la población adulta con VIH que recibió cuidado de salud. Sin embargo, 70 por ciento de los adultos infectados con el VIH cubiertos con seguro de salud privado eran blancos, mientras que sólo 15 por ciento eran negros. Los hechos adicionales, que los adultos negros infectados con VIH constituyeron 48 por ciento de todos los adultos que viven con el VIH que están cubiertos por Medicaid, mientras que los blancos formaron sólo el 30 por ciento, reflejan una de dos cosas. Estos hechos reflejan o la mayor pobreza de los negros, en general, la cual está asociada proporcionadamente con mayor cubierta de Medicaid, o el mayor empobrecimiento relativo (debido a la pérdida de empleo y la falta de apoyos sociales) de los negros versus los blancos una vez que se diagnostica la infección del VIH o SIDA.¹⁷¹

- Aunque la tardanza de atención médica después del diagnóstico

de la infección del VIH disminuye la efectividad de las terapias con drogas y aumenta las posibilidades de desarrollar complicaciones severas a causa del virus, diferencias en buscar cuidado médico existen entre las poblaciones afectadas. Aquellos con una fuente usual de cuidado tenían menos probabilidad de demorar buscar atención médica que aquellos sin ella. Además, la cubierta de Medicaid probó estar asociada con menos demora en buscar atención médica que la cubierta con seguro de salud privado. Aunque tienen más probabilidad de tener cubierta de Medicaid, los hispanos y los negros tenían más probabilidad que los blancos de demorar buscar cuidado por al menos 3 meses.¹⁶⁵

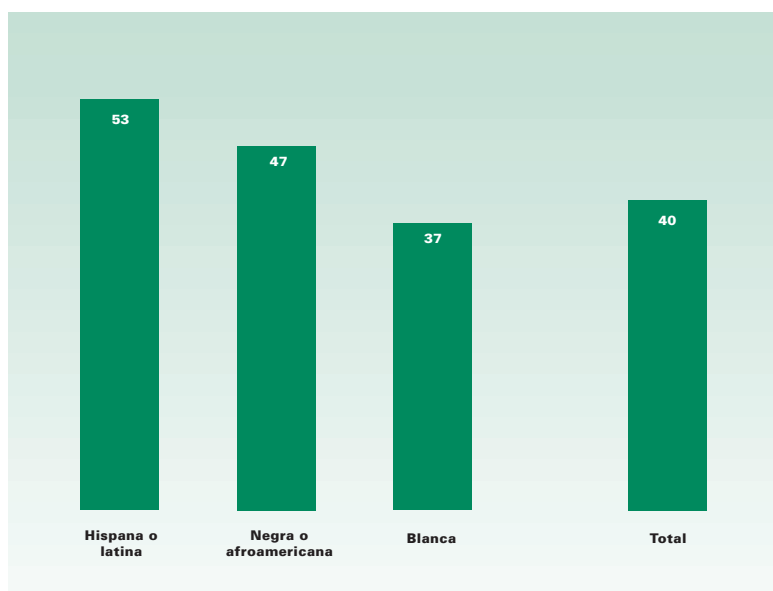
■ Aún cuando buscaban cuidado de salud por otras razones, una encuesta de 1999 halló que pocas mujeres le hablaban a un proveedor de cuidado de salud acerca de cualquiera de las siguientes: la infección del VIH o SIDA, los riesgos de estar infectadas o de hacerse las pruebas para detectar el VIH. Entre las blancas, las afroamericanas y las mujeres hispanas, las mujeres afroamericanas tenían la mayor probabilidad de informar que hablaron acerca de cualquiera de estos asuntos: 41 por ciento hablaron acerca de VIH/SIDA; 25 por ciento hablaron acerca de los riesgos de estar infectadas; y 35 por ciento hablaron acerca de hacerse la prueba para detectar la infección del VIH.¹⁷¹

■ Entre las mujeres activas sexualmente latinas, afroamericanas y blancas en edades de 18 a 44 años, las mujeres afroamericanas (37 por ciento) también tenían la mayor probabilidad de informar haberse hecho una prueba de detección del VIH en su último examen ginecológico de rutina.¹⁷¹ Cerca de la tercera parte (32 por ciento) de las latinas informaron lo mismo. Sin embargo, no está claro si estas mujeres en verdad se hicieron la prueba o si estaban bajo la impresión de que la prueba de detección del VIH era parte rutinaria del examen. Cerca de la mitad (47 por ciento) de estas mujeres afroamericanas expresaron esta visión, como lo hicieron 42 por ciento de las mujeres blancas y 33 por ciento de las hispanas.

Salud mental entre las mujeres de color

- Al igual que las enfermedades físicas, las enfermedades mentales son comunes entre las mujeres de color, particularmente las ancianas. Por ejemplo, las mujeres asiáticoamericanas mayores sufren de altas tasas de depresión y suicidio.¹⁷²
- La depresión crónica, una forma de enfermedad mental, ha sido asociada sugestivamente con el progreso de la enfermedad y la muerte a causa de la infección del VIH entre las mujeres.¹⁷³ Sin embargo, la verdadera causalidad – si la depresión empeora la infección del VIH, o si la infección del VIH causa la depresión – permanece sin estar clara en esta situación sicosomática.
- Entre las mujeres de bajo ingreso, un estudio halló que mientras que las tasas de depresión o desórdenes de ansiedad no diferían por raza/etnicidad, el recibir cuidado de salud mental sí. Cincuenta y ocho por ciento de las mujeres blancas de bajo ingreso informaron una visita de cuidado de salud mental, en comparación con sólo 36 por ciento de las mujeres negras y 11 por ciento de las mujeres hispanas. De forma similar, un porcentaje más alto de mujeres blancas de bajo ingreso (63 por ciento) informaron uso de cuidado de salud mental por la familia o amistades, mientras que 39 por ciento de las mujeres negras y 17 por ciento de las mujeres hispanas informaron lo mismo.¹⁷⁴
- Aunque las mujeres hispanas tenían más probabilidad que las mujeres negras o las blancas de estar de acuerdo con la oración: “Los problemas no se deben discutir fuera de la familia”, éstas tenían la menor probabilidad de estar de acuerdo con que hay un estigma asociado con las enfermedades mentales.¹⁷⁴
- Las mujeres hispanas y las blancas tienen una prevalencia de por vida más alta de depresión (24 y 22 por ciento, respectivamente) que las mujeres negras

FIGURA 59
Mujeres en edades de 18 años o más que experimentaron síntomas de depresión moderados o severos* en la semana anterior por raza/etnicidad, 1993
Por ciento



Fuente: Collins, Karen Scott, Allison Hall and Charlotte Neuhaus. *U.S. Minority Health: A Chartbook*.

The Commonwealth Fund: New York, NY: May 1999.

*Derivados de calificar respuestas a seis oraciones en cuanto a síntomas de depresión (sentirse no agrado, ataques de llanto, sentirse triste, falta de disfrute de la vida, sentirse deprimida, y sueño intranquilo). Una calificación de 6 a 11 = síntomas moderados; de 12 a 18 = síntomas severos

(16 por ciento). Más allá, cuando encuestadas en 1991, una porción casi el doble de mujeres hispanas (11 por ciento) informó estar deprimidas que la porción de mujeres negras o blancas (cerca de 6 y 5 por ciento, respectivamente).¹⁷⁵

- Una encuesta de 1993 halló a las mujeres hispanas (53 por ciento) con más probabilidad de sufrir de depresión, desde moderada hasta severa, que las negras no hispanas (47 por ciento) o las mujeres blancas (37 por ciento).¹² La severidad de la depresión fue evaluada combinando en una escala sicométrica las respuestas a preguntas referentes a los síntomas de la depresión (por ej., sentirse deprimido, sentirse triste, ataques de llanto).
- Una encuesta llevada a cabo en 1998 halló que las mujeres hispanas tenían la mayor probabilidad de informar que estaban afligidas psicológicamente (27 por ciento) y las mujeres blancas tenían la menor probabilidad de informar

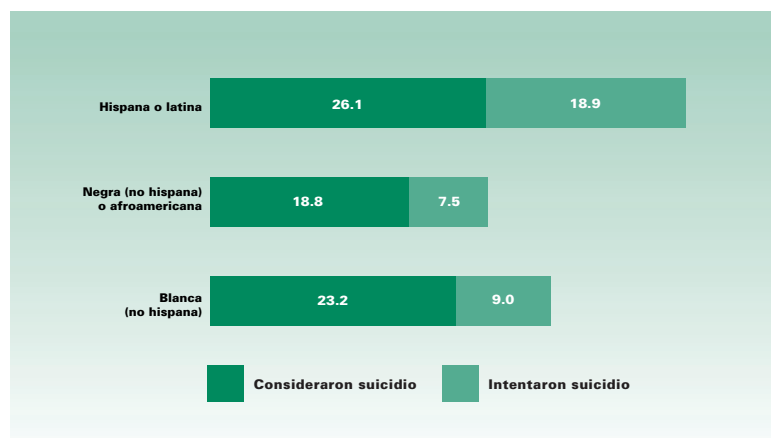
esto (17 por ciento). Veintiseis por ciento de las mujeres negras se identificaron a sí mismas de estar afligidas en la actualidad, junto con 20 por ciento de las mujeres asiáticas y 24 por ciento de las mujeres de todas las otras razas.¹⁷⁶

- La experiencia de aflicción psicológica es una de las variables predictivas más fuertes de los intentos de suicidio para las mujeres afroamericanas de bajo ingreso.¹⁷⁷
- Casi dos terceras partes de cada una de las mujeres, hispanas, afroamericanas y asiáticas informaron que habían necesitado cuidado de salud mental en el año anterior y que esta necesidad pasó sin suplirse. Sólo una tercera parte de las mujeres blancas y de las mujeres de todas las otras razas informaron lo mismo.¹⁷⁶ La propiedad de los servicios y los resultados logrados son a menudo problemáticos para las mujeres de color que necesitan cuidado de salud mental.¹⁷⁸

Salud mental entre las mujeres adolescentes de color

- En general, las mujeres adolescentes tienen mucha más probabilidad que los hombres adolescentes de informar haberse sentido tristes o desesperanzadas casi todos los días durante 2 o más semanas (36 a 21 por ciento).³⁶
- En un estudio de 1986, 14 por ciento de la juventud femenina indioamericana/nativa de Alaska fue caracterizada como extremadamente triste y desesperanzada; 6 por ciento mostró señales de estrés emocional.⁶² Más de la quinta parte de la juventud femenina indioamericana/nativa de Alaska (22 por ciento) también había intentado el suicidio alguna vez.⁶²
- Los intentos de suicidio son una manifestación de salud mental deteriorada. Durante el año anterior a la Encuesta de Comportamiento de Riesgo de la Juventud (YRBS) de 1999, la juventud femenina hispana (19 por ciento) tenía más del doble de la probabilidad de intentar suicidio que la de las muchachas negras (8 por ciento) o la de las blancas (9 por ciento). En forma similar, 5 por ciento de las muchachas hispanas – pero sólo 2 por ciento de las negras o las blancas – de escuela superior han intentado el suicidio y necesitado atención médica.³⁶

FIGURA 60
Mujeres adolescentes que consideraron seriamente o intentaron el suicidio en el año anterior por raza/etnicidad, 1999
Por ciento



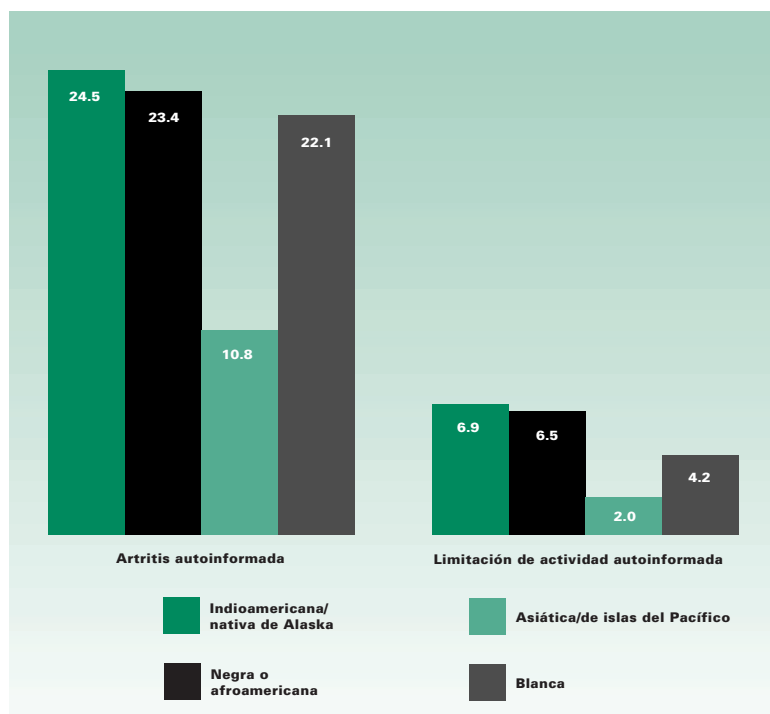
Fuente: Kann, Laura, Stevan A. Kinchen, Barbara I. Williams, James G. Ross, Richard Lowry, JoAnne Grunbaum, Lloyd J. Kolbe and State and Local YRBS Coordinators, Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1999, In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2000, *MMWR* 2000; 49 (No SS-5): pg. 19.

- Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres en edad de escuela superior hispanas o blancas consideraron intentar el suicidio (26 por ciento y 23 por ciento, respectivamente), en comparación con el 19 por ciento de las jóvenes mujeres negras que también pensaron acerca de terminar con su vida durante los 12 meses anteriores a la YRBS. Sin embargo, menores porcentajes de mujeres de los tres grupos en realidad trazaron un plan de suicidio (23 por ciento de las hispanas, cerca de 16 por ciento de las blancas, y cerca de 14 por ciento de las negras).³⁶
- En 1999, la tasa de mortalidad a causa de suicidio entre las mujeres de 15 a 24 años de edad fue lo más alta para las indioamericanas/nativas de Alaska y para las blancas no hispanas (cerca de 5 por cada 100,000 para ambos grupos), seguidas de casi 4 por cada 100,000 para las mujeres jóvenes asiáticas o nativas de islas del Pacífico. La tasa de muerte a causa de suicidio, entre las mujeres hispanas y las negras de 15 a 24 años de edad, fue casi 2 por cada 100,000.¹⁷

Osteoporosis y artritis

- La osteoporosis es una condición asociada con una pérdida excesiva de masa ósea y un mayor riesgo de fracturas de los huesos. Según las mujeres envejecen, éstas 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 por debajo de la norma (promedio). La osteopenia, baja masa ósea, es una forma menos severa de osteoporosis – densidad mineral ósea entre 1 y 2.5 desviaciones estándar por debajo de la norma.^{179,180}
- Las mujeres asiáticoamericanas y las blancas se cree que están en mayor riesgo de osteoporosis y osteopenia debido al bajo consumo de calcio y los grandes porcentajes de mujeres delgadas. La intolerancia de lactosa y una aversión aprendida a los productos lácteos también contribuyen a este problema entre las mujeres asiáticas. Niveles bajos de estrógeno, fumar, beber y una historia familiar de osteoporosis son factores de riesgo para estas enfermedades.^{180,181}
- La Evaluación Nacional de Riesgo de Osteoporosis halló que 65 por ciento de las mujeres asiáticoamericanas tenían baja densidad mineral ósea, lo más alto entre todos los grupos raciales/étnicos.¹⁸¹
- Más de la quinta parte de las mujeres blancas y asiáticoamericanas (ambas 21 por ciento) se cree que tienen osteoporosis, y un 39 por ciento adicional que tiene osteopenia. En comparación, 10 por ciento de las mujeres negras tienen osteoporosis, y 29 por ciento tiene osteopenia. Las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska y las mejicanoamericanas están en el medio; de ambos grupos, se estima que 16 por ciento tiene osteoporosis y 36 por ciento tiene osteopenia.^{179,180}

FIGURA 61
Limitación de actividad debido a la artritis autoinformada entre las mujeres de 15 años de edad o mayores por raza/etnicidad, 1989–1991
Por ciento ajustado por edad



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention, Prevalence and impact of arthritis among women—United States, 1989–1991, *MMWR* 44:329–34.

- La artritis y otras condiciones reumatoides – inflamación crónica o rigidez de las conyunturas, los músculos y los tendones – son más comunes entre las mujeres que entre los hombres. La artritis y otras condiciones reumatoides fueron las principales causas de limitación de actividades y de invalidez entre las mujeres en 1995.¹⁸²
- Entre 1989 y 1991, una cuarta parte de las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska informaron tener artritis, más del doble de la prevalencia entre las mujeres americanas asiáticas o nativas de islas del Pacífico (11 por ciento). Veintitres por ciento de las mujeres negras y 22 por ciento de las mujeres blancas autoinformaron vivir con artritis también.¹⁸²
- El dolor artrítico severo puede conducir a la limitación de actividades. Entre 1989 y 1991, 7 por ciento de las mujeres negras y de las indioamericanas/nativas de Alaska experimentaron limitación de actividades, casi el doble de la porción de mujeres blancas (4 por ciento) y casi cuatro veces la porción de las mujeres asiáticoamericanas (2 por ciento).¹⁸²

REFERENCIAS

- 1 Population Reference Bureau. *2001 World Population Data Sheet*. Washington, DC: June 2001
- 2 Reyes BI (ed). *A portrait of race and ethnicity in California: An assessment of social and economic well-being*. San Francisco, CA: Public Policy Institute, 2001
- 3 Kochanek KD, Smith BL, Anderson RN. Deaths: Preliminary data for 1999. *National vital statistics reports*; 49(3). Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2001
- 4 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):278–83, 302
- 5 Pan American Health Organization. *Virgin Islands (US): Basic Country Health Profiles, Summaries* 1999, at: www.paho.org.
- 6 National Center for Health Statistics. *Health, United States, 1998 with socioeconomic status and health chartbook*. Hyattsville, MD: 1998
- 7 Indian Health Service. *Regional differences in Indian health 1998–1999*. Rockville, MD: US Public Health Service, 2000, at: <http://www.ihs.gov>
- 8 Hoyert DL, Kung HC. Asian or Pacific Islander Mortality, Selected States, 1992. Centers for Disease Control, in *Monthly vital statistics report*, 1997; 46 (1 supp):1–7
- 9 Idler EL, Russel LB, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I epidemiologic followup study, 1992. *Am J Epidemiol* 2000, 152(9):874–83
- 10 Current Population Survey, March 2000 Supplement, at: <http://ferret.bls.census.gov>.
- 11 Hartmann HI, Kuriansky JA, Owens CL, in: Falik MM, Collins KS (eds). *Women's health: The Commonwealth Fund survey*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996, pp. 296–323
- 12 Collins KS, Hall A, Neuhaus C. *US minority health: A chartbook*. The Commonwealth Fund: New York, NY: May 1999
- 13 Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. *Older Americans 2000: Key indicators of well-being*. Hyattsville, MD
- 14 Cunningham WE, Hays RD, Burton TM, Kington RS. Health status measurement performance and health status differences by age, ethnicity, and gender: Assessment in the Medical Outcomes Survey. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2000, 11(1):58–76
- 15 O'Malley AS, Kerner J, Johnson AE, Mandelblatt J. Acculturation and breast cancer screening among Hispanic women in New York City. *Am J Public Health* 1999; 89(2)
- 16 Singh GK, Siahpush M. All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. *Am J Public Health* 2001; 91(3):392–99
- 17 National Center for Health Statistics. *Health, United States 2001 with urban and rural health chartbook*. Hyattsville, MD: *US Public Health Service*, 2001, at: <http://www.cdc.gov/nchs>
- 18 Chappell PJ. *State health statistics by sex and race/ethnicity*. National Center for Health Statistics, at: <http://www.cdc.gov/nchs/statestatsbysexrace.htm>
- 19 Brown D. Life expectancy at record high. *The Washington Post* October 7, 1999: A1
- 20 Indian Health Service. *Trends in Indian health: 1998–99*. Rockville, MD: US Public Health Service, 2001
- 21 Murphy, SL. Deaths: Final Data for 1998. *National vital statistics reports*; 48(11). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2000
- 22 Indian Health Service. *Indian health focus: Women*, 1997 Rockville, MD
- 23 National Women's Health Information Center. *Frequently asked questions: African American women's health*, at: http://www.4woman.gov/faq/african_american.htm
- 24 Taylor SE. The health status of black women, in: Braithwaite RL, Taylor SE (eds). *Health issues in the black community (2d edition)*. San Francisco, CA: Josey-Bass Publishers, 2001: pp. 44–61
- 25 National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2000 with adolescent health chartbook*. Hyattsville, MD: US Public Health Service, 2000, at: <http://www.cdc.gov/nchs>
- 26 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
- 27 Scott S. *Urban national plans to meet the year 2000 objectives*. St. Paul, MN: American Indian Health Care Association, 1991
- 28 Ellis JL, Campos-Outcalt D. Cardiovascular disease risk factors in Native Americans: A literature review. *Am J Prev Med* 1994; 10(5):295–307

- 29 Crews DE. Obesity and diabetes, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994, pp. 174–207
- 30 National Center for Health Statistics. *National Health Interview Survey*, at: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>.
- 31 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
- 32 National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations. *Hispanic women's health: A nuestros numeros fact sheet*. Washington, DC: COSSMHO, 1996
- 33 Will JC, Clark D, Serdula M, Muneta B. Trends in body weight among American Indians: Findings from a telephone survey, 1985 through 1996. *Am J Public Health* 1999; 89(3):395–98
- 34 Carpenter M, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90(2):251–57
- 35 Siegel JM, Yancey AK, McCarthy WJ. Overweight and depressive symptoms among African-American women. *Preventive Medicine* 2000; 31:232–40
- 36 Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum J, Kolbe LJ and State and Local YRBS Coordinators. Youth risk behavior surveillance – United States, 1999. *MMWR CDC Surveill Summ* June 9, 2000; 49 (No. SS–5)
- 37 Adair LS, Gordon-Larsen P. Maturation timing and overweight prevalence in US adolescent girls. *Am J Public Health* 2001; 91(4):642–44
- 38 Kann L, Warren CW, Harris WA, Collins JL, Williams BI, Ross JG, Kolbe LJ, State and Local YRBS Coordinators. Youth risk behavior surveillance – United States, 1995. *MMWR CDC Surveill Summ* September 27, 1996; 45 (No. SS–4)
- 39 Robinson TN, Killen JD, Litt IF, Hammer LD, Wilson DM, Haydel KF, Hayward C, Taylor CB. Ethnicity and body dissatisfaction: Are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *J Adolesc Health* 1996; 19:384–93
- 40 Ross, H. Fitness program helps keep teens out of trouble. *Closing the Gap* (newsletter of the Office of Minority Health, USDHHS). November/December 2000: pg. 8
- 41 Ross, H. Minority health and fitness. *Closing the Gap* (newsletter of the Office of Minority Health, USDHHS). November/December 2000: pg. 9
- 42 Office on Women's Health. *Information Sheet: Diabetes Mellitus in Hispanic Women* September 1998, at: <http://www.4woman.gov/owh/pub/factsheets/fshis-dia.htm>
- 43 Wilcox S, Castro C, King AC, Housemann R, Brownson RC. Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54:667–72
- 44 Crespo CJ, Smit E, Carter-Pokras O, Andersen R. Acculturation and leisure-time physical inactivity in Mexican American adults: Results from NHANES III, 1988–1994 *Am J Public Health* 2001; 91(8):1254–57
- 45 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
- 46 Office of the Surgeon General. *Women and Smoking: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Service, Public Health Service, 2001
- 47 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)
- 48 Hajat A, Lucas JB, Kington R. Health outcomes among Hispanic subgroups: United States, 1992–1995. *Advance data from vital and health statistics*; no. 310. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, February 2000
- 49 Tamir A, Cachola S. Hypertension and other cardiovascular risk factors, in: Zane NWS, Takeuchi DT, Young KNJ (eds). *Confronting critical health issues of Asian and Pacific Islander Americans*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994, pp. 209–47
- 50 Pérez-Stable EJ, Ramirez A, Villareal R, Talavera GA, Trapido E, Suarez L, Marti J, McAlister A. Cigarette smoking behavior among US Latino men and women from different countries of origin *Am J Public Health* 2001; 91(9):1424–30
- 51 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies. 1997 *National household survey on drug abuse: Main findings*, at: <http://www.samhsa.gov/oas/oas.html>
- 52 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies. *National household survey of drug abuse: Population estimates 1998*, August 1999, at: <http://www.samhsa.gov/oas/popest98.pdf>.
- 53 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Are women more vulnerable to alcohol's effects? *Alcohol Alert* December 1999; 46, at: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa46.htm>
- 54 Collins KS, Schoen C, Joseph S, Duchon L, Simantov E, Yellowitz M. *Health concerns across a woman's life span: The Commonwealth Fund 1998 survey of women's health*. New York, NY: May 1999

- 55 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
- 56 Jones-Webb, R. Drinking patterns and problems among African-Americans: Recent findings. *Alcohol Health & Research World* 1998; 22(4):260–64
- 57 Randolph WM, Stroup-Benham C, Black SA, and Markides KS. Alcohol use among Cuban-Americans, Mexican-Americans, and Puerto Ricans. *Alcohol Health & Research World* 1998; 22 (4):265–69
- 58 Bell BZ, Nordyke EC, O'Hagan P. Fertility and maternal and child health. *Social Progress in Hawaii* 1989; 32:87–103
- 59 Chi I, Lubben JE, Kitano H. Differences in drinking behavior among three Asian-American groups. *J Stud Alcohol* 1989; 50(1):15–23
- 60 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
- 61 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies. *National household survey of drug abuse: Population estimates 1995*. USDHHS publication no. (SMA) 96–3095. Rockville, MD: US Public Health Service, 1996
- 62 Blum RW, Harmon B, Harris L, Bergeisen L, Resnick MD. American Indian-Alaska Native youth health. *JAMA* 1992; 267(12):1637–44
- 63 Beauvais, F. American Indians and alcohol. *Alcohol Health & Research World* 1998, 22 (4):253–59
- 64 Bureau of the Census. *Statistical abstract of the United States: 2000 (120th edition)* Washington, DC: 2000
- 65 Schneider Institute for Health Policy. *Substance Abuse: The nation's number one health problem*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation, 2001
- 66 Wagner-Echeagaray, FA, Schultz CG, Chilcoat HD, Anthony JC. Degree of acculturation and the risk of crack cocaine smoking among Hispanic Americans. *Am J Public Health* November 1999; 84(11):1825–27
- 67 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies, Drug Abuse Warning Network (DAWN). *DAWN Detailed Emergency Department Tables, 1999*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, September 2000, at: <http://www.samhsa.gov/oas/DAWN/DetEDTbl/1999/DetEDTbl.pdf>.
- 68 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies, Drug Abuse Warning Network (DAWN). *Detailed Emergency Department (ED) Tables 2000*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, at: <http://www.samhsa.gov/statistics/statistics.html>
- 69 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies. *Summary of findings from the 1999 national household survey on drug abuse*. Rockville, MD: August 2000
- 70 Ross H. Ensuring healthy development: A proposal for young Americans. *Closing the Gap* (newsletter of Office of Minority Health, USDHHS) November/December 2000: pg. 2
- 71 Novins DK, Mitchell CM. Factors associated with marijuana use among American Indian adolescents. *Addiction* 1998; 93(11):1693–1702
- 72 Mitchell CM, Novins DK, Holmes T. Marijuana use among American Indian adolescents: A growth curve analysis from ages 14 through 20 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38(1):72–78
- 73 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies, Drug Abuse Warning Network (DAWN). *Drug abuse warning network annual medical examiner data 1999*. Rockville, MD: July 2000.
- 74 Schuster MA, Bell RM, Nakajima GA, Kanouse DE. The sexual practices of Asian and Pacific Islander high school students. *J Adolesc Health* 1998; 23:221–31
- 75 Plichta SB. Violence and abuse: Implications for women's health, in: Falik MM, Collins KS (eds). *Women's health: The Commonwealth Fund survey*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996, pp. 237–70
- 76 Roosa MW, Reinholtz C, Angelini PJ. The relation of child sexual abuse and depression in young women: Comparisons across four ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1999; 27(1):65–76
- 77 Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Reproductive Health. *Number of women 15–44 years of age who have ever had sexual intercourse and percent whose first intercourse was not voluntary, by selected characteristics: United States, 1995*, at: http://www.cdc.gov/nccdphp/dhr/pdf/sr23_19t21.pdf
- 78 Lown EA, Vega WA. Prevalence and predictors of physical abuse among Mexican American women. *Am J Public Health* 2001; 91(3):441–45
- 79 Tjaden P, Thoennes N. US Department of Justice, Office of Justice Programs. *Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey* November 2000, at: <http://www.ncjrs.org/pdffiles1/nij/183781.pdf>
- 80 National Center for Health Statistics. *Health, United States, 1995*. Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1996, at: <http://www.cdc.gov/nchs>

- 81 Skaer TL, Robinson LM, Sclar DA, Harding GH. Cancer-screening determinants among Hispanic women using migrant health clinics. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 1996; 7(4):338–54
- 82 Hoffman, C. Uninsured in America: A chart book. *A Chart Book of the Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured*. June 1998
- 83 Hargraves JL. Race, ethnicity, and preventive services: No gains for Hispanics. *Issue Brief: Findings from the Center for Studying Health System Change*. No. 34, Jan. 2001, at: www.hschange.org
- 84 Ito KL, Chung RC, Kagawa-Singer M. Asian/Pacific American women and cultural diversity: Studies of the traumas of cancer and war, in: Ruzek SB, Olesen VL, Clarke AE (eds). *Women's health: Complexities and differences*. Columbus, OH: Ohio State University Press, 1997:300–328
- 85 Kaiser Daily Reproductive Health Report August 22, 2001, at: <http://www.kaisernetwork.org/dailyreports/reproductivehealth>
- 86 Blackman DK, Bennett EM, Miller DS. Trends in self-reported use of mammograms (1989–1997) and Papanicolaou tests (1991–1997) — Behavioral Risk Factor Surveillance System. *MMWR Surveill Summ*, October 8, 1999; 48(No. SS-6):1–22
- 87 Salvail FR, Hong C, Xiaowu L. *1999 State of Hawaii Behavioral Risk Factor Surveillance System*. Hawaii Department of Health. 1999, at: <http://www.state.hi.us/health/stats/surveys/home.html>
- 88 Benar VB, Lee NC, Piper M, Richardson L. Race-specific results of Papanicolaou testing and the rate of cervical neoplasia in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, 1991–1998 (United States). *Cancer Causes and Control* 2001, 12:61–68
- 89 Dibble SL, Vanoni JM, Miaskowski C. Women's attitudes toward breast cancer screening procedures: Differences by ethnicity. *Women's Health Issues* January/February 1997; 7(1):47–54
- 90 Buelow JR, Zimmer AH, Mellor MJ, Sax R. Mammography screening for older minority women. *The Journal of Applied Gerontology* 1998, 17 (2):133–49
- 91 May DS, Lee NC, Richardson LC, Giustozzi AG, Bobo JK. Mammography and breast cancer detection by race and Hispanic ethnicity: Results from a national program (United States). *Cancer Causes and Control* 2000, 11:697–705
- 92 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
- 93 Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy-related deaths among Hispanic, Asian/Pacific Islander, and American Indian/Alaska Native women — United States, 1991–1997. *MMWR* 1998; 50 (18):361–64
- 94 Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Menacker F, Hamilton BE. Births: Final data for 1999. *National vital statistics reports*; 49(1). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2001
- 95 Mathews TJ. Smoking during pregnancy in the 1990s. *National vital statistics reports* 2001; 49(7) National Center for Health Statistics: Hyattsville, MD
- 96 National Institutes of Health. *National pregnancy and health survey: Drug use among women delivering live-births: 1992*. NIH publication no. 96–3819. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1996
- 97 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol syndrome. *Alcohol Alert* 1991; 13(PH 297), at: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa13.html>
- 98 Indian Health Service. *Disabilities and their effects on American Indian and Alaska Native communities: Final report*. Albuquerque, NM: US Public Health Service, 1991
- 99 Turner R. Underweight births are equally likely among poor blacks and whites. *Family Planning Perspectives* March/April 1992; 24(2):95–96
- 100 Mathews TJ, Curtin SC, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 1998 period linked birth/infant death data set. *National vital statistics reports* 2000; 48(12). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics
- 101 National Center for Health Statistics. *Leading causes of infant mortality by race and Hispanic origin of mother: United States, 1997*. Centers for Disease Control and Prevention, at: <http://www.cdc.gov/nchs/>
- 102 Rhoades J, Chu M. *Health insurance status of the civilian noninstitutionalized population: 1999*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2000. MEPS Research Findings No. 14. AHRQ Pub. No. 01–0011
- 103 Mills, RJ. *Health insurance coverage 1999*. Current Population Reports Series P60–211 Washington, DC: US Government Printing Office, 2000
- 104 Bennefield, RL. *Dynamics of economic well-being: Health insurance, 1993 to 1995, who loses coverage and for how long?* Census Bureau P70–64, Washington, DC: August 1998
- 105 Brown RE, Ojeda VD, Wyn R, Levan R. *Racial and ethnic disparities in access to health insurance and health care*. UCLA Center for Health Policy Research and the Henry J. Kaiser Family Foundation. Los Angeles, CA: 2000
- 106 Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. *Data update: 1998 health insurance coverage, A profile of the low-income uninsured*. Washington, DC: August 1999

- 107 Bureau of the Census (Population Division, Population Estimates Program). *Resident population estimates of the United States by sex, race, and hispanic origin*. Washington, DC. January 2001, at: <http://www.census.gov/population/estimates/nation/intfile3-1.txt>
- 108 Lewis-Idema D, Leiman JM, Meyer JE, Collins KS. Health care access and coverage for women: Changing times, changing issues? *Policy Report of The Commonwealth Fund Commission on Women's Health*. New York, NY: November 1999
- 109 Agency for Health Care Policy and Research, Medical Expenditure Panel Survey. *Uninsured workers—Demographic characteristics*, 1996. Rockville, MD: December 1998, pg. 3
- 110 Baezconde-Garbanati L, Portillo CJ, Garbanati JA. Disparities in health indicators for Latinas in California. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* August 1999; 21(3):302–29
- 111 Wyn R, Solís B, Ojeda VD, Pourat N. *Falling through the cracks: Health insurance coverage of low-income women*. Henry J. Kaiser Family Foundation: Menlo Park, CA and Washington, DC, February 2001
- 112 Bureau of the Census. *Unpublished health insurance estimates*, 1995. Washington, DC, 1996
- 113 Holahan J, Wiener J, Wallin S. *Health policy for the low-income population: Major findings from the assessing the new federalism case studies*. Washington, DC: The Urban Institute: Occasional Paper #18, November 1998
- 114 Leigh WA. The health of African American women, in: Adams DL (ed). *Health issues for women of color: A cultural diversity perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995, pp. 112–32
- 115 National Center for Health Statistics. *Health, United States, 1999 with health and aging chartbook*. Hyattsville, MD: US Public Health Service, 1999, at: <http://www.cdc.gov/nchs>
- 116 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
- 117 Beauregard K, Cunningham P, Cornelius L. *Access to health care: Findings from the Survey of American Indians 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
- 118 Kaiser Daily Reproductive Health Report. April 4, 2001, at: <http://www.kaisernetwork.org/dailyreports/reproductivehealth>
- 119 Schraer CD, Ebbesson SOE, Boyko E, Nobman E, Adler A, Cohen J. Hypertension and diabetes among Siberian Yupik Eskimos of St. Lawrence Island, Alaska. 1996. *Public Health Reports*, 111(2/suppl.):51–52
- 120 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
- 121 Sorel JE, Ragland DR, Syme SL. Blood pressure in Mexican Americans, whites and blacks. *Am J Epidemiol* 1991; 134(4):370–78
- 122 Crespo, CJ, Loria CM, Burt VL. Hypertension and other cardiovascular disease risk factors among Mexican Americans, Cuban Americans, and Puerto Ricans from the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Public Health Reports* 1996; 111(suppl 2):7–10.
- 123 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
- 124 Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of selected cardiovascular disease risk factors among American Indians and Alaska natives – United States, 1997. *MMWR* 2000; 49(21):461–65
- 125 Casper M, Rith-Najarian S, Croft J, Giles W, Donehoo R. Blood pressure, diabetes, and body mass index among Chippewa and Menominee Indians: The inter-tribal heart project preliminary data. 1996. *Public Health Reports*, 111(2):37–39
- 126 de Courten MP, Pettitt DJ, and Knowler WC. Hypertension in Pima Indians: Prevalence and predictors. 1996. *Public Health Reports*, 111(2):40–43
- 127 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
- 128 Papa Ola Lokahi. *Native Hawaiian health data book* 1992. Honolulu: Papa Ola Lokahi, 1992
- 129 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
- 130 Asian American Health Forum, Inc. (AAAF). *Fact Sheets*. San Francisco: AAAF, 1990
- 131 Levy MT, Jacober SJ, Sowers JR. Hypertensive disorders of pregnancy in Southwestern Navajo Indians. *Arch Intern Med* 1994; 154:2181–83

- 132** 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):1431–36
- 133** National Cancer Institute. *Age-adjusted seer incidence and US mortality rates. SEER Cancer Statistics Review 1973–1997*, at: http://seer.cancer.gov/Publications/CSR1973_1997/
- 134** 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
- 135** Mitchell, KB. Smoking kills more women: They now suffer 39 percent of such deaths, study finds. *Media General News Service*. March 28, 2001, at: <http://www.timesdispatch.com>
- 136** 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
- 137** 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.
- 138** Mirsha SI, Luce-Aoelua P, Wilkens LR, Bernstein L. Cancer among American-Samoans: Site-specific incidence in California and Hawaii. *Int J Epidemiol* 1996; 25(4):713–21
- 139** Heeden AN, White E. Breast cancer size and state in Hispanic American women, by birthplace: 1992–1995. *Am J Public Health* 2001; 91(1):122–25
- 140** Gilliland FD, Hunt WC, Key CR. Trends in the survival of American Indian, Hispanic, and non-Hispanic white cancer patients in New Mexico and Arizona, 1969–1994. *Cancer* 1998; 82:1769–83
- 141** Creel L. *Human papillomavirus: A hidden epidemic in the United States*. Population Reference Bureau, at: <http://www.prb.org/>
- 142** Valdez RB, Delgado DJ, Cervantes RC, Bowler S. *Cancer in US Latino communities*. Santa Monica, CA: RAND, 1993
- 143** Indian Health Service. *Regional differences in Indian health 1996*. Rockville, MD: US Public Health Service, 1997
- 144** Haynes MA, Smedley BD (eds). *The unequal burden of cancer: An assessment of NIH research programs for ethnic minorities and the medically underserved*. Washington, DC: National Academy Press, 1999
- 145** Indian Health Service. *Indian women's health issues: Final report*. Tucson, AZ: US Public Health Service, 1991
- 146** National Institutes of Health. *Diabetes in black America*. NIH publication no. 93–3266. Bethesda, MD: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 1992
- 147** Headen AE Jr., Headen SW. General health conditions and medical insurance issues concerning black women. *Review of Black Political Economy* 1985–86; 14:183–97
- 148** Hawaii Department of Health, Office of Health Status Monitoring. *1998 survey report data from the Hawaiian health survey*. Calculations by the Joint Center for Political and Economic Studies based on data from <http://www.state.hi.us/health/stats/surveys/hhs/hhs98.htm>
- 149** Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Diabetes Public Health Resource. *Diabetes Surveillance, 1999*, at: <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/surv99/chap2/table12.htm>
- 150** National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health. *Diabetes Statistics* 1995. NIH Publication No. 96–3926
- 151** Tucker KL, Bermudez OI, Castenada C. Type 2 diabetes is prevalent and poorly controlled among Hispanic elders of Caribbean origin. *Am J Public Health* 2000; 90:1288–93
- 152** Elders MJ, Murphy FG. Diabetes, in: Braithwaite RL, Taylor SE (eds). *Health issues in the black community (2d edition)*. San Francisco, CA: Josey-Bass Publishers, 2001: pp. 226–41
- 153** Robbins JM, Vaccarino V, Zhang H, Kasl SV. Socioeconomic status and Type 2 diabetes in African American and Non-Hispanic white women and men: Evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Public Health* 2001; 91(1):76–83
- 154** Carter JS, Pugh JA, Monterrosa A. Non-insulin-dependent diabetes mellitus in minorities in the United States. *Annals of Internal Medicine* 1996; 125(3):221–30.
- 155** Indian Health Service. *Trends in Indian health, 1995*. Rockville, MD: US Public Health Service, 1996
- 156** Centers for Disease Control and Prevention (Division of STD Prevention). *Sexually transmitted disease surveillance, 1999*. Department of Health and Human Services, Atlanta, GA: September 2000: pg. 88
- 157** Centers for Disease Control and Prevention. *Tracking the hidden epidemics: trends in STDs in the United States* 2000, at: http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/Stats_Trends/Trends2000.pdf
- 158** Centers for Disease Control and Prevention (Division of STD Prevention). *Sexually transmitted disease surveillance, 1994*. Department of Health and Human Services, Atlanta, GA: September 1995

- 159 National Institutes of Health. *A partnership for health: Minorities and biomedical research*. Bethesda, MD: National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 1995–1996
- 160 Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report* 2000; 12(2)
- 161 Bureau of the Census. *Census 2000 summary file 1*, at: <http://www.census.gov/population/cen2000/phc-t11/tab01.txt>. Unpublished tabulations by Joint Center for Political and Economic Studies
- 162 Sack K. AIDS epidemic takes toll on black women. *New York Times*. July 3, 2001, at: <http://www.nytimes.com/2001/07/03/health/03AIDS.html>
- 163 Nyamathi A, Bennett C, Leake B, Lewis C, Flaskerud J. AIDS-related knowledge, perceptions, behaviors among impoverished minority women. *Am J Public Health* 1993; 83(1):65–71
- 164 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. 455–99
- 165 Turner BJ, Cunningham WE, Duan N, Andersen RM, Shapiro MF, Bozzette SA, Nakazono T, Morton S, Crystal S, St. Clair P, Stein M, Zierler S, for the HIV Cost and Services Utilization Study (HCSUS) Access Research Team Members. Delayed medical care after diagnosis in a US national probability sample of persons infected with human immunodeficiency virus. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160:2614–22
- 166 Kaiser Daily HIV/AIDS Report April 3, 2001, at: <http://www.kaisernetwork.org/dailyreports/hiv>
- 167 Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report* 1996; 8(2)
- 168 Gayle JA, Selik RM, Chu SY. Surveillance for AIDS and HIV infection among black and Hispanic children and women of childbearing age, 1981–1989 *MMWR* 1990; 39:1–6
- 169 Henry J. Kaiser Family Foundation. *Key Facts: Women and HIV/AIDS*. Menlo Park, CA and Washington, DC: May 2001
- 170 Anderson KH, Mitchell JM. Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of AIDS and its implications for survival *Archives of Internal Medicine* 2000; 160:3114–20
- 171 Henry J. Kaiser Family Foundation. *Key Facts: HIV/AIDS & African Americans*. Washington, DC: January 2000
- 172 Oxendine J. Depression in older Asian women. *Closing the Gap* (newsletter of Office of Minority Health, USD-HHS) June/July 1998: pg. 5
- 173 Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schoenbaum EE, Schuman P, Boland RJ, Moore J; HIV Epidemiology Research Study Group. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: Longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *JAMA* 2001; 285(11):1466–74
- 174 Alvidrez J. Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina, and European young women. *Community Mental Health Journal* December 1999; 35(6):515–30
- 175 Rouse BA (ed). *Substance abuse and mental health statistics sourcebook*. DHHS Publication No. (SMA) 95–3064. Washington, DC: US Government Printing Office, 1995
- 176 Sherbourne CD, Dwight-Johnson M, Klap R. Psychological distress, unmet need, and barriers to mental health care for women. *Women's Health Issues* 2001; 11(3):231–43
- 177 Kaslow N, Thompson M, Meadows L, Chance S, Puett R, Hollins L, Jessee S, Kellermann A. Risk factors for suicide attempts among African American women. *Depression and Anxiety* 2000; 12:13–20
- 178 US Department of Health and Human Services. *Mental health: Culture, race, and ethnicity—A supplement to mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, 2001
- 179 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
- 180 National Osteoporosis Foundation. *1996 and 2015 Osteoporosis prevalence figures: State-by-State report*. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation, 1997
- 181 For many Asian women, health is predetermined. *Sexx Matters* (Society for Women's Health Research) Winter 2001, pg. 5
- 182 Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence and impact of arthritis among women—United States, 1989–1991. *MMWR* 1995; 44:329–34

**A S U N T O S
R E L A C I O N A D O S
C O N M E J O R A R
L A S A L U D D E
L A S M U J E R E S
D E C O L O R**

ASUNTOS RELACIONADOS CON MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR

Disparidades raciales/étnicas de la salud

En un discurso de radio el 21 de febrero, 1998, el entonces presidente Clinton comprometió a los Estados Unidos a la meta de eliminar las disparidades raciales/étnicas en seis áreas del estado de salud (mortalidad infantil, análisis de detección y tratamiento de cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, infección del VIH/SIDA, e inmunizaciones) para el año 2010.¹ Lograr esta ambiciosa meta, mientras se mantiene el adelanto logrado en mejorar la salud del pueblo americano, requerirá, primero, determinar las causas de estas disparidades y, segundo, tomar acción para lidiar con la(s) causa(s).

Este libro de datos ha revelado en detalle la extensión de las disparidades raciales/étnicas de salud en varias de estas seis y de otras áreas de la salud de las mujeres de color. Secciones anteriores del libro también han mencionado algunos de los factores asociados y las supuestas causas de estas disparidades. Dos factores principales identificados para muchas de las condiciones de salud que afectan a las mujeres de color son el discrimin (a base de raza/etnicidad, género, edad, tipo de seguro, e ingreso) y la pobreza o estado socioeconómico.

Mucha de la investigación llevada a cabo para desenredar los papeles que juegan el discrimin y el estado económico en determinar los resultados en la salud han sido inconclusos. Aunque el racismo y el sexismo, al igual que el discrimin, han sido definidos y analizados con respecto a los resultados en la salud, determinar los resultados específicos a causa de estos ha sido más difícil de lograr. “El racismo es cualquier política, práctica, creencia, o actitud que atribuye características o estado a los individuos, basado en su raza, mientras que el sexismo opera en forma similar, basado en el género”.² “El racismo mediado personalmente se define como prejuicio y discrimin. El prejuicio significa asunciones diferenciales de los motivos e intenciones de otros de acuerdo con su raza, mientras que el discrimin significa acción diferencial hacia otros de acuerdo con su raza.”³ “El racismo institucionalizado se define como el acceso diferencial a los bienes, servicios, y oportunidades de la sociedad por raza.”³ Finalmente, el racismo internalizado es la aceptación por miembros de las razas estigmatizadas de los mensajes negativos acerca de sus habilidades y valor intrínseco; se

puede manifestar en involucrarse en prácticas de salud arriesgadas, al igual que en otros comportamientos.³

Algunos investigadores han identificado “un conjunto de evidencia científica preocupante de cuidado médico inferior para los americanos negros, en comparación con los blancos, aún después de haber controlado por factores socioeconómicos”.⁴ Estos hallazgos han sido ascritos a “una forma sutil de predisposición racial de parte de los proveedores de cuidado médico”.⁴ Puede que no toda disparidad racial/étnica o por género en el cuidado de salud refleje racismo o discrimin, pero hace falta hacer preguntas para sonsacar el papel que tal predisposición puede jugar.

Por ejemplo, ¿cómo explica uno el hallazgo de que las mujeres tienen menos probabilidad que otros pacientes con enfermedad renal de etapa final de ser recomendadas para transplantes de riñón?⁵ ¿Es esto debido a preferencia de los pacientes o al discrimin o al racismo institucionalizado o al sexismo? O, ¿cómo explica uno el hallazgo de que entre los pacientes de Medicaid en la Florida con infección del VIH o SIDA, las mujeres tienen menos probabilidad que los hombres de recibir terapias de drogas anti-retrovirales?⁶ También con respecto al VIH/SIDA, otra investigación ha hallado evidencia de discrimin en el tratamiento más agresivo de hombres que de mujeres en las etapas terminales de la enfermedad.⁷ No es siempre fácil o claro cómo determinar la cadena causal subyacente a los resultados de salud observados. Aún si estos resultados pueden ser atribuidos al racismo, al sexismo, o al discrimin, cómo cambiarlos no es sencillo.

Un ejemplo de la dificultad en remediar las disparidades de salud relacionadas con el discrimin nos lo proveen las investigaciones recientes que examinan la relación entre la segregación residencial (por raza) y la mortalidad debida a todas las causas. Después de ajustar por ingreso familiar, un estudio halló que el riesgo de mortalidad ajustado por edad aumentaba en relación con la cantidad de segregación racial entre los negros de 25 a 44 años de edad y entre las personas de todas las otras razas de 45 a 64 años de edad.⁸ Además, este estudio halló que en la mayoría de los grupos por edad/raza/género los riesgos más altos y más bajos de mortalidad ocurrieron en las categorías más altas y más bajas de segregación residencial, respectivamente. Estos

hallazgos sugieren que disminuir la cantidad de segregación residencial por raza dentro de los Estados Unidos podría mejorar la salud de la población. Sin embargo, ajustar los patrones de vivienda por raza a través de la nación sería una empresa hercúlea.

Aunque el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 (que prohíbe el discrimen a base de origen nacional) puede ser y ha sido usado por individuos para desafiar las políticas discriminatorias de facto de las instalaciones de salud que reciben asistencia financiera federal, litigar bajo este estatuto es complejo porque factores tales como el estado de seguro de salud y la pobreza confunden las conclusiones en estos casos.⁹ Por ejemplo, la política de la Medical University of South Carolina de administrar pruebas de drogas a las mujeres embarazadas sin una orden de cateo y entonces remitir resultados positivos selectos a la policía resultó primordialmente en el arresto de mujeres negras indigentes (por distribuir drogas a un menor, cometer abuso de menores, u otras ofensas). Esta política fue hallada inconstitucional por la Corte Suprema de los EE.UU. como una búsqueda sin consentimiento. La implementación racialmente discriminatoria de la política no fue adjudicada por el tribunal supremo.¹⁰

La relación entre el racismo, el sexismo, y el discrimen y los resultados de salud inferiores también puede ser mitigada por el estado socioeconómico o la pobreza. En otras palabras, las mujeres de color son desproporcionadamente pobres, y esta pobreza puede ser el resultado del racismo/sexismo y las prácticas discriminatorias; esta pobreza puede, a su vez, estar directamente asociada con peores resultados de salud. Los efectos del estado socioeconómico sobre la morbilidad y la mortalidad han sido demostrados en los niveles individuales y ecológicos de la presión sanguínea, la mortalidad general, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes y la obesidad.¹¹ La influencia sobre los resultados más tarde en la vida del estado socioeconómico al momento de la concepción, del nacimiento, o temprano durante el curso de la vida no ha sido demostrada claramente, sin embargo. Ni se ha comprobado la influencia sobre los resultados de salud del alto grado de desigualdad de ingresos a nivel estatal para personas con bajo ingreso, o que pertenecen a grupos raciales/étnicos o que residen en áreas de bajo ingreso.¹² Sin embargo, el hallazgo consistente de que los negros de estado socioeconómico más bajo tienen peores resultados de salud que los blancos de estado socioeconómico más bajo puede demostrar la interacción de las

prácticas discriminatorias con el estado socioeconómico, según se sugiere arriba.¹¹

Generalmente, un estado socioeconómico más alto está asociado con comportamientos más saludables y con mejores resultados de salud. Así, un estudio concluyó que los esfuerzos públicos para cambiar el comportamiento de fumar entre los adultos negros deberían enfatizar el reducir las desigualdades socioeconómicas en educación y acceso al cuidado.¹³ Otro estudio basado en datos de los condados sobre edad, raza y estado socioeconómico desde 1969 hasta el final de 1989 halló un empeoramiento relativo de la mortalidad por cáncer del seno entre las mujeres de menor estado socioeconómico que vivían en condados con estado socioeconómico promedio más bajo.¹⁴ Sin embargo, otro estudio halló que las tasas de mortalidad por cáncer del seno para las mujeres de color generalmente aumentaban con el nivel de alcance educacional, un sustituto usado comúnmente para el estado socioeconómico. Las tasas de mortalidad más altas fueron entre las mujeres negras no hispanas, las hispanas y las mujeres asiáticas con logro educacional de 12 años o de 16 años o más.¹⁵

Así, las disparidades raciales/étnicas en salud persisten y están asociadas en diferentes grados con ambas, las prácticas discriminatorias y el estado socioeconómico. Las iniciativas para abordar y eliminar estas disparidades deben concentrarse sobre estos dos factores subyacentes y sobre otros factores que han sido hallados asociados significativamente con los peores resultados de salud de las mujeres de color.

Recopilación de datos

Los asuntos relacionados con la recopilación de datos acerca de las mujeres de color están presentes en todo este libro. Estos van desde los cambios forjados por la Directiva 15 del OMB en la definición de las categorías de raza construidas socialmente utilizadas aquí, hasta los asuntos relacionados con tomar muestras para capturar la información deseada. Esta gama de cuestiones también incluye los datos recopilados pero nunca informados para varias subpoblaciones y la clasificación errónea de subpoblaciones raciales por otros que designan su raza.

Muchas subpoblaciones de mujeres de color son conocidas sólo por la ausencia de datos sobre ellas, o por la antigüedad de “los más recientes datos” acerca de ellas. Esto ocurre por muchas razones. Una razón básica tiene que ver con los estatutos

federales para recopilar e informar datos por raza, etnicidad y lenguaje primordial. Aunque recopilar e informar datos acerca de la raza, etnicidad y lenguaje primordial es legal y autorizado bajo el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 y no hay estatutos federales que prohíban recopilar e informar tales datos, muy pocos estatutos lo requieren.¹⁶

Otras razones para la falta de datos acerca de las mujeres de color varían por grupo racial/étnico. Por ejemplo, ya que los indioamericanos y nativos de Alaska, los hispanos, y los asiáticoamericanos no están ampliamente distribuidos a través de los Estados Unidos, encuestas nacionales grandes a menudo no toman muestras suficientes de estos grupos para recopilar datos confiables.¹⁷ Además, aunque la etnicidad hispana fue añadida al Certificado Estándar de Nacimiento y Muerte recomendado para uso en cada estado en 1989 y la mayoría de los estados han informado esta información desde 1991, datos confiables y completos de la mortalidad nacional para los hispanos no están disponibles en la actualidad. Informes incompletos en algunos estados y diferencias en la fraseología del detalle entre los estados obstaculizan el desarrollo de estos datos.^{18,19}

Agregar datos por grupos raciales/étnicos a menudo oculta las diferencias más válidas entre sus subpoblaciones. Por ejemplo, la tasa de mortalidad para los bebés puertorriqueños es mayor que para los bebés mejicanoamericanos; también, los americanos chinos, los japoneses, y los coreanoamericanos tienen tasas de mortalidad infantil menores que otros grupos asiáticoamericanos.²⁰ Hasta para los americanos negros, un grupo generalmente considerado como homogéneo, informar el porcentaje de bebés con bajo peso de nacimiento y las tasas de mortalidad para los bebés para todas las poblaciones negras en una localidad como un agregado puede ocultar diferencias válidas. Los datos para Massachusetts y dos de sus ciudades (Boston y New Bedford) en 1997 ilustran este punto, al usar dos definiciones para negro, una que incluye a los de Cabo Verde y a los dominicanos y la otra que excluye a los de Cabo Verde y a los dominicanos. Aunque los dominicanos son de la República Dominicana (una isla del Caribe donde se habla español) y los de Cabo Verde son de un grupo de islas al oeste de la costa occidental de África donde se habla portugués, las directrices del Centro Nacional para Estadísticas de Salud difundidas como resultado de la Directiva 15 del OMB obligarían a reclasificar ambos de estos grupos de "Otros" (la categoría racial que ellos más a menudo escogen)

a "negro o afroamericano".²¹ Las madres negras por la definición que incluía a las de Cabo Verde y las dominicanas informaban consistentemente un porcentaje más pequeño de bebés con bajo peso de nacimiento (12 por ciento, Boston; 9.9 por ciento, New Bedford; y 10.6 por ciento, Massachusetts) que las madres negras por la definición que no incluía a las de Cabo Verde y a las dominicanas (12.3 por ciento, Boston; 12.3 por ciento, New Bedford; y 11.4 por ciento, Massachusetts). Además, aunque los datos no están disponibles para las tasas de mortalidad infantil en New Bedford, en Boston existía una diferencia notable entre la tasa de muerte de 10.7 por cada 1,000 nacimientos vivos para bebés nacidos a madres negras (que incluye las madres de Cabo Verde y las madres dominicanas) y la tasa de muerte de 12.9 por cada 1,000 nacimientos vivos para los bebés nacidos a madres negras (que no incluye a las madres de Cabo Verde y las madres dominicanas). Una diferencia similar se informa para el estado, con la tasa de mortalidad para los bebés nacidos a madres negras que incluyen a las de Cabo Verde y a las madres dominicanas en 10.4 por cada 1,000 nacimientos vivos y la tasa de muerte para los bebés nacidos a madres negras que no incluyen a las de Cabo Verde ni a las madres dominicanas en 11.1 por cada 1,000 nacimientos vivos. Así, incluir a las madres de Cabo Verde y a las madres dominicanas en la categoría "negra o afroamericana" reduce las medidas de resultados de nacimientos problemáticos para las madres en esta categoría y oculta el hecho de que las madres negras que no son de Cabo Verde ni dominicanas en Massachusetts tienen más necesidad de los servicios para ayudar a mejorar estos resultados.²¹

Otro ejemplo parecido viene de Florida, un estado con una población considerable de haitianos cuyos miembros generalmente se cuentan como afroamericanos.²² El análisis de datos del Registro de Defectos de Nacimiento de Florida reveló que los bebés de madres haitianas tenían las tasas más altas de defectos de nacimiento en 13 de las 27 condiciones examinadas en el estudio. Los defectos de nacimiento informados entre los bebés haitianos también diferían de aquellos informados entre los afroamericanos, los blancos, y los bebés puertorriqueños en el estado. Incluir a los bebés haitianos dentro de la categoría afroamericanos ocultaría estas diferencias y la asociada necesidad que tienen las madres haitianas de tener mayor acceso a información acerca del cuidado prenatal y de los tratamientos para reducir la incidencia de defectos de nacimiento en sus bebés.

Otro tipo de desafío surge cuando uno quiere recopilar datos o llevar a cabo investigaciones en poblaciones pequeñas sin gran dispersión geográfica pero con gran diversidad cultural. Para estas poblaciones es difícil recopilar datos fáciles de generalizar que puedan ser aplicados al desarrollo de respuestas a tratamiento aplicadas universalmente.^{17,23} Dos soluciones se emplean comúnmente para recopilar datos de alta calidad para subgrupos de poblaciones pequeñas no ampliamente distribuidas geográficamente. Primero, uno puede usar técnicas de encuestas con muestra nacional y hacer muestreo en exceso, en áreas con cantidades considerables de las poblaciones de interés. Para hacer esto se requiere el uso de muchos identificadores raciales y étnicos y es probable que se aumente el tamaño de la muestra y el costo de la encuesta.

Otro método es encuestar los subgrupos principales de poblaciones raciales/étnicas en las áreas donde estos predominan. Esta técnica fue empleada en la Encuesta de Salud y Examen de Nutrición Hispana de 1982 a 1984 (H-HANES), la cual capturó aproximadamente 76 por ciento de la población de origen español en los Estados Unidos en 1980, al encuestar los tres subgrupos principales en áreas selectas. Los mejicanoamericanos fueron encuestados en Arizona, California, Colorado, New Mexico, y Texas; los puertorriqueños fueron encuestados en el área metropolitana de New York (New York, New Jersey, y Connecticut); y los cubanoamericanos fueron encuestados en Dade County, Florida.²⁴ Sin embargo, la falla en llevar a cabo un estudio similarmente enfocado desde medianía de los 1980s ha limitado la base de conocimiento acerca de esta creciente subpoblación.²⁵ En la Encuesta de Salud y Examen de Nutrición Nacional (N-HANES) III, llevada a cabo de 1988 a 1991, los datos se recopilaron para los negros, los blancos, y los mejicanoamericanos solamente, y se excluyó a otras poblaciones hispanas cuyos resultados de salud no necesariamente se puede asumir serán los mismos que los de los mejicanos.

Ya que la mayor cantidad de ambos, los asiáticoamericanos y los nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico, se encuentran conglomerados variadamente en California, Hawaii, Illinois, Minnesota, New Jersey, New York, Texas, Virginia, y Washington, estos grupos podrían ser capturados adecuadamente en un análisis nacionalmente representativo hecho en estos estados.^{26,27} De hecho, las tasas de mortalidad infantil para estas poblaciones se calculan de esta forma.²⁸

California, el estado que se estima tiene la cantidad mayor de americanos asiáticos o nativos de islas del

Pacífico combinados (más de 4 millones), en la actualidad recopila datos para 14 subpoblaciones diferentes. Las subpoblaciones asiáticas incluyen: indoasiáticos, chinos, filipinos, japoneses, khmer [camboyanos], coreanos, laosianos, tailandeses, y vietnamitas; las subpoblaciones de nativos de Hawaii o de otras islas del Pacífico incluyen: guamanianos, nativos de Hawaii, samoanos, tonganos, y otros de islas del Pacífico.²⁹ En informes publicados, sin embargo, estos grupos demasiado a menudo están combinados en la categoría “asiáticos y otros”, una categoría que también incluye a los indioamericanos y nativos de Alaska.²⁷ Informar datos de esta manera oculta diferencias importantes entre los grupos y niega los posibles beneficios provenientes del uso de identificadores étnicos múltiples durante la recopilación de datos.³⁰

Cuando se encuesta a las poblaciones pertinentes, datos sobre el grado de aculturación y la historia de inmigración necesitan ser recopilados. Por ejemplo, si los que responden a la encuesta son en una mayoría abrumadora los asiáticos más asimilados y nacidos americanos, entonces sus perfiles de salud pueden ocultar la morbilidad y los patrones de factor de riesgo de comportamiento de los inmigrantes recién llegados provenientes de los mismos lugares y en su lugar reflejar una mayor prevalencia de enfermedades, tales como la diabetes y el cáncer del seno, las cuales son mayores entre las poblaciones más asimiladas.³⁰ Para los indioamericanos/nativos de Alaska, surge un problema en recoger datos demográficos exactos a causa de los ciclos de migración urbana-rural-reservación seguidos por individuos de varias tribus. Esta migración puede causar problemas relacionados con sobrecontar o subcontar y al tratar condiciones infecciosas tales como el VIH/SIDA.³¹

La familiaridad con el lenguaje, otro aspecto de la aculturación, también es un factor en recopilar datos confiables. Si los conceptos se transfieren indiscriminadamente de un lenguaje o cultura a otro, se puede recopilar información errónea de la población encuestada. Por ejemplo, tratar de obtener información acerca de la satisfacción del paciente de algunas poblaciones raciales/étnicas puede ser difícil debido a normas culturales variantes. En camboiano, la palabra para médico significa guru o maestro. Por lo tanto, los camboyanos generalmente no toman posiciones negativas fuertes con respecto a sus proveedores de salud. También, las costumbres culturales, que dictan que el lugar para tomar decisiones respecto a la salud debe ser la familia en vez del individuo, pueden limitar la habilidad

de uno para obtener la evaluación de un individuo (en vez de la de la familia) acerca de los servicios de cuidado de salud.³² En otro ejemplo, buscar respuestas en español a preguntas en inglés puede que no sea la mejor forma de evaluar la salud de las poblaciones latinas. Es generalmente preferible determinar independientemente las mejores preguntas que hacerle a las latinas acerca de asuntos de salud y aceptar el hecho de que estas preguntas y respuestas pueden diferir de las preguntas y respuestas que uno usaría o esperaría en inglés.³²

Si las preguntas se ponen como un negativo doble, como lo fueron algunas de las preguntas en la Encuesta Nacional de Gastos Médicos de 1987, éstas serán especialmente difíciles de entender por aquellos para quienes el inglés es su segundo lenguaje.³³ Además, si se hace una pregunta que viola un valor cultural, la información recogida de hacer la pregunta puede ser inválida. Por ejemplo, los investigadores del Centro para el Estudio Epidemiológico-Depresión (CES-D) entrevistaron a un grupo de indioamericanos adultos en el norte de California para determinar su sintomatología depresiva. Los investigadores hallaron que muchos de los entrevistados rehusaron dar una respuesta para el artículo de escala "Siento que soy tan bueno como cualquier otro".³⁴ Ya que los valores indios no animan a uno a ponerse sobre otros, muchos de los que respondieron no deseaban contestar esta pregunta; otros la contestaron en formas que no guardaban relación con la intención de la pregunta. Esta información adicional pone en tela de juicio la conclusión de este estudio de que los indioamericanos adultos informaron síntomas de depresión con el doble de la frecuencia que la población general.

Aún para personas para quienes el inglés es su lenguaje primordial y cuya cultura y valores son más congruentes con la línea de preguntas, un cambio en fraseología puede resultar en una diferencia significativa en sus respuestas. Por ejemplo, el cambio entre 1990 a 1991 y 1992 en la fraseología de la pregunta de mamografías, utilizada como parte del Sistema de Vigilancia de Factor de Riesgo en el Comportamiento de 1992 (BRFSS), resultó en un menor autoinforme del uso de mamografías para todas las mujeres (por 3.5 puntos de porcentaje).³⁵ Para las mujeres negras con menos educación que la de escuela superior, el autoinforme del uso de mamografías descendió por 13.6 puntos de porcentaje entre estas dos encuestas, en gran parte asociado al cambio en fraseología.

Otros sistemas específicos de recopilación de datos han sido criticados por fallar en recoger la información asociada pertinente o por fallar en tomar una muestra en una forma que refleje la conciencia de las variaciones geográficas/étnicas en los resultados de la salud. En particular, los registros de cáncer de los EE.UU. no recogen datos socioeconómicos, y de esa manera hacen imposible discernir la extensión hasta la cual las condiciones socioeconómicas contribuyen a las disparidades de cáncer raciales/étnicas observadas.³⁶ El programa Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) del Instituto Nacional del Cáncer (NCI) no recopila datos para afroamericanos del área geográfica que incluye poblaciones negras grandes, a menudo de bajo ingreso y partes de las cuales se conocen como "el callejón del cáncer" (por ej., Alabama, Louisiana, Mississippi, y el este de Texas).³⁷ Al muestrear afroamericanos en forma más pareja a través de los Estados Unidos en total (esto es, 28 por ciento en Los Angeles, 25 por ciento en Detroit, 19 por ciento en Atlanta, y 12 por ciento en San Francisco), este sistema provee datos raciales con poca consideración de los factores étnicos o geográficos pertinentes que pueden influir en la salud. Aunque el sistema SEER generalmente toma muestra en exceso para las subpoblaciones raciales/étnicas, éste también ha sido criticado por pasar por alto a los indioamericanos y a los pobres de zonas rurales (Appalachia y el Sur rural) y por sobregeneralizar los datos para las poblaciones asiáticas.³⁷

Otro sistema de recopilación de datos que puede tener hallazgos soslayados es la clasificación de modos de exposición al VIH en informes de caso de SIDA. Debido a que el contacto sexual heterosexual aparece en la lista de categorías de exposición después de otros comportamientos de riesgo principales, tales como el uso de drogas intravenosas, es probable que éste sea subinformado como una causa de infección del VIH o de SIDA.⁷ Demasiado a menudo se asume que las parejas femeninas de usuarios de drogas están expuestas a la infección del VIH mediante el uso de drogas, sin considerar la posibilidad de la transmisión por contacto heterosexual. Este patrón de clasificación ha demorado el reconocimiento y la acción de lidiar con la creciente epidemia del VIH/SIDA transmitido heterosexualmente, principalmente entre las mujeres negras e hispanas.

Como resultado de éstas y otras deficiencias en los métodos y sistemas de recopilación de datos, varios tipos de errores han sido hallados en los datos recopilados acerca de la gente de color. Los errores

de omisión, por ejemplo, incluyen aquellos mencionados arriba al igual que aquellos asociados con subcontar. Los indioamericanos y otras poblaciones raciales/étnicas en áreas urbanas rutinariamente son subcontados. Esto conduce a sobreestimar las tasas de mortalidad para estos grupos ya que la población base (o el denominador) usada para calcular las tasas se informa ser menor que lo que es en la realidad.³³ Subcontar poblaciones raciales/étnicas también puede resultar en sobreestimar la incidencia acumulativa del SIDA, por ejemplo, ya que la base contra la cual se informa esta condición ha sido subnumerada.^{38,39}

Por otro lado, el error más común que afecta los datos sobre los indioamericanos es la identificación errónea hecha por los proveedores de servicios, lo que resulta en subestimar las tasas de mortalidad porque el numerador en la fracción usada para calcular estas tasas es demasiado pequeño.^{17,40,41} En Oklahoma, los bebés nacidos a indioamericanos tienen un 28 por ciento de oportunidad de ser mal clasificados como otra raza en los certificados de muerte. Después de ajustar por esta subinformación, la mortalidad infantil entre los indioamericanos en Oklahoma casi se duplicó de cerca de seis muertes por cada 1,000 nacimientos vivos informadas para de 1987 a 1988 a una tasa estimada de más de diez por cada 1,000 nacimientos vivos para el mismo período.³³ Además, el Estudio Nacional de Postverificación de la Mortalidad halló evidencia de que la herencia indioamericana/nativa de Alaska puede estar subinformada por 65 por ciento en los certificados de muerte, lo que rinde estimados bajos de las muertes debidas a la diabetes y otras causas entre esta población.⁴²

Aunque clasificaciones inconsistentes para bebés al nacer y al morir fueron informadas para sólo 1 por ciento de los bebés clasificados como blancos y para 4 por ciento de los bebés clasificados como negros al nacer, más de 43 por ciento de los bebés clasificados al nacer como miembros de todos los otros grupos raciales fueron clasificados como de una raza diferente al morir.⁴⁰ Casi iguales proporciones de bebés clasificados como filipinos o japoneses al nacer fueron clasificados como blancos al morir (45 y 40 por ciento, respectivamente); proporciones un poco mayores fueron consistentemente clasificadas como filipinos o japoneses ambos al nacer y al morir (48 y 46 por ciento, respectivamente). Además, sólo 70 por ciento de los bebés fueron asignados el mismo origen hispano (cubano, mejicano, o puertorriqueño) ambos al nacer y al morir.⁴⁰ El grado de clasificación errónea probablemente varía por localidad geográfica. En New York, la clasificación errónea rutinaria de los

filipinos y otros asiáticos de países latinoamericanos como hispanos y la clasificación de los sudasiáticos como blancos, como negros o como otros resulta en subcontar en las estadísticas de vigilancia de SIDA y de censo general para los asiáticos.⁴³ En forma similar, la clasificación de chinos de Vietnam como vietnamitas en vez de como chinos puede sobrepasar su historia singular como grupo y sus necesidades de servicios relacionados con su doble inmigración (esto es, de China a Vietnam a los Estados Unidos).⁴⁴ Hace falta tomar los pasos necesarios para refinar y mejorar la calidad de los datos recopilados sobre la gente de color.

Finalmente, según el cambio a clasificaciones raciales múltiples en el censo se extiende a los informes de datos de salud, se le debe prestar atención a entender el fenómeno en función. Por ejemplo, los estudios de la relación entre el estado birracial y el bajo peso de nacimiento de los bebés han hallado que, en comparación con los bebés cuyos padres fueron blancos, los bebés nacidos a madres negras y padres blancos tenían más probabilidad de tener bajo peso al nacer que los bebés nacidos a madres blancas y padres negros.⁴⁵ El bajo peso de nacimiento, el peso de nacimiento promedio, y las tasas de nacimientos prematuros estaban más relacionados con la raza de la madre que con la raza del padre. En otro ejemplo más, la preponderancia de fumar en los 30 días anteriores entre los adolescentes de octavo grado en California en 1996 fue marcadamente diferente para la juventud que escogió una sola categoría racial/étnica (afroamericana o hispana/latina o asiática o nativa de islas del Pacífico) versus la juventud que seleccionó una de estas categorías raciales/étnicas junto con una o más categorías adicionales (esto es, multi-étnica). Específicamente, 8 por ciento de los de etnia sencilla – pero 19 por ciento de los de etnia múltiple – de los jóvenes afroamericanos de 8vo grado informaron fumar en los 30 días anteriores.⁴⁶ De igual forma, 19 por ciento de los de etnia sencilla, pero 30 por ciento de los de etnia múltiple, de los adolescentes hispanos/latinos fumaron cigarrillos en los 30 días anteriores, como lo hicieron el 13 por ciento de los jóvenes de 8vo grado asiáticos o nativos de islas del Pacífico de etnia sencilla y 24 por ciento de los de etnia múltiple. Hallazgos como estos claramente resaltan la necesidad de recopilar datos que nos permitan reflejar completamente la salud de las mujeres (y los hombres) de color en los Estados Unidos.

Necesidades de investigación y tratamiento

Para determinar las causas subyacentes y los factores asociados con las disparidades de salud raciales/étnicas identificadas en este volumen y discutidas anteriormente en esta sección, se necesita investigación con base clínica. Llevar a cabo pruebas clínicas e incluir un grupo de mujeres diverso racialmente y étnicamente en estas pruebas es esencial para aprender cómo tratar y curar las condiciones médicas.⁴⁷ Aunque el reino médico oficial ha reconocido su pasada falta de atención a las necesidades de salud de las mujeres en la formación de los diseños de investigación y los protocolos de tratamiento, para las mujeres de color el asunto ha sido aún más dramático.⁴⁸ Incluir sólo a mujeres blancas en un grupo experimental puede rendir conocimiento y resultados pertinentes a tratar a mujeres blancas, pero no para tratar a mujeres de color.⁴⁹ Por ejemplo, ¿Cuán frecuentemente deberían las mujeres ser examinadas para cáncer del seno? Las directrices que recomiendan exámenes para mujeres de 40 años de edad o mayores ignoran el riesgo por encima del promedio de cáncer del seno entre las mujeres negras más jóvenes de la edad de 40. ¿Deberían establecerse directrices diferentes para las mujeres negras? ¿Qué directrices deberían establecerse para examinar a las mujeres indioamericanas/nativas de Alaska entre las cuales la diabetes, la tuberculosis, y las enfermedades del hígado son más comunes que entre la población general?⁵⁰ ¿Por qué es la hipertensión un problema entre las mujeres nativas de Hawaii desde un comienzo muy temprano en la vida, y cuál es la mejor manera de controlarla? Preguntas tales como éstas no pueden ser resueltas sin integrar el conocimiento de las necesidades de las mujeres de subpoblaciones raciales/étnicas dentro de la investigación y las evaluaciones de tratamiento. Para ayudar a responder tales preguntas, el Acta de Revitalización de los Institutos Nacionales de la Salud de 1993 ordenó la inclusión de mujeres y minorías (y así, de las mujeres de color) en las pruebas clínicas bajo condiciones específicas.⁵¹

Incluir a las mujeres de color en pruebas clínicas es una forma directa – pero a menudo no fácil – de obtener el conocimiento necesario para responder a las preguntas relacionadas con la salud tales como las propuestas arriba. Las mujeres – y los hombres – de color a menudo están renuentes a participar en pruebas clínicas a causa de las circunstancias históricas y las situaciones que han creado desconfianza de ambos, los investigadores y los procedimientos de investigación dentro de las comunidades de color.

Por ejemplo, el conocimiento del estudio patrocinado por el gobierno de los EE.UU. llevado a cabo con hombres negros sobre el curso de la sífilis sin tratamiento, conocido como el Estudio de Servicio de Salud Pública de Tuskegee (PHS), ha arraigado desconfianza de la investigación médica en generaciones de afroamericanos. Este estudio comenzó en 1932 y continuó por 40 años, bastante más allá del punto en que se sabía que la penicilina trataba la enfermedad efectivamente. Los sujetos de la investigación fueron 399 aparceros negros pobres de Macon County, Alabama, con sífilis latente y 201 hombres sin la enfermedad que sirvieron de control.⁵² A los hombres se les dijo que estaban siendo tratados para “sangre mala” (una frase usada en esa época para describir varios achaques que incluían sífilis, anemia, y fatiga), se les ofreció incentivo financiero, y ellos libremente estuvieron de acuerdo en participar. Sin embargo, los hombres fueron engañados acerca del propósito del estudio y se les negó tratamiento a través del estudio y de otros medios.

En una encuesta llevada a cabo con adultos en Detroit, Michigan, en 1998 y 1999 acerca del conocimiento del Estudio de Tuskegee y del impacto de este conocimiento sobre la buena disposición a participar en la investigación médica, una gran mayoría de negros (81 por ciento) y más de la cuarta parte de los blancos (28 por ciento) indicaron conocimiento anterior. Entre los negros con conocimiento anterior, 51 por ciento indicó que el conocimiento del Estudio de Tuskegee jugó un papel en su renuencia a participar en pruebas clínicas.⁵³ En los años desde el final del Estudio de Tuskegee, las creencias acerca del origen de la infección del VIH, la exposición al Agent Orange, y el papel de la CIA en distribuir cocaína crack primordialmente en las comunidades negras han añadido leña al fuego de la falta de confianza en los investigadores y en proyectos de investigación subsidiados o patrocinados por el gobierno federal.⁵⁴

En el transcurso de los años, otras comunidades de color han tenido experiencias similares que causan que ellos también vean el proceso de investigación negativamente. Por ejemplo, los residentes de la República de las Islas Marshall en el Océano Pacífico desconfían del gobierno de los EE.UU. y sus propuestas de investigación como resultado de la pruebas nucleares post-Segunda Guerra Mundial llevadas a cabo sin su informado consentimiento.⁵⁵ Además, los indioamericanos y nativos de Alaska han soportado encuentros con “investigadores en helicóptero”, quienes “entran volando”, recogen

datos, y “salen volando” con, si acaso, poca interacción comunitaria.⁵⁴ Algunos investigadores han entrado a las comunidades indias y recogido datos sin el conocimiento total ni el consentimiento de los participantes o de la tribu y, así, inadvertidamente le han faltado al respeto a la cultura local y a sus tradiciones. El reclutamiento para la investigación clínica o las pruebas de tratamiento a menudo tiene fallas similares a causa de las diferencias en estilos de comunicación entre los indioamericanos y nativos de Alaska y la más amplia sociedad. Para poder reclutar exitosamente a los indioamericanos o los nativos de Alaska a las pruebas clínicas, ellos se deben sentir cómodos con sus proveedores de cuidado de salud y con la investigación o el proceso de tratamiento propuesto.

Recopilar sólo datos clínicos en investigación médica y no proveer un contexto psicológico para los hallazgos que emerjan también ha sido criticado cuando se estudia la salud de las mujeres de color.⁵⁶ La falla de integrar las influencias culturales, sociales y psicológicas cuando se busca entender los resultados de salud ha sido resaltada, especialmente para las mujeres afroamericanas.⁵⁷ Un análisis del contenido de artículos publicados entre 1989 y 1998 en tres revistas médicas principales (*Journal of the American Medical Association*, *American Journal of Public Health*, y *New England Journal of Medicine*) reveló que las explicaciones para las enfermedades y la mortalidad están limitadas a los comportamientos de mujeres negras individuales, con poca atención prestada al contexto en el cual estos comportamientos ocurren.⁵⁷ Más apoyo para este punto viene de otra investigación que examina la relación entre los factores psicológicos y el estado de salud, la cual halló tales cosas como que las mujeres negras con historias de abuso físico, psicológico o sexual en edad temprana tenían más probabilidad de ser tratadas por depresión, alergias, infecciones fúngicas e hipertensión que sus iguales sin estas historias. Además las mujeres negras de estado económico más bajo tienen más probabilidad de ser tratadas por alergias y enfermedades inflamatorias de la pelvis que sus iguales de ingreso medio y superior.⁵⁷

A pesar de las barreras y problemas indicados con incorporar a las mujeres de color dentro de los estudios de investigación y con analizar/interpretar la información de salud apropiadamente, se ha progresado y se continúa progresando. En noviembre, 2000, los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) establecieron un nuevo centro – el Centro Nacional sobre la Salud y Disparidades de la Salud de

Minorías – para apoyar la investigación acerca de problemas de salud que afectan desproporcionadamente a los miembros de poblaciones raciales/étnicas. Además, los NIH han dado grandes pasos en aumentar la representación de las mujeres en sus programas de investigación, tanto intramuros como extramuros. Durante el año fiscal 1999, las mujeres participaron en aproximadamente la mitad de todos los estudios clínicos subsidiados por los NIH. Para toda investigación extramuros, 14 por ciento de las participantes femeninas eran negras no hispanas, 18 por ciento eran asiáticas o nativas de islas del Pacífico, 7 por ciento eran hispanas, y 0.7 por ciento eran indioamericanas o nativas de Alaska. Las mujeres blancas no hispanas representaron 54 por ciento de todas las mujeres inscritas en protocolos de investigación extramuros subsidiados por los NIH ese año.⁵⁸

Localidades para servir a la gente de color

¿En qué ambientes se está llevando a cabo la investigación y se está aplicando el tratamiento para llenar las necesidades de las mujeres de color? La política de orientar recursos y localidades hacia la gente de color tiene una historia defectuosa. La provisión de hospitales para los negros, la designación de áreas de servicio para los indioamericanos/nativos de Alaska, y la orientación de servicios de cuidado de salud para los nativos de Hawái, todas ilustran estos problemas.

El cierre de hospitales que sirven predominantemente a las comunidades negras es polémico y a menudo se considera estar impulsado más por la composición racial de los vecindarios de los hospitales que por condiciones económicas.⁵⁹ El concepto de estos hospitales data de una era cuando las poblaciones raciales/étnicas estaban más segregadas en las ciudades de América que lo que muchas lo están hoy. Según nuevas olas de inmigrantes han venido a América, las cuales son más capaces de escoger no vivir en ghettos raciales/étnicos, se ha vuelto más difícil definir “comunidades” territoriales para grupos raciales/étnicos específicos y llenar sus necesidades colocando facilidades en estas áreas.

Por ejemplo, las designaciones regionales del IHS reflejan la distribución de la población indioamericana/nativa de Alaska en 1955; hoy en día sólo 22 por ciento vive en reservaciones y 67 por ciento vive en otra parte, con una creciente porción en ciudades.⁶⁰ Hoy, más de la mitad de las poblaciones indioamericanas o nativas de Alaska han migrado a áreas urbanas.³⁴ Sin embargo, para los nativos de Alaska que derivan su sustento del empleo por

temporadas, tal como la pesca, que tiene lugar en áreas más aisladas, es difícil obtener cuidado de salud durante la temporada de pesca si la localidad del IHS está a varios cientos de millas de la casa. En la mayor parte de Alaska, la transportación presenta una barrera casi insuperable para recibir cuidado ya que hay sólo tres clínicas urbanas del IHS para servir a toda la gente elegible en el estado. Muchos nativos de Alaska necesitan vivienda provisional cuando buscan cuidado en las localidades médicas del IHS ya que no pueden regresar a casa el mismo día.³¹

Los nativos de Hawaii deben resolver problemas similares a aquellos encarados por los indioamericanos/nativos de Alaska. Aunque los nativos de Hawaii han sido reconocidos como una población de alto riesgo y necesitada de servicios de cuidado de salud orientados, es difícil colocar las localidades para servirlos en grandes cantidades porque los patrones de vivienda en las islas de Hawaii son racialmente/étnicamente mixtos. En las islas aparte de Oahu (la isla donde Honolulu se encuentra localizada), los nativos de Hawaii tienen más probabilidad de posponer la búsqueda de cuidado hasta que perciben una crisis, con tal de evitar los problemas de viajar.

Las localidades con base en la comunidad, amigables para los usuarios, están a menudo en desventaja cuando compiten por los recursos para servir a sus clientes con organizaciones más grandes. Por ejemplo, cuando buscan fondos monetarios bajo el Acta Ryan White de Recursos Comprensivos de Emergencia de 1990, muchos grupos comunitarios más pequeños orientados a servir a las mujeres con VIH/SIDA se han quejado de perder ante hospitales y organizaciones más grandes. Además, el “establecimiento del SIDA” de organizaciones de servicio a veces falla en reconocer a grupos locales que sirven a las mujeres de color con SIDA, lo que hace difícil referir los casos.^{61,62} Los programas desarrollados por organizaciones tales como la Organización Nacional para la Salud de las Mujeres Asiáticas (NAWHO), el Proyecto Nacional para la Salud de las Mujeres Negras, la Red Nacional para la Salud Latina y el Centro de Recursos para la Educación de la Salud de las Mujeres Americanas Nativas buscan salvar la distancia en el subsidio de cuidado de salud y en los servicios para sus miembros.

El modelo de “comprar todo en un solo lugar” para proveer servicios de salud para las mujeres todavía está por volverse la norma. Tales centros proveerían cuidado de niños junto con servicios comprensivos para las necesidades de las mujeres, lo que incluye reproductivos, medicina interna, salud mental, abuso de sustancias, y cuidado del VIH/SIDA.³¹

La Iniciativa para la Salud de las Mujeres Minoritarias y sus actividades asociadas para servir a las mujeres de las principales subpoblaciones raciales/étnicas en centros académicos de salud, como parte de los Centros de Excelencia subsidiados por la Oficina de la Salud de las Mujeres (OWH) del DHHS, ha dado pasos para llenar estas necesidades.⁶³ En estos Centros se proveen servicios comprensivos; y modelos para proveer cuidado que llene las necesidades únicas de las mujeres de color se están desarrollando a través de esta iniciativa.⁶⁴

Necesidad de médicos y proveedores de color

El gobierno federal ha designado a varios grupos raciales/étnicos como subrepresentados entre los médicos (y otros proveedores de cuidado de salud) y ha ofrecido incentivos para cambiar esto, basado en la creencia doble de que los doctores que pertenecen a grupos raciales/étnicos tienden a establecerse en áreas subservidas y que tienden a cuidar más de pacientes que pertenecen a estos grupos. Aunque los americanos negros estaban subrepresentados como médicos en 1990 (no llegaban al 4 por ciento de todos los médicos, sin embargo el 12 por ciento de la población general en esa época) su participación en la población de médicos había aumentado muy poco desde 1950 y es evidencia de un desbalance de mucha antigüedad. En forma similar, los hispanos eran sólo 5 por ciento de los médicos en 1990, aunque eran 9 por ciento de la población de los EE.UU. en esa época. En 1989, los dentistas hispanos, las enfermeras registradas, los farmacéuticos y los terapeutas sólo contaban para entre 2.2 por ciento y 3 por ciento de estos profesionales, también.⁶⁵ Los indioamericanos/nativos de Alaska eran sólo 0.1 por ciento de todos los médicos, mientras que componían 0.7 por ciento de la población de los EE.UU. de 1990. Los americanos asiáticos o nativos de islas del Pacífico, sin embargo, eran casi el 11 por ciento de todos los médicos, considerablemente más del casi 3 por ciento que estos constituían de la población de los EE.UU. en 1990.⁶⁶ No mucho ha cambiado casi una década más tarde. De aquellos que se graduaron de escuela médica en 1998, los asiáticoamericanos eran más de la mitad de los graduados que pertenecían a subpoblaciones raciales/étnicas (quienes en total formaban la tercera parte de todos los graduados de escuela médica en los EE.UU. ese año). Mientras que los asiáticoamericanos estaban sobrerrepresentados entre los graduados de escuela médica, otros grupos raciales y étnicos continuaban estando

subrepresentados, aunque su representación ha mejorado un poco. Casi 8 por ciento de los graduados eran afroamericanos, y más de 6 por ciento hispanos, ambos menos del estimado 12 por ciento que cada grupo comprendía de la población de los EE.UU. en 1998. Los indioamericanos/nativos de Alaska continuaban estando subrepresentados entre los profesionales médicos también, al representar 0.7 de los graduados de escuelas médicas en los EE.UU. al mismo tiempo que constituían 0.9 de la población total de los EE.UU.⁶⁷

Los trasfondos raciales/étnicos de los graduados de escuela de medicina en 1999 y 2000 sugieren una continuación de la tendencia de subrepresentación entre subpoblaciones aparte de los asiáticos o nativos de islas del Pacífico. En esa época, más de dos terceras partes (67 por ciento) de los graduados de escuela de medicina eran o blancos (no hispanos) o estudiantes extranjeros no ciudadanos de los EE.UU. de varias razas/etnicidades. La tercera parte restante estaba dominada por los estudiantes asiáticos o nativos de islas del Pacífico (18 por ciento). Los graduados de escuela médica afroamericanos eran poco más de 7 por ciento del total. Los graduados latinos sumaron 6.6 por ciento y se constituían como sigue: cerca del 3 por ciento mejicanoamericanos, cerca de 2 por ciento otros hispanos, poco más de 1 por ciento puertorriqueños (no continentales) y 0.7 por ciento puertorriqueños (continentales). Los graduados de escuela médica indioamericanos o nativos de Alaska eran sólo el 0.8 por ciento del total.⁶⁸

La creencia de que aumentar la representación de poblaciones raciales/étnicas entre los doctores proveerá un aumento de acceso al cuidado de salud para estas poblaciones está apoyada por los datos sobre los médicos negros. Aunque más del 80 por ciento de los negros informan tener un médico blanco como su proveedor primario, 80 por ciento de los pacientes de los médicos negros son negros.⁶⁹ Una encuesta reciente de médicos de cuidado primario en California halló que, en promedio, un médico negro cuidaba de casi seis veces la cantidad de pacientes negros y un médico hispano cuidaba de casi tres veces la cantidad de pacientes que los médicos de otros grupos raciales/étnicos.⁷⁰ La distribución regional de médicos negros e indioamericanos/nativos de Alaska, en particular, parece estar influenciada por la localidad de cantidades sustanciales de gente que pertenece a estas poblaciones. Los estimados alcanzan entre 60 y 80 por ciento para las proporciones de estudiantes pertenecientes a grupos raciales/étnicos subrepresentados que están entrenados en las profesiones de salud y que voluntariamente practican en, o cerca de áreas

de escasez designadas con grandes poblaciones raciales/étnicas.³³

La investigación sobre parear a los proveedores con los pacientes a base de raza o etnicidad es inconclusa, sin embargo. Aunque hay un consenso de que la efectividad del tratamiento (especialmente para el abuso de sustancias) aumenta cuando el proveedor es conocedor de la cultura, en un estudio de pacientes ancianos, no se halló que el pareo racial de los pacientes con los médicos necesariamente resultara en mejor calidad de cuidado.⁷¹ Varios estudios sugieren, por otro lado, que el pareo racial/étnico entre paciente y proveedor reduce la terminación prematura y aumenta el tiempo durante el cual se recibe tratamiento en las clínicas de salud mental comunitarias.⁷² Otra investigación ha mostrado que la probabilidad (en relación con los blancos) de que la gente de color buscara y completara el tratamiento por abuso de alcohol o sustancias podría aumentar con mayor sensibilidad y conciencia cultural dentro de los programas y localidades de tratamiento, lo que incluye pareo frecuente de paciente-proveedor.^{73,74} La falta de una visión del mundo compartida por ambos, los pacientes indioamericanos/nativos de Alaska y sus proveedores ha sido asociada con las altas tasas de abandono de tratamiento por este grupo. Además, tasas más altas de terminación han sido observadas para los americanos negros tratados en ambientes informales localizados dentro de la comunidad negra, una localidad que ayuda a enmarcar la experiencia de rehabilitación fuera de la cultura dominante y la hace más aceptable a los clientes.⁷⁴

Aunque el gobierno federal considera que los asiáticoamericanos están sobrerrepresentados entre los médicos, esta evaluación descansa en parte sobre la creencia de que todos los grupos asiáticoamericanos pueden ser servidos por profesionales de la salud asiáticos "genéricos". Los aumentos en la cantidad de trabajadores de cuidado de la salud entre los asiáticoamericanos han ocurrido primordialmente entre la segunda y tercera generación, y específicamente, entre los americanos japoneses y chinos.⁷⁵ Entre los siquiátras, por ejemplo, los asiáticos eran cerca del 9 por ciento del total en los Estados Unidos en 1984. La mitad de estos (51 por ciento) eran indoasiáticos, sin embargo, y sólo 23 por ciento eran de ancestros chinos o japoneses. La mezcla de proveedores difiere marcadamente de la representación de los asiáticoamericanos en los Estados Unidos.

La demanda insatisfecha de profesionales de la salud multiculturales y multilingües necesita ser atendida. Aunque la falta de las localidades subsidiadas

por fondos federales de tener traductores entrenados médicamente para llenar las necesidades de pacientes cuyo lenguaje primario no es inglés viola un estatuto de derechos civiles (Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964), no todas las localidades de cuidado de salud en la actualidad proveen los servicios necesarios. Un crecimiento anticipado de las poblaciones latinas y asiáticas en los Estados Unidos en los principios del siglo 21 resalta la necesidad de servicios de traducción.⁷⁶ Los fondos federales están disponibles para reembolsar a los estados por sus gastos asociados con las actividades administrativas y los servicios necesarios para proveer servicios de traducción oral y escrita en ambos programas, el de Seguro Estatal de Salud para Niños (S-CHIP) y Medicaid.⁷⁷

En 1997, el DHHS estableció la Iniciativa Asiáticoamericana y de Nativos de Islas del Pacífico (AAPI) para eliminar las disparidades en estado de salud y acceso a los servicios humanos y de salud de estas poblaciones.⁷⁸ Entre otras metas, la AAPI busca mejorar los esfuerzos de recopilación de datos y de investigación acerca de las poblaciones de la AAPI y el entrenamiento de profesionales de la salud y de investigadores de la AAPI.

Además, en diciembre, 2000, la Oficina de Salud de Minorías del DHHS publicó sus recomendaciones finales sobre los estándares nacionales para los servicios culturalmente y lingüísticamente apropiados (CLAS) en cuidado de salud.⁷⁹ Los 14 estándares caen bajo tres encabezamientos amplios: cuidado culturalmente competente, servicios de acceso a lenguajes, y respaldo institucional para la competencia cultural. Un estándar clave es el tercero: las organizaciones de cuidado de la salud deberían asegurar que el personal a todos los niveles y a través de todas las disciplinas reciba educación y entrenamiento continuos en dar servicios culturalmente y lingüísticamente apropiados. Fallar en usar estos estándares y en apoyar el desarrollo de profesionales de la salud multiculturales y multilingües descontaría el grado al cual el lenguaje y la cultura influyen en el acceso y la utilización de servicios y podría, por lo tanto, contribuir a la continuación innecesaria de enfermedades y muerte.

Conclusión

Las mujeres de color son miembros de grupos extremadamente heterogéneos. Por ejemplo, las mujeres hispanas incluyen tanto a las mujeres puertorriqueñas, nacidas con ciudadanía de los EE.UU. pero que tienen una alta incidencia de SIDA y tasas de mortalidad infantil más altas que el promedio, como a las mujeres mejicanoamericanas,

muchas de las cuales son nacidas en el extranjero y tienen tasas de mortalidad infantil más bajas que el promedio.⁸⁰ Las mujeres asiáticoamericanas, como otro ejemplo, incluyen a las mujeres indoasiáticas, más del 80 por ciento de las cuales obtienen cuidado prenatal temprano pero cuyos bebés tienen el doble de la probabilidad de tener bajo peso de nacimiento que los bebés nacidos a las mujeres americanas japonesas, alrededor de 90 por ciento de las cuales obtienen cuidado prenatal en el primer trimestre del embarazo y cuyas tasas bajas de mortalidad infantil pueden reflejar esto.⁸⁰ Además, las mujeres indioamericanas en el suroeste tienen tasas bajas de mortalidad a causa del cáncer del seno, mientras que sus iguales en los estados de los Planos y del noroeste tienen tasas el doble de altas.⁸¹ Finalmente, los bebés nacidos a parejas negras inmigrantes tienen bajo peso menos a menudo que los bebés nacidos a parejas negras nativas. Datos recientes de Massachusetts vívidamente reflejan esto al utilizar los datos de 1997 sobre los resultados de nacimiento para las mujeres dominicanas y de Cabo Verde, en comparación con otras mujeres negras en el estado.²¹

Las generalizaciones que crean perfiles de salud para las mujeres de color son peligrosas a causa de las excepciones que abundan. El desafío, en vez, es de refinar el conocimiento y el entendimiento acerca de estos grupos hasta el punto de que el cuidado individualizado pueda ser provisto a todas y cada una de las mujeres de color, sin importar la raza o etnicidad ni el estado de salud.

Durante los 1960s y muchos de los 1970s, aumentar el acceso era un objetivo principal de la política de salud. Desde los 1980s, el énfasis ha cambiado hacia la contención de costos y el uso de cuidado controlado para lograr este fin. Este enfoque puede finalmente reducir el acceso al cuidado para las mujeres de color. Si, bajo la apariencia de contención de costos, se renueva el énfasis sobre cambiar el comportamiento del individuo, sería demasiado fácil cruzar la línea a “culpar a la víctima” y cesar de hacer esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios y la naturaleza de los servicios disponibles para las mujeres de color.

Los problemas estructurales – tales como las oportunidades de empleo limitadas, la falta de recursos más allá de aquellos que llenan las necesidades básicas, y la falta de transporte público – todos contribuyen adversamente a la habilidad del individuo de cambiar los comportamientos de alto riesgo. Los programas diseñados para respetar las normas y valores culturales y que están conscientes de los límites estructurales serán los medios más efectivos para realzar la salud de las mujeres de color.

REFERENCIAS

- 1 Office of Minority Health Resource Center Web Site, at: <http://www.omhrc.gov/rah/sidebars/sbinitOver.htm>
- 2 Giachello AL. Cultural diversity and institutional inequality, in: Adams D (ed). *Health issues for women of color: A cultural diversity perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995: pg. 13
- 3 Jones CP. Levels of racism: A theoretical framework and a gardener's tale. *Am J Public Health* 2000; 90(8):1212-13
- 4 Thomas SB. The color line: race matters in the elimination of health disparities. *Am J Public Health* 2001; 91(7):1046-48
- 5 Thamer M, Hwang W, Fink N, et al. US nephrologists' attitudes toward renal transplantation: Results from a national survey. *Transplantation* 2001; 71(2):281-88
- 6 Anderson K, Mitchell JM. Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of AIDS and its implications for survival. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160:3114-20
- 7 Gollub EL. Human rights is a US problem, too: The case of women and HIV. *Am J Public Health* 1999; 89(10):1479-82
- 8 Jackson SA, Anderson RT, Johnson NJ, Sorlie PD. The relation of residential segregation to all-cause mortality: A study in black and white. *Am J Public Health* 2000; 90(4):615-17
- 9 Rosenbaum S, Markus A, Darnell J. US civil rights policy and access to health care by minority Americans: Implications for a changing health care system. *Medical Care Research and Review* 2000; 57(suppl. 1):236-59
- 10 Ferguson et al. v. City of Charleston et al., at: <http://laws.findlaw.com/us/000/99-936.html>
- 11 Jackson JS, Sellers SL. Health and the elderly, in: Braithwaite RL, Taylor SE (eds). *Health issues in the black community (2d edition)*. San Francisco, CA: Josey-Bass Publishers, 2001, pp. 81-96
- 12 Kaplan GA, Lynch JW. Editorial: Is economic policy health policy? *Am J Public Health* 2001; 91(3):351-53
- 13 Kiefe CI, Williams OD, Lewis CE, Allison JJ, Sekar P, Wagenknecht LE. Ten-year changes in smoking among young adults: Are racial differences explained by socioeconomic factors in the CARDIA study? *Am J Public Health* 2001; 91(2):213-18
- 14 Wagener DK, Schatzkin A. Temporal trends in the socioeconomic gradient for breast cancer mortality among US women. *Am J Public Health* 1994; 84(6):1003-1006
- 15 Heck KE, Wagener DK, Schatzkin A, Devesa SS, Breen N. Socioeconomic status and breast cancer mortality, 1989 through 1993: An analysis of education data from death certificates. *Am J Public Health* 1997; 87(7):1218-22
- 16 Perot RT, Youdelman M. *Racial, ethnic, and primary language data collection in the health care system: An assessment of federal policies and programs*. New York, NY: The Commonwealth Fund, 2001
- 17 Burhansstipanov L, Satter DE. Office of Management and Budget racial categories and implications for American Indians and Alaska Natives. *Am J Public Health* 2000; 90(11):1720-23
- 18 US Public Health Service. *Improving minority health statistics*. Report of the PHS Task Force on Minority Health Data, 1992
- 19 Plepys C, Klein R. Health status indicators: Differentials by race and Hispanic origin. *Statistical Notes* No. 10. National Center for Health Statistics, September 1995
- 20 Mathews TJ, Curtin SC, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 1998 period linked birth/infant death data set. *National vital statistics reports*; 48(12). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2000
- 21 Friedman DJ, Cohen BB, Averbach AR, Norton JM. Race/ethnicity and OMB Directive 15: Implications for state public health practice. *Am J Public Health* 2000; 90(11):1714-19
- 22 Kaiser Daily Reproductive Health Report 8/7/01, at: <http://www.kaisernetwork.org/dailyreports/reproductivehealth>
- 23 Levy JE. *The health of North American Indians*. Paper presented at the American Psychological Association convention, Washington, DC, August 14-18, 1992
- 24 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
- 25 Amaro H, Zambrana RE. Criollo, mestizo, mulato, latinegro, indígena, white or black? The US Hispanic/Latino population and multiple responses in the 2000 census. *Am J Public Health* 2000; 90(11):1724-27
- 26 Martin JA. Birth characteristics for Asian or Pacific Islander subgroups, 1992. *Monthly Vital Statistics Report* 1995; 43(10), Supplement
- 27 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):1645-52

- 28 Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Menacker F, Hamilton BE. Births: Final data for 1999. *National vital statistics reports*; 49(1). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2001
- 29 Bureau of the Census (Population Division, Population Estimates Program). *States ranked by Asian and Pacific Islander population, July 1, 1999*. August 30, 2000, at: <http://www.census.gov/population/estimates/state/rank/api.txt>.
- 30 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
- 31 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
- 32 Designing minority health studies: Details make the difference. *Opening Doors: Reducing Sociocultural Barriers to Health Care* 1996: 2
- 33 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
- 34 Hodge FS, Weinmann S, Roubideaux Y. Recruitment of American Indians and Alaska Natives Into Clinical Trials. *Annals of Epidemiology* 2000; 10:S41–S48
- 35 Siegel PZ, Qualters JR, Mowery PD, Campostrini S, Leutzinger C, McQueen DV. Subgroup-specific effects of questionnaire wording on population-based estimates of mammography prevalence. *Am J Public Health* 2001; 91(5):817–20
- 36 Krieger N. Letters to the editor: Socioeconomic data in cancer registries. *Am J Public Health* 2001; 91(1):156–57
- 37 Jones LA, Hernández-Valero MA, Esparza A, Wilson DJ. Cancer, in: Braithwaite RL, Taylor SE (eds). *Health issues in the black community (2d edition)*. San Francisco, CA: Josey-Bass Publishers, 2001, pp. 209–25
- 38 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. 455–99
- 39 Hahn RA. The state of federal health statistics on racial and ethnic groups. *JAMA* 1992; 267(2):268–71
- 40 Hahn RA, Mulinare J, Teutsch SM. Inconsistencies in coding of race and ethnicity between birth and death in US infants. *JAMA* 1992; 267:259–63
- 41 Sorlie PD, Rogot E, Johnson NJ. Validity of demographic characteristics on the death certificate. *Epidemiology* 1992; 3(2):181–84
- 42 Rousseau P. Native-American elders: Health care status. *Clin Geriatr Med* 1995; 11(1):83–95
- 43 Le CN. Asians and Pacific Islanders: No longer the “other.” *SIECUS Report* 1999: 6–8
- 44 Srinivasan S, Guillermo T. Toward improved health: Disaggregating Asian American and Native Hawaiian/Pacific Islander data. *Am J Public Health* 2000; 90(11):1731–34
- 45 Williams DR, Jackson JS. Race/ethnicity and the 2000 census: Recommendations for African Americans and other black populations in the United States. *Am J Public Health* 2000; 90(11):1728–30
- 46 Unger JB. California adolescents offer a glimpse into the future of multiethnicity. *Am J Public Health* 2001; 91(7):1136–37
- 47 National Institutes of Health. *Recruitment and retention of women in clinical studies*. (NIH Publication No. 95–3756) Bethesda, MD: Office of Research on Women’s Health, 1995
- 48 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
- 49 Hayunga EG, Costello MD, Pinn VW. Demographics of study populations. *Applied Clinical Trials* 1997; 6(1):41–45
- 50 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
- 51 LaRosa JH, Seto B, Caban CE, Hayunga EG. Including women and minorities in clinical research. *Applied Clinical Trials* 1995; 4(5):31–38
- 52 Gamble VN, Fletcher JC. *Final report: The Tuskegee syphilis study legacy committee*, May 20, 1996
- 53 Shavers VL, Lynch CF, Burmeister LF. Knowledge of the Tuskegee Study and its impact on the willingness to participate in medical research studies. *Journal of the National Medical Association* 2000; 92(12):563–72
- 54 Corbie-Smith G, Arriola KRJ. Research and ethics: A legacy of distrust, in: Braithwaite RL, Taylor SE (eds). *Health issues in the black community (2d edition)*. San Francisco: Josey-Bass Publishers, 2001, pp. 489–502
- 55 *Building community partnerships in research*. Draft document prepared by CDC, NIH, FDA, HRSA, SAMHSA, and IHS. 1996
- 56 *Research agenda for psychosocial and behavioral factors in women’s health*. Washington, DC: American Psychological Association, 1996

- 57 Taylor SE. Health status of black women, in: Braithwaite RL, Taylor SE (eds). *Health issues in the black community (2d edition)*. San Francisco, CA: Josey-Bass Publishers, 2001, pp. 44–61
- 58 Pinn VW, Roth C, Hartmuller VW, Bates A, Fanning L. *Monitoring adherence to the NIH policy on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research*. Comprehensive Report (Fiscal Year 1998 & 1999 Tracking Data). Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2001
- 59 Rice H, Payne LD. Health issues for the eighties. In: *The state of black America 1981*. New York: National Urban League, Inc., 1981
- 60 Bureau of the Census. *We asked ... you told us: Race*. Census Questionnaire Content, 1990 CQC-4. Washington, DC: US Department of Commerce, 1992
- 61 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
- 62 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
- 63 Oxendine J. Minority Women's Health Initiative. *Closing the Gap* (newsletter of the Office of Minority Health, USDHHS). June/July 1998. pp. 1–2
- 64 Jackson S, Camacho D, Freund KM, Bigby J, Walcott-McQuigg J, Hughes E, Nunez A, Dillard W, Weiner C, Weitz T, Zerr A. Women's health centers and minority women: Addressing barriers to care. The National Centers of Excellence in Women's Health. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 2001; 10(6):551–59
- 65 Ginzberg E. Access to health care for hispanics, in: Furino A. *Health policy and the Hispanic*. Boulder, CO: Westview Press, 1992, pp. 22–31
- 66 US Public Health Service. *Minority physicians: A profile*. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, 1993
- 67 Association of American Medical Colleges. *Minority graduates of U.S. medical schools: Trends, 1950–1998*. Washington, DC: Henry J. Kaiser Family Foundation, 2000
- 68 Barzansky B, Jonas HS, Etzel SI. Education programs in US medical schools, 1999–2000. *JAMA* 2000; 284:1114–20
- 69 Panel on Health and Demography. Black Americans' health, in: Jaynes GD, Williams RM. *A common destiny: blacks and American society*. Washington, DC: National Academy Press, 1989, pp. 391–450
- 70 Komaromy M, Grumbach K, Drake M et al. The role of black and Hispanic physicians in providing health care for underserved populations. *New England Journal of Medicine* 1996; 334:1305–10
- 71 Howard DL, Konrad TR, Stevens C, Porter CQ. Physician–patient racial matching, effectiveness of care, use of services, and patient satisfaction. *Research on Aging* 2001; 23(1):83–108
- 72 Takeuchi DT, Mokuau N, Chun C. Mental health services for Asian Americans and Pacific Islanders. *J Ment Health Adm* 1992; 19(3):237–45
- 73 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
- 74 Rebach H. Alcohol and drug use among American minorities. *Drugs and Society: A Journal of Contemporary Issues* 1992; 7:23–57
- 75 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
- 76 Smith S, Gonzales V. All health plans need CLAMs. *Healthplan* 2000; 41(5):45–48
- 77 Ross H. HHS' Office of Civil Rights focuses on Title VI policy, provides guidance for ensuring linguistic access. *Closing the Gap* (newsletter of the Office of Minority Health, USDHHS) 2001:4–5
- 78 AAPI health organizations applaud the signing of executive order. *Frontline* (newsletter of the Association of Asian Pacific Community Health Organizations [AAPCHO]) Fall 1999;6(2)
- 79 Ross H. Office of Minority Health publishes final standards for cultural and linguistic competence. *Closing the Gap* (newsletter of the Office of Minority Health, USDHHS) 2001:1–3, 10
- 80 Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy–Related Deaths Among Hispanic, Asian/Pacific Islander, and American Indian/Alaska Native Women — United States, 1991–1997. *MMWR (Morb Mortal Wkly Rep)* 1998; 50(18):361–64
- 81 Indian Health Services. *Trends in Indian Health: 1998–99*. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD: US Public Health Service, 2001



LIBRO DE DATOS SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES DE COLOR DE LA ADOLESCENCIA A LA TERCERA EDAD