



2013-2014

Informe Evaluativo sobre los Hispanos/Latinos del Estado de Washington



Comisión de Asuntos Hispanos del Estado de Washington

Todos los jóvenes en el estado de Washington tienen derecho a una educación pública, del kinder al 12° grado, y hasta los 21 años.

Su hijo puede calificar para apoyo adicional a través de los programas de Educación Bilingüe o Migrante si:

✓ **Se habla un idioma que no sea el inglés en casa.**

✓ **Su familia se mudó recientemente por un trabajo en la agricultura o la pesca.**



Aprenda más sobre los programas de Educación Bilingüe o Migrante: www.k12.wa.us/MigrantBilingual/Parents.aspx

¡Asegúrese de que la educación de su hijo sea la mejor posible!

- ✓ *Complete todos los formularios que le den cuando matricule a su hijo en la escuela. La escuela usará sus respuestas para determinar si su hijo califica para servicios adicionales. Recuerde, usted tiene el derecho de pedir un intérprete si lo necesita.*
- ✓ *Asista a reuniones en el distrito escolar y responda cuando le pidan su opinión. Sus ideas mejorarán los servicios para sus hijos y su familia.*



**www.k12.wa.us
360-725-6000**

I. TABLA DE CONTENIDO

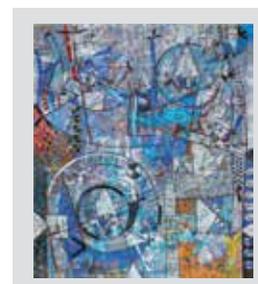
I	TABLA DE CONTENIDO	1
II	RECONOCIMIENTOS	2
III	MENSAJE DE LA PRESIDENTE	3
IV	COMISIONADOS Y EL PERSONAL	4
V	LA COMISION Y SUS ACTIVIDADES	6
VI	WA-LATINOS Y POLITICAS DE SALUD	
	6.1 PANORAMA GENERAL	13
	6.2 POLITICAS	18
	6.3 DERECHO AL VOTO Y SALUD	20
	6.4 PROGRAMAS SAFETYNET (TANF)	23
VI	WA-LATINOS Y SALUD	
	7.1 SALUD MATERNO-INFANTIL	26
	7.2 CANCER COLORECTAL	29
	7.3 ENFERMEDADES RENALES	33
	7.4 CANCER DE SENO	35
	7.5 ENFERMEDADES CRONICAS	37
	7.6 DIABETES	39
	7.7 OBESIDAD	43
	7.8 SALUD ORAL	45
	7.9 SALUD MENTAL	48
	7.10 DROGADICCION	51
	7.11 VIOLENCIA DOMESTICA	54
	7.12 ENVEJECIMIENTO Y ATENCION	56
	7.13 LENGUAGE Y SALUD	59
	7.14 VIVIENDA Y SALUD	65
VIII	MEDICINA TRADICIONAL	67
IX	JUSTICIA PENAL Y SALUD	70
X	INMIGRACION/MIGRACION Y SALUD	
	10.1 INMIGRACION Y SALUD	72
	10.2 MIGRACION Y SALUD	75
XI	ECONOMIA Y SALUD	80
XII	MEDIO AMBIENTE Y SALUD	
	12.1 PELIGROS AMBIENTALES	82
	12.2 MEDIO AMBIENTE Y RIESGOS SALUD	85
	12.3 OCUPACION Y RIESGOS SALUD	88
XIII	SALUD EN COMUNIDADES LGBTQ	90
XIV	COMENTARIOS CONCLUYENTES	94
XV	NUESTROS AUTORES	96



Fulgencio Lazo nace en 1966 en Oaxaca, México. Se gradúa en 1989 de la Escuela de Bellas Artes de Oaxaca bajo la tutoría de Shinzaburo Takeda. Entrenado en el arte del grabado, Lazo trabaja principalmente en acrílicos sobre tela en sus talleres de Oaxaca y Seattle. Ha expuesto en más de 40 exposiciones individuales en Estados Unidos, México, Japón y Francia; y está representado en diversas colecciones públicas. Disfruta de las celebraciones de la comunidad, especialmente el Día de los Muertos, por lo que ha participado en muchas de ellas incluyendo las realizadas en los Museos de Arte de Seattle, Tacoma y el Museo Nacional de Arte Mexicano.



"Poetas en los viajes" (Travelling Poets)



"Gozona infantil" (A Child's Reciprocity)

<http://fulgenciolazo.blogspot.com>

EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Agradecemos a todas las personas que contribuyeron con sus artículos, por el tiempo y esfuerzo invertido en la preparación de este Informe. De no indicarse lo contrario, los puntos de vista y opiniones emitidos en dichos artículos pertenecen a los autores, y no necesariamente son parte de la política oficial o reflejan la posición de la Comisión de Asuntos Hispánicos.

II. RECONOCIMIENTOS

Nuestros logros no hubiesen sido posibles sin la fuerte colaboración establecida durante los últimos dos años con organizaciones, individuos, instituciones, legisladores, agencias estatales, y de nuestros pasantes y voluntarios.

Queremos reconocer a nuestros socios quienes han trabajado con nosotros en los últimos dos años, en particular Ricardo Sánchez del Latino/a Education Achievement Project por sus siglas en inglés LEAP; así como Francis Contreras, Profesor Asociado del Departamento de Estudios en Educación de la Universidad de San Diego, quien contribuyó en la producción del reporte titulado "GRADUADO (Gathering Rich, Accurate Data & Understanding Assessment, Tracking, and Engagement)", el cual aportó a la Comisión valiosa información utilizada en la defensa de la comunidad. Queremos agradecer también a otros otros solidos colaboradores: Washington State Coalition for Language Access por su siglas en inglés WASCLA; la firma EsparzaPlus; Everett School District; Hispanic Roundtable; Latino Community Fund; Office of the Education Ombudsman; State Farm; Washington State Court Appointed Special Advocates por sus siglas en inglés CASA; National Association of Latino Elected Officials, por sus siglas en inglés NALEO; Washington STEM; y Latino Civic Alliance.

Nuestro agradecimiento también a un gran pionero, Tomas Villanueva quien invirtió gran parte de su vida luchando para mejorar el bienestar de la Comunidad Latina. Combatiente infatigable quien luchó por los Latinos que sufrían la discriminación y las prácticas laborales injustas. Fue un crítico franco y directo que creía en la ACCION. En 1970, Villanueva fue Co-fundador de la Comisión de Asuntos Hispánicos, y ahora seremos muchos quienes los echaremos de menos. Agradecemos su diligente esfuerzo en pro de la Comunidad Hispana.

Gracias también a nuestras estaciones de radio: Radio Luz 1680AM, La Nueva 103.3FM, Radio KDNA 91.9FM, KSVR91.7 FM y El Rey 1360AM. Así como también a las Agencias del Estado que colaboran con nosotros: Oficina del Gobernador; Departamento de Servicios Sociales y de Salud; Oficina de Minorías y Mujeres de Empresas Comerciales; Oficina del Procurador General; Departamento de Labor e Industrias; Comisión de Derechos Humanos; Departamento de Hacienda Pública, Departamento de Instituciones Financieras; Estudiantes de Programa S.I.F.E de la Universidad Heritage; Oficina de Superintendencia de Instrucción Pública; Oficina del Comisionado de Seguros; Departamento de Ecología, Departamento de Licencias, Departamento para Servicios al Invidente; y la Oficina de la Secretaria del Estado. También nuestras gracias a la Universidad del Estado de Washington.

Agradecimiento muy especial a la Comisionada Nora Coronado por su trabajo en la dirección compartida durante la producción de este informe. No solamente ayudó a reclutar y coordinar el trabajo de los autores pero también fue parte integral en asegurar la calidad del contenido. Gracias también a la Comisionada Anita Ahumada por su apoyo a Esparza+ en el proceso de traducción al español de este Informe.

Por último pero no menos importante, nuestra gratitud a los Comisionados, quienes cesaron sus funciones con la Comisión durante el periodo 2012-2014: Lillian Ortiz-Self quien se desempeñó como presidente durante 4 años; Ty Cordova, miembro de la Comisión por más de 6 años y elemento clave en el desarrollo del Informe Evaluativo; Sharonne Navas, ampliamente reconocida por su trabajo en el área educativa; así como Ana Ruiz Peralta, Ana María Díaz Martínez; Jennifer Ramírez Robson; Cynthia De Victoria; y

Rosalba Pitkin, miembro desde el 2006. Agradecemos a todos estos Comisionados voluntarios, el trabajo y esfuerzo invertido en nombre de la Comisión. Gracias por su servicio y dedicación en defensa de nuestras comunidades.

Gracias también a nuestros Patrocinantes/Anunciantes

ACS Translation & Interpretation Services	53	Plaza Bank	58
CEDI - University of Washington	22	Sea Mar	25
City of Seattle Office of Immigration & Refugee Affairs	78	Skagit Valley College	BC
Emerald Downs	79	WA Dental Service Foundation	47
Esparza+ (esparzaplus)	17	WA Department of Financial Institutions	12
El Mundo Newspaper	93	WA State Commission on Hispanic Affairs	32,22
Latino Educational Achievement Project (LEAP)	84	WA State Human Rights Commission	87
MTQ Technology	81	WA Superintendent of Public Instruction	IFC

Informe Evaluativo producido por Esparza Plus



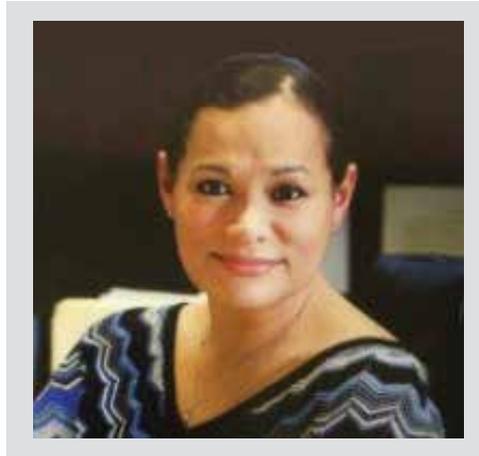
www.esparzaplus.com info@esparzaplus.com

West coast: 206 829-8895 East coast: 703 435 0306

Gracias especiales al Departamento de Servicios Empresariales por sus siglas en inglés DES, por su colaboración y ayuda en la impresión de este Informe Evaluativo



Durante estos dos años, he tenido el privilegio de ser parte de la Comisión de Asuntos Hispánicos (CHA) y el honor de ser su Presidente este último año. CHA continúa con su trabajo, desarrollando una Comisión representativa de la diversa comunidad Latina del Estado de Washington. Incluyendo Comisionados que además de asegurar la representatividad geográfica, posean la experticia, educación y experiencia en áreas claves para nuestra comunidad. Entre otras ellas son: educación, reforma migratoria, salud, desarrollo económico, acceso a recursos, salud ambiental, compromiso cívico, justicia penal y seguridad pública.



Me enorgullece el trabajo realizado por el CHA en los últimos dos años, y para mí es un honor poder trabajar junto a mis compañeros Comisionados. Todos aportamos nuestro tiempo y talento para que nuestras comunidades sean mejores lugares para vivir y más inclusivas para todos los habitantes del Estado de Washington. En la búsqueda de soluciones a todos los aspectos que impactan la comunidad Latina, el CHA se esfuerza en desarrollar relaciones de trabajo colaborativas con Agencias del Estado, Grupos Defensores No Lucrativos, Oficiales Electos y Líderes Latinos de la Comunidad.

Estas relaciones de trabajo, colaboraciones y oportunidades de compartir diversos puntos de vista, así como asesoramiento por parte de los Comisionados a legisladores y diseñadores de políticas, es lo que ha permitido alcanzar logros en nuestras comunidades. La aprobación de la Ley REAL Hope (la cual permite a estudiantes no documentados solicitar y competir por subvenciones estatales para pagar sus estudios) proveerá recursos adicionales, los cuales permitirá que un sector de nuestra comunidad, tenga mayor acceso a la educación superior.

Otro éxito se evidencia a través de la reciente decisión del Juez de la Corte Federal Thomas Rice, en torno al sistema de elección de Yakima para Presidente del Ayuntamiento (City Council), en el cual observó que no estaba igualmente abierto para que participaran los miembros de la minoría latina, siendo ello una violación de la Ley del Derecho al Voto. Según la Oficina del Censo en los Estados Unidos y el Proyecto Investigativo PEW sobre las tendencias de la población Hispánicas;

estiman que para el 2013 la población Hispánica viviendo en Estados Unidos alcanzó cerca de los 54 millones, representando el 16.9% de la población total. Todo ello hace a la población de origen hispano, la minoría étnica más densa. Y para el 1ero de Julio del 2050, se estima que la población hispana alcanzará la cifra de 132.8 millones, constituyendo para ese momento el 30% de la población de los Estados Unidos. Por todo esto creemos que esta decisión es un paso positivo en la dirección correcta para la aprobación de la

Ley de Derecho al Voto, la cual será inclusiva a todos los habitantes de Washington y asegurará la representatividad de nuestras comunidades en los gobiernos.

La Comisión ha desarrollado un patrón de prioridades comunitarias alrededor del Proyecto Results Washington del Gobernador Inslee, el cual se enfoca en aspectos que impactan a la comunidad Latina y proporciona el mismo marco de trabajo para la labor que realizamos en nuestras comunidades. Las cinco áreas (educación, desarrollo económico, medio ambiente, seguridad pública y participación cívica en nuestros gobiernos) tienen impacto en la salud e importancia clave en el desarrollo de comunidades sanas. Una comunidad saludable es aquella que promueve al individuo sano, a través del acceso a una alimentación sana y nutritiva, lugares seguros para caminar, correr o hacer ciclismo, sueldos que permitan vivir, aire y aguas limpias, accesibles sistemas de cuidados de salud, viviendas seguras y accesibles, así como otros facilitadores de salud. Este informe evaluativo se enfoca en el impacto que tiene la salud en la Comunidad Latina y la conexión directa que las reformas de justicia social tienen sobre el desarrollo de comunidades saludables para todos los habitantes del Estado de Washington.

Deseamos agradecer a todos nuestros compañeros de la comunidad por su colaboración y participación en hacer posible nuestro trabajo. Nada hubiese sido posible sin su apoyo.

Gloria Ochoa
 Presidente, Comisión de Asuntos Hispánicos
 del Estado de Washington

IV. COMISIONADOS Y PERSONAL



GLORIA OCHOA
PRESIDENTE
1er Período y Concluye
01/08/15

Gloria comenzó su carrera legal como Fiscal Adjunto del Condado de Benton, y en la actualidad ejerce su práctica privada, siendo reconocida por ambas Cortes estatales y federales. Enseña Administración y Práctica de Derecho en la Facultad de Derecho de la Universidad Gonzaga. Bajo contrato con la Tribu Indígena Spokane, Gloria les provee servicios judiciales, y también se desempeña como Juez Mayor de la Corte Tribal Spokane. Gloria es miembro de la Asociación de Empresarios Profesionales Hispánicos (Hispanic Business Professionals Association), y de la Cámara de Comercio del Territorio Noroeste (Inland Northwest Chamber of Commerce). Es también miembro del Comité de Evaluación Judicial del Colegio de Abogados Latinos (Latino Bar Association's Judicial Evaluation Committee), del Comité de Diversidad y Sección de Derecho Indígena del Colegio de Abogados del Condado de Spokane (Spokane County Bar Association's Diversity Committee and Indian Law Section), y de la Mesa Directiva de la Fundación de Protección al Cliente del Colegio de Abogados del Estado de Washington (Washington State Bar Association Lawyer's Fund for Client Protection Board). Gloria es miembro de la Mesa Directiva de la Asociación de Propietarios de Little Spokane River Estates (Little Spokane River Estates Homeowner's Association).



FRANK LEMOS
1er Período - Concluye
08/01/2015

Fundador y Director Ejecutivo de LDC Inc., el Comisionado Lemos es un exitoso hombre de negocios en el Pacífico Noroeste. Posee más de 24 años de experiencia en el sector de consultoría profesional de la construcción, de los cuales, doce los pasó trabajando y asesorando a grandes empresas de Ingeniería tanto regionales como nacionales. El Señor Lemos fundó LDC, Inc., en 2003 y en menos de cuatro años ha logrado un exitoso crecimiento de un 300%. Frank es conocido por su pericia y experiencia en servicio al cliente y la creación de equipos de administración y es debido a estas aptitudes que sus esfuerzos han tenido éxito. También es conocido por sus vínculos con su comunidad, estando siempre dispuesto para apoyar a sus compañeros empresarios y dueños de negocios y para crear alianzas. Participa activamente en la comunidad empresarial, ocupando varias posiciones en diferentes comités y es un conocido defensor de las políticas y acciones comunitarias que apoyan la creación de empleo y la oportunidad empresarial para firmas en el Noroeste Pacífico.



JOSE MANUEL RETA
2do Período- Concluye
08/01/16

El señor Reta es un veterano condecorado de la Guerra de Vietnam, y en 1976 fue parte de la guardia de honor conmemorando el bicentenario de la Caravana de Vagones (Wagon Train). Asistió a la escuela secundaria Nooksack Valley, y luego el Instituto Técnico de Bellingham y el Colegio Comunitario del Condado de Whatcom. El señor Reta tiene experiencia trabajando en agricultura y en la empresa láctea. En la actualidad es propietario de Colima Design, empresa de diseño y alteración de ropa. Ha sido un miembro activo del Comité Asesor del Bellingham Herald, miembro de la Mesa Directiva del F.D.A., de la Comisión de Violencia Intrafamiliar (D.V.) y de la Asociación de Miembros de la Cámara Hispana de Comercio en Washington. Manuel ha sido el presidente de la Cámara Hispana de Comercio del Noroeste de Washington desde el 2007. Ha ganado varios premios, incluyendo el premio del 2009 a los Diez Más Generosos del Condado de Whatcom, (Top Ten Whatcom County Most Giving Award); y el premio intercultural Promotor de Paz del Condado de Whatcom (Whatcom County Peace Builder Cross-Cultural Award)



ANDRES MANTILLA
VICEPRESIDENTE
2do Período- Concluye
08/01/2017

Andrés Mantilla es el Vicepresidente General de Ceis, Bayne, East Strategic - CBE. Diseñando e implementando maneras creativas para acceder y alcanzar las comunidades, y creación de estrategias de compromiso social. Antes de ser parte de CBE, el Sr. Mantilla se desempeñó como Gerente de Servicios de Negocios y Asesor Estratégico de la Oficina de Desarrollo Económico de la Ciudad de Seattle. Sirvió en el Equipo de Alcance Comunitario del alcalde Greg Nickels, donde trabajó creando políticas, y compromiso social entre los empresarios inmigrantes y comunidades de color de la Ciudad de Seattle. El Sr. Mantilla es el actual Vice-Presidente de la Comisión de Asuntos Hispánicos del Estado de Washington; también es miembro de la Mesa Directiva del King County Conservation Voters, de NARAL Pro-Choice Washington, y en la Mesa Directiva de Neighbor 2 Neighbor for the Seattle Foundation. Obtuvo su grado Universitario de la Universidad de California, Santa Barbara en Estudios Latinoamericanos.



RAQUEL FERREL CROWLEY
2do Período-Concluye
08/01/17

Raquel obtuvo su Maestría en Administración Escolar de la Universidad de Washington Central como también su Licenciatura en Educación. Sus licenciaturas en Ciencias son específicos en Educación Profesional y Tecnología (CTE); Ciencias de Educación Familiar y del Consumidor (FACSE); Coordinación de Aprendizaje en el Trabajo (WBLC); Certificaciones en Español e Inglés como Segundo Idioma. Raquel ha sido reconocida a nivel nacional por sus esfuerzos en Gestión del Consumidor y Bienestar Económico. Raquel toma parte en numerosos comités, entre ellos ha asesorado al 4-H del Condado de Kittitas al Equipo de Manejo de Emergencias, y a la Juventud del Condado de Kittitas. Actualmente es miembro de la Asociación de Directores de Instituciones Educativas de Washington (Washington State Principal Association AWSPP); Asociación de Educación Profesional y Tecnología (Washington State Association of Career and Technology Education - WA-ACTE); Asociación Nacional de Mujeres Profesionales (National Association of Professional Women); y miembro de la Asociación de Educadores de Ciencias de la Familia y del Consumidor (Washington Association of Family and Consumer Sciences Educators WA-FACSE).



ANITA AHUMADA
2do Período-Concluye
08/01/17

Originaria de Chile, Anita adquirió su educación oficial en la Universidad de Chile. Fue Asistente Social en su país de origen hasta que se radicó en 1970 en los Estados Unidos. Trabajó para el Departamento de Corrección y se ha desempeñado como Intérprete de Corte. Anita fue la primera empleada del Estado en obtener la Certificación de Intérpretes, otorgada por la Corte Suprema del Estado de Washington. Fue co-fundadora de la Oficina de Servicios de Intérpretes y Traducciones, LIST, programa reconocido a nivel nacional como pionero en proporcionar igualdad de acceso a los programas gubernamentales a las personas con limitaciones para hablar inglés (LEPs). También ha participado prestando sus servicios lingüísticos en numerosos foros comunitarios sobre Minorías y Justicia bajo la dirección y orientación de Charles Smith, Juez de la Corte Suprema de Justicia. Fue co-fundadora de la Coalición Hispana del Condado de Snohomish, en donde ejerció los cargos de Secretaria Ejecutiva y co-Directora. Anita fue coordinadora voluntaria de clínicas deportivas para niños hispanos; también trabajó en conseguir viviendas subsidiadas para personas mayores miembros de minorías; fomentó la educación sobre la salud para mujeres hispanas, coordinó clases de inglés como segunda lengua, programas de alfabetización, y educación para votar. En la actualidad Anita es miembro de la Mesa Directiva de la Coalición Estatal para Acceso a Idiomas (Washington State Coalition for Language Access - WASCLA)



NORA CORONADO
1er Período-Concluye
08/01/2015

Nora es la Directora de la Asociación y Desarrollo Comunitario en el Centro de Igualdad en la Salud, Diversidad e Inclusión (CEDI). Sus responsabilidades incluyen el desarrollo y fortalecimiento de las asociaciones en todo el territorio WWAMI (Washington, Wyoming, Alaska, Montana, e Idaho), región que incluye Colegios de Medicina, organizaciones con base comunitaria, y otros asociados estratégicos. Nora también trabaja en asociación con organizaciones estudiantiles y con grupos profesionales para colaborar en crear tutoría y oportunidades educativas a través de nuestros campos escolares. También está desarrollando conexiones con nuestro alumnado. Nora es de origen Mexicano. Su padre y su familia inmigraron a este país desde México como trabajadores agrícolas. Ella nació y se crio en el Este de Washington donde su familia se estableció. Fue la primera en su familia en recibir una educación universitaria. Nora también trabaja con el Centro Latino de Salud de la Universidad de Washington donde ejerce como la Coordinadora de Asociaciones Comunitarias, cuyo objetivo es aumentar las oportunidades de investigación para los interesados en asuntos concerniente a la salud de los Latinos en todo el territorio WWAMI. Para mayor información ver Latinocenterforhealth.org Como Comisionada de la Comisión de Asuntos Hispánicos del Estado de Washington, el área de interés y responsabilidad de Nora es el de la salud, inclusive la salud mental, salud física, y salud ambiental. En esta capacidad Nora participa en el Consejo Interinstitucional del Gobernador sobre Disparidades de Salud; en el Comité del Vocero de la Cámara sobre Salud Mental; y en el Consejo del Gobernador de la Generación Venidera más Sana. Nora obtuvo su Maestría en Trabajo Social (MSW) en la Universidad de Washington y completó su curso para una Maestría en Salud Pública (MPH) con énfasis en salud materna e infantil, como asimismo cursos para un doctorado en bienestar social. Estar en la Comisión le pareció a Nora un paso natural.



DANIEL VILLO
1er Período - Concluye
01/08/2017

Daniel es actualmente el Gerente en Equidad Laboral de la ciudad de Seattle, donde dirige los esfuerzos de la ciudad para garantizar acceso al gasto público generado por la ciudad. Daniel lidera los esfuerzos para crear políticas y reglas de cumplimiento directamente relacionadas con programas de formación de la fuerza laboral, con criterios de evaluación en la participación de contratistas y educación de partes interesadas en torno a la diversidad de proveedores, a grupos identificados para emplear, y acceso al aprendizaje. En la actualidad, y a instancias del Secretario del Departamento de Labor, Daniel sirve como Presidente del Comité de Asesoría en Aprendizaje del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. Anteriormente, como el Director de la Academia de Construcción de California en el Centro Laboral de UCLA, estaba encargado de dirigir la investigación y análisis de asuntos con que se enfrentaba la industria de la construcción, en la nueva llamada economía verde. Considerado como un experto en la materia, es el autor de un libro reconocido a nivel nacional que trata sobre el desarrollo de la fuerza laboral en el sector. Igualmente es orador regular en los principales eventos de la industria. Daniel cuenta con décadas de experiencia en crear alianzas con sindicatos de la construcción, con gobiernos locales y municipales y con agencias de desarrollo laboral. Su compromiso con el acceso a todos los niveles se materializa en el papel que desempeña como Secretario Nacional de ALPFA, la mayor organización de profesionales Latinos en el país. Daniel tiene un BSBA (Licenciatura en Administración de Empresas) y un MBA (Maestría en Administración de Empresas); y también es miembro de una variedad de Consejos y Comités adicionales.



EISEO JOHN SUAREZ
1er Período - Concluye
01/08/16

Es el Director Político de la organización Mayoría Progresiva de Washington (Progressive Majority of Washington) y también un erudito independiente interesado en examinar las barreras que bloquean la participación cívica de las comunidades marginadas. Eliseo es el Director Fundador de la organización Progreso del Washington Central (Central Washington Progress), sirve como miembro de la Mesa Directiva de Washington Bus, organización dedicada a involucrar los futuros líderes en sus propios términos, y capacitarlos a través de la educación, el compromiso cívico-cultural, y experimentar la democracia personalmente. También es miembro de la Mesa Directiva de la organización Acceso a la Educación basada en Seattle (Seattle Education Access). Después de pasar una temporada en el Reino de Camboya como parte del Cuerpo de Paz de los Estados Unidos y de organizar con la SEIU "Salud 1199NW" en la región sur de Puget Sound, Eliseo ahora trabaja proporcionando estrategias innovadoras de comunicación en plataformas múltiples a la más importante organización anti-pobreza en el Estado de Washington, la Red Estatal de Anti-pobreza (Statewide Poverty Action Network). El Comisionado Juárez posee una Maestría en Estudios Culturales de la Universidad de Washington, en donde también fue Promotor de Compromiso Cívico (Civic Engagement Fellow). También tiene una Licenciatura en Servicios Comunitarios de la Universidad Saint Martin Saint Martin's University de Lacey, WA.



DAVID MORALES
1er Período - Concluye
08/01/2017

David Morales es abogado de oficio en Yakima enfocándose en la representación legal de los trabajadores agrícolas. David practica principalmente en el área de derechos laborales, y derechos civiles. David tiene experiencia previa en derechos de los inmigrantes, derecho a voto y en derechos de los reclusos, habiendo trabajado para Justicia Latina (Latino Justice), Centro Legal del Sur para tratar la Pobreza (Southern Poverty Law Center), Defensa Legal Mexicano-Americana y Fondo para Educación (Mexican American Legal Defense and Education Fund), y Caridad Católica de los Servicios de Inmigración de San Antonio (Catholic Charities of San Antonio Immigration Services). David fue nombrado en agosto de 2014 para servir en la Comisión. Aparte de su trabajo en la Comisión de Asuntos Hispanos, David está involucrado en varias organizaciones dedicadas al mejoramiento del Valle de Yakima. Es voluntario para el United Way of Central Washington. Además, enseña en La Casa Hogar, una organización sin fines de lucro cuyo objetivo es servir a la comunidad Latina a través de la educación, la salud y programas cívicos. Además, sigue participando activamente en el Dream Team de Yakima, un grupo de base comunitaria creado para defender los derechos de los inmigrantes en Yakima. David se mudó a Yakima después de graduarse de la Escuela de Derecho de Columbia en 2012. Es graduado del 2008 de la Universidad de California, en Berkeley y pasó un año con el Cuerpo de Voluntarios Jesuitas en San Antonio, Texas.



RICARDO ESPINOZA
1er Período - Concluye
01/08/16

Fue designado Comisionado en el 2013. Se graduó de su educación secundaria del Pasco High School. De allí asistió al Columbia Basin College en donde obtuvo su Licenciatura en Contabilidad del Colegio Técnico de la Universidad del Estado de Washington. Es Veterano del Cuerpo de Marineros de Estados Unidos en donde sirvió durante siete años. Actualmente es empleado del Departamento de Corrección prestando servicios en el área de contabilidad. Ha dado apoyo a su comunidad como miembro electo de la Mesa Directiva Escolar por casi 10 años. Durante este periodo fue seleccionado como Representante del Sureste de Washington en la Mesa Directiva para la Asociación de Directores de Instituciones Educativas; y más tarde, fue elegido Vicepresidente de la Asociación a nivel Estatal. El Señor Espinoza contribuye una combinación de aptitudes de pensamiento crítico, y su capacidad de examinar los desafíos para resolver problemas fundamentales. "Mi enfoque es la educación de nuestros jóvenes y el compromiso cívico; ambos son prioridades para mí con el fin de preparar mejor a los jóvenes que liderarán nuestras comunidades".

PERSONAL



URIEL IÑIGUEZ
Director Ejecutivo.

Inmigrante de México, el Sr. Iñiguez fue originalmente nominado como Director Ejecutivo de la Comisión de Asuntos Hispanos por la Gobernadora Christine Gregoire en el año 2005. Fue nuevamente nominado para esta función por el Gobernador Jay Inslee en enero del 2014, y fue además, designado para la Junta Directiva de la Universidad del Este de Washington. Antes de su nombramiento como Director Ejecutivo, Uriel trabajó para el Departamento de Corrección y simultáneamente sirvió como Comisionado voluntario para la Comisión de Asuntos Hispanos. Durante su desempeño en el Departamento de Corrección, ocupó los cargos de Oficial de Corrección en la Comunidad, Consejero de Prisiones, Gerente Regional de Corrección, Superintendente Asociado, Administrador de Operaciones en Terreno, y Jefe de Servicios de Administración. El Sr. Iñiguez obtuvo una Licenciatura en Administración de Recursos Humanos de la Universidad del Este de Washington, y una Maestría en Administración Pública de la Universidad City University. Desde su nombramiento como Director el Sr. Iñiguez ha sido instrumental en organizar Cumbres de Diversidad para el Cuidado a la Salud, Economía y Educación; en organizar el Foro Hispano/Latino de Educación; en establecer un programa radial en español que transmite en todo el Estado; en publicar cuatro Informes Evaluativos de Hispanos/Latinos en español e inglés; en restaurar el Día de la Legislatura Hispana/Latina; en fundar la Organización Alianza Cívica Latina; en crear un Manual de Enseñanza para el Aprendizaje de los Padres; en desarrollar Institutos para Enseñar a los Padres sobre nuestro Sistema Educativo; y en crear un Directorio de Empresas Latinas.



JESSICA BABCOCK
Asistente Ejecutiva.

Originaria del Sur de California, Jessica tiene Maestría en Transformación de Conflictos, y una Licenciatura en Estudios Internacionales y Español; y una segunda área de especialización en Estudios de la Religión. Durante todo su periodo de educación Jessica estuvo involucrada en experiencias interculturales en Ecuador, España, Turquía, y Nepal. Desde que empezó a trabajar con la Comisión de Asuntos Hispanos, Jessica siente una gran conexión entre su origen bicultural y el trabajo que la Comisión desempeña. Jessica quiere continuar trabajando hacia la justicia social y en despertar conciencia cultural en la comunidad.



La Comisión de Asuntos Hispanos del Estado de Washington (CHA)



Introducción

La Comisión de Asuntos Hispanos del Estado de Washington por sus siglas en inglés CHA y también llamada la Comisión; fue creada en 1971 por orden ejecutiva del Gobernador y quedó establecida como Estatuto. Bajo mandato de la Legislatura del Estado, las funciones de la Comisión son mejorar el desarrollo de las Políticas Públicas y el acceso de la Comunidad Hispana a los servicios del Gobierno a través de las siguientes actividades:

1. Identificando y definiendo aspectos asociados con los derechos y necesidades de la Comunidad Hispana del Estado de Washington;
2. Asesorando al Gobernador y Agencias del Estado en el desarrollo de Políticas Relevantes; así como en la elaboración de planes y programas que afectan a los Hispanos;
3. Asesorando a la Legislatura sobre asuntos que afectan/o pueden afectar a la Comunidad Hispana del Estado; y
4. Estableciendo colaboraciones con las Agencias del Estado, los Gobiernos Locales; así como con los miembros del Sector Privado.

La Comisión de Asuntos Hispanos se esfuerza en mejorar el desarrollo de políticas públicas y asegurarse de que los servicios prestados por el Gobierno lleguen a la Comunidad Latina. Por esta razón la Comisión y sus 11 comi-

sionados invierten su valioso tiempo colaborando con las Agencias del Estado, sirviendo en Comités, asesorando Agencias Educativas; así como a la Legislatura en la identificación y establecimiento de políticas que satisfagan o se enfoquen en las necesidades de la Comunidad Latina.

El siguiente reporte resalta las actividades de la Comisión durante los últimos dos años, identificando sus prioridades, específicamente en el área de Salud, y difundiendo el trabajo y la dedicación de los Comisionados voluntarios y sus colaboradores, todos miembros de la Comunidad Latina.

Historia del CHA

La Comisión se inicia en 1971 a través de un grupo de activistas de la comunidad quienes solicitaban mejoras a las condiciones de vida de los hispanos en el Estado de Washington. Gran número de las acciones comunitarias para la creación del CHA, provenían del Valle de Yakima y de otras áreas pobladas principalmente por trabajadores agrícolas. Durante este tiempo, un grupo de defensores de la comunidad hispana identificó la necesidad de llevar sus inquietudes a nivel del Estado, con el fin de defender y presionar para un mejor desarrollo de la comunidad. La creación oficial del CHA, es también consecuencia de la larga historia del Movimiento Chicano, el cual alcanzó en Washington, su momento más intenso durante el período entre finales de los años 60 y principios de los 70.

Al Director del CHA se le identifica generalmente como su figura pública oficial. Uriel Iñiguez es el décimo cuarto Director del CHA y ha ejercido esta función desde el 2005, y es él, el portavoz o punto de referencia.

Los once Comisionados voluntarios conforman el Consejo Directivo oficial del CHA. Ellos son nombrados por el Gobernador con el objetivo de lograr una representación balanceada de la comunidad Hispana del Estado. Los Comisionados representan a sus regiones agregando a ello sus intereses y experticia. Los Comisionados eligen un Presidente y un Vice-Presidente quienes poseen la autoridad de hablar a nombre del CHA.

La actual composición de la Comisión refleja una extensa variedad de intereses, representación generacional y orígenes étnicos. Los 11 Comisionados del CHA se especializan en diversas áreas: especialistas en Educación Superior hasta K-12; desarrollo económico; salud y servicios humanos; y compromiso cívico. Algunos Comisionados son primera generación de inmigrantes, otros segundas o terceras generaciones. Tenemos Comisionados provenientes de Chile, y otros son descendientes de mexicanos o primera generación mexicana.

Esta variedad de antecedentes en nuestros Comisionados, es lo que permite traer a la mesa diferentes capacidades, haciéndolo un equipo dinámico, que le saca partido a esas capacidades para ayudarse mutuamente y con ello lograr los cambios deseados y mejorar los servicios para la Comunidad Latina.

Prioridades del CHA para 2015-2018

Como parte del "Nuevo Marco Estratégico" del Gobernador Inslee; se ha desarrollado una campaña general llamada "Resultados para Washington", con el fin de mejorar a través de la educación y la innovación la vida de todos Washingtonianos. La Comisión ha ajustado sus prioridades a los objetivos establecidos en la Orden Ejecutiva 13-04. Siendo los mismos: (1) Educación de Primera Calidad; (2) Economía Próspera, (3) Energía Sostenible y Medio Ambiente Limpio, (4) Comunidades Sanas y Seguras, and (5) Gobierno Efectivo, Eficiente y Responsable.

La Comisión en pleno se ha dedicado a estos objetivos, desarrollando sus propias actividades dentro de estas prioridades con el fin de apoyar y crear un impacto positivo dentro de las comunidades Latinas del Estado de Washington. Los Comisionados continúan estableciendo colaboraciones con la Legislatura; comunidades y líderes estatales; gobierno; agencias y organizaciones no lucrativas; así como los sistemas educacionales tanto locales como federales; y todo ello como parte de este nuevo plan enfocado a la eficiencia y la efectividad.

Educación de Primera Calidad

Basado en el éxito de proyectos previos, La Comisión ha continuado avanzando en torno a la eliminación de la brecha del Logro Académico y mejorando la participación parental en la escuelas. El Proyecto Leading Change Through Advocacy, concluido en 2012, contribuyó inmensamente con este objetivo dentro de la comunidad hispana, aportando a los estudiantes Latinos, herramientas del siglo 21. El CHA continúa abogando y trabajando por la Educación en diversas formas.

Lograr la igualdad de acceso, oportunidad y éxito en la educación post-secundaria, es otra de las prioridades para la Comisión. Es por ello que continuamos trabajando en la eliminación de la brecha al logro; asegurando que servicios de prevención sean prestados, y que los padres sean involucrados y bien informados. Se ha dado ya un gran paso hacia este objetivo aprobándose la Ley REAL Hope. El 26 de febrero del 2014, el Gobernador Jay Inslee firmó esta iniciativa cuyas iniciales en inglés REAL se traducen en Realizing Educational Access, Changing Lives (El Acceso a la Educación, Cambia Vidas) Esta nueva ley añade 5 millones de dólares necesarios para la subvención del Estado. Ahora, los estudiantes No documentados que obtuvieron su diploma de Preparatoria o equivalente, pueden recibir ayuda financiera para proseguir con su educación.

Los Comisionados del CHA continúan involucrados en la lucha por una igualdad educativa, con su participación en una variedad de comités incluyendo: Eastern Washington Disproportionality; OSPI School Discipline Taskforce; Educational Opportunity Gap Oversight and Accountability; Migrant Advisory; Para Educators ; Department of Early Learning; y los programas Trio and Gear Up .

Economía Próspera

El Desarrollo Económico continúa teniendo una alta prioridad para la Comisión. Entre sus objetivos están el incrementar: el acceso a oportunidades de trabajo; a programas para desarrollo laboral y educativo, así como dar acceso a recursos empresariales culturalmente relevantes. Igualmente nos empeñamos en el acceso a préstamos justos y protección al consumidor en sus deudas, a la vez que apoyar a los propietarios de negocios latinos en su difícil proceso en obtener contratos o subvenciones para sus negocios.

El Directorio en línea Latino Business, sigue teniendo un gran éxito y su listado se ha incrementado a más de 1000 Negocios Latinos registrados, los cuales reciben asistencia de cómo acceder a los contratos del gobierno estatal. Esta iniciativa creada en 2011, se hizo en colaboración con: la Oficina de Minorías y Mujeres Em-

presarias por sus siglas en inglés OMWBE; la Asociación de Medios Hispanos del Estado de Washington por sus siglas en inglés WAHMA y un grupo de Líderes Latinos, todos trabajando en favor del desarrollo profesional y sostenido de la Comunidad Latina. El propósito de este proyecto no solo es incrementar el acceso a los contratos del gobierno, pero también informar a las Empresas Hispanas acerca de los beneficios adquiridos con la obtención de la Certificación OMWBE, así como el proceso a seguir. Consecuencia de este esfuerzo fue la invitación al CHA, para asesorar la creación del Formulario de Certificación del Plan de Participativo del OMWBW (RCW 39.19.060), dirigido a Departamentos de Compra de Bienes y Servicios.

Los Comisionados del CHA están también trabajando en la creación de un nuevo Consejo Asesor No Lucrativo para las Empresas Minoritarias del Estado de Washington. Ello con el fin de incrementar la capacidad de liderazgo entre los defensores de los negocios minoritarios del Estado. Establecer una colaboración continua con la Oficina del Procurador General para crear mayor conocimiento e información en las Comunidades Latinas en torno al fraude y la protección al consumidor. En Diciembre del 2013, CHA participó en la reunión preparatoria sobre la Cumbre del Foro Comunitario, resultante de las Políticas del Gobernador en torno a las empresas minoritarias; para informarse en torno a los recursos existentes a compartir con la Comunidad Hispana. En Enero del 2014, la Comisión se reunió con la Oficina de Gerencia Financiera en torno al respaldo para incluir los servicios prestados por las empresas pertenecientes a mujeres y minorías. Otros esfuerzos incluye un Equipo de Enlace entre las Empresas pequeñas y Las Oficinas del Gobernador, en las áreas de: Asistencia en Innovación y Regulación; Educación en Carreras tecnológicas; Consejo de Desarrollo de la Fuerza de Trabajo; así como en su rol de asesor a múltiples Cámaras de Comercio.

Energía Sostenible y un Medio Ambiente Limpio

Es también importante para la Comisión enfocarse en la creación de un Medio ambiente sano y seguro para las futuras generaciones que habitarán el Estado. Para la Comisión es una prioridad comprometer a los latinos a que participen en la definición de políticas de medio ambiente y sostenibilidad; por lo que se trabaja en la mejora de la calidad del aire en las comunidades latinas, así como la inclusión de los latinos en los llamados trabajos verdes. Es importante protegerse en el uso de pesticidas no seguros, así como reducir la exposición a las toxinas industriales. Esto es sobre todo importante en relación a los agricultores latinos. La Comisión está trabajando en la creación de un Plan de Acción con grupos de trabajadores agrícolas para reducir el número de pesticidas asociados con enfermedades.

Los Comisionados del CHA están activamente involucrado con su trabajo en diversos comités incluyendo: Coalición de Trabajadores Agrícolas; Concilio Ambiental de Washington; Departamento de Ecología; Junta Sanitaria del Departamento de Salud; Departamento de Ecología; y Departamento de Salud Ambiental. La Comisión proseguirá alentando a los Legisladores en solicitar el impacto que tendría sobre la salud pronunciamientos Legislativos asociados con aguas subterráneas. Igualmente identificar Especialistas en Legislación provenientes de áreas latinas claves, para determinar el impacto que sobre la salud pudieran tener estos pronunciamientos.

Comunidades Sanas y Seguras

Desde nuestro último Informe Evaluativo, el CHA ha continuado su trabajo en la creación de comunidades sanas y seguras para los Latinos. Como la mayor parte de este informe se enfoca en la salud y la comunidad Latina, no nos extenderemos en este segmento, no obstante la comisión continuará su trabajo para alcanzar sus objetivos bajo la sombrilla del proyecto Results Washington, el cual incluye igual acceso a servicios, reducir la desproporcionalidad racial en el sistema penal, asegurando viviendas seguras y sanas, incrementando la provisión y calidad del sistema de salud y reducir obesidad en las comunidades latinas.

Para alcanzar esta metas la Comisión continua su trabajo colaborativo con del Departamento de Servicios Sociales y de Salud, Departamento de Salud, Departamento de Licencias, Autoridades de Cuidados de Salud, Coalición Salud de Washington, Comité de Anencefalia, Fuerza de Trabajo Diabetes, El Centro Latino de Salud de la Universidad de Washington, El Concilio Inter-agencias del Gobernador en Desigualdades de Salud, Grupo de Trabajo del Presidente de la Cámara en Salud Mental, y Concilio del Gobernador en una Próxima Generación más Saludable.

Gobierno Efectivo, Eficiente y Responsable

La Comisión continúa trabajando para incrementar la total e igual participación de los Latinos en el gobierno. En nuestro trabajo como Comisión es importante incrementar el empleo e inclusión de los Latinos en posiciones gerenciales a nivel medio y superior; así como también acrecentar el compromiso cívico y nivel participativo de la Comunidad Hispana. Continuamos escuchando en nuestra comunidad acerca de incidentes asociados con apariencia étnica y hostigamiento, lo cual estamos permanentemente tratando de eliminar a través de la educación y creación de recursos y servicios cultural y lingüísticamente más accesibles. Un ejemplo podría ser ver a nuestros Comisionados implicados con la Ley de Derecho al Voto, y en las Mesas Electorales Juveniles para involucrar y comprometer más a los jóvenes Lati-

nos. Los Comisionados están colaborando con el Racial Equity Team y con el Win -Win Network, y también están participando en Comités Asesores para Results Washington, así como pasantías con DSHS y en El Concilio de Ley y Justicia.

Durante los últimos años, La Comisión de Asuntos Hispánicos ha establecido otras fuertes colaboraciones con: Washington State Coalition for Language Access por sus siglas en inglés WASCLA; Esparza+ (esparzaplus); Everett School District; Hispanic Roundtable; Latino Community Fund; Office of the Education Ombudsman; State Farm; US Hispanic Leadership Institute por sus siglas en inglés USHLI; Washington State Court Appointed Special Advocates por sus siglas en inglés CASA; National Association of Latino Elected Officials por sus siglas en inglés NALEO; Washington STEM; Latino Civic Alliance; el Latino Educational Achievement Gap por sus siglas en inglés LEAP.

Actividades Legislativas del CHA Resumen Sesiones 2013-2014

En los últimos dos años la Comisión ha observado cambios a nivel Legislativo. A continuación mencionamos algunas de las difíciles sesiones, todas impactadas tanto por dificultades presupuestarias como por un nuevo y recién electo Gobernador. El ejercicio del nuevo Gobernador se inició el 16 de enero del 2013, lo que resultó en diversos cambios administrativos.

La Sexagésima Tercera Sesión Legislativa del 2014, se inició el 13 de enero y continuó hasta el 13 de marzo. En estas sesiones los aspectos presupuestarios fueron la máxima prioridad. La Legislatura fracasó en la creación de un presupuesto fiscal, por lo que el gobernador se vio obligado a solicitar dos sesiones especiales para poder establecer el presupuesto. En Junio del 2013, después de aprobar sus propios presupuestos, la Cámara y el Senado finalmente acordaron un presupuesto de \$33.6 billones. Era la primera vez en 20 años que la Legislatura establecía un presupuesto en fecha tan tardía.

La Comisión como grupo estuvo participando en diversas reuniones con Legisladores para compartir con ellos diversos puntos asociados con la Comunidad Hispana. La Comisión apoyó la legislatura facilitando las relaciones y abogando por la Comunidad Hispana para con ello alcanzar objetivos mutuamente beneficiosos. La Comisión trabajó identificando Legislación, señalando puntos a tratar, y reuniéndose con legisladores específicos.

Los puntos sobresalientes de las sesiones durante el 2014, fue la aprobación del Dream Act (Ley Dream), la cual cambió su nombre posterior a su aprobación inicial por la Cámara el 18 de Febrero. El 26 de Febrero del

2014, el gobernador Jay Inslee firmó la ley REAL Hope. Siglas que se traducen en español como "Con Acceso a la Educación, Cambios de Vida" (Realizing Educational Access, Changing Lives) La nueva Ley incrementa en 5 millones de dólares las subvenciones necesarias del Estado. Actualmente, estudiantes no documentados quienes hayan recibido su diploma de secundaria o equivalente tienen la posibilidad de recibir ayuda financiera que les permita proseguir su educación. Muchos de nuestros Comisionados estuvieron directamente involucrados en el proceso de aprobación de esta ley, bien sea por conversaciones directas con el gobernador mismo o testificando para el Comité Educativo.

Otra importante legislación incluye diversas leyes asociadas con Interpretación (HB 1709, HB 1815). La primera ley solicita un estudio para desarrollar un programa educativo estatal para intérpretes de idiomas foráneos. Y la segunda ley se refiere en asegurar que toda información asociada con educación sea presentada de forma apropiada a los padres con diversidad cultural y lingüística. El trabajo también se continuó en torno a reducir la brecha existente en cuanto a Oportunidades en Educación (Ley 1680). Igualmente la Ley de Derecho al Voto (Ley Cámara 1413) la cual se apoya en los gobiernos comunitarios locales, así como aspectos asociados a la polarización del voto. El voto distrital evita que ciertas comunidades estén representadas, especialmente la Comunidad Hispana, y es por esto que constituye una prioridad para la Comisión. Finalmente, la Comisión trabajó con el OMBWBE para aprobar la Ley de Responsabilidad y Transparencia (HB 1674) para ofrecer a las minorías-agencias contratistas más apoyo para la eliminación del fraude y gerencia dolosa.

Conozca su Gobierno con Uriel Iñiguez

En el 2010, la Comisión inicia el programa radial en español Conozca Su Gobierno saliendo al aire de la siguiente forma: Martes 11am-12pm en Radio Luz KTNS 1680 AM (Seattle y Puget Sound) siendo retransmitida por Radio KDNA 91.9 FM (Yakima Valley) y KSVR 91.7 FM (Skagit). Los miércoles 10:30 - 11:00 a.m. en Radio El Rey 1360 AM (Seattle). Jueves 10 - 11 a.m. en Radio La Nueva 103.3 FM y 92.1 FM (Wenatchee). El programa radial ha expandido su retransmisión en más de 5 frecuencias, cubriendo el 70% del Estado incluyendo los canales en línea. En el programa, el Director Ejecutivo Uriel Iñiguez tiene como invitados a los representantes de diversas agencias estatales y allí se discuten tópicos importantes como: impuestos, préstamos, compra de automóviles, licencias para conducir, adquisición de viviendas, protección del consumidor; así como educación y otros aspectos relevantes para los habitantes hispano-parlantes del Estado.

El propósito del programa es apoyar a las otras agencias del Estado en su relación con la Comunidad Latina. Las Agencias tienen media hora para discutir e informar lo que desean a la Comunidad Hispana y sirven como moderadores el personal del CHA, aclarando preguntas e informando sobre números telefónico u otros recursos para los radioescuchas. En nuestro continuo esfuerzo para conectar la comunidad y la Comisión, estuvieron presentes cada mes en el programa, los actuales Comisionados con la intención de facilitar la conversación, y generar más información para así construir más relaciones. La Comisión promueve la participación de los miembros de la comunidad a través de sus llamadas con preguntas o inquietudes.

Con nuestra reciente expansión, incrementamos el número de agencias patrocinadoras de 14 a 21. A continuación se listan las nuevas agencias o patrocinadores del programa radial: Universidad Eastern Washington; Departamento de Servicios Empresariales; Departamento de Servicios al Invidente; Departamento de Seguridad de Empleo del Estado de Washington; Oficina del Procurador General; y Concilio del Logro del Estado de Washington. Con apenas algo más de \$60,000 dólares obtenidos a través de patrocinios se logró la producción del programa radial, por lo que nos complace agradecer a nuestros Patrocinadores: Universidad del Estado de Washington, Oficina de Procurador General, y uno de nuestros nuevos benefactores, la Universidad del Este de Washington.

Reuniones Comunitarias del CHA

El Director y los Comisionados del CHA llevan a cabo anualmente un promedio de 300 reuniones con los directores de diversas agencias, así como con los líderes y miembros de la comunidad, organizaciones no lucrativas, legisladores y oficiales electos.

Para poder cumplir su mandato, es imperativo que la Comisión de Asuntos Hispanos del Estado de Washington entienda las necesidades e inquietudes de las comunidades Latinas del Estado. La mejor forma de implementar este mandato es a través del intercambio con los Latinos en las Reuniones Públicas Comunitarias. Estos Foros permiten a los Comisionados identificar: inquietudes o preocupaciones; similar acceso a los servicios comunitarios y del Estado; aspectos asociados con la seguridad en las comunidades latinas incluyendo pesticidas, seguridad del trabajador agrícola y drenaje de aguas; áreas asociadas con la disparidad de los servicios educativos; así como cualquier otro aspecto pertinentes a los latinos del área. Estas reuniones comunitarias se llevan a cabo en las zonas representadas por uno de los 11 Comisionados. Los Comisionados locales llevan a los líderes comunitarios, a las agencias tanto estatales como federales, organizaciones locales y los servicios educacionales del distrito, todo ello con la finalidad de identificar preocupaciones Y/o buscar soluciones a las previamente identificadas en otras Reuniones Públicas Comunitarias.

Debido a los recortes presupuestarios, en un año solo se pudieron realizar 4 reuniones. Para compensar la disminución de recursos para estas reuniones, el CHA está implementando una fuerte promoción para así obtener una mayor participación. En cada reunión la Comisión trata de abarcar la mayor cantidad de aspectos posibles y con ellos detectar las necesidades de cada comunidad latina. Los Comisionados también hacen un seguimiento individual con sus miembros para juntos trabajar en la solución de los problemas.

A principios del 2013 se llevaron cabo varias de estas reuniones comunitarias. La primera tuvo lugar en Olympia durante el mes de marzo, en la cual estuvieron presentes varios Representantes incluyendo John Bash, Superintendente suplente de las Escuelas Públicas de North Thurston; Sandra Romero, Comisionado del Condado de Thurston; Sharon Ortiz, Directora de la Comisión de Derechos Humanos; Terry Jeffreys, Comisionado del Condado de Mason; Dick Cvitanich, Superintendente Distrital de las Escuelas de Olympia; y Sharon Gilbert de los Servicios Infantiles DSHS. La reunión se enfocó en seguridad pública, vivienda y educación. También se ofreció información en torno a la demografía latina local. Se dio una animada conversación acerca de la desigualdad de acceso y obstáculos presentes en diversos servicios debido a la falta de intérpretes y traductores, ello especialmente en las escuelas; así como también a la falta de compromiso por parte de los padres. Se determinó la necesidad de un gran esfuerzo en dar más poder a los padres para que sus opiniones sean incluidas en diversos aspectos del Sistema Educativo. Los Comisionados que participaron, se marcharon estando más al tanto de los problemas existentes y motivados a la búsqueda activa de estrategias que lleguen a la comunidad latina para con ello aumentar el acceso. Parte de los esfuerzos se centran en el incremento de personal que hable español para con ello diseminar la información a la comunidad Latina, constituyendo esto una lucha permanente en el Estado.

Poco más tarde, se llevó a cabo otra reunión en Mattawa, y en la misma se abordaron aspectos similares como la falta de seguridad; vivienda accesible; aspectos de labor e industria que afectan la comunidad agrícola; así como la oportunidad de eliminar la brecha existente en torno al acceso educacional y del idioma. Entre los panelistas se encontraban: Silvia Barajas, Consejero de Mattawa City; Cindy Carter, Comisionado del Condado Grant; Jerry Yorgesen, Miembro de la Junta Directiva de la Escuela Wahluke; Steven Saxe, Representante del Departamento de Salud; Pedro Serrano, Representante de Labor e Industrias; John Turley, Jefe de la Policía de Mattawa; y Sharon Ortiz, Director Ejecutivo de la Comisión de Derechos Humanos.

La Comisión celebró su tercera reunión con la población estudiantil de Cheney WA, en el campo de la EWU. El enfoque fue en la educación superior e incluyó como

panelistas a: Dr. Rodolfo Arévalo Presidente de la Universidad del Este de Washington; Ms. Cynthia Vigil del Spokane Falls Community College; Dr. Shelley Redinger, Superintendente del Distrito Escolar 81; y la Dra. Mary Jo Buckingham, Directora de los Programas Especiales en la Escuela Distrital de Central Valley. Los Soñadores que asistieron, llamados en inglés Dreamers, tenían preguntas que daban más aclaratorias sobre el 1079 Status.

El 18 de Octubre del 2013, la Comisión llevó a cabo su cuarta reunión en la comunidad de Bellingham. La Comisión se reunió con las fuerzas del orden para hablar sobre la posibilidad que tienen los latinos de llamar al 911 cuando son enviados a los centros de detención, después de haber sido aprehendidos y tener que enfrentar ser deportados de sus comunidades. La Policía reconoció en esta reunión la clara necesidad de tener más oficiales que hablen español. Y se habló sobre el apoyo que la Comisión pudiera darles colaborando con ellos en el proceso de reclutamiento. Además de este aspecto la Comisión se interesó en discutir también sobre los aspectos de salud que afectan la comunidad y como ofrecer más información a los Latinos. La Comisión también trajo a la reunión al Hidrólogo del Condado de Whatcom, Steve NBeugembauer; y a Kyle Dodd, especialista en Calidad del Agua del Condado de Whatcom para que hablaran sobre la calidad del agua de la zona de Bellingham. La Comisión continuará dándole prioridad al compromiso cívico con la comunidad Hispana.

Con la implementación por la orden ejecutiva 13-05 de la ley Cuidado Accesible (Affordable Care) por sus siglas en inglés ACA, el panorama de los cuidados de salud ha mejorado proveyendo para la mayoría de los habitantes de los Estados Unidos, acceso a cuidados de salud de calidad y que puedan pagar. En el Estado de Washington todavía hay mucho por hacer. La Comisión ha decido enfocarse en los tópicos asociados con los cuidados de salud para proveer información acerca de algunos de los aspectos que afectan la salud de la población latina. Servicios de Salud apropiados tanto a nivel lingüístico como cultural han faltado tanto en los servicios físicos como mentales del Estado. Por ejemplo varios de nuestros Comisionados se han involucrado en la traducción de nuestros materiales con la idea de que puedan ser utilizados por el Health Benefits Exchange en el proceso de enrolar la comunidad a los Planes de Salud. Deben hacerse otros esfuerzos en mejorar áreas como la salud mental, proveer viviendas seguras y de calidad, mejorar la salud de los jóvenes Latinos, y muchas otras que serán discutidas en los artículos que prosiguen.

Para más información
Comisión de Asuntos Hispanos del Estado de Washington
PO Box 40924, Olympia, WA 98504-0924
Teléfono: 360-725-5661 Email: hispanic@cha.wa.gov
www.cha.wa.gov www.facebook.com/chadirector

Actividades en el área de Salud

Como se mencionó con anterioridad, la Comisión continúa con su trabajo en la creación de comunidades más sanas y seguras para todos los latinos. La Comisión ha sido activa en esta labor colaborando con otras agencias del Estado como el Departamento de Servicios Sociales y de Salud; Departamento de Salud; Departamento de Licencias, Autoridad en Cuidados de Salud; Coalición Washington Saludable; Comité de Anencefalia; Fuerza de Trabajo Diabetes; y el Centro Latino de Salud de la Universidad de Washington.



**DFI está orgulloso de estar afiliado con la
Comisión de Asuntos Hispanos
trabajando para cultivar una cultura de
participación plena e igualdad social para
TODOS
los residentes de Washington**



**En el Departamento de Instituciones Financieras del Estado de Washington
Apoyamos los esfuerzos del CHA en la concesión de licencias y regulación de las
industrias de servicios financieros, garantizando la seguridad y prácticas
empresariales, brindando recursos de educación financiera, y protegiendo los
residentes de Washington del fraude financiero.**

1.877.RING.DFI • www.dfi.wa.gov • En Español at 1.888.976.4422

License • Regulate • Educate • Protect



La Salud de los Latinos en el Estado de Washington: Longevidad, Desigualdad e Iniquidad

Jerry García, PhD

En el 2014 la población Latina¹ de los Estados Unidos alcanzó los 53 millones, y se proyecta que llegará a los 86 millones en 2030 y 133 millones para el 2050. En el Estado de Washington la población Latina se calcula en 807,998 personas, 11.7% de la población total, situándose como la décima segunda (12) en la nación. Desde el año 2000, el crecimiento de la población Latina en el Estado de Washington ha seguido el mismo curso que el resto del país. Por ejemplo, del 2000 al 2012, la población Latina del Estado de Washington aumentó en 363,280 personas, o sea, un 81.7%.² Además, la inmigración aunada a una gran demografía joven, y reforzada por una alta tasa de fertilidad, hace de los Latinos la población de más rápido crecimiento en el Estado de Washington. Se predice que la población Latina de Washington aumentará rápidamente en las próximas dos décadas, llegando a más del millón para el 2030. Sin embargo, los Servicios de Salud para los Latinos no han seguido el mismo ritmo de aumento de la población. De hecho, el aumento en disparidades continúa siendo la norma para con la población Latina del Estado de Washington. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) han identificado algunas de las principales causas de enfermedad y muerte entre los Latinos, las cuales incluyen enfermedades del corazón, cáncer, lesiones accidentales, derrames cerebrales, y diabetes. Otras condiciones y factores de riesgo que afectan significativamente a la población Latina son: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, VIH/SIDA, obesidad, suicidios, y enfermedades del hígado. Es claro que hay una crisis nacional y estatal sobre los

Latinos y su salud. ¿Qué ha implementado el Estado de Washington para disminuir la disparidad en el cuidado a la salud y eliminar desigualdades e injusticias? ¿Cómo impactará a los Latinos la Ley Nacional de Cuidado Asequible a la Salud (Affordable Care Act)? (Ver Tabla 1)

En su campaña electoral por la gobernación del Estado de Washington, el Gobernador Jay Inslee identificó el cuidado a la salud como su más alta prioridad. El 4 de abril de 2014, el Gobernador Inslee firmó varias leyes para continuar el esfuerzo de Washington de mejorar la calidad de cuidado a la Salud en el Estado, y para reducir sus costos. Según la Oficina del Gobernador del Estado de Washington, el Plan de Innovación de Atención a la Salud, tiene tres grandes componentes: Crear comunidades más sanas, incluyendo prevención y mitigación temprana de las enfermedades; pagar por los resultados de salud y no por el volumen de visitas a los consultorios, pruebas de laboratorio y procedimientos; coordinar el cuidado que reciben los pacientes, integrando cuidado de salud mental y de abuso de sustancias al de cuidado médico primario.³ Las propuestas sobre salud del Gobernador Inslee y la Ley Nacional de Cuidado Asequible a la Salud (ACA), llegan en un momento cuando los Latinos sufren de una de las mayores desigualdades de cuidado a la salud en la nación.

La falta de seguro de salud constituye el eslabón más débil en la salud de los Latinos en el Estado de Washington. La creciente población Latina requiere atención inmediata con respecto a cobertura de seguro de salud, tanto a nivel nacional como estatal.

TABLA 1
Cambios en las Características de la Población Hispana en los Estados Unidos, por origen, 2000 y 2010

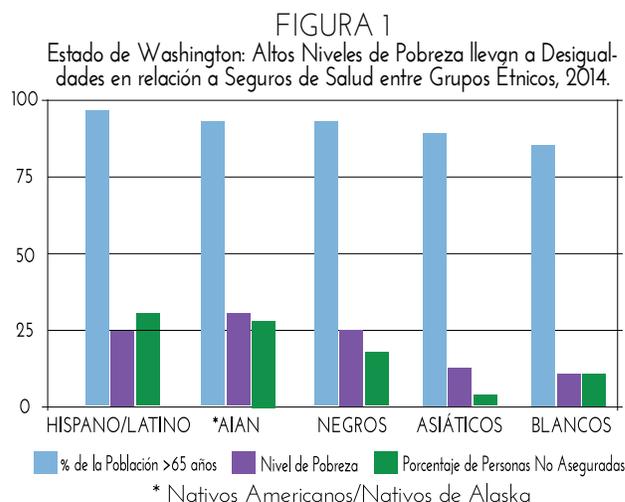
	Edad Promedio		Menos que educación secundaria ¹		Diploma de secundaria solamente ¹		Grado universitario o más ¹		Competente en inglés ²		Ciudadano de USA ³		Pobreza ⁴		Dueños de su casa ⁵	
	2000 - 2010 años	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	2000 - 2010 (%)	
Todos los Hispanos	25	27	48	38	22	26	10	13	59	65	71	74	23	25	46	46
Mexicanos	24	25	54	43	21	26	7	9	57	64	68	73	23	27	48	50
Portorriqueños	27	27	37	25	26	30	12	16	73	82	99	99	26	27	34	38
Cubanos	40	40	37	24	20	29	21	24	54	58	73	74	14	18	58	57
Salvadoreños	28	29	64	53	17	24	5	7	38	46	43	55	20	20	32	42
Dominicanos	29	29	49	34	21	26	11	15	46	55	57	70	28	26	20	24
Guatemaltecos	27	27	61	54	17	22	7	8	36	41	38	49	22	26	27	30
Columbianos	33	34	26	15	25	27	23	32	50	59	54	66	17	13	41	49
Hondureños	28	28	55	47	21	26	9	10	39	42	40	47	26	27	24	29
Ecuatorianos	31	31	36	30	25	26	14	18	45	50	49	60	17	18	31	39
Peruanos	33	34	18	11	27	27	25	30	53	59	50	62	12	14	42	49

Basado en adultos mayores de 25 años. (2) Basado en poblaciones mayores de 5 años, incluyendo los que hablan inglés en la casa o que hablan inglés muy bien. (3) Incluye ciudadanos nacidos en Estados Unidos o son ciudadanos por naturalización. (4) El nivel de pobreza es determinado para personas en unidades habitacionales y en alojamientos de grupos no-institucionales. El universo de pobreza excluye a niños menores de 15 años que no son parientes del jefe de familia, a personas viviendo en grupos institucionales, y personas viviendo en dormitorios escolares o barracas militares. Para información detallada de cómo se determina el nivel de pobreza, ver <http://usaipums.org/usa-action/variables/poverty#description.tab>. (5) Incluye Jefes de Familia viviendo en hogares ocupados por su dueño. La población de viviendas excluye a personas viviendo en instituciones, habitaciones de grupo, dormitorios escolares y otras viviendas de grupo.
Fuente: Tabulación del Pew Hispanic Center del ACS 2010 (1% IOPUMS) y el censo del 2000 (5% IPUMS)

Hay bastante evidencia demostrando que las personas que no tienen cobertura de salud para la atención que necesitan tienen más dificultad en acceder a los servicios médicos debido a sus costos; es menos probable que tengan un doctor en forma regular, y es menos probable que reciban cuidado de salud cuando lo necesiten. En el período 2009-2011, el 16% de la población total de la nación (unos 49.1 millones de personas) no tenía cobertura de seguro de salud. De todos los grupos raciales/étnicos los Latinos son los menos propensos a tener cobertura de salud. La mayoría de los Latinos que carecen de un proveedor de cuidado a la salud son hombres (69%). De acuerdo al Centro Hispano PEW (Pew Hispanic Center), "más de la cuarta parte de los adultos Hispanos en los Estados Unidos carecen de un proveedor regular de cuidado a la salud, y una proporción similar reporta no recibir información sobre su salud por parte del personal médico"⁴ Cerca de una de cada tres personas (30,7%) sin cobertura de salud en los Estados Unidos es Latina. La probabilidad de que un Latino no tenga seguro de salud es tres veces mayor que la de un blanco. La falta de seguro de salud, es generalmente menor en niños que en adultos; pero aun así los niños Latinos siguen siendo dos veces más propensos que los niños blancos a no tener seguro.

De acuerdo con la Oficina del Comisionado de Salud del Estado de Washington, "A inicios del 2014, el número de personas sin seguro y con seguro insuficiente de salud, y la cantidad de cuidado a la salud no compensado continúan

en estado crítico en el Estado de Washington.⁵ A fines del 2012 habían aproximadamente 990,000 personas sin seguro de salud en el Estado de Washington, o el 14.5% de la población. Las personas sin seguro son principalmente adultos en edad laboral (entre 18 y 64 años). Dichos adultos tienen menos opciones que los niños y adultos mayores. Los Latinos en el Estado de Washington tenían una probabilidad de cerca de tres veces más de no estar asegurados que personas no Hispanas (30% vs. 11%). El bajo nivel económico; así como brechas en ingreso, juegan también un papel fundamental en las desigualdades en el área de salud.



La probabilidad de que las minorías étnicas y raciales sean pobres, o casi pobres, es mucho más alta que en los blancos no Hispanos. Por ejemplo, en el 2012, el ingreso medio de los Latinos era de \$39,005, comparado con el ingreso de \$57,009 de los blancos.⁶ Otra manera de cuantificar el problema es examinando el porcentaje de Latinos viviendo en pobreza. Basado en los datos del Censo del 2012, un 25.6% (13.3 millones) de Latinos vivían en pobreza, comparado con 9.7% de los blancos no Hispanos. La desigualdad en de salud entre los Latinos del Estado de Washington se debe a menudo a niveles de pobreza. Grupos con ingresos promedio por hogar menor de \$50,000, tienen una mayor probabilidad de no tener seguro de salud. Las familias Latinas tienen uno de los niveles más altos de pobreza en el Estado (26%). Las comunidades de color tienden a tener ingresos y niveles de educación más bajos que las comunidades blancas; y este nivel socioeconómico más bajo es un factor importantísimo que contribuye a la mala salud que experimenta la población Latina.⁷ Los Latinos con bajo nivel educacional constituyen una gran proporción de aquellos que no tienen un proveedor de cuidado a la salud; 47 por ciento reporta tener menos que un diploma de educación secundaria. La gran mayoría de aquellos que no tienen un lugar habitual donde obtener servicios de salud son de origen mexicano (69%); y un 11 por ciento adicional son de origen centroamericano.⁸

Aun cuando el ingreso y la educación se toman en cuenta, persisten las desigualdades entre los mismos Latinos. El racismo institucional e interpersonal también tiene un impacto en las desigualdades en torno a la salud. El racismo institucional ocurre cuando los programas y políticas limitan el acceso a bienes, servicios, y oportunidades para los Latinos. Además, a menudo la salud de los Latinos es determinada por factores como situación migratoria, barreras lingüísticas y culturales, falta de acceso al cuidado preventivo, y la falta de un seguro de salud. Los Washingtonianos que no son ciudadanos Americanos son mucho más propensos a no tener seguro de salud que otros residentes del Estado. Por ejemplo, el 40,7 por ciento de los inmigrantes que no son ciudadanos estadounidenses no tienen seguro de salud, comparado con 17,2 por ciento de inmigrantes que han obtenido la ciudadanía por medio de la naturalización.

Sin embargo, la salud general de los Latinos varía de una generación a otra. Investigadores han reconocido que muchos Latinos de primera generación vienen a los Estados Unidos gozando de una buena salud, tomando en cuenta sus circunstancias, y esto es lo que ha llegado a conocerse como la "paradoja epidemiológica", la cual indica una asociación entre vivir en los Estados Unidos y el incremento de los factores de riesgo adversos y el deterioro de la salud.⁹ La obesidad y diabetes son ejemplos excelentes del aumento en factores de riesgo asociados

con residencia de larga duración en los Estados Unidos para los Latinos.

La obesidad está asociada con un aumento en la incidencia de diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades del hígado, ciertos tipos de cáncer, enfermedad de la vesícula, asma y otros problemas respiratorios. En general, los Latinos tienen una tasa más alta de obesidad que los blancos no Hispanos. De acuerdo a la Oficina de Salud de las Minorías (Office of Minority Health), el 73% de mujeres Mexicanas-Americanas tienen sobrepeso o son obesas; comparado con solo 61.6% de la población general femenina. En el 2009, los Latinos eran 1.2 veces más propensos a ser obesos que los blancos no Latinos, y los niños Mexicano-Americanos eran 1.4 veces más propensos a tener sobrepeso que los niños blancos No Latinos.

Sin embargo, una anomalía que continúa asombrando al personal médico es la expectativa de vida para los Latinos. Las diferencias raciales y étnicas sobre la expectativa de vida al momento de nacer, un indicador general de salud entre la población, continuó entre mujeres y hombres en el 2010. En los Estados Unidos, desde 1940 hasta el 2010, la expectativa de vida al nacer aumentó de 60.8 a 76.2 años para los hombres, y de 65.2 a 81.0 años para las mujeres. Por razones que no se conocen con claridad, los Latinos tienen una mayor expectativa de vida al nacer que los blancos no Latinos o negros no Latinos, tanto en hombres como mujeres. En el 2011, la expectativa de vida al nacer para hombres Latinos era 78.9 años y 83.7 años para las Latinas.¹⁰

TABLA 2
Expectativa de Vida al Nacer, por Raza/Etnicidad y Género
Estados Unidos, 2010

	Ambos	Hombres	Mujeres									
2006	77.8	75.2	80.3	80.3	77.5	82.9	78.2	75.7	80.6	73.1	69.5	76.4
2007	78.1	75.5	80.6	80.7	77.8	83.2	78.4	75.9	80.8	73.5	69.9	76.7
2008	78.2	75.6	80.6	80.8	78.0	83.3	78.4	76.0	80.7	73.9	70.5	77.0
2009	78.5	76.0	80.9	81.1	78.4	83.5	78.7	76.3	81.1	74.3	70.9	77.4
2010	78.7	76.2	81.0	81.2	78.5	83.8	78.8	76.4	81.1	74.7	71.4	77.7
2011	78.7	76.3	81.1	81.4	78.9	83.7	78.8	76.4	81.1	74.8	71.6	77.8

Fuente: Table 7. National Vital Statistics Reports, 61 (4). 2013 Table 6. National Vital Statistics Reports, 61 (6). 2012. Note: 2011 data are preliminary.

Sin embargo, los Latinos en Washington permanecen gravemente sin seguro, lo cual resulta en una multitud de desigualdades en cuidado a la salud. La implementación del ACA, el 1º de enero del 2014, tiene el potencial de remediar y aliviar algunas de estas desigualdades.

Aunque es muy pronto para examinar la información sobre los Latinos y el ACA, es posible hacer algunas predicciones. Para los Latinos, el ACA constituye un esfuerzo mayor para proveerles seguro de salud;

eliminando desigualdades e inequidades en el cuidado a la salud. De acuerdo al Departamento de Salud & Servicios Humanos de los Estados Unidos - Health & Human Services (HHS), la implementación del ACA para los Latinos, al igual que para otras minorías étnicas, trata las desigualdades en el acceso a cuidado de salud de calidad. Como se mencionó anteriormente, los Latinos padecen de las más altas tasas de enfermedades crónicas, y es, simultáneamente una de las poblaciones más desproporcionadamente sin seguro en los Estados Unidos. HHS estima que 10.2 millones de Latinos no asegurados en los Estados Unidos, tienen oportunidades nuevas para obtener cobertura asequible de seguro de salud. El ACA promete a los Latinos: un mayor control sobre sus propios cuidados de salud asegurándoles acceso a servicios preventivos gratis; , manejo y control de las enfermedades crónicas, asegurar que todo Latino tenga acceso a cuidados de atención primaria, luchar contra las desigualdades de cuidado a la salud, menor costos de seguro de salud en general para las familias, ayuda económica a través de créditos de impuestos y descuentos en medicamentos de marca.¹¹

Estrategias e instrumentos para ayudar a las familias Latinas vencer las barreras para la Cobertura y Atención Médica.

- Llegarle a la comunidad a través de mensajes de salud y bienestar que se identifiquen con la comunidad latina y su cultura.
- Educación continua y capacitación para médicos, enfermeras y otros proveedores de salud, para crear conciencia cultural, y desarrollar habilidades para lidiar con las diferencias culturales.
- Mejorar las habilidades lingüísticas del personal y asociados comunitarios para proveer servicios de interpretación de alta calidad.
- Educar a las familias sobre las opciones de cobertura y los procesos de inscripción (ACA).
- Investigación y análisis basadas en evidencias, como también iniciativas que se asocian con el sector académico y con organizaciones comunitarias para mejorar la salud de la comunidad.
- Proveer a las familias una lista de documentos requeridos e identificar opciones alternativas.
- Crear un plan único de seguro de salud, subsidiado por el Estado, para los programas públicos que incluyan opciones que cubran a todos en las familias con ingresos menores al 200% del nivel federal de pobreza.
- Hay gran cantidad de evidencia que vincula a una mayor educación con mejores hábitos de salud, mejor autoevaluación de la salud, mejores resultados de salud, y una mayor expectativa de vida. Por lo tanto, la brecha educativa de los Latinos debe ser cerrada.

A nivel estatal, entre el 1º de Octubre y el 7 de noviembre del 2014, más de 77,000 residentes de Washington y se inscribieron para cobertura del ACA. Hay una pequeña muestra preliminar del impacto de ACA en Seattle y el Condado de King. De acuerdo al Departamento de Salud Pública de Seattle y el Condado de King, cerca del 85% de los no asegurados en el Condado de King resultaron calificar bajo el ACA para seguros de salud públicos o subsidiados. La mayor concentración de adultos que recién califican, viven en el sur del Condado King. Un promedio de uno de cada 12 adultos que vive en SeaTac, Des Moines, Federal Way, Kent, Auburn, Burien y Renton, calificaron bajo ACA. Aunque el ACA aumentará significativamente la cobertura de seguro en el Condado de King, algunos permanecerán sin seguro en el 2014 y más allá.

Los Inmigrantes Documentados que hayan vivido en Estados Unidos por menos de cinco años, no son elegibles para la expansión del Medicaid, y los inmigrantes indocumentados no son elegibles independientemente de cuanto tiempo hayan vivido en los Estados Unidos. De acuerdo a la Oficina del Censo de los Estados Unidos, hay por lo menos 5,800 inmigrantes sin seguro de salud en el Condado de King viviendo igual o inferior al 138% del nivel federal de pobreza (fpl) pero hay una grave subestimación en el número de personas que son inmigrantes indocumentados. Sin embargo, no calificarán para la expansión del Medicaid. Los inmigrantes documentados que han vivido en los Estados Unidos por menos de cinco años podrán comprar cobertura a través del Washington Healthplanfinder, y aquellos con ingresos menores que el 400% del nivel federal de pobreza podrían ser elegibles para subsidios.¹²

A nivel nacional, el gobierno de los Estados Unidos ha luchado para inscribir a los Latinos en el ACA. Muchos críticos señalan la barrera del idioma como responsable del bajo nivel de inscripciones en el ACA en lugares como California. Por ejemplo, al comienzo California no ofreció solicitudes en español, y el número abrumó las oficinas con insuficiente personal para manejar el volúmen.¹³ El Estado de Washington ha tenido una experiencia similar. Una de las organizaciones más importantes en el Estado de Washington que provee cuidado de salud a los Latinos es el Centro de Salud Comunitaria Sea Mar (Sea Mar Community Health Centers). En el 2012 las Clínicas Sea Mar trataron por razones médicas a 53,000 pacientes no asegurados. Según Rudy Vásquez, Gerente de Operaciones para Cuidados Dirigidos en Sea Mar, "...la clínica ha luchado para llevar información sobre el ACA a las poblaciones más necesitadas." De acuerdo con Sea Mar, varios obstáculos han impactado negativamente la inscripción de Latinos. Estos obstáculos incluyen cuestiones técnicas tales como el número limitado de caracteres que pueden usarse para el apellido y los cambios y retrasos constantes en el ACA, lo que ha causado problemas de credibilidad, algo muy importante para la comunidad Latina. Igualmente importante para los Lati-

nos es la posibilidad de acciones drásticas del gobierno en contra de los inmigrantes indocumentados causando inseguridad y vacilación en familias con miembros en diferente situación migratoria. Ellos temen que datos proporcionados al ACA puedan ser usados para otros nefastos propósitos.¹⁴

En resumen, los datos demuestran claramente una fuerte necesidad de lidiar con la multitud de desigualdades e injusticias con respecto a los Latinos y al sistema de cuidado a la salud en el Estado de Washington. La mayoría de los estudios revelan que los Latinos experimentan peores estados de salud que los blancos no Latinos. El alto número de Latinos sin seguro o con insuficiente cobertura, debe abordarse, y debe ser tratado con prioridad. Aunque el tener un seguro no garantiza el acceso oportuno a cuidados de salud de alta calidad, las investigaciones revelan que la cobertura de seguro de salud a menudo resulta en un acceso más consistente a esos servicios. Existe la esperanza que el ACA aliviará algunas disparidades y desigualdades que actualmente existen. Sin embargo, muchas de las inequidades que afectan a los grupos raciales/étnicos están basadas en ideas y puntos de vista preconcebidos que dificultan o impiden el al cuidado de salud. No obstante, las propuestas y proyectos de ley implementados por el Gobernador y la Legislatura del Estado de Washington en el 2014 generan optimismo a los Latinos y al Sistema de cuidado a la salud en el Estado.

REFERENCIAS

1. Para ser más inclusivo, en este reporte se usa el término Latino o Latina en vez de Hispánico. Solamente se usa Hispánico en relación a los informes del gobierno.
2. Pew Research Center's Hispanic Trends Project tabulations of 2000 Census and 2012 American Community Survey.
3. "Governor Inslee signs significant bills to improve health care and reduce costs." April 4, 2014, Washington Governor Jay Inslee. Accessed at <http://www.governor.wa.gov/news/releases/article.aspx?id=234>. May 31, 2014.
4. Livingston, Gretchen, Susan Minushkin, and D'Vera Cohn. "Hispanics and Health Care in the United States: Access, Information and Knowledge." A Joint Pew Hispanic Center and Robert Wood Johnson Foundation Research Report.
5. "The state of the uninsured and underinsured 2010-2014: A baseline report on health insurance before the Affordable Care Act." Washington State Office of the Insurance Commissioner, January 30, 2014, 2.
6. U.S. Census Bureau, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012.
7. "State Policy Action Plan to Eliminate Health Disparities." Governors Inter-agency Council on Health Disparities, June 2010.
8. Livingston, Gretchen, Susan Minushkin and D'Vera Cohn. "Hispanics and Health Care in the United States: Access, Information and Knowledge." A Joint Pew Hispanic Center and Robert Wood Johnson Foundation Report, 19.
9. For a fuller discussion on the "epidemiologic paradox" see E. Richard Brown and Hongjin Yu, "Latinos' Access to Employment-based Health Insurance." In Marcelo M. Suarez-Orozco and Mariela M. Paez, *Latinos Remaking America*. Berkeley: University of California Press, 2009, 236-253.
10. Jean Kayitsinga, "A Comparison of Latinos and Other Racial/Ethnic Groups on Key Health Indicators." NEXO Vol. XVII, No., Fall 2013, Julian Samora Research Institute, Michigan State University.
11. "Health Reforms for Latinos: The Affordable Care Act Gives Latinos Greater Control Over Their Health Care." The White House, http://www.whitehouse.gov/files/documents/health_reform_for_latinos.pdf
12. "FactSHEET: The Impact of the Affordable Care Act on Uninsured Adults in King County." Seattle & King County Public Health.
13. Medina, Jennifer and Abby Goodnough, "States Struggle to Add Latinos to Health Rolls," *The New York Times*, February 13, 2014.
14. Lopaze, Chris, "Affordable Care Act might not affect insurance disparity for Hispanic Community." *The Seattle Times*, November 20, 2013.



EsparzaPlus se enorgullece de producir desde el 2006 el Informe Evaluativo sobre los Latinos/Hispanos del Estado de Washington de la Comisión de Asuntos Hispanos (CHA)

EsparzaPlus conecta eficazmente a su organización con la creciente población Latina

**Costa Oeste: 206 829 8995 Costa Este: 703 435
info@esparzaplus.com**



**Social Marketing, Strategic Planning, Community Outreach,
Digital/Social Media, Global Health, Integrated Communications**



Los Latinos, Salud y Políticas en el Estado de Washington

Vickie Ybarra, PhC, MPH, RN

Para los Latinos de nuestro Estado hay tres importantes dimensiones que marcan la intersección entre Salud y Políticas de Salud: el impacto del Estatus Migratorio en la cobertura de salud; los Determinantes Sociales de la Salud; y la Representación Política. El no confrontar cada uno de estos aspectos, permitirán que continúen existiendo las brechas en la salud de los Latinos en Washington.

Estatus Migratorio y acceso a la Cobertura Pública de Cuidados de Salud

La Atención Pública de Salud continúa siendo una interacción compleja de leyes y políticas entre los Gobiernos Federal y Estatal, y el Estatus Migratorio la hace aún más compleja. La buena noticia es que el Estado de Washington ha estado por mucho tiempo a la vanguardia de los esfuerzos para proveer el acceso a una Cobertura de Salud con fondos públicos para: mujeres embarazadas de bajos recursos, para los niños, y para los trabajadores adultos; y todo ello sin tomar en cuenta su Estatus Migratorio. Pero la mala noticia es que presiones presupuestarias del Estado; así como la Ley de Cuidados de Salud Costeable, "Affordable Care Act" por sus siglas en inglés ACA, han impuesto cambios que pudieran erosionar la cobertura que actualmente se ofrece.

Un buen ejemplo de la importancia de la cooperación Federal-Estatal, lo es la cobertura con fondos públicos para mujeres embarazadas de bajos recursos quienes sean inmigrantes legales pero por debajo de la limitación de los 5 años¹, así como también para las inmigrantes no documentadas. Ya desde los años 80, Washington

estuvo entre los primeros Estados de la Nación en ofrecer cuidados prenatales para esas mujeres, usando exclusivamente fondos del Estado. Se reconocía que el cuidado prenatal daba como resultado nacimientos con menor riesgo, y con ello se evitaban los potenciales costos al Medicaid. Estos últimos derivados de una frecuencia mayor de recién nacidos con problemas nacidos de madres sin o con poco cuidado prenatal. En el 2003 durante la Administración Bush, el Estado pasó de este Programa a uno compartido entre el Estado y el Gobierno Federal. Ese programa continúa proveyendo cobertura para las mujeres embarazadas en el Estado de Washington bien sean inmigrantes legales bajo la limitación de los 5 años, o inmigrantes no documentadas.

Hasta el 2011, Washington permitió a los inmigrantes de bajo recursos, no elegibles para el Medicaid, a participar en el Plan Básico de Salud, subsidiado por el Estado. Entonces, en el 2011, en preparación para la implementación del ACA federal, se canceló la elegibilidad para dichos inmigrantes, y el Plan Básico de Salud del Estado se canceló por completo en el 2013. Hoy en día en el Estado de Washington, los adultos de bajos recursos que son inmigrantes legales debajo de la limitación de los 5 años, así como los inmigrantes no documentados, no son elegibles para los Programas Federales de Seguro (ACA); y tampoco son elegibles para la recién expansión del Medicaid, ni para comprar seguros privados en el intercambio de cuidados de salud (healthcare exchange), sean subsidiados o no. No obstante, hay un rayo de esperanza para inmigrantes de bajos recursos debajo de la limitación de los 5 años - el ACA federal proveyó como opción un Programa

Básico de Salud para adultos de bajos recursos que no son elegibles para el Medicaid.²

Actualmente el Estado está considerando introducir una Opción Básica de Salud, que de ser aprobada, puede dar acceso a Programas Subsidiados de Salud a los inmigrantes legales de bajo recursos que han permanecido acá un mínimo de 5 años. Debido a que el Gobierno Federal acaba de publicar las reglas finales que regularan esos programas, sería el año 2015 lo más temprano que la Opción Básica de Salud Federal de Washington puede hacerse efectiva.

Pero incluso con una Opción Básica de Salud Federal, los adultos Inmigrantes No Documentados de bajos recursos del Estado de Washington, quedarían sin acceso a coberturas de salud subsidiado por fondos públicos.

Determinantes Sociales de la Salud

Aunque la atención a la salud es muy importante, también reconocemos que es solo uno de los elementos básicos para asegurar la buena salud tanto de los Latinos, como de otros grupos. Aspectos asociados al comportamiento son claves, entre ellos ejercicio, no tabaquismo, control de peso; es necesario que hagamos las escogencias correctas en nuestra vida diaria. Pero aunque aceptamos que el comportamiento y la responsabilidad personal son necesarias para disfrutar de una buena salud; sabemos que las mismas no son escogencias fáciles. Las escogencias que hacemos están limitadas por las posibilidades que tenemos, y dado que vivimos en una sociedad que no distribuye las oportunidades positivas de una forma equitativa. Nuestro entorno social y físico – nuestra familia, nuestra escuela, nuestro vecindario, nuestro lugar de trabajo – todos contribuyen en gran medida en si somos saludables o no; aunque los riesgos y beneficios relacionados con la salud y que derivamos de esos entornos, no están distribuidos con equidad.

Ejemplo de ello, es un estudio que nos informa lo siguiente:

- La acumulación de experiencias adversas en la infancia está asociada con comportamientos no saludables y ultimadamente con una pobre salud durante la etapa adulta. En las encuestas sobre salud en el Estado de Washington, completadas en el 2009-2011, los adultos Latinos reportaron mayor frecuencia que los Blancos No Hispánicos de situaciones negativas en su infancia: abuso físico, cohabitar con alcohólicos, vivir con alguien que estuvo en la cárcel, y violencia doméstica.³
- Los logros en educación están fuertemente asociados a la situación de salud.⁴ Sin embargo, como sea que se mida, la brecha educacional persiste para los niños Latinos en el Estado de Washington. Después de 5 años de cursar estudios, la tasa de graduación de los estudiantes Hispánicos en Washington es de tan solo 70%, lo cual está 11 puntos por debajo de la de los Blancos no Hispánicos.⁵
- De manera desproporcionada, las personas de color/minorías en Washington trabajan y viven en entornos que son peligrosos para su salud, incluyendo exposición

a pesticidas, como sucede con los Hispánicos en el Estado que trabajan en las granjas.⁶

Es evidente que para proteger la salud futura de los Latinos de Washington, se necesita más equidad con respecto a los determinantes sociales de la salud.

Representación

Sin representación de los intereses de los Latinos en las mesas de discusión de los Diseñadores de las Políticas, es improbable que se consideren adecuadamente las brechas que existen en la salud de los Latinos. Es claro, que solo es a través de los procesos políticos, que se diseñan las grandes políticas que establecen las coberturas para los cuidados de salud de los grupos inmigrantes/de bajos ingresos; y estas políticas deben considerar los determinantes sociales de la salud. Siendo elegidos a través del voto popular, los Legisladores quienes toman decisiones importantes acerca de subsidios públicos para los programas de salud, igualmente son electos por dicho voto quienes toman decisiones sobre las escuelas y su entorno, así como otros determinantes sociales. Todos ellos son actores políticos que por la naturaleza de sus posiciones responden a preferencias políticas de las personas quienes votaron por ellos. Es por ello que en ausencia de Latinos que puedan influenciar el proceso político, incluso en las mejores políticas, no podrán responder a las necesidades de los Latinos de Washington. De cualquier manera que uno haga el cálculo, los Latinos están sub-representados en el proceso político del Estado – desde una ausencia de representación en la legislatura del Estado y en otros cuerpos locales de elección popular, hasta bajos niveles de votación. Solo el 47% de los Latinos adultos de Washington, que son ciudadanos, votaron en las elecciones presidenciales del 2012, en comparación con el 67% entre los Blancos No Hispánicos.⁷

Para mejorar su situación de salud, los Latinos en el Estado de Washington deben participar en el proceso político – naturalizándose, registrándose, informándose y votando. Cada Latino debe unirse con otras personas que comparten sus opiniones sobre la cobertura de los cuidados de la salud y sus determinantes sociales, y juntos lograr ser escuchados por los representantes electos, y con ellos ser parte del proceso.

1. El Acto de Reconciliación de la Responsabilidad Personal y Oportunidades de Trabajo (The Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act, PWRORA, 1996), también conocido como Welfare Reform, prohíbe a los Estados utilizar fondos federales complementarios para extender los beneficios del Medicaid a los inmigrantes legales que no hubieran cumplido todavía el período de espera de cinco años.
2. La Opción Básica de Salud federal está basada sobre todo en el Plan Básico de Salud del Estado de Washington, que fue defendido en el Congreso por la Senadora por Washington Maria Cantwell.
3. Cálculos del autor usando data modular del BRFSS ACE, 2009-2011, tasas marginales compensadas controladas por edad: Viviendo bajo abuso físico 22.4% Hispánicos vs 20.1% Blancos No Hispánicos; alcohólicos 30.2% Hispánicos vs 28.9% Blancos No Hispánicos; Adultos en la cárcel 9.2% Hispánicos vs 6.8% Blancos No Hispánicos; violencia doméstica 23.4% Hispánicos vs 18.1% Blancos No Hispánicos.
4. RWJF Commission to Build a Healthier America (2009). Education Matters for Health. <http://www.commissiononhealth.org/PDF/c270deb3-ba42-4fbd-baeb-2cd65956f00e/Issue%20Brief%206%20Sept%2009%20-%20Education%20and%20Health.pdf>
5. Office of Superintendent of Public Instruction (2013). Graduation and Dropout Statistics Annual Report 2012-2013. <http://www.wk12.wa.us/DataAdmin/pubdocs/GradDropout/12-13/201213GraduationAndDropoutStatisticsAnnualReport.pdf>
6. Washington State Dept. of Health (2007). Pesticide-Related Illness and Injury. In: The Health of Washington State, 2007. <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5500/EH-PP2007.pdf>
7. U.S. Census Bureau, Voting and Registration in the Election of November 2012, Table 4b. Reported Voting and Registration by Sex, Race and Hispanic Origin, for States: November 2012. <http://www.census.gov/hhes/www/socdemo/voting/publications/p20/2012/tables.html>



¿Por qué necesitamos una Ley de Derecho al Voto en Washington?

David Pérez, Abogado Derecho Constitucional en Seattle, Co-Autor Ley Derecho al Voto del Estado de Washington

Mucho se ha hablado en torno al enfrentamiento electoral durante el 2012 entre Steven González y Bruce Danielson para el cargo de Juez de la Corte Suprema del Estado. Inicialmente parecía que González no tenía por qué preocuparse. Él había sido un fiscal condecorado y exitosamente como Asistente del Fiscal General, estableció en la Corte que Ahmed Ressay había sido el bombardero del Milenio. Un Juez reconocido por sus 10 años de trabajo en la Corte Superior del Condado de King, y una muy buena reputación ganada por ser un trabajador incansable a la vez de y ser considerado como el Juez más intelectual del banquillo. Basada en su excelente hoja de vida, la Gobernadora Gregoire había designado a González para llenar la vacante en la Corte Suprema del Estado.

A medida de que González se preparaba para la reelección, no parecía que alguien quisiera desafiarlo. No obstante, al último minuto, literalmente, en la última hora antes de cerrarse el plazo de inscripción, Bruce Danielson se presentó como su contendor. Planteándose con ello una competencia. Danielson, un abogado relativamente desconocido y sin trayectoria, se enfrentaba a un Juez quien ya ocupaba el cargo en la Suprema Corte de Justicia del Estado. Ante esto, González pudo recoger cifras record de dinero para las primarias, obtuvo el apoyo de personalidades de ambos partidos (incluyendo entre otros, Rob McKenna, Jay Inslee, Reagon Dunn y Bob Ferguson) y llevo a cabo una campaña estatal. De tal forma que González tenía todas las posibles ventajas sobre Danielson, quien no realizó campaña alguna, y ni siquiera logró recolectar ni una moneda de diez centavos.

Bueno, González tenía todas las ventajas excepto por una, su apellido...

Votación racialmente polarizada en el centro de Washington

Para una democracia prometedor, el gobierno debe tener el consentimiento de los gobernados. Es un compromiso, que a través de la democracia se implemente el gobierno del pueblo, por el pueblo y para el pueblo. Estos no son sólo palabras inteligentes o frases vacías sobre pergamino antiguo. Estos son nuestros ideales. Y durante siglos los estadounidenses han muerto para proteger y defender estos ideales.

Pero aquí, en el Estado de Washington, sistemas electorales obsoletos han erosionado nuestros principios democráticos, al no seguir el ritmo rápido de la evolución demográfica en nuestro Estado. Resultado de ello, es que grandes segmentos de la población de nuestro Estado, particularmente los afroamericanos; asiáticos/americanos e isleños del Pacífico; nativos americanos; y latinos han sido prácticamente excluidos del proceso político.

Este es uno de esos momentos en los cuales los números no mienten. Por ejemplo, en 9 condados en todo el centro de Washington (Adams, Benton, Chelan, Douglas, Franklin, Grant, Okanogan, Walla Walla y Yakima) los latinos quienes constituyen más del 33% de la población total, apenas poseen menos del 4% de los cargos electos locales. Combinados, estos diez Condados eligen en total a 69 Comisionados de Puerto, 66 Oficiales de Condado, 51 Jueces y 30 Comisionados de Condado.

Y ni uno solo de ellos es latino.

En raras ocasiones se ha enfrentado nuestro Estado a un desafío similar, no tiene que ver con su buen estado fiscal o su crecimiento económico; sino con sus valores, base fundamental de nuestra democracia. Información electoral muestra que el principal culpable es la combinación de: ser una elección "amplia", y lo que los sociólogos han llamado "votación racialmente polarizada".

En una elección amplia, no hay vecindarios o distritos locales, en los cuales sólo los votantes de ese distrito pueden hacerlo y por un candidato que represente a ese distrito en particular. En la elección amplia todos los candidatos compiten a nivel de la ciudad o el condado. Las elecciones amplias que muestran una "votación racialmente polarizada" permiten la votación en bloque lo que permite que a los grupos mayoritarios dominar las elecciones locales. De hecho, en los 9 Condados mencionados anteriormente, 99% de sus elecciones locales son de tipo "amplio".

Por ejemplo, cada miembro del Concejo de la Ciudad de Yakima es electo en elecciones "amplias" - es decir, cada candidato debe competir a nivel de la ciudad. Por lo que en vista de que los votantes blancos en Yakima tienden a votar por los candidatos blancos; y los votantes latinos por los candidatos latinos, son los candidatos blancos quienes siempre ganan. Como resultado, 3 de los 7 miembros del Consejo de Yakima viven el mismo vecindario; y todos los 7 son blancos. A pesar de que los Latinos constituyen el 41% de la población de la ciudad, un latino nunca ha sido elegido para el Consejo de la ciudad. Ni siquiera una vez. Muchos han competido pero siempre pierden.

No se puede desestimar la importancia de una votación local. Es en estas elecciones - Concejal de la Ciudad,

Junta Escolar, Bombero Distrital - es en donde los nuevos candidatos inician su línea de liderazgo. Una vez obtenida la experiencia local, posteriormente pueden optar por cargos más altos. Pero a las minorías se le cierran las oportunidades, pues a partir de allí la casi la totalidad de estas elecciones locales son elecciones "amplias".

Todos aquellos de nosotros, quienes conocemos este fenómeno, es decir, la elección racialmente polarizada en el centro de Washington; la competencia de González no fue sorpresa. Lo que si fue sorprendente, fue que con González se cumplió cabalmente lo esperado en el Centro de Washington. Que González perdiera en cada uno de estos condados por un amplio margen era totalmente coherente con el patrón de elección racialmente polarizada que se viene produciendo en todo el centro de Washington durante más de treinta años.

Aunque el resultado final de la elección a nivel estatal fue diferente, pues los Condados grandes del oeste de Washington votaron masivamente por González; es claro que en el este y central Washington, aquellos candidatos que compitan por un cargo electo, tendrían el mismo problema, y ellos no contarían con el beneficio de tener un Condado King, Snohomish y Pierce que lo pudieran respaldar. La buena noticia es que en esta elección se demostró que la Votación Racialmente Polarizada no está sucediendo en el Condado King, en donde los votantes tienen una larga historia en votar por candidatos de las minorías, tales como Ron Sims, Larry Gossett y más recientemente Steve González, quien recibió el 75% de los votos.

Los cínicos que se benefician de este sistema - un sistema que silencia efectivamente al 49% de la población de Central Washington - ignoran a conciencia lo que realmente pasa, y están al tanto de los que esto significa para las

TABLA 1

Condado	Total Titulares	Titular Latinos	% Latino	% Población Latina (2008)	Votos González	Votos Danielson
Adams	137	5	3.6%	55.1%	29.5%	70.5%
Franklin	110	3	2.7%	49.2%	35.7%	64.3%
Yakima	250	40	16.0%	41.4%	32.0%	68.0%
Grant	297	13	4.4%	35.7%	32.2%	67.8%
Douglas	129	3	2.3%	25.1%	29.9%	70.1%
Chelan	182	4	2.2%	23.1%	37.7%	62.3%
Walla Walla	139	2	1.4%	18.5%	39.7%	60.3%
Benton	137	1	0.7%	16.4%	42.7%	57.2%
Okanogan	213	3	1.4%	16.3%	33.8%	66.2%

poblaciones minoritarias. Saben claramente que van en contra de una de las promesas americanas, y es el que no importa quién eres, o cuál es tu apellido, todos tenemos derecho a una representación política.

Afortunadamente, hay una manera de salir de esto y se llama la Ley de Derecho al Voto de Washington. Los legisladores en Olympia consideraron el proyecto de ley el año pasado, pero nunca se sometió a votación. Este proyecto de ley permitiría a los votantes desafiar los sistemas de votación amplios, los cuales combinados con la Votación Racialmente Polarizada, obstaculiza la representación de las minorías en los gobiernos locales. De tener éxito, los retos podrían llevar a un nuevo sistema de elección con base en el Distrito.

A manera de aclaratorio, informo que en el 2011, escribí la Ley de Derechos de Voto de Washington, y en los últimos tres años he estado abogando por la aprobación de esta ley. Y en el 2002, encontrándose con problemas similares, los Legisladores de California aprobaron la Ley del Derecho al Voto de California. La Ley de Derecho de Voto de Washington se ha basado en la versión Californiana.

Algunos dicen que la Legislatura debe dejar a los gobiernos locales decidir por sí mismos en cómo llevar a cabo sus elecciones. Sin embargo, estos defensores de Control Local están perdiendo la perspectiva. Un sistema que da al 49,2% de la población de un Condado, menos del 3% de sus car-

gos electos no otorga un Control Local (Tabla 1: Condado Franklin). Un sistema que silencia al 41% de la ciudad de Yakima no es Control Local. Utilizar el Sistema de Elección Amplia permite evadir nuestros principios democráticos y no es Control Local.

Un Control Local verdadero daría poder a la población permitiendo un gobierno local de confianza representativo de todas las circunscripciones locales. Bajo la Ley de Derechos de Voto de Washington, el Control Local florecería una vez más.

El proceso de elección de González, es un claro recordatorio del valor más importante de nuestro país: Es evidente que todas las personas son iguales, pero es claro que esta igualdad no se cumple. Debemos reconciliar los valores de la República American con la esperanza del pueblo Americano.

Y es por ello que la constante erosión de la democracia en nuestro Estado no es un problema Latino. Tampoco es un problema de los Afro-Americanos, ni de los Americanos Asiáticos o de los Nativos Americanos. Es un problema del Estado de Washington. Con esta Ley, por fin podremos superar este nuevo obstáculo a la democracia representativa.

Y no se equivoquen, venceremos.

David A. Pérez ayudó en la coordinación de la campaña para designar a González, y trabajó en la campaña para su elección.

UW Medicine

**UW SCHOOL
OF MEDICINE**

CENTRO PARA EQUIDAD,
DIVERSIDAD E INCLUSION

La Escuela a través de su Centro de Equidad, Diversidad e Inclusión (CEDI), proporciona entrenamiento, instrumentos y recursos para desarrollar la fuerza laboral, mejorando la atmosfera institucional, una currícula incluyente, entrenamiento con competencia cultural, desarrollo de liderazgo, y compromiso comunitario.

Construyendo sobre una rica historia cultural, tradiciones y la diversidad de la región WWANI, la Escuela se ha dedicado a mejorar la salud y bienestar del público general a través de la excelencia en educación biomédica, investigación y cuidados de salud.

Centro para Equidad, Diversidad e Inclusión (CEDI)
1959 NE Pacific Street HSC A-300; Box 356340
Tel: 206.616.3043 Email:mycedi@uw.edu www.mycedi.gov





Salud y Los Programas SafetyNet (TANF)

Eliseo Juarez (EJ), MA

Sección Necesidades Básicas: Políticas recomendadas por el TANF y la Desproporcionalidad Racial

Por mucho tiempo el Estado de Washington ha sido líder en implementar programas novedosos que prestan servicios tanto a la población discapacitada y vulnerable, como a la económicamente desposeída. En la década de los 90, programas pioneros como Asistencia Estatal de Obtención de Alimentos, Salud Básica y otros; ayudaron a desarrollar los Servicios Sociales en nuestro Estado; asegurando que los Washingtonianos pudieran satisfacer sus necesidades humanas básicas. Líderes de ambos partidos sentaron las bases de los programas de bienestar de nuestro Estado, con la creación de programas sociales que forman una Red de Seguridad ("SafetyNet") de asistencia general, incluyendo los siguientes: Línea de Salvación para los minusválidos por sus siglas en inglés DL; Ancianos, ciegos y minusválidos por sus siglas en inglés ABD; Vivienda y Necesidades Esenciales por sus siglas en inglés HEN; Asistencia temporal para Familias Necesitadas por sus siglas en inglés TANF, el cual provee pequeñas cantidades de dinero a familias con niños; y otros programas más.

Sin embargo, durante los años de recesión que comenzaron en el 2008, nuestro Estado ha hecho cortes devastadores a estos programas que habían evitado que las familias pasasen hambre, que proveyeron vivienda a los ancianos, y que han ayudado a cientos y miles de nuestros vecinos a sobrellevar muchos apuros. También la disponibilidad de estos programas se hecho más difícil en nuestro Estado, debido a un aumento masivo del número

de casos en cada uno de los programas, a la reducción de beneficios, restricciones en elegibilidad; así como también a los complicado procesos de solicitud. Causa especial preocupación identificar como las familias Latinas pueden interactuar mejor con esa Red Estatal de Seguridad.

Esos programas, que son destinados a ayudar a familias en problemas, han sido reducidos precisamente cuando son más necesarios. La reducción en los presupuestos han causado un impacto preocupante en la habilidad de las familias Latinas para acceder a los servicios y mejor manejarse con las modificaciones anuales en torno a los requisitos de elegibilidad y estructura de beneficios. Por ejemplo, cada mes, desde octubre del 2011, hemos visto más de 150 familias sacadas del programa TANF del Estado, por llegar al límite de 60 meses. Este límite arbitrario es una táctica agresiva, lleva a estas familias a situaciones de crisis, al despojarlos de su única oportunidad de acceder a alimentos y vivienda.

Aunque el número de familias y niños Latinos que acuden a los servicios de bienestar del Estado está aumentando, este crecimiento no es desproporcional al de la Población General en Washington. De hecho, la participación de la población Latina en programas tales como el TANF y el DL, es menor que la de su vecinos Blancos. Sin embargo, los cambios y cortes e eso programas tienen un efecto desproporcionado en la comunidad Latina.

Programas novedosos como el Comité Asesor de la Administración sobre Desproporcionalidad Racial en Niños (Children's Administration's Racial Disproportionality Ad-

visory Committee) continúan ilustrando las mejoras y eficiencias alcanzadas, cuando de una manera específica se examinan dichas poblaciones tanto en programas Estatales, como los del Departamento de Salud y Bienestar Social por sus siglas en inglés DSHS (Department of Social and Health Services). El gran progreso logrado por parte de este Comité creado por la legislatura en el 2007; debe servir de ejemplo para cada Agencia del Estado, especialmente aquellas que trabajan con poblaciones marginalizadas o de inmigrantes. Este programa no solo considera la participación de niños en programas de bienestar y su desproporcionalidad; sino que en el 2011 fue más allá, examinando las tácticas para reducir la desproporcionalidad en diferentes programas e iniciativas del DSHS.

Se necesita examinar los programas TANF bajo el modelo del Comité Asesor de Desproporcionalidad Racial, para evaluar que el Estado este alcanzando su objetivo de apoyar las necesidades básicas de los Latinos de Washington que participan en el Programa. Ha sido el más grande y exitoso programa de bienestar en la historia de nuestra nación, permitiendo que muchas familias alcancen su estabilidad. Debemos entender el elemento racial de esta operación, para así poder asegurar que la demografía cambiante de nuestro Estado sea considerada en la próxima década.

La estructura regresiva de los impuestos estatales ha sido el principal responsable de los grandes cortes sufridos por el TANF. La necesidad de recursos adicionales quedó evidenciada en la Red Estatal de Seguridad, en la cual se pudo evitar que decenas de miles de familias vivieran inseguridad alimentaria, hambre, eventos traumáticos para su salud y bienestar social; si se hubiesen mantenido para el TANF presupuestos a niveles del 2008 o hubiesen sido corregidos por inflación. Es por ello que hemos escogido ver a la Red Estatal de Seguridad a través del TANF, como el mejor indicador de nuestro Sistema de Salud y Bienestar Social.

Se recomiendan las siguientes soluciones¹ para el programa TANF del Estado, con el fin de que nuestras comunidades alcancen estabilidad económica y con ello sus necesidades humanas y sociales básicas.

Restaurar en un 15% la subvención al TANF

El TANF provee a familias en dificultad con niños, con modestas cantidades de dinero para así ayudarles en sus necesidades más básicas, tales como vivienda, vestido, y artículos de salud e higiene. En el 2011, la subvención al TANF fue reducida en un 15%, disminuyendo el nivel de beneficio a \$478 mensual para una familia de tres¹. La subvención reducida equivale al 30% del Nivel Federal de Pobreza y solo cubre el 26% de los recursos que una familia requiere para mantener un estándar de vida básico. Restaurar ese 15% a la subvención del TANF ayudaría a estabilizar las familias y acelerar su camino hacia la seguridad económica. Esta decisión de política requiere de una acción presupuestaria.

Modificar la regla limitativa del tiempo para el TANF

En el 2011, la Secretaría del DSHS implementó un límite estricto de 60 meses para los recipientes del TANF. Desde que se instituyó esa decisión, se ha clausurado la asistencia financiera a 17,981 niños y 8,978 familias. Antes del 2011, los padres que recibían asistencia del TANF, eran elegibles para una extensión en el caso de no conseguir trabajo como le establecía "WorkFirst". Los padres eran extendidos pues tenían problemas de emplearse por discapacidad temporal o por los altos niveles de desempleo debidos a la Gran Recesión. Es crucial revisar esta regla de limitación de tiempo del TANF reintegrando grupos antes elegibles que no fueron extendidos por factores fuera de su control como los ya mencionados incapacidad temporal o alto nivel de desempleo. Esta decisión política requiere un cambio del Review Code de Washington, por sus siglas en inglés RCW.

Reformar el TANF para incrementar las probabilidades de empleo

El programa TANF de Washington está impactado por definiciones federales restrictivas como la participación laboral. Esta definición plantea que los padres deben participar en programas que acatan leyes federales, en vez de en programas diseñados para encaminarlos hacia un empleo. Se requiere que los empleados del DSHS utilicen su tiempo en contar horas y verificando participación, en vez de enfocarse en ayudar a los padres a desarrollar planes que los oriente a encontrar un empleo fijo. Es necesario hacer una petición para obtener una excepción a estos requerimientos del TANF, con el objeto de liberarlo y enfocarlo en entrenamiento, incluyendo la provisión de educación básica y post-secundaria. Si no se consigue la excepción, el Estado debe implementar estrategias que le permitan proveer servicios a las familias que tienen probabilidades de salir del TANF y de la pobreza. Esta decisión política requiere un posible cambio del RCW y una acción presupuestaria.

Implementar el Comité Asesor sobre Desproporcionalidad Racial en el gobierno del Estado

Recomendamos la formación de un Comité Asesor sobre Desproporcionalidad Racial en el Estado de Washington, basado en el trabajo iniciado por la Legislatura en 2007. Debe explorar las causas fundamentales y recomendaciones que elimine la desproporcionalidad racial y la desigualdad en el Estado de Washington. Expandir el alcance y autoridad de esos organismos para examinar el programa del TANF, así como también todos los programas estatales que componen nuestra Red de Seguridad, para con ello asegurar igualdad de acceso y servicios, y provea información sobre los niveles de pobreza en el Estado de Washington.

1. Welfare Advocates Group (WAG) TANF Legislative Priorities (Mayo 2013). WAG es una coalición compuesta de líderes en la promoción de la salud y de los servicios humanos en Washington. El WAG propone políticas que mejoren la salud, la situación económica, y el bienestar de todas las personas en nuestro Estado.
2. Washington State Budget & Policy Center (Enero 2011). "Valorizar el trabajo de apoyo para las familias de bajos ingresos". Detalles en <http://budgetandpolicy.org/schmudget/value-of-workfirst-grant-at-historical-low>



Sea Mar

Community Health Centers
Clínica de la Comunidad



desarrollando comunidades fuertes
building strong communities

Cubriendo tus necesidades médicas,
dentales, de salud mental, salud
preventiva, farmacia, comunidad,
educación, y de vivienda.

sirviendo los siguientes condados:

CLALLAM

CLARK

FRANKLIN

GRAYS HARBOR

ISLAND

KING

PIERCE

SKAGIT

SNOHOMISH

THURSTON

WHATCOM

YAKIMA



Conéctate con nosotros:

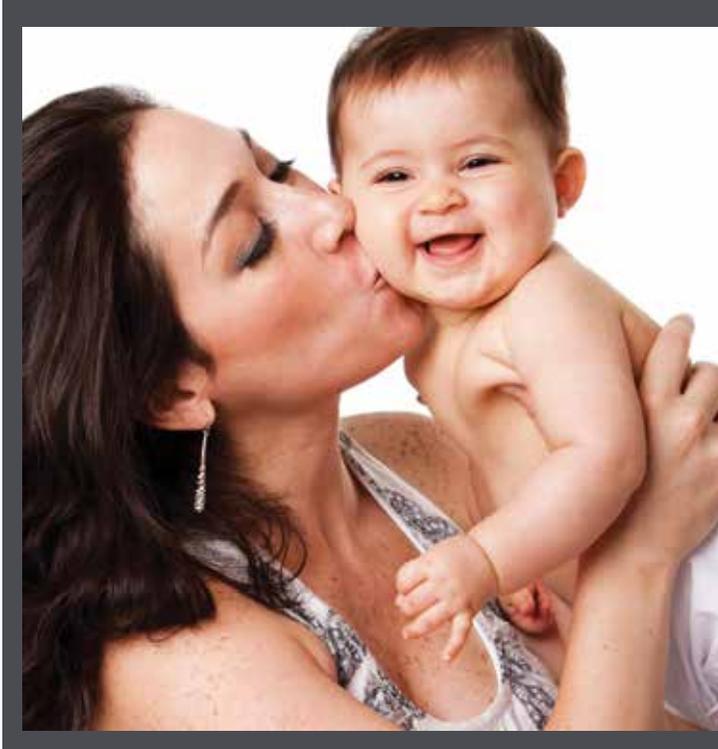
 fb.com/seamarchc

 [@seamarchc](https://twitter.com/seamarchc)

¡Manténgase al día con las
noticias, eventos, información
útil, publicaciones divertidas, y
mucho más!

encuentra tu clínica local de Sea Mar en

WWW.SEAMAR.ORG



Salud Materno-Infantil en los Latinos

Jennie A. McLaurin, MD MPH
Ileana Ponce-González, MD MPH

En el Estado de Washington viven aproximadamente 790.000 personas miembros de la comunidad Latina/Hispana, y la mitad de ellos son inmigrantes y un tercio son indocumentados.¹ Es una población desproporcionalmente joven, con una edad media de 23 años, constituyendo el 12% de la población adulta del Estado y el 20% de la población infantil. Se designan como Latinos/Hispanos a más de 16.000 recién nacidos, o 18% de todos los nacimientos en WA (Pew, 2014). Por lo tanto, la Salud Materno-Infantil por sus siglas en inglés MCH es área clave y de gran interés.

Este breve informe examina un subgrupo de temas de salud materno-infantil (MCH) que comprenden áreas de desigualdad de salud o de necesidad urgente en la población Latina/Hispana del Estado de Washington. Los siguientes cinco aspectos fueron seleccionados por su gran importancia:

1. El acceso al Cuidado Prenatal
2. Defectos Congénitos y Necesidades Especiales
3. Experiencias Adversas durante la Niñez (ACE)
4. Inseguridad Alimentaria
5. Inmunizaciones

Estos temas se incluyen en el espectro de interés y preocupación de la Salud Materno-Infantil; y los mismos tienen implicaciones en planes y políticas de salud.

El Acceso a la Atención Prenatal

Iniciar la atención prenatal durante en el primer trimestre del embarazo es un objetivo del Healthy People

2020 (HP) con una meta del 78%. Las Latinas en WA quedan detrás de sus contrapartes blancas y asiáticas, con tasas de 73% en comparación con el 80-81% (Informe de Datos de Salud Materno-Infantil, 2013). Las Latinas también están en mayor riesgo de no tener acceso a la atención prenatal durante el embarazo, con tasas nacionales alrededor del 8% (Child Trends). Las Latinas rurales de Washington están más expuestas a desigualdades en cuanto al acceso a la atención prenatal (Baldwin et al, 2013). Aunque el Estado de Washington, mediante la provisión "Unborn Child" de la legislación del Programa de Seguro de Salud Infantil, permite la cobertura de atención prenatal para mujeres de bajos ingresos, independientemente de su situación migratoria; estudios en varias zonas del país, han encontrado que las mujeres migrantes hispanas, especialmente las indocumentadas, inician el cuidado prenatal más tarde y tienen menos visitas prenatales en comparación con la población general. Esto se refleja en una menor atención preventiva de la salud, incluida la atención prenatal, y peores resultados de salud, incluyendo aquellos asociados con el parto.

Defectos de Nacimiento y Necesidades Especiales

Aunque la mortalidad infantil para el Latino/Hispano está por debajo de la media estatal, hay especial preocupación por la alta tasa de defectos del tubo neural (DTN) en el Estado de Washington; así como el acceso a los servicios para necesidades especiales. Un grupo de 27 individuos con defectos del tubo neural (DTN) en Washington Central del

2010 a 2013 dió como resultado una tasa de anencefalia que es cuatro veces la tasa nacional esperada (8/10,000 vs. 2/10,000). El CDC está estudiando este tema y ha determinado que la tasa no varía por grupo étnico, pero la inmensa mayoría de las mujeres en la zona (Benton, Franklin y Yakima condados estudiados) son latinas / hispanas, por lo que las comparaciones acerca del origen étnico son difíciles. A nivel nacional, las latinas tienen el mayor riesgo de defectos del tubo neural, un hecho que se atribuye a las bajas cantidades de ácido fólico en la dieta. Los datos actuales del CDC no ha atribuido una causa específica, pero la presencia de nitrato tóxico en el agua de pozo es una preocupación declarada. Las investigaciones del CDC se basaron en información de la historia clínica y no en entrevistas con las mujeres. Como en Washington Central existe la Agricultura en gran escala, la exposición a plaguicidas es una posibilidad que merece una investigación urgente, pero hasta la fecha no ha recibido ninguna atención.

En Washington, al compararse con los Hispanos bilingües/hablan inglés, los Hispanos que hablan solo español son menos propensos a reportar un niño con necesidades especiales (4% vs.12%). El limitado dominio del inglés restringe el acceso y la comprensión de los servicios prestados. Los niños hispanos tienen más probabilidades que otros niños de Washington de tener la "comunicación" reportada como una necesidad especial. La detección del desarrollo infantil que es culturalmente apropiada aún no está disponible en gran escala, por lo que la detección de necesidades especiales, emocionales y de bienestar social es particularmente difícil.

Experiencias Infantiles Adversas (ACE)

Las experiencias infantiles adversas fueron estudiadas en 2009 por el CDC en cinco estados, uno de los cuales fue WA (CDC 2009). Las experiencias adversas incluyen el abuso físico, sexual y emocional, así como el abandono, separación o divorcio de los padres, las enfermedades mentales y el encarcelamiento de un miembro de la familia, la exposición de abuso de sustancias y la exposición a la violencia doméstica. Estos eventos son importantes factores de riesgo como detonadores de enfermedades y muerte en los Estados Unidos.

Los Hispanos representaron alrededor del 11% del estudio que se basó en el recuerdo adulto de experiencias de la infancia. En estos grandes estudios iniciales, los negros fueron más propensos que los blancos y los hispanos a tener tres o más reacciones adversas (15% en comparación con 11% en blancos o hispanos) y la distribución hispana de experiencias adversas fue distribuida de manera más uniforme en el rango de 0-5+ que en otros grupos étnicos. Estos datos preliminares no consideraron otros eventos tales como la deportación de uno de los padres, la separación debido a la migración o la exposición a la falta de vivienda. Culturalmente interpretaciones distintas de las experiencias adversas no han sido bien estudiados.

Inseguridad Alimentaria

HP 2020 tiene como objetivo reducir la Inseguridad Alimentaria a una tasa del 6% (HP 2020). En este tema el Estado de Washington es parecido a la mayor parte del país, con una tasa global del 14.6%. Sin embargo, las disparidades son dramáticamente evidentes, con los asiáticos y los blancos experimentando las tasas más pequeñas de la alimentación insegura (11% y 15%, respectivamente), mientras que latinos / hispanos tienen una tasa de 29%. Factores que influyen la Inseguridad Alimentaria están: vivir en un hogar con niños, localidad rural y el uso limitado de los programas de alimentos suplementarios. Estos factores se ven comúnmente en el perfil demográfico de la población hispana del Estado de WA.

Inmunizaciones

Tres cuartas partes de los niños de dos años en el Estado de WA son vacunados a tiempo, similar al promedio nacional. Mientras que el rechazo a las vacunas es un problema general en el Estado de WA, es menos evidente en las familias hispanas. Más preocupante es la vulnerabilidad de los bebés latinos a la tosferina, que fue una epidemia en 2012, con tasas todavía altas en el 2013. Los bebés hispanos tienen un mayor riesgo a la tosferina que los otros bebés, por razones que no están claras. Todas las mujeres corren el riesgo de tosferina a menos de que sean vacunadas con una dosis de refuerzo y la inmunidad hacia la enfermedad disminuye con el tiempo. Las mujeres inmigrantes son menos propensas a ser completamente vacunadas ya que los adultos inmigrantes mexicanos tienen las mayores disparidades en la cobertura de inmunización (CDC, comunicación personal, el Dr. Alfonso Rodríguez).

Recomendaciones en torno a Programas y Políticas

Las cinco prioridades en la Salud Materno-Infantil discutidas en este reporte, tienen implicaciones en la políticas y programas de desarrollo a nivel local, estatal y nacional. Las recomendaciones incluyen:

- Garantizar el acceso a la atención prenatal integral para todas las mujeres que residen en el Estado de Washington, independientemente de la duración de la residencia o de la situación migratoria. A medida que Ley ACA continúe implementándose, las oportunidades para el fortalecimiento de la atención prenatal a inmigrantes, migrantes y mujeres del medio rural deben ser examinadas.
- Realizar un monitoreo de defectos del tubo neural en los recién nacidos en el Estado de WA con investigaciones detalladas en todas las ocurrencias, incluyendo una evaluación de la exposición a sustancias tóxicas, tales como residuos de plaguicidas.
- Implementar programas de prevención de defectos del tubo neural, con especial énfasis en las mujeres latinas en

particular aquellas en el centro de Washington. Los programas deben incluir la administración de suplementos de ácido fólico para las mujeres en edad fértil a través de medios culturalmente apropiados, tales como la distribución de masa de maíz enriquecida con ácido fólico. También se necesitan pruebas y métodos para reducir el nitrato en el agua de Pozo y limitar la exposición de químicos agrícolas.

- Desarrollar programas educativos para los padres hispanos acerca de identificación de recursos para los niños con necesidades especiales.
- Promover la incorporación de evaluaciones ACE's para todas las familias en WA como parte de los programas de desarrollo infantil y apoyar el desarrollo de encuestas ACE culturalmente adaptadas que examinan el impacto de las experiencias adversas tales como la deportación de los padres y la migración familiar.
- Ampliar los programas de alimentos suplementarios que incluyan las vacaciones escolares y el aumento de recursos en localidades rurales.
- Mayor disponibilidad de vacunas para los adultos que carecen de cobertura básica con un énfasis especial en la tosferina en las mujeres en edad reproductiva.

REFERENCIAS

- Baldwin L-M, Fordyce MA, Andrilla CHA, Doescher MP. Inadequate Prenatal Care Among Racial and Ethnic Groups in the Rural United States, 2005. Policy Brief #141 in the series Perinatal Health in the Rural United States, 2005. Seattle, WA: WWAMI Rural Health Research Center, University of Washington, Jul 2013.
 - CDC. Adverse Childhood Experiences Reported by Adults – Five States, 2009. MMWR 59(49); 1609-1613.
 - CDC. Investigation of a Cluster of Neural Tube Defects – Central Washington, 2010-2013. MMWR Morb Mort Wkly Rep. 2013 Sept 5; 62(35):728.
 - <http://www.childtrends.org/?indicators=adverse-experiences#sthash.lDfTOZ4.dpuf>
 - Healthy People 2020. See: <http://www.healthypeople.gov/2020/>
 - MCH Data Report, March 2013. See: http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/160-015_MCHDataReportPrenatal.pdf
 - Pew Hispanic Center, 2014. See: <http://www.pewhispanic.org/states/>
 - Washington State Department of Health. See: http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/160-015_WaStatePopulationBirthCounts.pdf
 - Oct 2010 MCH report WA State
1. http://www.slate.com/articles/news_and_politics/map_of_the_week/2013/02/map_illegal_immigrant_population_by_state.html
 2. Fuentes-Afflick E, Hessel NA, Bauer T, O'Sullivan MJ, Gomez-Lobo V, Holman S, et al. Use of prenatal care by Hispanic women after welfare reform. *Obstet Gynecol* 2006; 107:151-60.
 3. Reed MM, Westfall JM, Bublitz C, Battaglia C, Fickenscher A. Birth outcomes in Colorado's undocumented immigrant population. *BMC Public Health* 2005; 5:100.
 4. https://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Health_Care_for_Underserved_Women/Health_Care_for_Undocumented_Immigrants



Mural de la Vacuna, Diego Rivera
Instituto de Arte de Detroit



Despistaje del Cáncer Colorectal en los Latinos del Estado de Washington

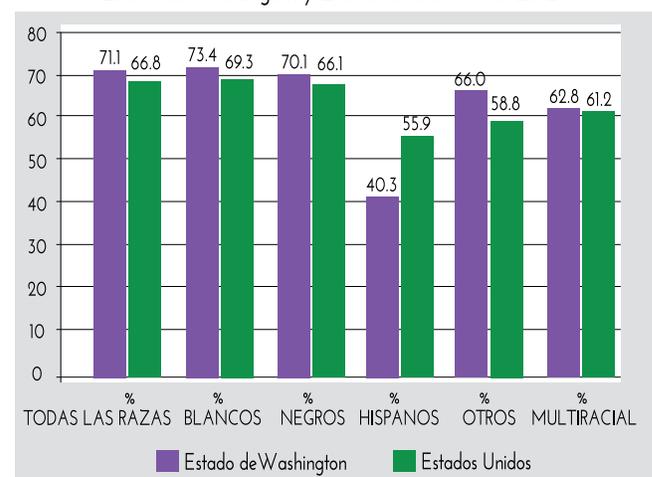
Gloria D. Coronado, PhD

El Cáncer Colorectal es la principal causa de muerte entre las personas no fumadoras en los Estados Unidos; el Programa Surveillance, Epidemiology and End Results, por sus siglas en inglés SEER; predice que para el 2014 habrá 133,830 casos nuevos de Cáncer Colorectal, con 51,310 muertes.^{1,2} La presencia desproporcionada del Cáncer Colorectal en los Latinos se refleja en una menor proporción de incidencia de casos detectados en fases y áreas específicas de la enfermedad. Los datos del SEER muestran que para el 2007, se dio una incidencia del 37% de cáncer colorectal en los Latinos, siendo detectado en áreas y fases específicas; en contraste con un 41% entre los blancos no Hispanos.³ Se piensa que la detección del cáncer en su estado avanzado se debe, al menos en parte, a las bajas tasas de despistaje. Los datos del Behavioural Risk Factor Surveillance System correspondientes al 2012, muestran que tan solo el 53.1% de los Latinos entre las edades de 50 a 74 años estaban al día con respecto al despistaje del Cáncer Colorectal, en comparación con el 66.4% entre los blancos no Hispanos.^{4,5} Las tasas de despistaje del Cáncer Colorectal también son muy bajas entre aquellos que no poseen seguros de salud y los que si poseen (36.7% y 68.9% respectivamente); o aquellos que no reciben cuidados de salud de una manera regular y los que si los reciben (30.7% y 69.3% respectivamente).⁴

Cuando se compara la disparidad en el despistaje del Cáncer Colorectal entre los Latinos y la población general, el Estado de Washington muestra una brecha que es significativamente mayor que la de la nación. El por-

centaje de Washingtonianos con edades mayor de 50 años que alguna vez en su vida han tenido una sigmoidoscopia o una colonoscopia es ligeramente superior al promedio nacional, pero las cifras entre los Latinos son notablemente más bajas (40.3% vs. 71.1%).⁶ Detalles en Figura 1. Las razones para esta disparidad no son claras y el propósito de este reporte es¹ presentar las pautas actuales para el despistaje;² Resumir la literatura científica sobre las barreras que impiden a los Latinos hacerse el despistaje y;³ destacar estrategias eficaces para aumentar la tasa de despistaje del Cáncer Colorectal entre Latinos.

FIGURA 1
Porcentaje de personas mayores de 50 años quienes han tenido una sigmoidoscopia o colonoscopia, comparación Estado de Washington y Estados Unidos - Año 2012



1. Recomendaciones para el despistaje

El despistaje del Cáncer Colorectal, conlleva el mayor grado de servicios de despistaje del US Preventive Services Task Force (USPSTF), y los servicios de despistaje para adultos que presentan un riesgo promedio debe comenzar a la edad de 50 años y continuar hasta los 75 años. La USPSTF no recomienda el despistaje después de los 76 años, aunque podría considerarse el despistaje en forma individual para algún paciente en específico. La USPSTF recomienda el despistaje anual usando pruebas de alta sensibilidad para detectar sangre oculta en heces (fecal occult blood test, o FOBT), incluyendo pruebas de inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, o FIT), sigmoidoscopia cada 5 años, combinada con FOBT en los intervalos, o colonoscopia cada 10 años. Los FOBT/FIT son pruebas que se pueden hacer en casa, para detectar sangre en heces en las cuales la presencia de sangre no es aparente. La sigmoidoscopia es un examen médico invasivo del intestino grueso, desde el recto hasta la última parte del colon. La colonoscopia es un examen médico invasivo del intestino grueso y de la parte distal del intestino delgado, utilizando una cámara y un tubo flexible que se introduce por el ano.

2. Barreras que enfrentan los Latinos para hacerse el despistaje del cáncer colorectal

Varios informes cualitativos previos han identificado razones por las cuales las personas fallan en hacerse el despistaje del Cáncer Colorectal, y varios reportes han identificado razones específicas en los Latinos. Algunas razones están relacionadas al individuo mismo, mientras que otras están relacionadas a con el sistema de salud. Abajo hay una lista de las principales barreras que obstaculizan el despistaje del Cáncer Colorectal:

- Falta de información en torno a la necesidad de hacerse el despistaje, aún no habiendo síntomas, así como también sobre los detalles acerca de los procedimientos y opciones;
- Temor a los procedimientos, a los posibles resultados, y/o a la necesidad de tener que hacerse pruebas adicionales;
- Falta de recomendaciones del proveedor de servicio de salud;
- Una barrera clave es el costo económico (tanto real como percibido); y
- Vergüenza de hacerse un examen colorectal, incomodidad o malestar debido a la naturaleza invasiva de la colonoscopia, o a la preparación para el procedimiento.

Coronado et al. Implementaron un programa con base en una clínica, para elevar las tasas de despistaje del Cáncer Colorectal, usando una estrategia de envío postal directo (direct mailing).⁷ El programa, que se llamó STOP CRC, involucró una colaboración con el Virginia García Memorial Health Center, un centro de salud comunitario cerca de Portland, Oregón. Alrededor de 40 pacientes a quienes se les envió por correo una prueba FIT, completaron dicha

prueba y la enviaron de vuelta al laboratorio.⁷ Se contactó telefónicamente a un subgrupo de las personas que no enviaron sus muestras de vuelta, y se realizaron entrevistas individuales. Las entrevistas revelaron diferencias marcadas en las barreras reportadas entre pacientes que hablan inglés y español.

FIGURA 2
Barreras al Despistaje Cáncer Colorectal, de acuerdo a preferencia de idioma

PREFIEREN INGLÉS		PREFIEREN ESPAÑOL	
2	Temor resultados, costos, o seguimiento	7	
1	No recibieron el kit de FIT	6	
6	Preocupación sobre enviar materia fecal vía postal	0	
4	Ocupado /Olvidó	0	
2	Otras condiciones de salud	2	
3	Proveedor de salud recomendó colonoscopia	0	
2	Prefiere conversar con proveedor	1	
0	Viviendo fuera del país / viajando	2	
2	No tan bueno como colonoscopia	0	
2	Desempleada / razones financieras	0	
1	Inconsciente / malgasto de recursos	0	
0	Confusión sobre la razón para recibir kit de FIT	1	
0	Inseguridad de que el kit de FIT sea gratis	1	

Las personas que salen positivos en una prueba FOBT/FIT necesitan hacerse una colonoscopia. Sin embargo, muy pocas investigaciones han reportado sobre la tasa de colonoscopias que se efectúan después de las pruebas fecales. Un número limitado de estudios reporta proporciones que van entre 22% y el 81%.^{8,9} Se necesita más investigación en sistemas de salud donde Latinos generalmente reciben atención médica, para identificar la tasa de seguimiento que se produce como consecuencia de resultados anormales de las pruebas fecales, como asimismo destacar el éxito de las intervenciones para impulsar el seguimiento del cuidado

3. Programas exitosos para aumentar las tasas de despistaje del cáncer colorectal

Tanto las estrategias de base comunitaria como las de base clínica, pueden ser efectivas para aumentar las tasas de despistaje del Cáncer Colorectal. A continuación se describen posibles mejoras tanto en los sistemas de salud como de práctica clínica:

(a) Elegir una Prueba Inmuno-Química fecal (FIT): La literatura médica ha demostrado que cuando a los pacientes se les ofrece una prueba FIT, la cual requiere solo una muestra, hay una posibilidad de más del 15% que completen la prueba comparado con el FOBT que requiere tres muestras.¹⁰

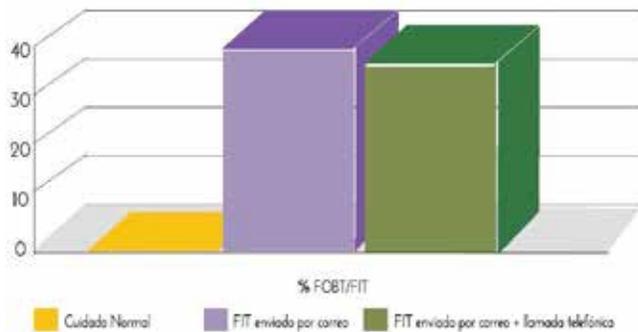
(b) Implementar Procedimientos Sistemáticos: Los planes de salud pueden desarrollar sistemas para facilitarle a los pacientes que se hagan el despistaje, tales como la creación de órdenes permanentes para el Despista-

je anual del Cáncer Colorectal usando kits de FOBT/FIT. Los procedimientos basados en evidencias para aumentar las tasas de despistaje incluyen:¹¹

- Explorar estrategias de acceso a la población que no se basen en visitas, para aumentar las tasas de despistaje; estrategias tales como enviar FOBT kits por correo directamente al paciente, especialmente en situaciones en las que se disponga de registros de salud electrónicos para facilitar la identificación de aquellos pacientes elegibles y que estén atrasados para su despistaje. Varios estudios han demostrado que esta estrategia puede mejorar las tasas de despistaje en la población blanca de clase media, asegurados, así como también en poblaciones con mayores niveles de pobreza, con un conocimiento limitado de inglés, y con diversidad racial y étnica.^{7, 9, 12}

En el estudio STOP CRC de Coronado et al, el despistaje en muestras fecales aumentó cerca de un 40% en una clínica que envió los kits FIT directamente por correo a las casas de los pacientes.⁷ (Ver Figura 3) El estudio piloto de la intervención STOP CRC fue igualmente eficaz tanto en pacientes de habla hispana como de inglés, y se basó en instrucciones visuales que fueron desarrolladas por el proyecto, para informar a los pacientes como completar la prueba.¹³

FIGURA 3
Compleción de la prueba fecal en 3 clínicas FQHC,
por grupo de intervención



- Considerar la implementación de un programa Flu-FIT. Se ha demostrado en la literatura médica que las tasas de despistaje del cáncer colorectal aumentan cuando se ofrecen y proporcionan kits FIT para hacerse la prueba en casa, al mismo tiempo que se ofrece la vacunación anual contra la influenza (flu).¹⁴
- Incrementar el despistaje a través de programas clínicos que apoyan a los pacientes, tales como el incluir información sobre despistaje del Cáncer Colorectal en el registro médico del paciente y usar los registros médicos electrónicos para identificar a pacientes que no están al día con su despistaje.

(c) Implementar sistemas de comunicación eficaces para asegurar el cuidado de salud de pacientes de alto riesgo y seguimiento a esos con resultados anormales de pruebas fecales.

- Identificar y facilitar servicios para pacientes que tienen más riesgo de sufrir Cáncer Colorectal; o sea pacientes con historia familiar de cáncer, en parientes jóvenes de primer y segundo grado, o que tienen otras enfermedades colorectales que aumentan el riesgo del Cáncer Colorectal (i.e, Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerativa).
- Asegurar seguimiento para todo resultado anormal; ayudar a los pacientes que son elegibles a conseguir seguro médico, (la mayoría de los programas de Medicaid cubren el despistaje y cuidados de seguimiento), o identificar y acceder a recursos en la comunidad para cubrir los costos del seguimiento, tales como el Project Access Now o el Cervical, Breast and Colon Health Programs. La mayoría de los programas del Medicaid cubren todos los costos de despistaje.

(d) Apoyar la elección del paciente: La literatura médica ha demostrado que cuando se ofrece más de una opción de despistaje, la tasa de despistajes realizados aumenta. Los proveedores de cuidado a la salud deben explicar y ofrecer al paciente todas las opciones de pruebas recomendadas e identificar la prueba más probable que el paciente complete.¹⁵ La mejor prueba es aquella que se logra hacer.

Las estrategias a nivel comunitario pueden incluir la distribución de kits de FOBT/FIT en ferias de la salud, o durante otros programas preventivos de salud, como la mamografía móvil. La entrega personal de kits FIT ha resultado en un alto número de envío de muestras, especialmente en la población Latina (Coronado, resultados no publicados). Las campañas mediáticas que usan la televisión, radio, o nueva tecnología en Español (redes sociales o mensaje de texto) para enfocarse en la importancia del despistaje, pueden apoyar los esfuerzos de la comunidad y de las clínicas.

(e) Mensajes efectivos. Aunque poco se conoce sobre la efectividad de los mensajes para motivar el despistaje del Cáncer Colorectal dentro de la comunidad Latina, los mensajes que disipan el temor y vergüenza podrían ser muy útiles. En mensajes a la población general, se nota que la gente pareciera estar más dispuesta al despistaje cuando son motivados por alguien a quien conocen y en quien confían, particularmente doctores u otras personas que ya se han hecho las pruebas. Los mensajes más poderosos son los que enfatizan que el Cáncer Colorectal se puede prevenir; que es al-

tamente tratable; que es el segundo cáncer que mata más personas; que es fácil de hacer (particularmente la prueba de heces); que afecta a hombres y mujeres; y que el despistaje es recomendado cuando no hay ningún síntoma. El testimonio personal de alguien que se ha hecho el despistaje y/o que ha tenido Cáncer Colorectal, puede servir como un importante motivador para que la gente se haga el despistaje.

1. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2014*. 2014. Atlanta, American Cancer Society.
2. Hawlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Neyman N, Altekruse SF et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010, National Cancer Institute. Bethesda, MD. 2013. Bethesda, MD, National Cancer Institute.
3. American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2011-2013*. 2012. Atlanta, GA, American Cancer Society. 4-8-2012.
4. Klabunde CN, Joseph DA, King JB, White A, Plescia M. Vital Signs: Colorectal Cancer Screening Test Use - United States, 2012. *MMWR* 2012;61 Suppl:51-56.
5. Joseph DA, King JB, Miller JW, Richardson LC. Prevalence of colorectal cancer screening among adults--Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2010. *MMWR* 2012;61 Suppl:51-56.
6. Centers for Disease Control and Prevention. *Colorectal Cancer Screening - 2012*. 2014. Atlanta, GA, Centers for Disease Control. 6-6-0014.
7. Coronado GD, Vollmer WM, Petrik AF et al. Strategies and opportunities to STOP colon cancer in priority populations: pragmatic pilot study design and outcomes. *BMC Cancer* 2014;14.
8. Humphrey LL, Shannon J, Partin MR, O'Malley J, Chen Z, Helfand M. Improving the follow-up of positive hemoccult screening tests: an electronic intervention. *J Gen Intern Med* 2011;26:691-697.
9. Green BB, Wang CY, Anderson ML et al. An automated intervention with stepped increases in support to increase uptake of colorectal cancer screening: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2013;158:301-311.
10. Vart G, Banzi R, Minozzi S. Comparing participation rates between immunochemical and guaiac faecal occult blood tests: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2012;55:87-92.
11. Centers for Disease Control and Prevention. *The Guide to Community Preventive Services*. 2010.
12. Coronado GD, Golovaty I, Longton G, Levy L, Jimenez R. Effectiveness of a clinic-based colorectal cancer screening promotion program for underserved Hispanics. *Cancer* 2011;117:1745-1754.
13. Coronado GD, Sanchez J, Petrik A, Kapka T, DeVoe J, Green B. Advantages of Wordless Instructions on How to Complete a Fecal Immunochemical Test: Lessons from Patient Advisory Council Members of a Federally Qualified Health Center. *J Cancer Educ* 2013.
14. Potter MB, Walsh JM, Yu TM, Gildengorin G, Green LW, McPhee SJ. The effectiveness of the FLU-FOBT program in primary care a randomized trial. *Am J Prev Med* 2011;41:9-16.
15. Inadomi JM, Vijan S, Janz NK et al. Adherence to colorectal cancer screening: a randomized clinical trial of competing strategies. *Arch Intern Med* 2012;172(7):575-582.

The Merwyn "Mitch" R. Greenlick Endowed Senior Investigator in Health Disparities Research
The Kaiser Permanente Center for Health Research - Gloria.d.coronado@kpchr.org

[Publicidad]

Conviértase en un defensor de las Comunidades Hispánicas de Washington

Su contribución (deducible de impuestos) apoyará nuestra labor en la publicación del **Informe Evaluativo sobre los Latinos/Hispanos en Washington**



Descripción: Reporte publicado cada dos años por la Comisión de Asuntos Hispánicos del Estado de Washington.

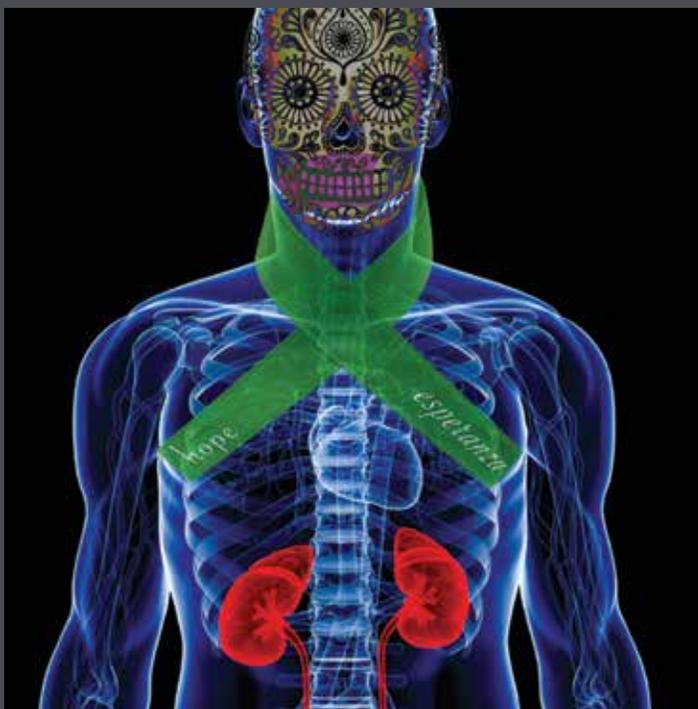
Audiencia: Oficina de la Gobernación, legisladores del Estado, oficiales a nivel local/estatal y federal, empresas; agencias del gobierno; organizaciones no lucrativas, líderes de la comunidad, miembros de la comunidad.

Impresión: 2,000 copias en inglés y español

Si desea enviar un cheque,
Por favor hágalo a nombre de:
Commission on Hispanic Affairs
P.O.Box 40924
Olympia, Washington 98504-0924



Para más detalles favor contactar:
Comisión de Asuntos Hispánicos
360-725-5661
hispanic@cha.wa.gov
www.cha.wa.gov



Los Latinos y las Enfermedades Renales

Rudy Rodríguez, MD

Se conoce en los Estados Unidos, la alta incidencia del diagnóstico de Diabetes en los Mexicanos-Americanos al compararse con la población blanca; así como la Diabetes NO-Diagnosticada al compararse con la población blanca y la población Africana-Americana.¹ La Enfermedad Renal es una de las complicaciones más temidas de la Diabetes, pues aumenta la morbilidad y mortalidad asociada con una enfermedad renal, crónica y terminal denominada por sus siglas en inglés ESRD. El ESRD es la última etapa de la enfermedad renal crónica, y es cuando los riñones ya no son capaces de eliminar los desechos y exceso de agua del cuerpo y con ello mantener la vida. El tratamiento para el ESRD es la Diálisis (hemodiálisis, la hemodiálisis domiciliaria, diálisis peritoneal) o un Trasplante Renal. A pesar del tratamiento con diálisis, la supervivencia a cinco años para los pacientes de hemodiálisis es de sólo el 36%, 42% para la diálisis peritoneal, y el 85% para los pacientes con trasplante renal.

Durante el 2011, El Sistema de Base de Datos Renales de Estados Unidos, por sus siglas en inglésUSRDS, anunció que la tasa general de prevalencia ESRD para los pacientes en los Estados Unidos, fue de 1.901 por millón de habitantes.² Cabe destacar que existe gran diferencia entre las tasas de incidencia y prevalencia en los diversos grupos raciales y étnicos de los Estados Unidos. La tasa de prevalencia para ESRD es mayor en los afroamericanos (5.584 por millón) en comparación con los nativos americanos (2701), los asiáticos (2265), y los blancos (1396). Y entre los latinos durante el 2011, la tasa de prevalencia fue de 2.818 por millón.

El Programa Red ESRD consta de una red nacional de 18 subredes sobre ESRD, y cada una de ellas sirve a un área geográfica específica. El Programas ESRD Network se centran en incrementar la calidad del trabajo. Entre las Redes

Renales, la prevalencia del ESRD osciló entre un mínimo de 841 por millón de habitantes en la Red 16 (Alaska, Idaho, Montana, Oregón y Washington) hasta 1,686 por millón en Red 8 (Alabama, Mississippi and Tennessee).

Porcentaje de cambio en la población del Area de la Red

ESTADO	2012	2013	% CAMBIO
ALASKA	731,449	735,132	0.5%
IDAHO	1,595,728	1,612,136	1.0%
MONTANA	1,005,141	1,015,165	1.0%
OREGON	3,899,353	3,930,065	0.8%
WASHINGTON	6,897,012	6,971,405	1.1%
RED 16	14,128,683	14,263,904	1.0%
EEUU	313,914,040	316,128,839	0.7%

Fuente: July 1, 2012 and 2013 Annual Population Estimates from the US Census Bureau at: <http://www.census.gov>

La tasa de ESRD en el Noroeste-Pacífico es la más baja en los Estados Unidos, debido al bajo porcentaje de Afroamericanos en el Estado (3,9%, frente al 13,1% a nivel nacional). Sin embargo, las tasas de ESRD para la población Latina del Estado de Washington, a pesar de que la población Latina del Estado de Washington (11,7% vs 16,9%) tiene una mayor tasa de pacientes en diálisis. En el 2011, hubo 12.080 pacientes en diálisis en la Red 16 (Alaska, Idaho, Montana, Oregón y Washington). El Esta-

do de Washington, como se observa en la siguiente tabla de datos, tiene la tasa más alta de pacientes en diálisis; y más de la mitad de ese número ha sido reportado en el 2013 (6,467). La causa de ESRD terminal en la Red 16, fue la diabetes en un 43,7% de los pacientes en diálisis. Esto se subdividió por raza/étnica y dio como resultado que los latinos son quienes tienen la más alta tasa (10,9%) entre las minorías.

En el 2011, la Red 16, realizó 6,773 trasplantes renales y al subdividirse este número por raza/etnia, observamos que 82.5% de estos trasplantes fueron hechos entre miembros de la raza blanca; 6% entre africanos-americanos; 2.3% en nativos americanos; 8.9% en asiáticos y 7.6% entre Latinos. La Red 16 otorga el décimo lugar al porcentaje de pacientes latinos en diálisis y el noveno lugar al porcentaje de pacientes latinos con trasplante renal, ello entre los 18 de la Red Renal en los Estados Unidos.

En los Estados Unidos, durante el 2011, aproximadamente 388.000 pacientes (65%) fueron tratados con hemodiálisis; 31,200 (5.2%) estaban en tratamiento con diálisis peritoneal; y 180,317 (30%) tuvieron un trasplante renal en función. En el Estado de Washington, el 85.7% de los pacientes eligió hemodiálisis central; mientras que el 11% optó por la diálisis peritoneal, que es mucho más alta que el promedio nacional. En 2013, Washington reportó 6,467 pacientes en diálisis frecuente y 1,660 en pacientes nuevos o incidentes. De los 6,467 pacientes, el 10.8% eran de etnia latina. En el 2013, 1,113 pacientes estaban esperando un trasplante de riñón, mientras que sólo 399 trasplantes de riñón se realizaron durante este período en el Estado de Washington.³

USRDS obtuvo datos sobre el cuidado nefrológico pre-ESRD (cuidados proporcionados por un especialista nefrólogo/especialista riñón antes de iniciarse la diálisis). Un dato alarmante es que el 94,7% de los latinos reportó ningún cuidado nefrológico antes de iniciar la diálisis en comparación con el 40.3% de los blancos; 45.8% de los afroamericanos, 38.9% de los americanos nativos, y el 38.7% de los asiáticos. La falta de acceso a la preparación nefrológica previa a la diálisis y el trasplante, en la comunidad latina podría estar asociada con las altas tasas de No Seguro Médico antes de comenzar la diálisis. En 1972, el Congreso aprobó las enmiendas del Seguro Social y en virtud de esta Ley, Medicare amplió la cobertura a personas menores de 65 años, que tuviesen ESRD, y hubiesen trabajado el tiempo necesario para tener derecho a la Seguridad Social.

Por lo tanto, los inmigrantes recientes que no han trabajado lo suficiente para tener este derecho a la Seguridad Social no clasificarían para la cobertura de Medicare ESRD. Hoy, Medicare paga aproximadamente el 90% de todos los costos de diálisis y trasplante en los Estados Unidos. En el 2011, el costo total anual de los gastos de Medicare por persona fueron de 87,945 dólares para la hemodiálisis; 71,630 para la diálisis peritoneal; y 32,922 para el trasplante de riñón.

Dado el costo tanto humano como financiero de la enfermedad renal; el cuidado preventivo y Pre-ESRD son servicios vitales que se debe proporcionar a los pacientes con alto riesgo de enfermedad renal, como lo son los latinos. El tratamiento temprano de la diabetes y el control agresivo de la hipertensión son esenciales en la prevención y retrasar la progresión de la enfermedad renal. Las poblaciones inmigrantes procedentes de América Central también pueden estar en riesgo de enfermedad renal grave. El Salvador y otros países de América Central se han visto desbordados por el número de pacientes con una nueva enfermedad renal: la Nefropatía Mesoamericana⁴. Esta enfermedad renal afecta a los trabajadores agrícolas en estos países y aún la causa sigue siendo desconocida. La prevalencia de esta nueva enfermedad es desconocida entre los inmigrantes centroamericanos de los Estados Unidos.

En el Estado de Washington, los pacientes que no califican para Medicare pueden recibir diálisis pagado por Medicaid o por fondos estatales especiales. Desafortunadamente, los tratamientos preventivos y cuidados Pre-ESRD son difíciles de obtener en la población No-Asegurada en las primeras etapas de la enfermedad renal. Atención especializada como la atención nefrológica no suele ser proporcionada por los centros de salud calificados a nivel del Gobierno Federal. De tal manera que la Población Latina No-Asegurada, tiene un mayor riesgo ante la enfermedad renal, por no poder acceder fácilmente a la atención especializada necesaria para la prevención, así como al tratamiento precoz de la enfermedad renal.

1. Selvin, E., et al, Trends in prevalence and control of diabetes in the United States, 1988-1994 and 1999-2010. *Ann Intern Med*, 2014. 160(8): p. 517-25.
2. U.S. Renal Data System, USRDS 2009 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2013. accessed on July 6, 2014 <http://www.usrds.org/atlas.aspx>.
3. Northwest Renal Network Annual Report 2013. accessed on July 6, 2014 at <http://www.nwrenalnetwork.org/AR/AR2013/AR2013.pdf>.
4. Wijkstrom, J., et al, Clinical and pathological characterization of Mesoamerican nephropathy: a new kidney disease in Central America. *Am J Kidney Dis*, 2013. 62(5): p. 908-18.

Prevalencia de Diálisis y Datos sobre Incidencia de ESRD

ESTADO	2013 POBLACION GENERAL	NUMERO DE PACIENTES CON DIALISIS	PREVALENCIA DE DIALISIS POR MILLON	NUMERO DE NUEVOS PACIENTES ESRD	INCIDENCIA ESRD POR MILLON
ALASKA	735,132	507	690	135	184
IDAHO	1,612,136	1,224	759	322	200
MONTANA	1,015,165	768	757	215	212
OREGON	3,930,065	3,743	952	936	238
WASHINGTON	6,971,406	6,467	928	1,660	238
RED	14,263,904	12,842	900	3,337	234

Fuente: La Figura 1 y Sección IV: Tabla de Datos en este reporte. Todas las redes incluyen 133 pacientes prevalentes con diálisis y 69 Nuevos pacientes con ESRD cuya residencia reportada esta en estados no incluidos en la red. Nuevos pacientes con ESRD incluye 100 pacientes quienes su primera opción era un trasplante.



Cáncer de Seno en las Latinas

Yamile Molina, PhD
Rachel M. Ceballos, PhD

El Cáncer de Seno es el más común y la causa principal de muerte por cáncer entre las Latinas¹ En comparación con mujeres Blancas No Latinas por sus siglas en inglés NLW, las Latinas presentan una menor incidencia y mortalidad por Cáncer de Seno.¹ No obstante, al compararse con NLW la probabilidad de supervivencia en 5 años (por causa específica) en las Latinas es menor (86% vs 89 %)

El incremento de la tasa de supervivencia por Cáncer de Seno, aunado al crecimiento proyectado de la población Latina en Estados Unidos y el Estado de Washington; requiere que se haga una investigación más exhaustiva en torno al impacto psicosocial del Cáncer de Seno, así como la calidad de vida a lo largo de toda la supervivencia del Cáncer. Los patrones del Cáncer de Seno en el Estado de Washington son similares al Nacional.² Entre 2009-2011, el Cáncer de Seno continuó siendo el más común entre las Latinas que viven en el Estado de Washington (18%) y se incluyó entre las 10 principales causas de muerte por cáncer (6%). Las Latinas muestran menor incidencia (96,1 vs 139,5 por cada 100,000) y durante 2007-2011 presentaron una tasa de mortalidad por Cáncer de Seno invasivo de 8.6 vs 22.3 por cada 100,000. Cuando se les compara con las NLW, un mayor porcentaje de las Latinas son diagnosticadas con Cáncer de Seno en fases más terminales o tardías (32% vs 25%) Aunque más información es necesaria, evidencia sugiere que las Latinas sobrevivientes del Cáncer de Seno son propensas a una menor calidad de vida, cuando se comparan con las NLW.

Las Latinas y Salud del Seno

Tendencias muestran estos obstáculos a los cuales se enfrentan las Latinas en relación a la salud de sus senos: la falta de acceso al diagnóstico y un diagnóstico tardío y/o tratamiento inapropiado.³ A nivel nacional, En comparación con las NLW, las Latinas tienen menos acceso a los exámenes regulares de detección de Cáncer de Seno (ejemplo durante 2010, un 47% vs 52%); tardan más tiempo en hacer seguimiento después de serle anunciados resultados anormales; tardan más para iniciar el tratamiento; tienden a no seguir como pacientes de cáncer las terapias recomendadas, al igual que los exámenes regulares para detectar la aparición de nuevos cánceres o cánceres recurrentes posteriores al diagnóstico. Conocemos poco sobre las disparidades existentes en torno al proceso asociado con el Cuidado de la Salud del Seno en el Estado de Washington. A nivel nacional se sugiere la necesidad de obtener información estatal. Por ejemplo se ha observado que las mujeres mexicanas, quienes constituyen la mayoría de las Latinas residentes en el Estado de Washington; muestran bajas tasas de cáncer en las pruebas rutinarias de despistaje, cuando se le compara con las mujeres provenientes de otros países (44% vs 48-55%).⁴

Son muchos los factores que contribuyen a estas inequidades.⁵ Permanentemente la Latinas se enfrentan a diversas barreras entre otras: falta de seguro, desventajas socioeconómicas, falta de servicios culturalmente apropiados y facilidad en torno al idioma. Otros factores incluyen falta de información en torno a los servicios existentes de cuidado de

salud de seno; desconfianza en torno al personal médico; conocimiento de la historia de salud familiar; creencias culturales (vergüenza, mal de ojo, etc.); elementos psicológicos. Todos estos factores se combinan y tienen un impacto en el acceso y calidad de los cuidados. Una inadecuada comunicación entre el proveedor de salud y el paciente es vivida corrientemente por las Latinas durante el proceso de un Cáncer de Seno: se inicia con las citas para los primeros exámenes de despistaje, continuando con el diagnóstico y cuidados de seguimiento; el tratamiento y proceso de sobrevivencia. Las latinas quienes acuden a facilidades culturalmente apropiadas, también se enfrentan a elementos que retardan su tratamiento, pues por lo general ellas poseen pocos recursos y requiere de una complicada organización de cuidados (Centros de Salud Comunitarios y Hospitales Comunitarios). Hay poca información en el Estado de Washington referente al cuidado del Cáncer de Seno en las Latinas, pero la poca información existente ya sugiere los mismos patrones. Durante todo el proceso en el cuidado del Cáncer de Seno, las latinas vivencian problema de acceso (falta de seguro, costos y recomendación de proveedores; barreras culturales; y barreras intrapersonales (miedo, conocimiento).

Oportunidades futuras para mejorar la Salud del Seno en las Latinas, bajo la Ley de Asistencia Asequible (Affordable Care Act)

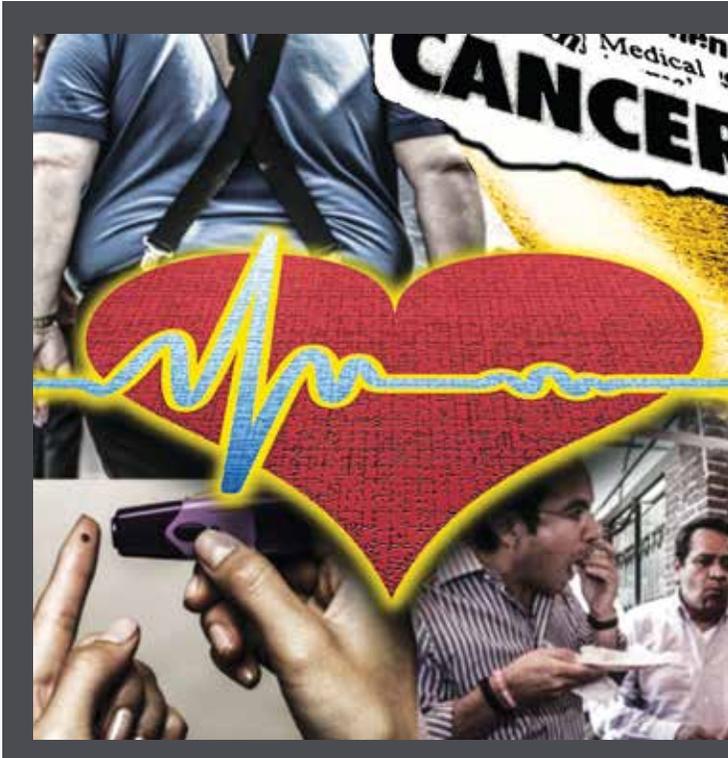
La Ley de Asistencia Asequible (Affordable Care Act) por sus siglas en inglés ACA, constituye un cambio fundamental en torno al acceso y la calidad de los cuidados de salud incluyéndose cuidados en la salud del seno para las latinas.⁶ Barreras en el sistema se han manejado a través del incremento de opciones de seguro y la eliminación del pago paralelo (co-pay) para las mamografía. La Reforma en Salud adicionalmente ha facilitado la implementación de ciertas estrategias en la práctica clínica incorporando la competencia cultural en localidad del cuidado, incluyendo apoyo autorizado para una práctica de base comunitaria y apoyo guiado al paciente, así como una diversificación en la fuerza laboral de cuidados de salud. El ACA adicionalmente ha permitido llevar a cabo más investigación que define y se enfoca en las disparidades asociadas con el Cáncer, incluyendo un instituto creado por el "National Center on Minority Health and Health Disparities", así como la creación del "Patient-Centered Outcomes Research Institute". No obstante, los retos persisten y surgen otros nuevos en torno a las Latinas y una mejor salud de sus senos, como la no elegibilidad para nuevas opciones de seguro y retos asociados con modificaciones en el área de cuidados de salud. No sabemos si en un futuro se pudieran obtener opciones alternas en los cuidados asociados con el cáncer de seno para aquellas personas no elegibles para el ACA, como el programa "Washington State Breast, Cervical, and Colon Health" por sus siglas en inglés BC-CHP. Incremento de pacientes y nuevas leyes en torno a la coordinación de cuidados de salud, pudiera impactar la habilidad de dar servicios de alta calidad asociados con el Cáncer de Seno. En cuanto a investigación, será necesario evaluar la implementación e impacto que ACA tiene so-

bre las desigualdades de salud incluyendo salud del seno en Latinas, para con ello afinar procesos clínicos existentes y proveer evidencia basada en los cuidados prestados. No hay garantía o presupuestos asignados para nuevos centros, pero esto impactaría la cantidad de investigación a implementarse para conocer más sobre las latinas y la salud de sus senos. Colaboración entre los diferentes grupos involucrados en investigación, práctica y políticas es vital para así capitalizar en las oportunidades que este nuevo ambiente de salud ofrece, y mejorar en el corto y largo plazo la salud del seno de las Latinas.

Mejorar la salud del seno en las latinas en Washington: Investigación, Práctica y Políticas

El Estado de Washington está bien posicionado para este tipo de colaboración, y posee diversos grupos colaborativos, incluyendo Institutos de Investigación (ej. Fred Hutchinson, Cáncer Research Center, University of Washington); Grupos Defensores (ej. Susan Komen y el American Cancer Society Chapters); Proveedores de Salud (ej. Molina Health Care of Washington, Sea Mar Community Health Center); Grupos Comunitarios (ej. Familias Unidas, El Centro de la Raza) y Agencias Gubernamentales (ej. Washington Commission of Hispanic Affairs, Mexican Consulate). Estos grupos colaborativos intentan incrementar el despistaje del Cáncer de Seno a través de Programas Educativos de Cáncer de Seno cultural y lingüísticamente apropiados en: eventos anuales de salud y comunitarios (ej. Latinos Promoting Good Health events), y programas enfocados en pacientes (ej. Promotoras, Patient Navigators). El BCCHP y otros grupos también asisten a las latinas con los obstáculos que se les presentan por los costos y seguros de salud. Apoyo y consistencia en los recursos para estos programas es requisito indispensable para mejorar los elementos que afectan la detección temprana del cáncer de seno en las latinas que habitan el Estado de Washington. Simultáneamente, para cumplir la promesa de la detección temprana, es necesario un mayor esfuerzo para definir y enfocarse en las necesidades de cuidados de salud de las mujeres latinas durante el diagnóstico y su seguimiento, tratamiento y sobrevivencia. Literatura existente sugiere que hay muchas necesidades de cuidados de salud que no se proporcionan a nuestras poblaciones locales durante estas etapas del continuo, incluyendo el impacto de las desventajas socio económicas, inglés limitado, falta de conocimiento sobre el cáncer, así como consecuencias psicológicas (ej. cáncer fatalismo, preocupación) Investigación más exhaustiva, práctica y políticas son esfuerzos que pudieran garantizar la revisión de estas necesidades e implementar acciones.

1. American Cancer Society. (2012) *Cancer Facts and Figures for Hispanics 2012-2014*.
2. Washington State Cancer Registry. (2014). <https://fortress.wa.gov/doh/wscr/WSCR/>
3. Barnegas, M.P et al. (2012). Breast cancer characteristics and outcomes among Hispanic Black and Hispanic White women. *Breast Cancer Res Treat.* 134(3): 1297-304.
4. National Center for Health Statistics and Centers for Disease Control and Prevention. (2011) *National Health Interview Survey Public Use Data File 2010*.
5. Molina, Y. et al. (2013). Breast cancer interventions serving US-based Latinas: current approaches and directions. *Women's Health.* 9(4): 335-50.
6. May, B, et al. (2011). American Society of Clinical Oncology Policy Statement: Opportunities in the Patient Protection and Affordable Care Act to reduce cancer care disparities. *J Clin Oncol.* 29 (12): 3816-24.



Visión General sobre las Enfermedades Crónicas en el Estado de Washington

Beti Thompson, PhD
Fred Hutchinson Cancer Research Center

Las Enfermedades Crónicas son aquellas que perduran por mucho tiempo. Si son ignoradas, estas pueden ocasionar otros problemas, tales como la incapacidad permanente, baja calidad de vida, así como también otras enfermedades más serias, e incluso hasta la muerte. Las Enfermedades Crónicas están presentes en todo el mundo.¹ En los Estados Unidos constituyen la principal causa de muerte o incapacidad. Y el Estado de Washington no es diferente; las Enfermedades Crónicas utilizan una cantidad considerable de recursos, a la vez que causan una gran variedad de incapacidades.² Las Enfermedades Cardiovasculares, todos los tipos de Cáncer y la Obesidad, son ejemplos de Enfermedades Crónicas, todas ellas muy frecuentes en el Estado de Washington.³ Muchas de las muertes e incapacidades producidas por las Enfermedades Crónicas pudieran ser evitadas simplemente con cambios de comportamiento en el estilo de vida, incluyendo cambios en factores de riesgo tales como el tabaquismo, mala nutrición y hábitos sedentarios. Además, las Enfermedades Crónicas resultan muy costosas; el Centro para el Control de Enfermedades "Centers for Disease Control" por sus siglas en inglés CDC; estima que el 75% de los dólares utilizados para el cuidado de la salud, se dedican al tratamiento de las Enfermedades Crónicas.¹

Las Enfermedades Crónicas no se distribuyen uniformemente en la población. Ciertos grupos étnicos, raciales o poblaciones en desventaja; sufren con más frecuencia de Enfermedades Crónicas al compararse con la Población Blanca No Hispana, por sus siglas en inglés NHW. Esta desigualdad persistente crea molestia no solo en el Estado de Washington sino también en todo los Estados Unidos. De igual manera, hay grupos con más baja incidencia (frecuencia) y mortalidad (muerte por enfermedad) en torno a ciertas enfer-

medades que los NHW (Blancos No Hispanos). En esta sección revisamos las tendencias de algunas de las principales causas de Enfermedad Crónica y nos enfocamos en los factores diferenciales en esas tendencias.

Cáncer

El Cáncer ha sobrepasado a las Enfermedades Cardiovasculares como la principal causa de muerte entre los residentes de Washington.⁴ Durante el periodo 2007-2011, en el Estado de Washington se diagnosticaron anualmente cerca de 28,604 Cánceres de tipo invasivo. En términos de mortalidad, el 25% de todas las muertes en Washington pueden atribuirse al Cáncer. Y entre ellos, los tipos que causan el mayor número de muertes son: Cáncer del Pulmón (26% de la mortalidad total por Cáncer), Cáncer Colorectal (8.6% de la mortalidad total por Cáncer), y el Cáncer de Seno (6.9% de la mortalidad total por Cáncer).³ La incidencia de Cáncer es menor entre Asiáticos e Hispanos; y mayor entre los Afro-Americanos y personas de las Islas del Pacífico y Hawái.

Enfermedades Cardiovasculares

Se ha estimado que entre los años 2009 y 2011, el 5% de los adultos de Washington sufrieron algún tipo de Enfermedad Cardíaca. Las Enfermedades del Corazón y los Infartos son las enfermedades cardiovasculares más comunes; y en conjunto constituyeron entre 2009-2011 el 27% del total anual de muertes en el Estado de Washington.³ La frecuencia de las Enfermedades Cardiovasculares ha venido disminuyendo en las tres últimas décadas. Se cree que ello es debido a un mejor tratamiento de los problemas de Colesterol e Hipertensión, reducción del tabaquismo, y en general mejores oportunidades de tratamiento. La

mortalidad por infarto en Washington fue responsable del 6% de las muertes, lo que lo sitúa entre uno de los índices de mortalidad más altos de los Estados Unidos.

Estadísticamente, los adultos pertenecientes a las etnias Nativos-Americanos y de Alaska (11%) e Hispana (7%) tienen una frecuencia mayor de Enfermedades Cardíacas cuando se compara a los adultos de la población general del Estado de Washington. Siendo para los adultos Asiáticos (3%) la menor presencia de las Enfermedades Cardíacas.

La Hipertensión es un causante importante de las Enfermedades Cardiovasculares. La prevalencia de Hipertensión entre adultos del Estado de Washington es del 29%. Los Nativos Americanos y de Alaska (37%), y los Afro-Americano (43%) muestran una prevalencia mayor de Hipertensión al compararse con los adultos de la población General en el Estado de Washington. Por otro lado, la prevalencia de Hipertensión es más baja entre Hispanos (24%) o Asiáticos (24%).⁵

Diabetes

Desde 1994 en el Estado de Washington, la frecuencia de Diabetes se ha duplicado desde 1994, pasando del 4% al estimado actual del 8%. La Diabetes puede ocasionar Enfermedades Cardíacas e Infartos, Enfermedad de los Riñones, así como y Enfermedades del Sistema Nervioso. La Diabetes es una Enfermedad Crónica que requiere un tratamiento regular y continuo, para así controlar la cantidad de azúcar en la sangre. Desafortunadamente, muchas personas ignoran su diabetes y eso puede llevar a secuelas graves, tales como ceguera, amputaciones de los miembros inferiores, y otras serias consecuencias. Un tercio de los individuos con diabetes tipo II no saben que están padeciendo esta enfermedad. Muchos grupos minoritarios tienen una alta frecuencia de Diabetes, incluyendo los Nativos Americanos Nativos y de Alaska (17%), Afro Americanos (13%), e Hispanos (12%). Entre los Hispanos, la frecuencia de Diabetes es más alta entre los descendientes de Mexicanos (13.3%) y Puerto Rico (13.8%).⁶

Obesidad

La obesidad es una Enfermedad Crónica muy seria, que puede ser muy costosa en términos de morbilidad. En los Estados Unidos, más de un tercio de los adultos son obesos.⁷ La Obesidad es responsable de muchas condiciones, incluyendo Enfermedades Cardiovasculares, Infarto, Diabetes, y una variedad de Cánceres. El problema de la Obesidad varía de Estado a Estado, siendo Obesos, el 26.8% de los adultos del Estado de Washington.⁷ Debido a que la Obesidad está asociada a muchas otras enfermedades, los costos médicos son enormes. De acuerdo al CDC, los costos médicos promedio de una persona obesa, se estiman en 1,400 dólares más al año, cuando se compara con personas de peso normal.⁷

La Obesidad es más frecuente en los Afro Americanos (47.8%) e Hispanos (42.5%); que entre los Blancos No Hispanos (32.6%) o los Asiáticos Americanos (10.8%). En general, los Afro Americanos e Hispanos con mejor nivel socioeconómico tienden a tener más problemas de obesidad, cuando se les compara con sus grupos de menor nivel socioeconómico.

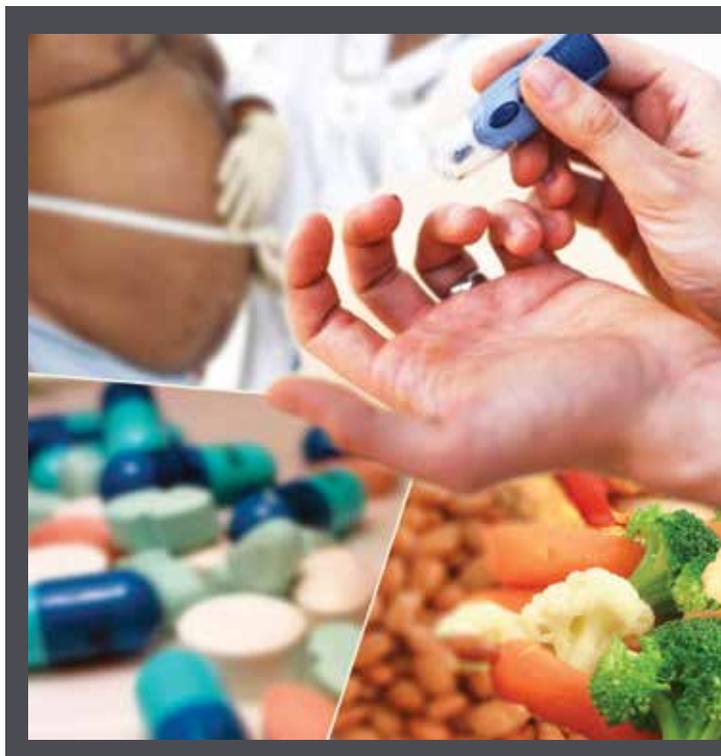
Factores de riesgo común en las Enfermedades Crónicas

Aunque la información sobre dieta y nutrición en el Estado de Washington es incompleta, parece ser que, en torno al consumo de frutas y vegetales, los Washingtonianos se comportan igual que el resto de la nación. Solamente una tercera parte de los adultos come dos o más servicios de frutas cada día, con un 28.3% reportando comer tres o más servicios de vegetales por día.⁵ Se ha asociado la escogencia de una dieta más saludable con un menor riesgo de sufrir Cáncer, Diabetes y Obesidad.

Se ha encontrado entre el 2009 y el 2011, que un 20% de los adultos en Washington al ser preguntados, dijo no haber realizado alguna actividad física el mes anterior. Y casi el 50% los adultos manifestó haber alcanzado la cantidad recomendada de actividad física, bien sea de intensidad moderada (300 minutos por semana) o vigorosa (150 minutos por semana).⁸

El tabaquismo es un factor significativo en relación a las Enfermedades Crónicas. Entre 2009-2011, se estimó que un 16% de los adultos en Washington fumaba cigarrillos. Estos fumadores son sobre todo adultos jóvenes, cuyas edades están comprendidas entre 18 y 24 años (22.1%), cursantes de preparatoria o menos (29.1%), y mayormente Nativos-Americanos (36.4%) y Afro Americanos (19.6%).⁹ Se estima que entre el 2000 y 2004, el Tabaquismo provocó anualmente la muerte de 7,600 adultos.

1. What is chronic disease? Center for Managing Chronic Disease. <http://cmcd.sph.umich.edu/what-is-chronic-disease.html>. Accessed June, 2014.
2. Washington: Burden of Chronic Diseases. Centers for Disease Control; 2008. www.cdc.gov/chronicdisease/states/pdf/washington.pdf. Accessed June, 2014.
3. Health of Washington State: Mortality and Life Expectancy. Washington State Department of Health; 2013. www.doh.wa.gov/DataandStatisticalReports/HealthofWashingtonStateReport.aspx. Accessed June, 2014.
4. Washington State Cancer Incidence and Mortality Data: Washington State Cancer Registry. Washington State Department of Health; 2014. Accessed June, 2014.
5. Chronic Disease profiles. Washington State Department of Health; 2014. <http://www.doh.wa.gov/DataandStatisticalReports/DiseasesandChronicConditions/ChronicDiseaseProfiles.aspx>. Accessed June, 2014.
6. Statistics about Diabetes. American Diabetes Association; 2011. <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics/?loc=superfooter>. Accessed June, 2014.
7. Adult Obesity Facts. Centers for Disease Control; 2014. <http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>. Accessed June, 2014.
8. Overweight and Obesity: Washington State Nutrition, Physical Activity, and Obesity Profile. Centers for Disease Control; 2012. www.cdc.gov/obesity/stateprograms/fundedstates/pdf/washington-state-profile.pdf. Accessed June, 2014.
9. State Highlights. Centers for Disease Control; 2010. www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/state_data/state_highlights/2010/. Accessed June, 2014.



La Diabetes en la Comunidad Latina

Lorena Alarcón-Casas Wright, MD
Profesor Asistente en Clínica
Universidad de Washington Medical Center, Seattle

En el 2010, se calculó en el Estado de Washington, que 325,400 personas tenían diabetes diagnosticada, mientras que 192,400 personas continuaron sin diagnóstico. Además, se calculó que 1,674,600 tenían prediabetes. Proyecciones para el 2025 consideran que la prevalencia de prediabetes aumentará un 22% desde el 2010. El número de pacientes con diagnóstico de diabetes aumentará un 218% y el número de personas con diabetes sin diagnosticar en un 137%.^{1,2}

En paralelo con las estadísticas nacionales, la diabetes afecta en forma desproporcionada a los Latinos en WA.² En donde viven los Latinos es un factor clave en cómo la diabetes impacta sus vidas. En el 2011, la prevalencia de diabetes diagnosticada ajustada a la edad en dos de los condados (Ádams y Franklin) con el mayor número de Latinos, aumentó un 2.8% en tan solo seis años.³ Esos condados, donde reside la mayoría de los Latinos, tienen una prevalencia entre media y alta de diabetes. En el Condado Adams, donde los Latinos representan un 58% de la población, hay hasta un 10.3% de casos de diabetes ajustada a la edad; en el Condado Franklin, donde los Latinos representan un 64% de la población, hay un 9.6% de casos de diabetes ajustada por edad.³ Es más alarmante el número que se estima de un 37% de Latinos en nuestro estado, con diabetes sin diagnosticar, que posiblemente ya han comenzado a sufrir las complicaciones de la diabetes, p.ej. daños a los ojos, los riñones, a las extremidades inferiores, al cerebro, y al corazón.² Las estadísticas nacionales revelan que los Latinos son más susceptibles a tener complicaciones graves, secundarias a la diabetes:

Washington Hispano-Americano Diabetes - Data y Proyecciones	2010	2025
Población	621,500	879,600
Pre-diabetes	158,300	224,000
Diabetes Diagnosticada	35,600	95,300
Diabetes No Diagnosticada	21,000	35,400
Total con Diabetes (Diagnosticada y Sin Diagnosticar)	56,600	130,700
Complicaciones		
Trastorno Visual	6,400	16,300
Fallo Renal	110	240
Amputación de pierna	175	340
Muertes anuales atribuible Diabetes	580	1,180
Total Costo Anual (2010)	\$534 M	\$1.3 B
Costos Médicos Anuales	\$383 M	\$0.9 B
Costos No-Médicos Anuales	\$151 M	\$0.4 B

Fuente de información: El Estado de Washington Hoy y las Tendencias Futuras. Pronóstico 2025 sobre Diabetes, Institute for Alternative Futures (IAF), 2011

Los Mexicanos-Norteamericanos sufren como un 70% más de fallos de los riñones como consecuencia de un control deficiente de su diabetes, comparados a los blancos no-Hispanos, y tienen un 50% de riesgo mayor de morir por eso.

La diabetes es la quinta causa principal que ocasiona la muerte entre los Latinos en los Estados Unidos, y es una de las principales causas de enfermedades del corazón y los riñones, derrame cerebral, ceguera, y amputaciones.⁴ En el 2010, los Latinos ≤ 65 años de edad contribuyeron un 24% del total de muertes secundarias a la diabetes en WA, comparado al 19% de la población de blancos no-Latino.¹³ Tan espantosas como son estas estadísticas, también se cree que la mortalidad por diabetes podría ser insuficientemente representada, y asimismo los registros de defunción podrían no representar con exactitud en qué medida contribuye la diabetes a la mortalidad.

De acuerdo con el Instituto para Futuros Alternativos [Institute for Alternative Futures (o IAF)], el costo total anual de la diabetes en la comunidad Latina de WA fue de \$534 millones; \$383 millones por costos médicos y \$151 millones por costos no médicos.¹³

Diabetes en la Comunidad Latina: Desafíos Únicos

A. Diversidad Latina

La composición de la población Latina cambia constantemente, causando un desafío por necesitar información actualizada sobre su creciente diversidad. Esto es importante cuando se analizan los riesgos de diabetes que los diferentes grupos conllevan. Por ejemplo, la diabetes es más prevalente entre los Puertorriqueños y los Mexicanos-Norteamericanos, que en los Centro/Sud Americanos y Cubanos. Los Latinos nacidos en Estados Unidos son en general menos sanos que los inmigrantes, lo que predispone aún más a la población a la diabetes.^{5,6} Tales observaciones epidemiológicas subrayan la necesidad constante de datos epidemiológicos locales actualizados para adaptar estrategias a sus necesidades.

B. Conocimiento de Diabetes

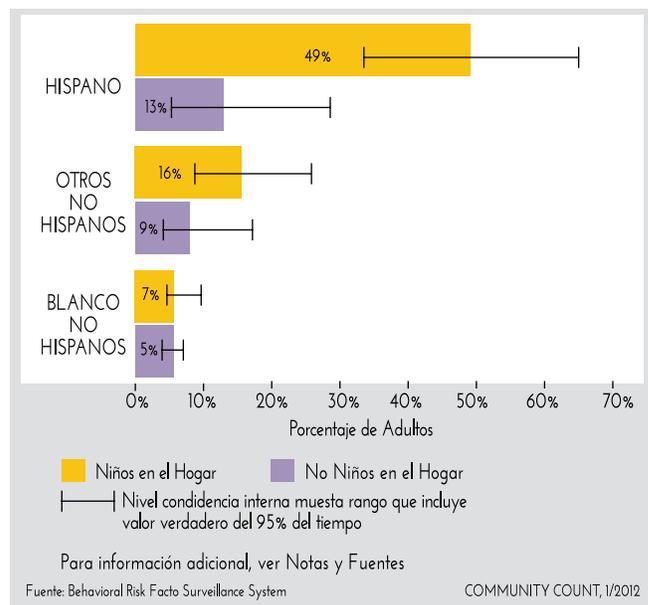
En la parte baja del Valle de Yakima, donde la mayoría de la población es Latino-Americana con un 30% mayor (edad y género ajustados) de prevalencia de diabetes que en blancos no-Latinos, estudios en general sobre «conocimiento de diabetes» señalan al historial de familia y al género como factores que deben ser investigados para educación a nivel comunitario sobre la prevención y control de la diabetes. El tener un diagnóstico de diabetes, la edad y el lugar de nacimiento tuvieron poca o ninguna relación significativa con el tener conocimiento de la enfermedad.⁷ En encuestas del Centro de Inves-

tigaciones Pew (Pew Hispanic Center), la mayoría de Latinos que tenían un bajo puntaje sobre conocimiento de la diabetes tenían seguro médico y atención médica disponible, y como 6 de 10 reportaron que obtuvieron información sobre su salud de profesionales en medicina.⁸ Se necesitan más estudios y esfuerzos hacia el alcance comunitario de esta población marginada para vencer asuntos de analfabetismo sobre la salud y el manejo de enfermedades crónicas.

C. Determinantes Sociales de la Salud: Barreras al Diagnóstico y Tratamiento

Existen disparidades persistentes en el cuidado a la salud relacionadas con la situación socio-económica.^{9,10} La "Inseguridad Alimentaria", refiriéndose al acceso limitado o incierto a los alimentos como resultado de fuentes económicas inadecuadas, está asociada con un aumento que duplica el riesgo de diabetes, como consecuencia de confiar en alimentos de bajo costo, densos calorías.^{11,12} Esto fortalece la importancia de tener acceso a alimentos nutritivos al alcance del bolsillo. Datos del Condado King del 2010, demostraron que los hogares Latinos, comparados con otros hogares no Latinos, tuvieron el porcentaje más alto de inseguridad alimentaria, alcanzando hasta un 49% en hogares con niños, comparado con el 7% en hogares de blancos no-Latinos.

Hogar Adultos /No más alimentos Niños en el Hogar por Raza/Etnia King County (2010)



Otros factores asociados con disparidades en diabetes incluyen las barreras culturales y del idioma.^{9,13} Los Hispanos tienen más probabilidad que otros grupos a que les falte seguro médico regular, resultando en uso excesivo de salas de emergencia de hospitales. Las encuestas en la comunidad Latina han identificado la razón

principal que los Latinos dan por no tener un proveedor regular de servicios de salud, aparte de la falta de seguro médico, es que creen que no necesitan uno; indicando que raras veces se enferman y prefieren tratarse a sí mismos. Los Latinos necesitan ser educados sobre cómo mantener la salud, incluyendo la naturaleza asintomática de la diabetes en su etapa inicial, y sus complicaciones "ocultas", que son sin embargo graves. Es imperativo promover medidas de reconocimiento preventivo que se conviertan en estándares de cuidado y costumbres cotidianas de vida entre la población Latina.

D. Servicios de Salud/ Acceso a Cobertura y Conceptos

Según un informe de la Encuesta Las Américas Saludables (The Healthy Americas Survey) de California, estando cerca del plazo de vencimiento, 82% de Latinos sin seguro aún no habían buscado información en línea sobre el seguro médico en healthcare.gov o en el sitio donde lo ofrecen. Como un 46% de ellos reportaron haber escuchado "un poquito" o "nada" sobre ello. La mayoría reportó el precio como un factor determinante para inscribirse, o no. Los Latinos prefirieron la ayuda en persona como la forma más eficaz para informarse de sus opciones y prefirieron más información en español sobre la Ley del Cuidado Asequible a la Salud (Affordable Care Act - o ACA).¹⁴

La falta de confianza del sistema de cuidado a la salud, la falta de doctores de las minorías y bilingües que puedan entender y comunicarse mejor con sus pacientes como compañeros étnicos, prejuicios reales o percibidos, incertidumbre clínica, y estereotipos o percepciones raciales negativas, influyen las disparidades en diabetes. Encuestas sobre la calidad de los servicios de salud han reportado que 23% de pacientes Latinos sintieron que recibieron un mal tratamiento; un tercio de ellos citaron "su falta de medios para pagar" como la razón del mal tratamiento, seguido por su raza o etnicidad, su acento o dominio del idioma inglés y su historial médico.

Tales percepciones resultan en evitar entidades de servicios de salud y las medidas de detección, faltar a citas de seguimiento, no obtener seguro médico y acceso a la atención médica, afectando así la habilidad para navegar el sistema, y la falta de un proveedor regular de servicios de salud; todo esto son condiciones que afectan negativamente los resultados.

Programas Prometedores y Oportunidades para Intervención

Dado el aumento previsto en el número de Latinos viviendo en nuestro Estado; y con el fin de crear programas adecuados de intervención de comportamiento, de educación y clínicos, se necesita urgentemente una

evaluación a nivel comunitario sobre el conocimiento general de la diabetes como medio de prevención, tratamiento y seguimiento de la diabetes. Enfocándose principalmente en regiones desatendidas, donde se ha demostrado que la diabetes tiene un mayor impacto perjudicial, debe ser una prioridad.

Conforme la población Latina continúa su expansión, han emergido programas prometedores. La necesidad de estudios de alta calidad, que incluyen la comunidad y que resulten en intervenciones comunitarias, dio origen al Centro de Salud Latino de la Universidad de Washington. En el 2014, líderes comunitarios, investigadores, proveedores de servicios de salud y formadores de políticas participaron en la Conferencia de Salud Latino 2014.

Conversaciones sobre la diabetes en la comunidad Latina fue un tema importante que creó oportunidades de formar redes profesionales y formar colaboraciones centradas en difundir información sobre la diabetes, atención, y políticas de salud.

La misión de la Universidad de Washington sobre la equidad en la salud, diversidad e inclusión, su objetivo de abordar los problemas de salud que enfrenta la creciente comunidad Latina, dio origen a la apertura en el verano del 2014 de la Clínica Latina Especializada de Diabetes y Endocrinología (Latino Diabetes and Endocrinology Clinic). El objetivo es proporcionar cuidado a la salud que es cultural y lingüísticamente sensible a la comunidad Latina afectada por la diabetes, obesidad, y problemas metabólicos. Además de dispensar cuidado especializado de diabetes, la clínica busca difundir conciencia de los factores asociados con conocimiento sobre esta, y servir de guía para crear intervenciones culturalmente adecuadas a nivel comunitario, enfocándose en mejorar la prevención de diabetes y sus resultados.

Los Centros Comunitarios de Salud Sea Mar (Sea Mar Community Health Centers - SMCHC) una organización con base en la comunidad, se especializa en servir a los Latinos y atendió en el 2012, a 81,334 Latinos. Además de los servicios médicos, efectúan muchos programas bilingües de alcance comunitario que sirven como modelos para continuar actividades educacionales en asuntos de diabetes y estilo de vida. A través de sus trabajadores de salud comunitaria o Promotores, ayudan a conectar y alcanzar a la comunidad Latina, al ir a los lugares que esa población visita (iglesias, centros comunitarios, etc.). Los Promotores ayudan, aconsejan y sirven de guía para encontrar recursos, atención preventiva, ayudan a navegar "el sistema", reduciendo las barreras del idioma y los miedos ante un sistema de salud desconocido y complicado.

Los Latinos reciben la mayoría de la información sobre los servicios de salud de los medios de comunicación, la familia, los amigos, las iglesias y grupos comunitarios, enfatizando la importancia y efectividad del papel de los Promotores en la educación sobre la diabetes y sobre la salud. Esta es una oportunidad que no se debe perder ya que hasta el 70% de los Latinos reportan que obtienen la información por tales medios, lo que lleva a que cambien su estilo de vida y/o para visitar un profesional en servicios de salud e influenciar sus decisiones sobre tratamientos.⁹

Los efectos de las intervenciones educativas en el hogar por los Promotores para Latinos de bajos ingresos con pre-diabetes y diabetes en el Valle de Yakima, demostraron que la alimentación sana y la actividad física produjo mejores resultados.¹⁵ Clave para el éxito de esta intervención fue el reconocer información selecta culturalmente sensible (símbolos, temas, patrones, conceptos, valores, normas y relaciones) para promover estilos de vida saludables, incluyendo su idioma natal. No es sorprendente que la educación culturalmente apropiada sobre la salud sea más efectiva que la educación rutinaria de salud para mejorar el control de la diabetes y aumentar el conocimiento sobre la diabetes. El sistema de Promotores debería ayudar a crear intervenciones futuras específicas en este campo.

Con la implementación de ACA y la expansión de Medicaid en nuestro Estado, las metas para alcanzar igualdad de salud para todos, una promesa para ayudar a cerrar muchas brechas que existen en la comunidad Latina, flota en el ambiente. Algunas de las herramientas para reducir la diabetes incluyen, el detener la discriminación por diabetes ejercida por las compañías de seguro. A los pacientes Latinos ya no se les puede negar seguro médico o forzarlos a pagar cuotas más altas secundarias a su diagnóstico. Continuarán teniendo cobertura cuando más lo necesiten, ya que no habrá límites anuales. Se avecina mucho trabajo ya que ACA se implementó completamente, no obstante, es un paso hacia el camino correcto. El énfasis debe ser aplicado para ayudar a los Latinos a obtener acceso y a que se familiaricen con el sistema para beneficiarse de lo que hay disponible.

Conforme nos esforzamos para eliminar las disparidades sobre la diabetes, acceso a la atención bilingüe y culturalmente apropiada debe mejorar, y se deben crear nuevos métodos para evaluar aspectos de salud clínica, de comportamiento, psicosociales y de acceso. El éxito dependerá de la implementación de programas a niveles múltiples; desde la promoción de medidas preventivas y cambios fundamentales en nuestra sociedad, como el acceso a oportunidades para actividad física y alimentos saludables en las escuelas y en el lugar de trabajo, a reconocimiento preventivo de adultos asintomáticos e identificación de aquellos con riesgo más alto (prediabetes, obesidad), a mejoras y acceso a la calidad de atención médica, a optimizar el conocimiento del proveedor y el paciente por igual y cumplimiento con la terapia para mejorar los resultados y minimizar el sufrimiento.

Estrategias a niveles múltiples para superar las disparidades sobre diabetes en la comunidad Latina



1. *Diabetes 2025 Forecasting Model, 2010* [article online], 2011.
2. *Washington State's Diabetes Crisis among Hispanic Americans: Today and Future Trends. In Diabetes 2025 Forecasts, the Institute for Alternative Futures, 2011*
3. *National Diabetes Surveillance System* [article online], 2010.
4. Chukwueke I, Cordero-Macintyre Z: Overview of type 2 diabetes in Hispanic Americans. *International journal of body composition research* 2010;8:77-81
5. Rodriguez MA, Vega WA: Confronting inequities in Latino health care. *Journal of general internal medicine* 2009;24 Suppl 3:505-507
6. Kandula NR, Diez-Roux AV, Chan C, Daviglus ML, Jackson SA, Ni H, Schreiner PJ: Association of acculturation levels and prevalence of diabetes in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Diabetes care* 2008;31:1621-1628
7. Ceballos RM, Coronado GD, Thompson B: Having a diagnosis of diabetes is not associated with general diabetes knowledge in rural Hispanics. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association* 2010;26:342-351
8. Livingston G MS, D Vera C: Latinos and Health Care in the United States: Access, Information and Knowledge. A Joint Pew Latino Center and Robert Wood Johnson Foundation Research Report, 2008
9. Jack LJ, Jack NH, Hayes SC: Social Determinants of Health in Minority Populations: A Call for Multidisciplinary Approaches to Eliminate Diabetes-Related Health Disparities. *Diabetes Spectrum* 2012;25:9-13
10. Hill JO, Galloway JM, Goley A, Marrero DG, Minners R, Montgomery B, Peterson GE, Ratner RE, Sanchez E, Aroda VR: Scientific statement: Socioecological determinants of prediabetes and type 2 diabetes. *Diabetes care* 2013;36:2430-2439
11. Seligman HK, Jacobs EA, Lopez A, Tschann J, Fernandez A: Food insecurity and glycemic control among low-income patients with type 2 diabetes. *Diabetes care* 2012;35:233-238
12. Seligman HK, Bindman AB, Vittinghoff E, Kanaya AM, Kushel MB: Food insecurity is associated with diabetes mellitus: results from the National Health Examination and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2002. *Journal of general internal medicine* 2007;22:1018-1023
13. Umpierrez GE, Gonzalez A, Umpierrez D, Pimentel D: Diabetes mellitus in the Hispanic/Latino population: an increasing health care challenge in the United States. *The American journal of the medical sciences* 2007;334:274-282
14. *Healthy Americas Survey: Hispanics and the Affordable Care Act. Los Angeles, CA* [article online], 2014.
15. Duggan C, Carosso E, Mariscal N, Islas I, Ibarra G, Holte S, Copeland W, Linde S, Thompson B: Diabetes prevention in Hispanics: report from a randomized controlled trial. *Preventing chronic disease* 2014;11:E28



Hispanos y Obesidad en el Estado Washington

Jason A. Mendoza, MD, MPH, FAAP

La obesidad es un problema importante a nivel de Salud Global, y en Estados Unidos se mantiene en uno de sus niveles históricamente más altos.¹ Según los últimos estimados nacionales del "US Centers for Disease Control", el 68,5% de los adultos y el 31,8% de las personas entre 2 y 19 años de edad, tienen sobrepeso o son obesos.² A nivel nacional, las tasas de sobrepeso y obesidad entre los adultos hispanos son las más altas (77,9%) que sus similares blancos no hispanos (67,2%)² igual disparidad en tasas de sobrepeso y obesidad se dan en niños y adolescentes hispanos (38,9%) cuando se compara con sus similares blancos no hispanos (28,5%).² Según cifras del Departamento de Salud del Estado de Washington, durante el período 2007-2009, un 32% de los adultos hispanos eran obesos en comparación con sólo un 26% de adultos blancos no hispanos.³ Asimismo, entre 1990-2009, las tasas de obesidad entre los adultos hispanos aumentaron de manera constante a un ritmo mayor que la de los adultos blancos no hispanos.³

En niños y adolescentes, la obesidad se asocia con un mayor riesgo para apnea del sueño, hígado graso no alcohólico, hipertensión, resistencia a la insulina y Diabetes.⁴ Un ejemplo es que más niños y adolescentes están siendo diagnosticados con diabetes tipo 2, enfermedad que con anterioridad era rara en jóvenes y era llamada diabetes inicial del adulto. En los jóvenes hispanos de EE.UU., las tasas de diabetes tipo 2 se han incrementado (por ejemplo, de 0,45 por 1.000 en 2001 a 0,79 por 1.000 en 2009, en contraste con los bajos incrementos en los jóvenes blancos no hispanos 0,14 por 1000 en

2001 a 0,17 por 1.000 en 2009).⁵ Entre los adultos, la obesidad es un grave problema de salud, ya que aumenta considerablemente el riesgo de enfermedades crónicas graves, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer, osteoartritis y enfermedades crónicas del riñón.⁶ La Obesidad es también causa de muerte prematura en adultos, con un 30% mayor de muerte por cada 5 kg/m² de incremento en el IMC por sus siglas en inglés BMI, por encima del rango de referencia 22,5-25 kg / m².⁷

La obesidad es costosa. Para los adultos, el estimado directo (médico) e indirecto (hogar y mercado laboral) implica un costo anual en USA solo entre empleados a tiempo completo de \$ 73.1 billones de dólares.⁸ Para los niños en Estados Unidos, el costo directo estimado por medicamentos adicionales recetados, sala de emergencia, y consulta ambulatoria se calcula anualmente en 14.1 billones de dólares;⁹ y el costo estimado anual para la atención hospitalaria fue de \$ 237.6 millones.⁶

¿Qué puede hacerse para prevenir y tratar la obesidad entre los hispanos en el Estado de Washington? Ciertamente, hemos ido más allá de simplemente informar a las personas de comer menos y ser más activo. Ahora es ampliamente reconocido que la obesidad es un problema complejo con múltiples determinantes biológicas, familiares, culturales, económicas, ambientales y sociales. Cuando observamos la obesidad a través del prisma del individuo y la familia hispana, surgen varios temas. En cuanto a los niños, estudios entre madres hispanas reportan que ellas pueden visualizar a los niños con sobrepeso

como niños más saludables, ellos se da especialmente en madres inmigrantes que sufrieron o presenciaron malnutrición.¹⁰⁻¹² Las madres hispanas también pueden alentar a sus hijos a comer más, ya que un buen apetito se considera un signo de salud.¹⁰⁻¹² Por lo tanto, enfocarse en el esfuerzo de los padres hispanos en torno a proveer alimentación culturalmente relevante que sea sana, en porciones apropiadas y acompañada de actividad física, podría ser más importante, que poder reconocer la obesidad en sus niños.¹² Fuera de la casa, los niños pasan la mayor parte de su tiempo en la escuela y esta configuración proporciona una excelente oportunidad para hacer frente a los riesgos de la obesidad. Intervenciones escolares exitosas centradas en los niños hispanos incluyen estrategias que abordan tanto la nutrición y actividad física.¹³ Involucrar a los padres en las intervenciones escolares pueden reforzar el éxito, por el impacto que tiene la unidad familiar en la cultura hispana. Nueva evidencia indica que caminar o ir en bicicleta a la escuela es una estrategia prometedora para la prevención de la obesidad y la promoción de la actividad física entre los hispanos y otros grupos minoritarios.¹⁴⁻¹⁸ Entre los adultos hispanos, exitosas intervenciones sobre obesidad se enfocaron en una alimentación sana y la actividad física, las mismas fueron presentadas por personal bicultural y bilingüe, y se llevaron a cabo en clínicas comunitarias, centros comunitarios así como en iglesias.^{19,20}

Opciones en cuanto a políticas para prevenir la obesidad son necesarias ya que los individuos y las familias viven en comunidades moldeadas por las políticas locales y estatales. Quizás el momento clave para hacer frente a la obesidad es durante el embarazo y la primera infancia, cuando las conductas y los procesos biológicos se establecen allí pero afectan a largo plazo.²¹ Por lo tanto, se hacen necesarias políticas que garanticen la cobertura de cuidados de salud y servicios de salud culturalmente competentes durante el embarazo y la primera infancia. Con ello se reduce el riesgo de la obesidad a través de toda la vida útil. Instrumentos asociados como los impuestos sobre las ventas ($\geq 10\%$) en bebidas azucaradas y comida rápida o subsidios para las frutas y las verduras son las opciones de políticas eficaces y más prometedoras en la reducción de la obesidad en la población,²² aunque su aceptación puede ser un reto. Finalmente, individuos y familias a menudo tienen dificultad para hacer cambios de estilo de vida cuando el entorno en el que viven no es propicio para una alimentación sana y la actividad física. Esta dificultad se ha relacionado con la falta de recursos y las preocupaciones en materia de seguridad disponibles en la comunidad. Por lo tanto, las políticas que pudieran ayudar son (1) supermercados en áreas de acceso limitado con alimentos saludables (por ejemplo, en los barrios servidos sólo por tiendas de conveniencia/esquina o que no tengan tiendas de alimentos), (2) espacios para actividades físicas, tanto en parques y aceras, y (3) garantizar la seguridad del vecindario para que las personas

y especialmente los niños pueden hacer ejercicio y jugar al aire libre, son estrategias importantes que requieren una acción urgente por parte de los que establecen las políticas.²³

En resumen, los hispanos del Estado de Washington y del país tienen las más altas tasas de obesidad. Múltiples enfoques a nivel individual, familiar, comunitario, y del Estado de Washington son necesarios para abordar con éxito este importante problema de salud. El Centro de Investigación sobre Disparidades de Salud del Centro Hutchinson de Investigación sobre Cáncer, y el Centro Latino de Salud de la Universidad de Washington poseen una amplia experiencia en poblaciones hispanas, y pueden guiar tanto a la comunidad como a los definidores de las políticas de salud, en cómo enfocar el problema de la obesidad entre sus electores hispanos.

- Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. La prevalencia global, regional y nacional de sobrepeso y obesidad en niños y adultos durante 1980-2013: un análisis sistemático de la Carga Global de Enfermedad de estudios de 2013. *La revista The Lancet*. (0).
- Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. La prevalencia de la obesidad infantil y de adultos en los Estados Unidos, 2011-2012. *JAMA*. 2014; 311 (8): 806-814.
- Departamento de Salud del Estado de Washington. La obesidad en el estado de Washington. Olympia, WA: Departamento de Salud del Estado de Washington; 2009.
- Barlow SE. Las recomendaciones del comité de expertos en materia de prevención, evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad: informe de síntesis. *Pediatría*. 12 2007; 120 Suppl 4: S164-192.
- Dabelea D, Mayer-Davis EJ, Saydah S, et al. La prevalencia de la diabetes tipo 1 y tipo 2 entre los niños y adolescentes a partir de 2001 a 2009. *Jama*. 2014; 311 (17): 1778-1786.
- Trosande L, Liu Y, freidora G, Weitzman M. Efectos de la Obesidad Infantil en la Atención y costos en la Hospitalización, 1999-2005. *Asuntos de la Salud*. 01 de julio 2009 2009; 28 (4): W751-W760.
- Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Índice de masa corporal y la mortalidad por causas específicas en 900 000 adultos: análisis de colaboración de 57 estudios prospectivos. Publicado el 28 de marzo 2009; 373 (9669): 1083-1096.
- Finkelstein EA, DiBonaventura M, Burgess SM, sano antes de Cristo. Los costos de la obesidad en el lugar de trabajo. *J Environ Med Occup*. 10 2010; 52 (10): 971-976.
- Trosande L, Chatterjee S. El impacto de la obesidad sobre la utilización de servicios de salud y los costos en la Infancia. *La obesidad*. 2009; 17 (9): 1749-1754.
- Sosa ET. Las percepciones mexicanas americanas Madres de la obesidad infantil: Una Revisión Sistemática de Literatura Teoría-guiada. *Educación y Comportamiento de la Salud*. 01 de agosto 2012 2012; 39 (4): 396-404.
- Contento IR, Basch C, Zybert P. Cuerpo opciones de imagen, de peso, de los alimentos y de las mujeres latinas y sus hijos pequeños. *J Nutr Educ Behav*. Septiembre-octubre de 2003; 35 (5): 236-248.
- Crawford PB, Gosliner W, Anderson C, et al. Consejería madres latinas de los niños en edad preescolar sobre problemas de peso: sugerencias para un nuevo marco. *J Am Diet Assoc*. 03 2004; 104 (3): 387-394.
- Holub CK, Labelo F, Mehta SM, Sánchez Romero LM, Arredondo EM, JP Elder. Programas escolares Amplia Dirigido a la obesidad en los jóvenes latinos en los Estados Unidos: Una Revisión de la Evidencia. *Diario de Salud Escolar*. 2014; 84 (4): 239-246.
- Mendoza J, Levinger D, evaluación Johnston B, piloto de un programa de transporte escolar a pie en una de bajos ingresos, la comunidad urbana. *Salud pública BMC*. 2009; 9 (1): 122.
- Mendoza JA, Liu Y. traslado activo para la escuela primaria y la adiposidad: un estudio observacional. *Obes Niño*. 02 2014; 10 (1): 34-41.
- Mendoza JA, Watson K, T Baranowski, Nicklas TA, Uscanga DK, Hanfling MJ. El autobús Ruta Escolar y la actividad física de los niños: un ensayo piloto controlado aleatorizado. *Pediatría*. 01 de septiembre 2011 2011; 128 (3): E537-e544.
- Mendoza JA, Watson K, Baranowski T, et al. Desplazamiento activo y de Minorías Étnicas hijos a la escuela y de Asociación con la actividad física y las conductas de seguridad para peatones. *Revista de Investigación Aplicada sobre los niños: Informar a la Política para la Infancia en Riesgo*. 2010; 1 (1): Artículo 4.
- Mendoza JA, Watson K, Nguyen N, Cerin E, Baranowski T, Nicklas TA. Traslado activo para la Escuela y Asociación con la actividad física y la adiposidad Entre US Youth. *Ley Phys J & Salud*. 2011; 8 (4): 488-495.
- Pérez LG, Arredondo EM, Elder JP, Barquera S, Nagle B, Holub CK. Basada en la Evidencia Obesidad Tratamiento Intervenciones para adultos latinos en los EE.UU.: una revisión sistemática. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013; 44 (5): 550-560.
- Holub CK, Elder JP, Arredondo EM, et al. Control de la Obesidad en los latinos de América Latina y Estados Unidos: una revisión sistemática. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013; 44 (5): 529-537.
- Dixon B, Peña M-M, Taveras EM. Enfoque Lifecourse a las disparidades raciales / étnicas en la obesidad infantil. *Avances en Nutrición: Un Diario Revista Internacional*. 01 de enero 2012 de 2012; 3 (1): 73-82.
- Powell LM, Chiqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. La evaluación de la eficacia potencial de los impuestos y subsidios para mejorar la salud pública de alimentos y bebidas: una revisión sistemática de los resultados de los precios, la demanda y el peso corporal. *Obesity Reviews*. 2013; 14 (2): 110-128.
- Lovasi GS, Hutson MA, Guerra M, Neckerman KM. Entornos construidos y obesidad en Desventaja poblaciones. *Comentarios epidemiológicos*. 01 de noviembre 2009 2009; 31 (1): 7-20.



Cuidados de Salud Oral Mantienen a la Gente Sana

Mark Koday,
Yakima Valley Farmworkers Clinic
Laura Flores Cantrell,
Washington Dental Service Foundation
Kelly Richburg,
Washington Dental Service Foundation

A lo largo de la vida del individuo, la salud oral es un elemento esencial de su salud. Además del dolor intenso que producen, las enfermedades orales/dentales no tratadas en niños pueden afectarles su alimentación, aprendizaje y sueño. Los niños con problemas dentales son quienes muestran mayor ausentismo escolar y problemas asociados con una buena nutrición. En los adultos una salud dental precaria puede impactar negativamente su capacidad de empleo.¹ Los empleadores son reacios a contratar gente con problemas dentales obvios y visibles, particularmente en posiciones en las cuales se requiere interactuar con el público.² Más aún, la productividad se ve impactada cuando el empleado tiene dolor o está ausente debido a un problema dental doloroso. Además, cada vez más hay evidencias que relacionan las enfermedades de las encías con otras condiciones de salud, incluyendo la diabetes, enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares y complicaciones del embarazo.³ Un ejemplo es como las enfermedades orales no tratadas hacen más difícil para los diabéticos poder controlar su azúcar en la sangre, lo cual lleva a complicaciones devastadoras, incluyendo ceguera, amputaciones y enfermedades del corazón.^{4,5}

Cuando los individuos no tienen acceso al cuidado dental, terminan yendo a las emergencias hospitalarias, pues no saben a donde más ir. En el 2010, la "Washington State Hospital Association" reportó que los problemas dentales fueron las razones más comunes para que los pacientes no asegurados terminaran siendo atendidos en las áreas de emergencias, siendo esa la sexta razón más mencionada por los pacientes asegurados por Medicaid.⁶ En un período de 18 meses, en el Estado de Washington, se contabilizaron

54,000 visitas asociadas con problemas dentales en las áreas de emergencia, lo que implicó un costo de más de 36 millones de dólares. Aún más, las áreas de emergencia de los centros de salud están equipadas solamente para tratar dolores e infecciones y no para solucionar problemas dentales.

En vista de que las enfermedades orales tienen una alta prevalencia y son prevenibles, las mismas presentan una oportunidad para invertir en estrategias para mejorar la salud dental y disminuir los costos asociados con enfermedades evitables.

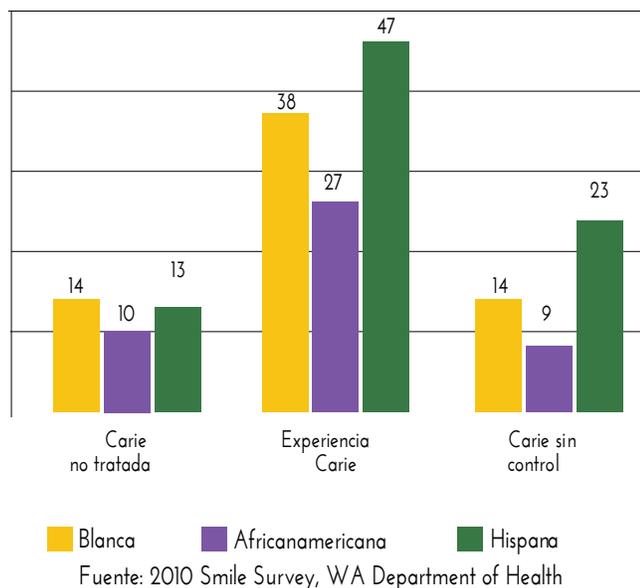
Desigualdad en salud oral de los Latinos - Se han hecho progresos, pero todavía trabajo queda por hacer.

La buena noticia - Entre 2005 y 2010 disminuyó la frecuencia de caries dental entre niños Latinos (de 28% a 13% en pre-escolares con bajos ingresos familiares y de 30% a 13% en niños que atiende segundo y tercer grado).¹ Dicha reducción en enfermedad no tratada ocurrió en la mayoría de los grupos raciales y étnicos, con excepción de los Nativos Americanos, aunque fue más dramática entre los niños Latinos. Las mejoras ocurrieron con la expansión de programas y políticas, tal como el programa de "Access to Baby and Child Dentistry", el cual aumentó la capacidad de los "Community Health Centers" (CHC) para servir a más niños, y a la participación de los proveedores de cuidado primarios y de

educadores tempranos, para responder a las necesidades de salud oral de niños y familias. Los niños Latinos también experimentaron una disminución en las caries (de 52% a 47% en preescolares de hogares con bajos recursos), lo cual señala que las inversiones en prevención están dando resultados.

Se necesita trabajar más - A pesar de esas mejoras, los niños latinos todavía tienen frecuencias altas de caries y de caries severa (7 o más dientes con caries), comparado con los niños blancos no Latinos. De hecho, la caries severa aumentó entre los preescolares de familias de bajos recursos de un 17% en 2005 a 23% en 2010. Además, el acceso a cuidados de la salud oral entre adultos, incluyendo Latinos, es limitado. La restauración en enero del 2014 de la cobertura del "Apple Health (Medicaid) Dental" fue un buen comienzo, aunque el nivel de reembolso todavía es baja, lo cual limita la participación de proveedores en el programa.

Frecuencia de enfermedad dentales entre pre-escolares de familias con bajos recursos, por Raza/Etnia



En Washington hay muchos obstáculos en la provisión de cuidados de salud para los Latinos, incluyendo entre otros, disponibilidad de servicios dentales y/o disponibilidad de servicios bilingües/biculturales, costo del transporte; así como barreras lingüísticas. Reforzar la capacidad de las organizaciones comunitarias conjuntamente con inversiones en modelos que funcionen, proveen oportunidades para solventar algunas de las barreras. A continuación listamos algunas recomendaciones específicas para política que permitan mejorar la salud oral entre los Latinos.

Recomendaciones sobre Políticas:

1. **Proteger los programas existentes.** En vista del fuerte impacto que tienen las enfermedades orales, es imperativo proteger los programas existentes, incluyendo el programa "Access to Baby and Child Dentistry", el "Apple Health adult dental coverage"; es crítico el reembolso a los proveedores de cuidados primarios quienes ofrecen servicios dentales preventivos al "Apple Health children".
2. **Mejorar el reembolso para los pacientes con alto riesgo.** Ahora que la cobertura para adultos está disponible, el próximo paso es asegurar acceso a los cuidados que la gente necesita. Ese acceso es particularmente importante para poblaciones con mayores probabilidades de sufrir complicaciones, incluyendo personas con diabetes y mujeres embarazadas. El acceso a esas poblaciones a los cuidados, mejorará con mejores reembolsos del Medicaid para diabéticos y mujeres embarazadas, conjuntamente con más visitas autorizadas para el mantenimiento periodontal de aquellos pacientes que lo necesiten, basado en recomendaciones aceptadas para el tratamiento de enfermedades de las encías.
3. **Expansión de la infraestructura de los "Community Health Centers" (CHC).** Los CHC proveen servicios dentales críticos para muchos pacientes, reduciendo las visitas a los servicios de emergencia. Para poder expandir la cobertura de salud a través del "Affordable Care Act" (ACA) es necesario que el Estado de Washington haga inversiones críticas en la infraestructura de los CHC, para así poder responder a la creciente demanda.
4. **Incluir cuidados dentales para adultos y familias en el "Exchange".** Más allá de la población del "Apple Health", debe ofrecerse una opción de cobertura dental para personas que compran seguros de salud en el "Washington Healthplanfinder", el "Health Benefit Exchange" del Estado. Esa cobertura es disponible para los niños, pero no existen posibilidades para adultos interesados en comprarla a través del "Exchange". A medida que el ingreso de las personas interesadas aumenta, ya estas no califican para la cobertura del "Apple Health", entonces tienen muy pocas opciones para conseguir planes dentales a bajo costo. Programas dentales para adultos en el "Exchange" ayudarían a cerrar esa brecha. Más de 26 otros estados ya proveen planes dentales para adultos como parte de su "Exchange".

5. **Asegurar acceso para agua potable saludable y fluorizada.** El acceso a buenas fuentes de agua potable adecuadamente fluorizada es una parte importante de asegurar una buena salud dental. Más del 63% de los Washingtonianos reciben los beneficios de vivir en comunidades con agua potable fluorizada. El compromiso para proveer agua potable fluorizada en nuestras comunidades resultaría en menos caries, así como también una mejor salud oral y general.
6. **Incluir cuidado oral preventivo dentro de los contratos con el "Managed Care Organizations".** Al tiempo que esas organizaciones buscan mejorar la salud de sus clientes y reducir costos médicos, ellas deben comprometer a los proveedores en sus redes a evaluar los riesgos para enfermedad oral en sus pacientes y referir aquellos que necesitan tratamiento a proveedores de salud oral. Los contratos con esas organizaciones pueden incluir diferentes medidas para monitorear los pacientes que reci-

ben exámenes de salud oral, visitas de no emergencia debidas a problemas dentales no traumáticos, y referencias a proveedores de salud dental para diabéticos, mujeres embarazadas y niños menores de 2 años.

1. Centers for Disease Control and Prevention, Fact Sheet: "Oral Health for Adults", 2013. Available at: http://www.cdc.gov/OralHealth/publications/factsheets/adult_oral_health/adults.htm
2. White, M. "No Teeth Means No Job." Deseret News, June 27, 2012. Available at: <http://www.deseretnews.com/article/865569512/No-teeth-means-no-job-How-poor-oral-health-impacts-job-prospects.html?pg=all>
3. Jeffcoat, M.; Jeffcoat, R.; Gladowski, P.; Bramson, J.; Blum, J. (2014). Impact of Periodontal Therapy on General Health: Evidence from Insurance data for Five Systemic Conditions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47, 166-174.
4. Taylor, G.W. and Borgnakke, W.S. (2008). Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Diseases*, 14, 191-203.
5. Lamster, I.; Lalla, E., Borgnakke, W. and Taylor, G. (2008). The relationship between oral health and diabetes mellitus. *Journal of the American Dental Association*, 139, 195-245.
6. Washington State Hospital Association (2010). Emergency Room Use. Available at: http://www.cdc.gov/OralHealth/publications/factsheets/adult_oral_health/adults.htm.

[Publicidad]

Oral health is essential to overall health

Preventing tooth decay and gum disease **keeps people healthy** and saves money.

It's better for families **and** taxpayers.

Washington Dental Service Foundation

Community Advocates for Oral Health

OralHealthWatch.org



Latinos y Salud Mental en el Estado Washington: Situación de Desigualdad

Gino Aisenberg, PhD, MSW

Desigualdades en Salud Mental

Los Latinos continúan experimentando desigualdades en la disponibilidad, acceso y provisión de cuidados de salud mental y de otros servicios que sean ofrecidos correctamente desde el punto de vista cultural y lingüístico (USDHHS, 2010). Los Latinos tienen un menor acceso a los cuidados de salud mental y cuando logran obtener esos servicios, corren el riesgo de que los proveedores de salud malinterpreten sus síntomas y hagan un diagnóstico equivocado. De tal forma que **los Latinos tienen menores posibilidades de recibir un tratamiento médico basado en evidencias** (USDHHS, 2001; Vega et al., 2010). En toda la nación, 1 de cada 5 Latinos con condiciones mentales diagnosticables contactan servicios de salud generales/no especializados (<1 en 10 entre los inmigrantes recientes) y menos de 1 en 11 contactan un especialista en enfermedades mentales (<1 en 20 entre inmigrantes recientes) (NCLR, 2005).

En general, **Latinos cursando la escuela secundaria con problemas de salud mental, tienen mayores probabilidades de no rendir en la escuela, de abandonarla, o cometer suicidio.** En toda la nación, un número significativamente más alto de jóvenes Latinas en la escuela secundaria (13.5%) reportaron intentos de suicidio en el último año, comparado con las estudiantes Negras no Hispánicas (8.8%) o con las estudiantes Blancas (7.9%). Investigaciones recientes han sugerido que el uso de la marihuana durante la adolescencia aumenta las probabilidades de desarrollar esquizofrenia más tarde en la vida (Smith et al., 2014).

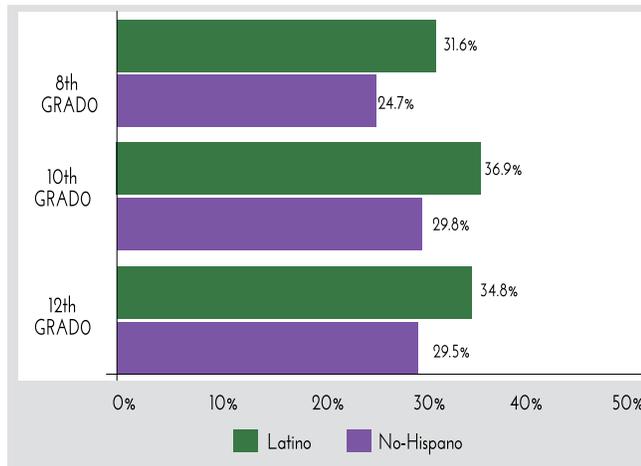
A nivel Estatal, los Latinos confrontan desigualdades importantes desde el punto de vista económico, de salud en general y de salud mental en particular. En general, 26% de los adultos Latinos y 36% de los niños Latinos viven en la pobreza; 52% de los Latinos entre las edades de 8 y 64 años no tienen seguro; y un 27% reportan mala salud, comparado con un 14% en los Blancos no Hispánicos (WA DOH 2013). Los Latinos permanecen sub-representados en los sistemas públicos de salud (posterior al control de estatus con Medicaid) y reciben menos horas de servicio que otros grupos étnicos (WA DSHS, 2005). Entre los niños que están en el sistema de bienestar estatal (welfare), el porcentaje de Latinos aumentó de un 12.2% (2003) a un 16.4% (2009) (Kids Count Data Center, 2009). El 50% de los niños que están en el sistema de bienestar infantil de los Estados Unidos tienen problemas mentales (Burns et al, 2004) y aproximadamente el 70% de los jóvenes en el sistema de justicia juvenil tiene un desorden de salud mental diagnosticable (Skowryra & Coccozza, 2006). Más aún, la mayoría de los niños en cuidado fuera del hogar, no reciben los servicios de salud mental necesarios, y ello afecta principalmente a los niños Latinos y Afro-Americanos, quienes están sobre-representados en esos sistemas (Garland et al, 2003; Hurlburt et al, 2004).

Los Latinos que residen en comunidades con bajo ingreso y alta criminalidad están en un riesgo elevado de sufrir problemas de salud mental. Investigaciones evidencian que la exposición traumática a la violencia comunitaria constituye un riesgo mayor por tres razones: 1) el desarrollo de problemas emocionales y de comportamiento, incluyendo es-

trés post-traumático y depresión (Aisenberg & Ell, 2005), 2) Disminución del rendimiento en la escuela o el trabajo (Holt et al, 2007), y 3) involucración en delincuencia o comportamientos agresivos o drogadicción (Kilpatrick e al, 2003).

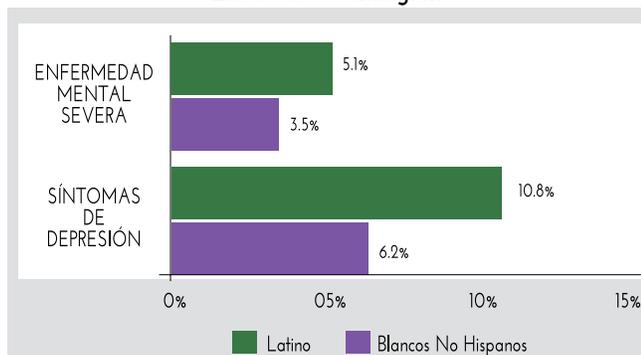
La Figura 1 muestra que según la Encuesta de Salud en Jóvenes, 2012; los jóvenes latinos reportan mayor porcentaje de depresión al comparárseles con los No-Hispanos,

FIGURA 1
Desigualdades en tasas de Depresión. Salud de Adolescentes Latinos del Estado de Washington



La Figura 2 muestra que para el 2009-2011, Latinos adultos mostraron mayor frecuencia de enfermedades mentales (ajustado por edad) que los Blancos No Hispánicos (WA DOH 2013).

FIGURA 2
Desigualdades en la Salud de Latinos Adultos del Estado de Washington



Estos resultados garantizan acciones substanciales y sostenidas, especialmente debido al número creciente de Latinos en el Estado y en el País.

Barreras

Las barreras que dificultan el acceso y la utilización de los servicios de salud mental existen tanto a nivel del individuo como a nivel de los proveedores de salud y también organizacionales.

- A Nivel del individuo. Los problemas de salud mental permanecen como un estigma en la población Latina, incluyendo entre los Latinos gay, lesbianas o transgénero. No se entiende del todo el tratamiento a los síntomas de las enfermedades mentales y no se confía en la prescripción de medicamentos. **Existen barreras importantes que dificultan la búsqueda de servicios: lenguaje, discriminación, falta de seguros y de transporte, poca disponibilidad de servicios para problemas asociados, como también estrés relacionado con problemas económicos, aculturación, migración; así como el temor a la deportación.** (Magaña & Hovey, 2003; Piette, 2000).

- A Nivel del Proveedor de Salud. En el área de salud, la no existencia de una fuerza laboral culturalmente competente, constituye un serio problema en el tratamiento de los Latinos con problemas mentales. Estudios demuestran que los Latinos prefieren buscar atención a sus problemas mentales en los servicios de atención primaria, y prefieren la psicoterapia sobre los fármacos anti-depresivos (Dwight-Johnson et al., 2004). Sin embargo, es difícil proveer psicoterapia en esos servicios, sobre todo en español. La escasez de practicantes bilingües y culturalmente calificados dificulta significativamente la provisión de servicios de salud mental apropiados para la población Latina. Esa escasez es más pronunciada en nuestras comunidades rurales.

FIGURA 3
Especialistas en Salud Mental por cada 1,000 inscritos en el Medicaid



- A Nivel Organizacional. En el Estado de Washington se ha sub-utilizado a los existentes especialistas en salud mental, que pudieran servir como intermediarios culturales con otros proveedores de salud que trabajan con Latinos y otras poblaciones diversas. Estos especialistas de salud mental no han sido debidamente apoyados y con ello obtenido un impacto positivo. En comparación con otros grupos étnicos inscritos en el Medicaid, los Hispánicos tienen la frecuencia menor en cuanto atención por parte de especialistas en enfermedades mentales (Ver Figura 3). El uso de especialistas en enfermedades mentales para los niños Latinos recibiendo cuidados fuera del hogar es casi inexistente. Otra barrera sistémica es la falta de reembolso por servicios de salud tele-conductual, la cual ha demostrado ser eficaz en resultados y accesibilidad.

Tratamiento Novedoso

Un estudio reciente, conducido como una colaboración entre la comunidad y los académicos, que incluyó el Yakima Valley Farm Workers Clinic (YVFWC) e investigadores de la Universidad de Washington y del Group Health Reserch Institute, propuso una respuesta novedosa a las muchas barreras que existen para proveer a los Latinos de una atención que sea culturalmente competente y basada en evidencias. Ellos realizaron una prueba clínica aleatoria, proveyendo tratamiento cognitivo computacional por teléfono a Latinos que recibían atención primaria en la zona este del Estado de Washington. El estudio mostró que aquellos que recibieron las ocho sesiones prescritas en la intervención, obtuvieron mejores resultados en la disminución de la depresión, con mejoras a los 6 meses de la intervención, en comparación que el grupo que recibió el tratamiento usual (Dwight-Johnson et al., 2011).

Recomendaciones en cuanto a Políticas

Hay una necesidad crítica de una legislación que permita confrontar la desigualdad persistente entre los Latinos quienes padecen respecto al acceso y uso de los servicios de salud mental. Se recomienda que los funcionarios electos inicien políticas para:

1. **Promover el desarrollo en el área de salud de una fuerza de trabajo bilingüe y bioculturalmente adiestrada que pueda responder a las necesidades de salud mental de la diversa población latina.** Es necesario apoyar y financiar esfuerzos colaborativos para con ello aumentar el número de proveedores de salud que sean ligística y culturalmente competentes, y poder aumentar el acceso y uso por parte de los Latinos de los servicios de salud mental. Para confrontar esta situación, es fundamental el promover iniciativas que reúnan a funcionarios del gobierno con líderes de las escuelas de trabajo social, psicología y enfermería, de diferentes colegios y universidades, para desarrollar e implementar un plan de acción estratégico en colaboración con agencias con base en la comunidad.
2. **Apoyar sistemáticamente (evaluación incluida) y fondos suficientes a una Coordinación entre Atención Primaria de la Salud, Cuidados de Salud Mental, Escuelas, Programas de Bienestar Infantil y Justicia Juvenil.** Es imperativo que la provisión de servicios se transforme para que sea menos costosa y más eficiente con respecto a las necesidades de la salud mental entre los Latinos. Una mejor coordinación y evaluación de los servicios mejorará los resultados a: a) Reducir la duplicación de servicios y b) Promover una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos, resultando en ahorros significativos.
3. **Expandir el uso de especialistas en salud mental para niños Latinos y para jóvenes colocados fuera del hogar.** Es importante notar que muchos de los jóvenes con necesidades de salud mental terminan en el sistema de justicia juvenil, no por la gravedad de sus ofensas, sino por la necesidad de recibir tratamiento para problemas mentales, los cuales no están disponibles en la comunidad (Skowryra & Cocozza, 2007).

REFERENCES

- Aisenberg, E. & Ell, K. (2005). Contextualizing Community Violence and its Effects: An Ecological Model of Parent-Child Interdependent Coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 855-871.
- Alegria, M., Takeuchi, D., Canino, G., Duan, N., Shrout, P., Meng, X.-L., Vega, W., Zane, N., Vila, D., Woo, M., Vera, M., Guarnaccia, P., Aguilar-Gaxiola, S., Sue, S., Escobar, J., Lin, K. M., Gong, F. (2004a). Considering Context, Place and Culture: The National Latino and Asian American Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 208-220.
- Alegria, M., Canino, G., Shrout, P., Woo, M., Duan, N., Vila, D., Torres, M., Chen, C., & Meng, X.-L. (2008). Prevalence of Mental Illness in Immigrant and Non-Immigrant U.S. Groups. *American Journal of Psychiatry*, 165, 359-369.
- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., & Campbell, Y. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.
- Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance—United States, 2011. *MMWR, Surveillance Summaries* (2012). Fact Sheet (no. SS-4). Retrieved 5/31/14 from www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf
- Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I.T., Aisenberg, E., & Hay, J. (2004). Using conjoint analysis to assess depression treatment preferences among low-income Latinos. *Psychiatric Services*, 55, 934-936.
- Dwight-Johnson, M., Aisenberg, E., Golinelli, D., Hong, S., O'Brien, M., & Ludman, E. (2011). Telephone-based Cognitive Behavioral Therapy for Latino Patients Living in Rural Areas: A Randomized Pilot Study. *Psychiatric Services*, 62, 936-942.
- Garland, A., Landsverk, J., & Lau, A.S. (2003). Racial/ethnic disparities in mental health use among children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 25, 491-507.
- Holt, M.K., Finkelhor, D., & Kantor, G.K. (2007). Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse and Neglect*, 31, 503-515.
- Hurlburt, M., Leslie, L.K., Landsverk, J., Barth, R.P., Burns, B.J., Gibbons, R.D., et al. (2004). Contextual predictors of mental health service use among children open to child welfare. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1217-1224.
- Kids Count Data Center (2009). Annie E. Casey Foundation: Child population by race (Percent) 2009. Retrieved 6/1/14 from <http://datacenter.kidscount.org/data/acrossstates/Rankings.aspx?ind=103>
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Smith, D. W. (2003). Youth victimization: Prevalence and implications (Research in Brief NCJ 194972). Retrieved 6/3/14, from <http://www.ojp.usdoj.gov/nij>
- Magaña, C.G., & Hovey, J.D. (2003). Psychosocial Stressors Associated with Mexican Migrant Farmworkers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health*, 5, 75-86.
- National Council of La Raza. (2005). *Critical Disparities in Latino Mental Health: Transforming Research into Action*. white paper.
- Piette, J.D. (2000). Perceived access problems among patients with diabetes in two public systems of care. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 797-804.
- Schraufnagel, T. J., Wagner, A.W., Miranda, J., & Roy-Byrne, P.P. (2006). Treating minority patients with depression and anxiety: what does the evidence tell us? *General Hospital Psychiatry*, 28, 27-36.
- Skowryra, K., & Cocozza, J. (2007). *Blueprint for change: A comprehensive model for the identification and treatment of youth with mental health needs in contact with the juvenile justice system*. Delmar, NY: National Center for Mental Health and Juvenile Justice.
- Smith, M.J., Cobia, D.J., Wang, L., Alpert, K.J., Cronenwett, W.J., Goldman, M.B., Mamah, D., Barth, D.M., Breiter, H.C., & Csernansky, J.G. (2014). Cannabis-Related Working Memory Deficits and Associated Subcortical Morphological Differences in Healthy Individuals and Schizophrenia Subjects. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 287-299.
- United States Department of Health and Human Services. (2001). *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- United States Department of Health and Human Services. (2010). *Movilizándonos por Nuestro Futuro: Strategic Development of a Mental Health Workforce for Latinos*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- U.S. Census Bureau. (May 2011).
- U.S. Census Bureau (2010). *Racial and ethnic composition: Percentage of U.S. children ages 0-17 by race and Hispanic origin, selected years 1980-2010 and projected 2030-2050. America's children: Key national indicators of well-being, 2011* Retrieved 5/27/14 from <http://www.childstats.gov/americaschildren/tables/pop3.asp?popup=true>
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2010). *Healthy people 2010: Understanding and improving health* (2nd ed). Washington, DC: Government Printing Office Retrieved 2/13/12 from <http://www.cdphe.state.co.us/ohd/HP2010.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families (USDHHS) (2011). *Administration on children, youth and families, children's bureau, AFCARS*. Retrieved 8/16/11 from http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/afcars/tar/report8.htm
- U.S. Census Bureau. 2012. *Annual Estimates of the Resident Population by Sex, Age, Race, and Hispanic Origin for the United States and States: April 1, 2010 to July 1, 2012*. <http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk> (May 24, 2014).
- Vega, W.A., Rodriguez, M.A., & Ang, A. (2010). Addressing stigma of depression in Latino primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 32, 182-191.
- WA State Department of Social and Health Services. (2005).
- Washington State Racial Disproportionality Advisory Committee (WSRDAC) (2010). *Racial disproportionality in Washington State: Report to the legislature*. Retrieved from Washington State Department of Social and Health Services website: <http://www.dshs.wa.gov/pdf/main/legrep/Leg010/RacialDisproportionalityinWAState.pdf>
- Washington State Department of Social and Health Services, Aging and Disability Services Administration, Division of Behavioral Health and Recovery. (2011). *Washington State DSHS DBHR Disparities Study*.



Legalización de la Marihuana Recreativa en el Estado de Washington: ¿Y ahora qué?

Marco Zúñiga, MPH

Introducción

Hemos vivido y seguiremos viviendo en una sociedad de perspectivas cambiantes. Un ejemplo de este fenómeno es nuestros diversos puntos de vista sobre la legalización de la marihuana. Gallup ha seguido esta tendencia y más recientemente, los resultados de la encuesta mostraron por primera vez que una "clara mayoría de los estadounidenses (58%) opinan que la droga debe ser legalizada."¹ Ello en comparación con los resultados de 1968 en los que solo un 12 % favorecía la legalización.

Los habitantes de Washington no han sido inmunes a este cambio de puntos de vista sobre la legalización de la marihuana. El primer cambio significativo se produjo en 1998, cuando se aprobó la Ley de Uso de Atención Médica del Estado de Washington (RCW Capítulo 69.51A) a través de la aprobación de los votantes hacia la Iniciativa 692.² Esta ley legalizó el uso y la posesión de cantidades determinadas de marihuana con fines médicos. Un cambio aún más significativo se produjo en noviembre del 2012 cuando los votantes de Washington aprobaron la Iniciativa 502 (I-502) con el 56% de los votos contra un 44%. I-502 legalizó el uso recreativo de la marihuana para adultos mayores de 21 años.

Independientemente de si votamos a favor de la I-502 o no, los Latinos de Washington debemos saber nuestros derechos y obligaciones relacionados con la ley, así como las oportunidades que la ley I-502 ofrece.

Leyes contradictorias

El movimiento en el Estado de Washington para legalizar el uso recreativo de la marihuana coincidió con los esfuerzos en el Estado de Colorado.¹ Y mientras que nuestro sistema de gobierno permite que los Estados sean las incubadoras de la innovación, como lo hicieron Washington y Colorado con respecto a la legalización, el gobierno federal aún considera la marihuana como ilegal. La Ley de Control de Sustancias de los Estados Unidos establece que los productos de la planta cannabis sea consideradas como ilegales.⁴ De hecho, la Ley de Control de Sustancias considera la marihuana como una droga de Clase I, a la par con la heroína y el LSD. Las drogas de Clase I se definen como fármacos que tienen un alto potencial de abuso, con ningún uso médico aceptado actualmente.⁵

El gobierno federal se ocupó de este conflicto el verano pasado, cuando el Departamento de Justicia indicó que no iba a interferir con los esfuerzos de los Estados para implementar un sistema legal de marihuana recreativa; siempre y cuando las operaciones estén reguladas.⁶ Esta orientación fue bienvenida por los Estados, pero el peligro es que el gobierno federal podría cambiar de opinión y decidir demandar a los Estados cuando cambie la administración presidencial. Así que sólo el tiempo dirá.

Derechos y obligaciones individuales

Ahora que la ley está en vigor, es importante que los residentes de Washington sepan lo que la ley permite y lo que no permite. Estos son los elementos claves de la nueva ley.⁷

- Los adultos mayores de 21 años ya no podrán ser arrestados por posesión de cantidades limitadas de marihuana.
- Los adultos pueden poseer hasta una onza de marihuana seca, 16 onzas de producto con infusión de marihuana, y 72 onzas de producto en forma líquida con infusión de marihuana.
- Cultivar marihuana en las casas es ilegal con la excepción que sea un paciente autorizado para marihuana medicinal.
- El consumo público seguirá siendo ilegal. La iniciativa 502 especifica que es ilegal el uso de la marihuana a la vista del público general y la Ley prohíbe fumar en lugares públicos (RCW 70.160). Esta Ley establece que es ilegal fumar (cualquier cosa) en un lugar de empleo público. Las violaciones se traducen en una infracción civil que resulta en una multa, y no en detención.
- Esta ley no modifica la ley de empleo del Estado de Washington, que permite realizar pruebas de drogas a los empleados en determinadas circunstancias, y cuyos resultados pueden dar lugar a la terminación de empleo.
- La nueva ley creó un estándar para manejar vehículos bajo los efectos de la marihuana, similar a manejar bajo la influencia (DUI) de alcohol. El DUI en el caso de la marihuana medirá el activo tetrahidrocannabinol (THC) en el sistema fisiológico del conductor. El THC es el componente que causa los efectos de la marihuana. Un oficial necesita una causa probable para el arresto, y motivos razonables para exigir una prueba de sangre o aliento.

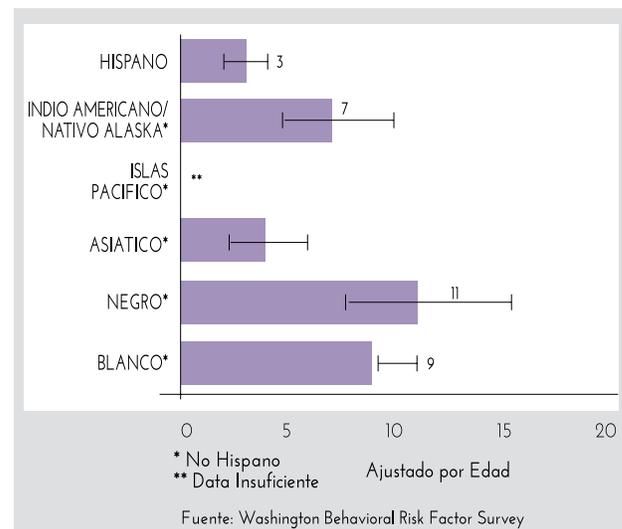
Oportunidades

I-502 crea un régimen fiscal en el que un impuesto al consumo del 25% sería percibida por el Estado en cada venta al por mayor de marihuana.⁸ La iniciativa detalla cómo deben gastarse los ingresos generados por los impuestos sobre consumos específicos. Estos fondos se destinan a esfuerzos tales como la educación del uso de la marihuana y programas de salud pública; prevención juvenil de drogas, cuidado de la salud, la investigación y la evaluación.⁹ La capacidad de la comunidad Latina para tener acceso a estos fondos será fundamental para cubrir

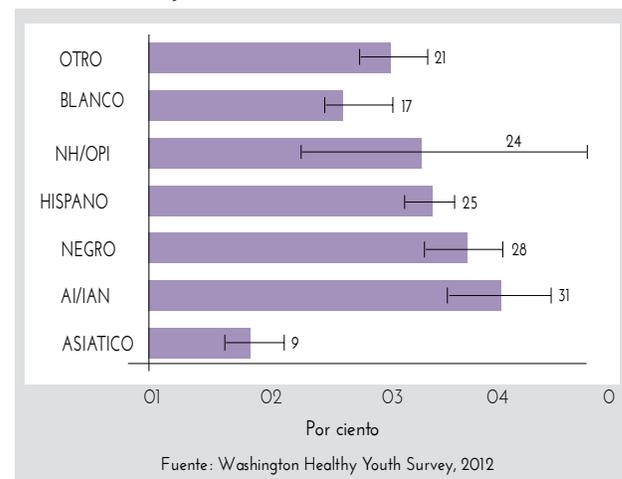
las necesidades de salud básica de nuestra comunidad, y para el tratamiento y el cuidado de los latinos que han sido desproporcionadamente afectados por el consumo y el abuso de marihuana. Según los estimados, los ingresos que se generarán a partir de la venta de marihuana recreativa estarán en los cientos de millones de dólares.¹⁰ Por lo tanto la aplicación de la nueva ley tiene el potencial de beneficiar a la comunidad latina canalizando recursos financieros necesarios para los programas de tratamiento y el cuidado de la salud.

Otra oportunidad que se derivan de la aplicación del I 502 es el crecimiento económico a través de la creación de empleo. Los trabajos pueden incluir convertirse en un operador con licencia¹¹, un empleado de un operador con licencia, o un empleado de una de las industrias auxiliares que darán servicio a la nueva industria de la marihuana.

Marihuana Fumada - Adultos
Por Raza & Origen Hispano en Washington 2010-2012



Marihuana usada en los últimos 30 días
Entre Jóvenes - Grado Décimo Por Raza/Etnia



Observaciones Concluyentes

I-502 presenta algunos aspectos interesantes para los Latinos de Washington. En primer lugar, no debemos evitar la búsqueda de empleo en esta nueva industria. En segundo lugar, la comunidad de proveedores de la salud debe tratar por todos los medios posibles de acceder a los millones de dólares en ingresos fiscales que se generarán a través de la venta de marihuana recreativa. Además, la comunidad Latina debe recibir los mensajes de prevención adecuadas y tener acceso al tratamiento para los que lo necesitan. Por último, pero no menos importante, debe hacerse todo lo posible para llevar a cabo una campaña de educación en la comunidad latina para que todos sepan cuáles son sus derechos legales bajo la nueva ley.

1. Art Swift, For the First Time, Americans Favor Legalizing Marijuana, Gallup Inc. (Oct. 22, 2013), <http://www.gallup.com/poll/165539/For-the-First-Time-Americans-Favor-Legalizing-Marijuana>.
2. El Texto completo esta disponible aqui: <http://www.sos.wa.gov/elections/initiatives/text/692.pdf>.
3. La iniciativa en Colorado fue la 164, aprobada el 6 de Noviembre del 2012, con un 55% de los votos.
4. "Marihuana" es el termino que se usa para referirse a las hojas y flores secas de la planta cannabis (ya sea Cannabis sativa o indica).
5. Algunos científicos sociales y los autores señalan a la historia de las leyes discriminatorias raciales y étnicas y prácticas como la verdadera explicación de por qué la marihuana fue prohibida en este país. Véase el libro de Martin A. Lee Smoke Signals: A Social History of Marijuana - Medical, Recreational, and Scientific. Martin A. Lee, Smoke Signals: A Social History of Marijuana - Medical, Recreational, and Scientific (Scribner, 2012).
6. Copia de la disposición: <http://www.justice.gov/iso/opa/resources/3052013829132756857467.pdf>
7. Estos son sólo algunos de los derechos y obligaciones que uno debe tener en cuenta. La ACLU de Washington ha creado una pagina de Preguntas frecuentes con relación a la I-502 en Inglés y en Español, que se puede encontrar aqui: <https://aclu-wa.org/subissues/marijuana>.
8. Código RCW 69.50.535
9. Para los detalles, ver RCW 69.50.540
10. Por ejemplo, ver la información de BOTEC Analysis Corporation acerca de los ingresos. BOTEC es la compañía de consultoría que el Liquor Control Board contrató para analizar aspectos de la implementación de la I 502. Este reporte se puede encontrar aqui: http://www.liq.wa.gov/publications/Marijuana/BOTEC%20reports/8b_Tax_revenue_under_different_scenarios-%20Final.pdf
11. El limite para las aplicaciones para ser un operador con licencia se cerró en diciembre de 2013, pero no hay nada que impida al Liquor Control Board volver a abrir el proceso de aplicaciones si fuera necesario hacerlo.

[Publicidad]



ACS

Translation & Interpretation Services

Creando Puentes para las Personas en el Mundo de Habla Hispana desde 1995

Traducción de documentos

- Para transmitir su mensaje traducimos las legalidades requeridas y/o el lenguaje sencillo
- Documentos para trámites, negocios o documentos de apoyo

Servicios de interpretación en el lugar

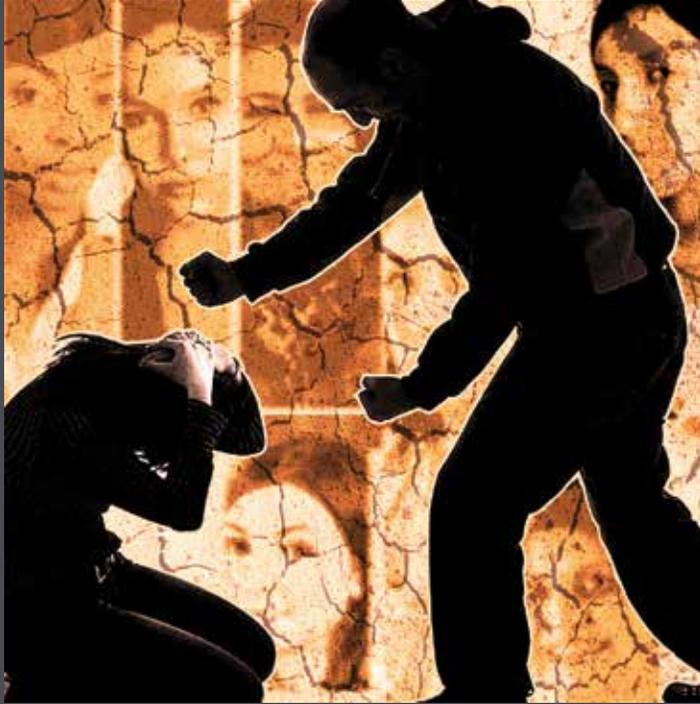
- Tarifas competitivas
- Cobranza directa a compañías de seguros o a terceros

Traductores & Intérpretes Certificados

(360) 239-9897

www.acstranslations.com

Olympia, WA



Violencia Doméstica en la Comunidad Latina: Desvaneciendo el Mito y Reconociendo la Realidad

Miriam G. Valdovinos

La Violencia Doméstica de Pareja, "Intimate Partner Violence" por sus siglas en inglés IPV; se le es también reconocida como Violencia Doméstica o Abuso de Pareja/o de Compañero. En Estados Unidos constituye un problema social y de salud pública, teniendo un impacto negativo y consecuencias en la salud mental. El IPV se describe como un patrón persistente de creencias, actitudes y conductas en el cual, un miembro de una pareja en relación cercana (bien sea por matrimonio, cohabitación o noviazgo) ejerce poder y control sobre el otro miembro a través de la coacción psicológica, física y/o sexual.¹ Sus consecuencias sobre la salud incluyen: daño físico, depresión, desajustes asociados con ansiedad o con estrés post-traumático, drogadicción, infecciones transmitidas sexualmente, conductas suicidas y muerte.² El IPV se da en todos los grupos raciales, étnicos y económicos; impactando parejas tanto heterosexuales como homosexuales; así como a todos los géneros. En Estados Unidos se estima que 1 de 4 mujeres sufrirá violencia doméstica durante su vida, lo que es más del doble cuando se compara con los hombres - 1 de cada 10.³ Durante el 2012 en el Estado de Washington se reportó un total de 45,944 crímenes asociados con violencia doméstica, constituyendo estos el 50% de todos los asaltos/agresiones simples (26,519 of 52,819); y el 29% de los asesinatos (58 of 203).⁴ En general el IPV no se reporta en su totalidad, particularmente en comunidades de inmigrantes se evita reportarlo por temor a posibles consecuencias de coacción; y es por ello que la data presentada debe ser manejada con cautela. El IPV en las comunidades Latinas requiere ser entendido dentro la complejidad en la cual viven los miembros de esta comunidad para eficientemente identificar sus dañinos efectos.

Latinos y el IPV

Investigaciones sugieren que en comparación con las mujeres blancas, las Latinas pudieran estar viviendo una más alta tasa de IPV.⁵ No obstante, otros estudios han encontrado que no se observan diferencias significativas entre estos dos grupos. El National Crime Victimization Survey, una de las más importantes fuentes sobre data de IPV; reporta la no existencia de diferencia significativa en la prevalencia del IPV en los latinos al compararse con otros grupos.⁶ No obstante, los Latinos confrontan numerosos obstáculos y retos en cuanto a la manera de enfrentar el IPV y obtención de servicios culturalmente pertinentes. La situación IPV de la mujer inmigrante viviendo permanentemente en países industrializados como los Estados Unidos, se incrementa por su: posición de inmigrante; limitación ante el manejo del idioma del país receptor; acceso limitado a trabajos dignos; aislamiento de su entorno familiar; preocupación ante su condición legal de permanencia.⁷ Las barreras más importantes a las que se enfrentan las Latinas en el momento de buscar ayuda para IPV son entre otras: falta de información acerca de sus derechos legales y servicios existentes para la violencia doméstica; temor de reportar IPV ante la incertidumbre sobre su efecto en la negación de residencia/nacionalidad o posibilidad de deportación; desconfianza o miedo a que la policía responda inadecuadamente ante cualquier conflicto de IPV; experiencia negativa con programas de violencia doméstica incluyendo largas esperas o negación en obtener pernocta en centros/hospicios; dificultad de comunicación con el personal por incapacidad bilingüe de estos, inaccesibilidad geográfica y dificultades de transporte.⁸ En un estudio sobre Inmigrantes Latinas en los Estados Unidos, hasta un 48% de ellas reporta un incre-

mento del IPV desde que inmigran a los Estados Unidos.⁹ En otro estudio, las acusaciones formales sobre casos de IPV, fueron presentadas en su mayoría por mujeres No Inmigrantes (55%); casi el doble de las presentadas por mujeres Inmigrantes Documentadas (30%); y 4 veces más que las presentadas por mujeres Indocumentadas (14%); todo ello indica el gran temor que tienen los Inmigrantes No Documentados en reportar IPV a las autoridades.¹⁰

Recomendaciones sobre Políticas a seguir
Indudablemente que los niveles de IPV alcanzan cifras más altas de las que presumimos. Y los legisladores tienen la gran responsabilidad de apoyar e incrementar la protección para todos los sobrevivientes del IPV en el Estado de Washington, incluyéndose a las Latinas y/o Inmigrantes. Las siguientes recomendaciones están cercanamente alineadas con la necesidad de una significativa reforma de las Leyes y Sistema Nacional de Inmigración¹¹ para con ello reducir los actuales obstáculos que permitan a las Latinas o sobrevivientes del IPV acceso a la seguridad y la justicia.

1. **Establecer políticas que estimulen actuar sin miedo a los Inmigrantes sobrevivientes de IPV.** Existe un enredo entre el trabajo de los Cuerpos Policiales locales y la Inmigración Federal, ejemplo de ello es el Programa de Comunidades Seguras y el Programa 287(g); con esto se debilitan los esfuerzos policiales en las comunidades, pues se pierde la cooperación de las comunidades inmigrantes. Así se distrae a la Policía de su verdadera misión que es el crear comunidades seguras, y además las víctimas son movidas más a la sombra. Igualmente, cuando por razones de violencia doméstica se expanden los espacios de inadmisibilidad, inelegibilidad y deportación, sin las apropiadas dispensas humanitarias, tienen un impacto negativo en las víctimas, ocasionándoles más daños. Por todo esto, es que urgentemente estas políticas deben ser criticadas y revisadas.
2. **Reforzar las protecciones existentes para Inmigrantes sobrevivientes de la violencia.** La Visa U es una importante protección para los inmigrantes víctimas de violencia doméstica, así como una herramienta para la aplicación de leyes que promuevan seguridad pública, motivando a los inmigrantes víctimas a reportar estos delitos y cooperar con la policía en la investigación y acusación. No obstante, la actual cuota anual de 10,000 Visas U es inadecuada, completándose este cupo ya al inicio del año. El Congreso debe incrementar el número de Visas U. Grupos de apoyo recomiendan el incremento de las visas en por lo menos 18,000.
3. **Apoyar la Autosuficiencia del Sobreviviente y Eliminar Vulnerabilidades debidas a la Victimización.** Si a los solicitantes de Visa U o aquellos peticionarios (amparados por la ley Contra el Abuso de la Mujer, por sus siglas en inglés VAWA) se les otorgaran Autorizaciones de Trabajo, por sus siglas en inglés EAD; se minimizaría su lucha por sobrevivir, durante el largo período de espera que toman las solicitudes (16 meses o más). Proveer una vía para la

legalización, junto a una autorización de trabajo; reducirá las vulnerabilidades y desarrollará la autosuficiencia. El Congreso debería proteger más a los sobrevivientes, dándoles acceso a los beneficios claves incluidos en la Red de Seguridad. Esto les permitiría no tener que cohabitar con el compañero abusivo y evitar convertirse en una persona sin techo donde vivir. Obteniendo la mejor vía hacia la seguridad y estabilidad que necesita. Inclusive eliminaría la posibilidad de tener que volver con el compañero violento, por la falta de estabilidad financiera, la cual es una de las preocupaciones más importantes de los sobrevivientes indocumentados de violencia doméstica. Son necesarios recursos financieros que permitan apoyar servicios tan cruciales como: refugios de emergencia, viviendas transicionales, transporte, representación legal, apoyo a la inmigración, cuidado infantil, apoyo bilingüe, acceso a comunidades rurales, capacitación financiera; así como apoyo al niño y todas sus necesidades.

Datos acerca de la Violencia Doméstica Señalados por el National Coalition Against Domestic Violence:

SABIA USTED QUE...

- 1 de cada 4 mujeres experimentará la violencia doméstica en el transcurso de su vida
- Se estima que anualmente 1.3 millones de mujeres son víctimas de agresión física por parte de su compañero íntimo
- La mayoría de los casos de violencia doméstica no son reportados a la Policía
- El 85% de las víctimas de violencia doméstica son mujeres
- Las mujeres entre los 20-24 años de edad están más expuestas a vivenciar Violencia No Fatal por parte de su compañero íntimo
- Históricamente, casi siempre las mujeres son victimizadas por alguien

1.3 M

quien ellas conocen

1. Schornstein, S.L. (1997). *Domestic violence and health care: What every professional needs to know*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
2. Campbell J.C. (2002). *Health consequences of intimate partner violence*. *Lancet*, 359, 1331-1336. Golding J.M. (1999). *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis*. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
3. Tjaden P. & Thoennes, N. (2000). *Extent nature and consequences of intimate partner violence: Findings from the National Violence Against Women Survey (NCJ 18167)*. Washington, DC: US Department of Justice Government Printing Office.
4. Washington Association of Sheriffs and Police Chiefs. (2013). *Crime in Washington 2012 Annual Report*.
5. Straus, M. A. & Smith, C. (1990). *Violence in Hispanic families in the United States: Incidence rates and structural interpretations*. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*, pp.341-367. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
6. U.S. Dept of Justice. (2005). *National Crime Victimization Survey*. Ann Arbor, MI: Inter-university consortium for political and social research.
7. Menjivar, C. & Salcido, O. (2002). *Immigrant women and domestic violence: Common Experiences in different countries*. *Gender and Society*, 16 (6), 898-920.
8. Rios, E.A. (2007). *On the road to social transformation: Utilizing cultural and community strengths to end domestic violence*. Publication of the National Latino Alliance for the Elimination of Domestic Violence.
9. Hass, G.A., Dutton, M.A., & Orloff, L.E. (2000). *Lifetime prevalence of violence against Latina immigrant: Legal and policy implications*. *Domestic Violence: Global Responses*, 93-113.
10. Sokoloff, N. J. (2008). *Expanding the intersectional paradigm to better understand domestic violence in immigrant communities*. *Critical Criminology*, 16, 229-255.
11. *The national committee of leading experts on U.S. laws that affect immigrant IPV survivors and advocating for immigration reform includes Americans for Immigrant Justice, ASISTA Immigration Assistance, Casa de Esperanza, National Latin@ Network for Healthy Families and Communities, Immigration Center for Women and Children, National Immigrant Justice Center, Tahiri Justice Center and the WA State Coalition Against Domestic Violence.*



Envejecimiento y Acceso a Cuidados

Carolyn Mendez-Luck, PhD, MPH
Katherine Anthony, MA

Para el año 2050 se espera que el número de Latinos mayores de 65 años se quintuplique, lo que convierte a este subgrupo de personas mayores en el más grande y de mayor crecimiento en los Estados Unidos.¹ La mayoría de los Latinos en los Estados Unidos son de origen Mexicano (64% en el 2012).² La creciente diversidad de los adultos mayores en los Estados Unidos, será aún más pronunciada en el Estado de Washington. Actualmente un 11.7% de la población del Estado es Latina, y se espera que este porcentaje se duplique en la próximas décadas.^{3,4} Consistente con las tendencias nacionales, la mayoría (83%) de la población Latina de Washington es de origen Mexicano.⁵

Una clara desventaja en la salud de los Latinos de edad avanzada, pareciera ser la alta prevalencia de diabetes, acompañada de sus consecuencias negativas. Esta tasa de prevalencia es de dos a cinco veces más alta que la de población en general.⁶ La edad promedio de inicio de la diabetes en los latinos es de 49 años, mientras que para la población caucásica de los Estados Unidos es de 55 años.⁷ Un estudio sugiere que al compararse con los diabéticos de la población general, los diabéticos latinos sufren más, las consecuencias mayores de la diabetes como lo son: alta tasa de mortalidad y complicaciones más graves.⁶ Los latinos diabéticos en edad avanzada tienen más probabilidades que los No-Latinos de sufrir complicaciones las cuales son entre otras, enfermedades renales terminales y enfermedades de la visión.^{6,8,10}

Las consecuencias negativas y complicaciones graves de la diabetes pueden eventualmente llevar al individuo a su limitación funcional, a estar restringido o incapacitado en realizar acciones o actividades físicas normales.³ La limitación funcional puede resultar en una discapacidad permanente, definida como la reducción a largo plazo de un individuo, en su capacidad para llevar a cabo actividades asociadas a su grupo de edad.¹³ La invalidez se mide normalmente por los términos: Actividades de la Vida Diaria (básicas) por sus siglas en inglés ADL¹ y por Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (más complejas) por sus siglas en inglés IADL.²

Investigaciones han encontrado que debido a sus condiciones crónicas, los latinos mayores tienen más restricción y una tasa mayor de limitaciones en sus actividades de la vida diaria y IADL, en comparación con los blancos No-latinos.^{11, 12} Aún más, se observa mayor predominio de limitaciones en todos los grupos de edades, siendo los más altos, en las mujeres Mexicano-americanas mayores. Otros estudios indican que hay en los Latinos mayores, una tasa de discapacidad igual o superior a la de los blancos no-latinos de igual edad, haciendo esto necesario más servicios de cuidados a largo plazo.^{11, 14} Sin embargo los latinos mayores con altos niveles de discapacidad permanecen en sus comunidades; mientras que sus homólogos blancos No latinos ya viven en hogares para ancianos.¹⁵ Se ha acumulado evidencia en donde las minorías de mayor

edad, incluyendo los latinos, no se hacen sus controles de rutina y sub-utilizan los servicios de salud.

Por lo que el impacto de las enfermedades crónicas como causa de invalidez, está teniendo importante consecuencias en el rápido crecimiento de las poblaciones latinas mayores tanto en el Estado como a nivel nacional. Epidemiólogos sociales han establecido que no es la muerte si no, la discapacidad, la principal consecuencia de las condiciones crónicas de la población que envejece. En vista de que los Latinos tienen mayor deterioro funcional, el cual se incrementa con la edad; hace que su perspectiva de salud general sea muy precaria, lo que sugiere una frágil población mexicano-americana necesitada de muchos cuidados.

Más de $\frac{3}{4}$ de las personas mayores que reciben atención no institucionalizada, cuentan únicamente con el apoyo de cuidadores no pagados [16]. De hecho 43,5 millones de adultos tienen que cuidar a alguien mayor de 50 años, y más de 15 millones son responsables y cuidan a alguien quien sufre de Alzheimer u otra demencia.¹⁷ El 12% de los cuidadores informales de ancianos en los Estados Unidos son latinos.¹⁸ Esto sugiere un incremento substancial de las necesidades de cuidados en las familias latinas quienes por ahora son una población joven.¹⁹ Al igual que la población general, la mayoría del cuidado informal en las comunidades latinas, lo realiza un miembro de la familia: el conyugue, un hijo o hija mayor o la nuera.²⁰ Y aunque los arreglos de estos cuidados informales no se dan solo en los latinos; es el nivel de responsabilidad ante la familia y sus miembros lo que se más se reporta en los estudios. La familia latina se ha descrito por ser extensa con gran orientación familiar, en donde tradicionalmente se incluye a los amigos, los padrinos de los niños, todos compartiendo privilegios de apoyo social y responsabilidades familiares.²¹ Los resultados de las investigaciones parecen reflejar esta fuerte y extensa red social. Por ejemplo estudios indican que los latinos de edad avanzada reciben más los cuidados informales que su contraparte de la población blanca No Latina; y a su vez utilizan menos los formales incluyendo los servicios prestados por ancianos.²²⁻²⁴ En una muestra representativa a nivel nacional de más de 7000 adultos residentes en comunidad para mayores de 70 años²⁴, se observó que más Latinos (44.3%) recibieron cuidados informales que los Africano-Americanos (33.9%) o blancos No latinos (24.6%). En cuanto a las horas de cuidado semanal informal, los latinos mayores recibieron más horas (11 horas) que los afroamericanos mayores (6.3 horas) o los blancos no latinos (7.5 horas). Además, los latinos de edad avanzada (77%)

comparados con la población general (60%) posterior a una crisis de salud, confían más en el cuidado dado por sus familias, que el de fuentes formales. Sólo el 14% de los Latinos de edad avanzada, en comparación con el 30% de la población, se ocupó de sí mismo posterior a una crisis en su salud.¹⁴

La prestación de cuidados es un reto estresante y puede deteriorar al cuidador físicamente, financieramente y psicológicamente.²⁵ Las consecuencias negativas en la salud de los proveedores de cuidados para los ancianos, en donde inclusive se incluye la muerte de los primeros, ha sido bien documentadas.²⁶ Considerando que los latinos adultos de edad avanzada tienen una fuerte dependencia de sus familias, es probable que la demanda de cuidadores informales aumente en el futuro ya que los latinos adultos llegan a la vejez en mayor número y con una salud más deteriorada que los No latinos. Con el fin de evitar problemas en la salud de los cuidadores Latinos, será necesario un apoyo adicional en el futuro. Igualmente aun en contra de sus valores culturales, mayor utilización, por parte de los Latinos, de los servicios formales; así como más apoyo de asistencia médica. El apoyo que dan los cuidadores latinos debe ser tomado en consideración por la familia extensiva, con sus nexos y redes; a la vez basado en el respeto tradicional que se les da a los ancianos en el seno de la familia. La fuerza de apoyo debe construirse en la estructura familiar de manera que sea culturalmente relevante y permitan a los cuidadores latinos acceder a los servicios de una manera culturalmente aceptable.

NOTAS:

1. Las actividades de la vida diaria son las funciones básicas permitidas por la movilidad. Por ejemplo caminar, cuidado e higiene personal, bañarse, vestirse, divertirse, acostarse y levantarse de la cama y comer.
2. Las actividades instrumentales incluyen actividades domésticas de mantenimiento como preparación de alimentos, trabajos domésticos, gestión de finanzas, el uso de teléfono y compras.

REFERENCIAS:

1. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics (2012). Older Americans 2012: Key Indicators of Well-Being. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, Editor. 2012, U.S. Government Printing Office: Washington, D.C.
2. Gonzalez-Barrera, A. & Hugo Lopez, M. (2013). A Demographic Portrait of Mexican-Origin Hispanics in the United States. Retrieved from: http://www.pewhispanic.org/files/2013/05/2013-04_Demographic-Portrait-of-Mexicans-in-the-US.pdf
3. United States Census Bureau (2014). State and County QuickFacts. Retrieved from: <http://quickfacts.census.gov/qfd/states/53000.html>
4. United States Census Bureau (2012). U.S. Census Bureau Projections Show a Slower Growing, Older, More Diverse Nation a Half Century from Now. Retrieved from: <https://www.census.gov/newsroom/releases/archives/population/cb12-243.html>
5. Pew Research Center (2014). Demographic Profile of Hispanics in Washington, 2011. Retrieved from: <http://www.pewhispanic.org/states/state/wa/>
6. Markides, K.S., Rudkin, L., Angel, R.J., & Espino, D.V. (1997). Health Status of Hispanic Elderly. In Martin, L., & Soldo, B.J. (Eds.), *Racial and Ethnic Differences in the Health of Older Americans* (pp. 285-300). Washington DC: National Academy Press
7. Centers for Disease Control and Prevention (2013). Median Age at Diagnosis of Diabetes Among Adult Incident Cases aged 18-79 Years, by Race/Ethnicity, United States, 1997-2011. Retrieved from: <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/age/fig4.htm>

8. Otiniano, M.E., Markides, K.S., Ottenbacher, K., Ray, L.A., & Du, X.L. (2003). Self-reported diabetic complications and 7-year mortality in Mexican American elders. Findings from a community-based study of five Southwestern states. *Journal of Diabetes Complications*, 17(5), 243-8.
9. Otiniano, M.E., Ottenbacher, K. J., Markides, K. S., Ray, L. A., & Du, X. L. (2003). Self-reported heart attack in Mexican-American elders: examination of incidence, prevalence, and 7-year mortality. *Journal of the American Geriatric Society*, 51(7), 923-9.
10. Otiniano, M.E., Black, S. A., Ray, L. A., & Markides, K. S. (2002). Correlates of Diabetic Complications in Mexican American Elders. *Ethnicity and Disease*, 12(2), 252-8.
11. Ward, B. W., & Schiller, J. S. (2011). Prevalence of complex activity limitations among racial/ethnic groups and Hispanic subgroups of adults: United States, 2003-2009. NCHS data brief, no 73. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
12. Dunlop, D. D., Song, J., Manheim, L. M., Daviglus, M. L., & Chang, R. W. (2007). Racial/Ethnic Differences in the Development of Disability among Older Adults. *American Journal of Public Health*, 97(12), 2209-2215. Doi: 10.2105/AJPH.2006.106047
13. Hoffman, D., Rice, D.P., Newcomer, R.J., Sung H., Starkey, S., & Trupin, L. (1996). Chronic care in America: A 21st century challenge. Report prepared by the Institute for Health & Aging, University of California, San Francisco for the Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, New Jersey.
14. Aranda, M. P., & Knight, B.G. (1997). The influence of ethnicity and culture on the caregiver process and coping process: A socio-cultural review and analysis. *Gerontologist*, 37(3), 342-354.
15. Mausbach, B.T., Coon, D.W., Depp, C., Rabinowitz, Y.G., Wilson-Arias, E., Kraemer, H.C., Thompson, L.W., Lane, G., and Gallagher-Thompson, D. (2004). Ethnicity and Time to Institutionalization of Dementia Patients: A Comparison of Latina and Caucasian Female Family Caregivers. *Journal of Geriatrics Society of America*, 52(7), 1077-1084.
16. Kaye, H. S., Harrington, C. & LaPlante, M. P. (2010). Long-Term Care: Who Gets It, Who Provides It, Who Pays, and How Much? *Health Affairs*, 29(1), 11-21. Doi: 10.1377/hlthaff.2009.0535
17. Alzheimer's Association (2014). Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's and Dementia*, 10(2).
18. National Alliance for Caregiving and AARP (2009). Caregiving in the US. National Alliance for Caregiving and AARP: Bethesda, MD and Washington, DC.
19. U.S. Census Bureau (2010). SO201 Selected Population Profile in the United States: 2010-2012 American Community Survey 3-Year Estimates. Retrieved from: <http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productive>
20. National Alliance for Caregiving and AARP (2009). Caregiving in the US. 2009. Retrieved from: http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf
21. Sotomayor, M., and Applewhite, S.R. (1988). The Hispanic elderly and the extended multigenerational family. In Applewhite, S.R.(Ed.), *Hispanic Elderly In Transition: Theory, Research Policy And Practice* (pp. 121-133). Westport, CT: Greenwood Press.
22. Wallace, S.P., Levy-Storms, L., Kington, R. S., & Andersen, R. M. (1998). The persistence of race and ethnicity in the use of long-term care. *Journal of Gerontology Series B Psychological and Social Sciences*, 53(2), S104-12.
23. Magilvy, J. K., Congdon, J. G., Martinez, R. J., Davis, R., & Averill, J. (2000). Caring for Our Own: Health Care Experiences of Rural Hispanic Elders. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 171-190.
24. Weiss, C.O., Gonzalez, H. M., Kabeto, M. U., & Langa, K. M. (2005). Differences in amount of informal care received by non-Hispanic whites and Latinos in a nationally representative sample of older Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 146-51.
25. Pinquart, M. & Sorensen, S. (2006). Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. *Journal of Gerontology Series B Psychological and Social Sciences*, 61(1), 33-45.
26. Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215-2219.

Estamos orgullosos de los logros que nuestra comunidad ha alcanzado a través de los años.

*Felicitaciones al igual a la **Comisión de Asuntos Hispanos del Estado de Washington** por la gran labor que desempeña y por el **Reporte del 2014**.*

¡Estamos a sus ordenes!

EL PERSONAL DE PLAZA BANK ESTA DEDICADO A BRINDARTE UN SERVICIO ÚNICO QUE SE ADAPTA A TUS NECESIDADES.

Rosario Carroll



(206) 436-7610

rcarroll@plazabankwa.com

Hugo Garcia



(206) 436-7612

hgarcia@plazabankwa.com

Eileen Correa



(206) 436-7619

ecorrea@plazabankwa.com



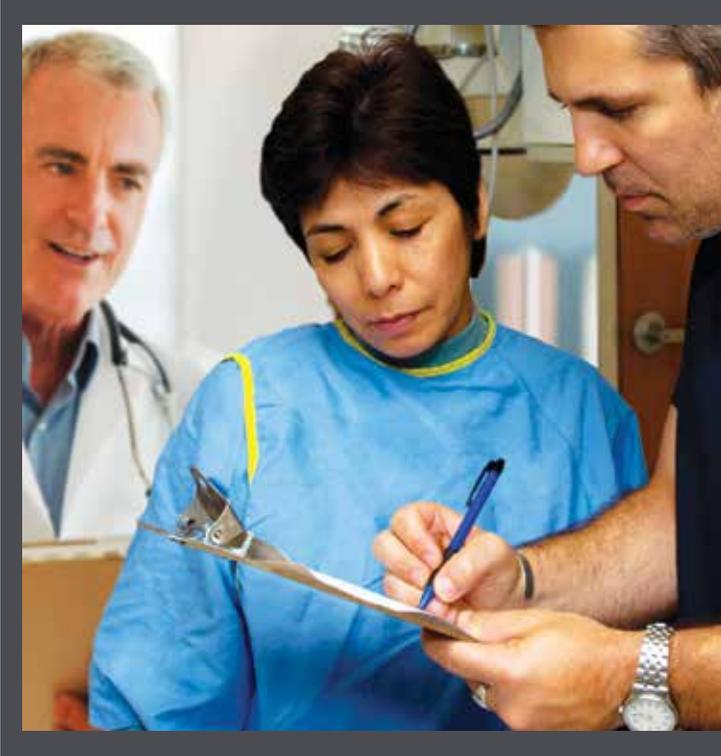
Nuestro banco™

¡VISITÁNOS!

Nuestros banqueros de primera clase te asistirán con todas tus necesidades bancarias y financieras.



1420 Fifth Avenue, Suite 3700, Seattle, WA 98101
 (206) 436-7600 www.plazabankwa.com



2014 y el Acceso al Language en el Estado de Washington

Joana Ramos, MSW

Este año es oportuno darle un vistazo al acceso al idioma en el Estado de Washington, y cómo este se relaciona con la salud de la población latina. El año 2014 marca el 50 aniversario de la promulgación de la Ley de Derechos Civiles 1964). El Título VI de la Ley prohíbe toda discriminación basada en lugar de origen. Este año también coincide con el 40 aniversario de la sentencia del Tribunal Supremo dictando que "la negación de servicios de traducción es una forma de discriminación por lugar de origen."² En el área de la salud, 2014 es un año muy importante, ya que marcó el inicio de nuevas oportunidades para el seguro de salud en virtud de la Ley "Affordable Care Act", que ofrece por primera vez cobertura para muchos latinos. Como grupo, los latinos han tenido las mayores tasas de personas sin seguro médico, y esto incrementa todos los efectos negativos que genera, el no acceso a la atención médica y los factores socioeconómicos que afectan a la salud.

A nivel estatal, desde principios de los 90's, Washington ha tenido normas y políticas en materia de derechos civiles y exigencias en torno a los servicios de asistencia lingüística en el contexto de los programas de servicios médicos y sociales que se proporcionan a través del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) y posteriormente por la Autoridad de Salud (HCA). Estas medidas fueron el resultado de las demandas en nombre de los pacientes de habla hispana y pacientes potenciales del Condado de Yakima no atendidos por DSHS.³ Como parte del acuerdo, el Estado de Washington acordó

proveer y pagar por los servicios de intérpretes y asegurar la capacidad de los intérpretes y traductores que son parte de estos programas. La Ley "Americans with Disabilities Act" y la ley estatal también obligan esta asistencia para personas con discapacidad de comunicación. Este artículo se centrará exclusivamente en las lenguas habladas y escritas, y se referirá a la salud en el sentido más amplio, como lo es el bienestar individual y familiar. El término inmigrante se utilizará aquí para referirse a una persona que, en el momento de su nacimiento no era ciudadano de los Estados Unidos, e incluye los refugiados, asilados, y las personas nacidas en el extranjero independiente de su condición migratoria; o quienes son residentes no inmigrantes como los estudiantes y trabajadores temporales.

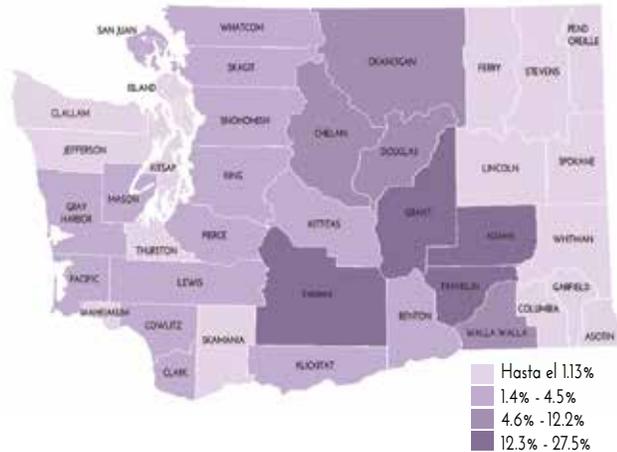
Por ley, todas las agencias y programas que reciben fondos federales tienen la obligación de proporcionar servicios significativos de acceso al idioma, a las personas con dominio limitado del Inglés (LEP).⁴ Todo ello a través de la asistencia de intérpretes calificados, traductores o personal bilingüe. Mientras que las reglas federales⁵ no especifican la forma en que los servicios de idiomas deben ser proporcionados, tales como en persona o por teléfono, o a través del personal o intérpretes contratados; las reglas requieren que los proveedores de servicios lingüísticos hayan verificado su fluidez en Inglés y en el otro(s) idioma(s); su conocimiento especializado específico en ambos idiomas; y tener entrenamiento tanto en comunicación, como en ética. Todos los programas de una

organización deben ofrecer ayuda de idiomas a quienes sirven o puedan servir, y necesiten, independientemente de si sólo una parte o un programa de la organización recibe fondos federales. De la misma manera una persona LEP no necesita ser un beneficiario de un programa financiado por el gobierno federal para calificar para la ayuda con el idioma.

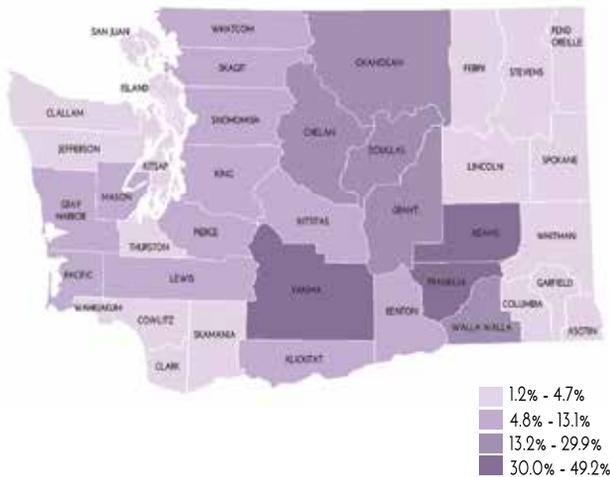
¿Qué está pasando en el Estado de Washington?

Una mirada a la rápida evolución de la demografía de Washington pone de relieve la importancia de los servicios de ayuda con el idioma. Según estimados conservadores, las personas LEP son ahora el 8% de la población total del Estado o más o menos 512,000 personas mayores de 5 años de edad. Esta cifra representa un aumento del 210% en la población LEP desde 1990

Porcentaje de más de 5 años de edad en hogares con LEP, 2012



Porcentaje de más de 5 años de edad en hogares donde se habla español 2012

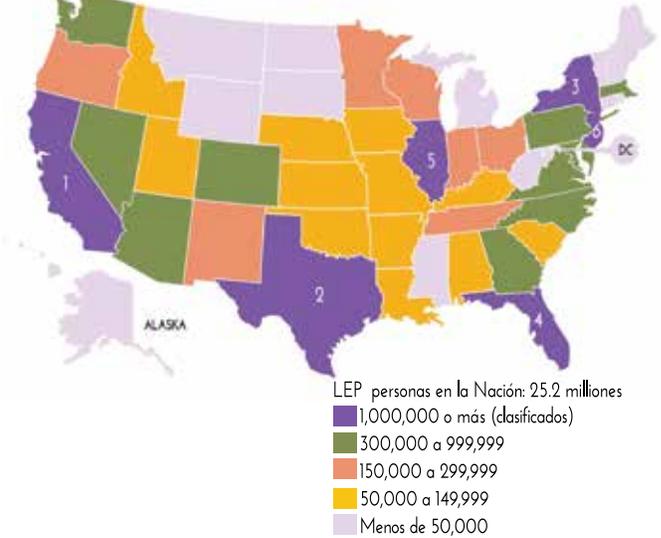


Fuente: OFM (2014) Washington Trends: Socio-Economic Conditions <http://www.ofm.wa.gov/trends/social/maps207.asp>

al 2010,⁶ lo que representa un aumento del 80% en la población LEP a nivel nacional durante el mismo período. La mayoría de las personas LEP son nacidos en el extranjero,⁷ con los inmigrantes representando el 13% de la población del Estado.⁸

Del 18% de los ciudadanos de Washington que reportaron hablar un idioma que no es inglés en casa, alrededor de la mitad hablan español. Mientras que el 8% reportó ser LEP, en promedio,⁹ los hispanohablantes tienen una tasa de LEP del 48%, con cifras mucho más altas en varios condados del Este de WA, donde un promedio del 12% de personas LEP viven en hogares lingüísticamente aislados, donde nadie habla Inglés, 3 veces el promedio estatal.⁴ Entre los 56,000 padres de familia con niños menores de 8 años de edad en Washington (el 11% de los padres de los niños de este grupo de edad) que reportaron tener LEP, el 91% son nacidos en el extranjero.¹⁰ Los hijos de inmigrantes ahora representan el 28% de los 221,000 niños de Washington con 0-8 años de edad.¹¹

Población de Estados Unidos con LEP, 2010



Fuente: Migration Policy Institute, LEP Data Brief, 2011, <http://tinyurl.com/8v2vcwp>

Si bien estas cifras ofrecen una línea de base esencial, no cuentan la historia completa. Aparte de que los inmigrantes tradicionalmente son subestimados en el Censo, los datos no reflejan con exactitud los idiomas hablados por las personas - no tomando en cuenta el creciente número de inmigrantes latinos que hablan lenguas indígenas o portugués. El desarrollar fluidez en Inglés o cualquier idioma nuevo es un proceso que ocurre a través de un proceso continuo, desde la habilidad de hablar, a la lectura, y a la escritura, durante una serie de años. La capacidad individual para aprender otro idioma depende de muchos factores personales como la edad, la educación formal, nivel de alfabetización en la lengua

materna, la oportunidad para la instrucción en el nuevo idioma, factores socioeconómicos, y la historia de algún trauma. Mientras que muchas personas pueden conversar de manera adecuada en su nuevo idioma sobre cuestiones cotidianas de rutina, estas mismas personas pueden carecer del nivel necesario para manejar temas complejos como las cuestiones jurídicas, atención médica, aspectos de la escuela, la disciplina, y mucho más. Los factores de estrés, como emergencias, enfermedades catastróficas, y los desastres naturales también afectan la capacidad de comunicarse en un idioma no nativo. En otras palabras, la necesidad de ayuda con el idioma es mucho mayor de las que se muestran con los datos del Censo, y estos por sí solos no debe ser utilizados para efectos de planeación.

Las necesidades de acceso al idioma existen en todos los sectores, sin embargo, a pesar del progreso que se ha hecho, la barrera entre la insuficiencia del idioma y la obtención del servicio sigue siendo un problema. En el área de la salud, mientras que algunas instituciones hacen un trabajo excelente en la prestación de ayuda con el idioma, hay una gran variación en todo el Estado. Todavía es común escuchar a las personas decir que fueron rechazadas debido a la falta de servicios de interpretación, o que les pidan traer a un familiar o amigo o incluso a sus hijos a las citas médicas para que interpreten. O en algunos casos se considera correcto el que los proveedores se las "arreglen" con su inadecuado "español médico" o confiar en otros procesos como el uso de empleados bilingües no entrenados o incluso aplicaciones de software de traducción en una computadora o en un teléfono inteligente. Estas prácticas persisten a pesar de la evidencia extensiva que documenta los numerosos impactos negativos de la ausencia de servicios de idiomas o servicios de idioma inadecuados en establecimientos de salud, en términos de los errores médicos, pruebas y tratamientos innecesarios, y la mortalidad, por no mencionar las cargas financieras para los pacientes, sus familias, las instituciones y el gobierno a todos los niveles. Las comunicaciones escritas también constituyen un problema en el acceso al idioma.¹² No solo dan cabida a las suposiciones, considerando que traduciendo la información al español es suficiente, sino que también con demasiada frecuencia, ofrecen traducciones de mala calidad que contienen errores graves, como ocurrió con el WA Health Benefit Exchange.¹³

En el marco legal también, la falta de servicios adecuados de idiomas fuera de la corte sigue siendo un obstáculo para el acceso a la justicia. Se requiere que los tribunales de todos los niveles proporcionen servicios de idiomas y muchos lo hacen. Sin embargo, la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística en contextos fuera de la corte es a menudo limitada. Muchas cortes de todo el Estado no proporcionan servicios lingüísticos en sus oficinas o en sus

programas y servicios. Esto significa que muchas personas con LEP involucradas en el sistema legal no reciben el mismo tipo de la información y ayuda en comparación con la que reciben los angloparlantes.

El sistema educativo K-12 de Washington ha tenido durante mucho tiempo los programas de ELL para los estudiantes, y hay normas federales y estatales adicionales que dictan proveer servicios de comunicación.¹⁴ Sin embargo, los servicios para que las familias y los padres interactúen con las escuelas varían. Hay una falta de intérpretes calificados disponibles para facilitar la comunicación en temas cruciales entre las escuelas y los padres, incluyendo reuniones de IEP, y algunas veces se les pide a los estudiantes que interpreten para los padres. El mandato de brindar servicios de asistencia lingüística existe, y los esfuerzos están en marcha para ayudar a las escuelas con la creación de un Plan de Asistencia de Idiomas para ayudar a implementar los servicios necesarios. A pesar de los vínculos críticos entre las experiencias y el éxito en la escuela y la vida, Washington carece de servicios de primera en el desarrollo temprano de la niñez y servicios de educación que son accesibles para las familias de inmigrantes y ofrece poca ayuda con el idioma para los programas existentes.¹⁵ Las tasas más altas de pobreza, los niveles de educación más bajos, y el nivel de LEP entre padres inmigrantes latinos ponen a sus hijos en mayor riesgo de malos resultados desde kindergarten. Las medidas preventivas deben comenzar temprano para hacer frente a los múltiples factores, entrelazados con todos los determinantes sociales de la salud, causas de las bajas tasas actuales de graduación de la escuela preparatoria¹⁶ y la incidencia preocupante de conductas de alto riesgo y sus consecuencias¹⁷, entre los jóvenes latinos.

Para los adultos que desean aprender inglés, la cantidad de programas de instrucción no cubren la gran necesidad que hay.¹⁸ Y en este momento, en que nunca antes había sido mayor la necesidad de asistencia lingüística profesional, Washington sigue teniendo muy pocos programas de capacitación para intérpretes, y los pocos que existen están bajo la constante amenaza de los recortes presupuestarios o incluso su eliminación.¹⁹ La aprobación de una Legislación para reconocer las habilidades bilingües²⁰ de los graduados de secundaria es un primer paso positivo, pero tiene que ser rápidamente vinculado a un proceso de post-educación para crear carreras de idiomas viables que sean parte de la solución en Washington para cubrir las grandes necesidades de servicios lingüísticos.

Trabajando para Encontrar Soluciones

La buena noticia es que a pesar de los muchos desafíos, los defensores de acceso de lenguaje están trabajando duro para cambiar el status quo. La Washington State

Coalition for Language Access (WASCLA) se formó para reunir a los responsables políticos, abogados, intérpretes, traductores, proveedores de servicios y miembros de la comunidad para colaborar en los esfuerzos y así eliminar las barreras del idioma en los servicios esenciales. WASCLA ofrece servicios en todo el estado, incluyendo convocatorias abiertas mensuales, un directorio de intérpretes y traductores, conferencias, y recientemente lanzó el proyecto "Herramientas para la Salud"; el primer recurso publicado en los 30 idiomas más hablados de Washington para informar al público acerca de sus derechos de acceso de idiomas. Las tarjetas "Yo hablo" y folletos están disponibles para su descarga gratuita, con un suministro de materiales impresos también disponibles.²¹

Un ejemplo en el campo de la educación fue la aprobación de SHB 1709 en este año, que dirige la Office of the Education Ombudsman para investigar la implementación de un programa de formación específicamente para intérpretes para servir a las escuelas públicas. Y en Mayo de 2014, el Consejo Interinstitucional sobre Disparidades de Salud del Gobernador aprobó disposiciones lingüísticas para el Plan de Acción del Estado para Eliminar Disparidades de Salud, que incluye una directiva para el desarrollo de los planes de acceso al idioma en todos los organismos del Estado, no sólo en los servicios de salud.

El logro de la igualdad de acceso sigue siendo en gran medida un trabajo en progreso con nuevos enfoques que se necesitan con urgencia. A continuación se enumeran las recomendaciones de políticas en áreas clave de servicios de asistencia lingüística. La lista no pretende ser exhaustiva y los temas no se enumeran en orden de importancia.

Políticas Recomendadas:

Idiomas y Derechos a su Acceso e Imposición

- Educar a los Proveedores sobre los derechos del paciente, cómo solicitar los servicios de idiomas, y el proceso de quejas
- Capacitar a los Proveedores, a los estudiantes en profesiones de salud de todas las disciplinas y a los diseñadores de políticas, sobre los derechos del paciente, las responsabilidades legales de los proveedores, y cómo implementar servicios de asistencia de idiomas durante la práctica
- Hacer cumplir las leyes federales y estatales y normas locales; crear reglamentos para la Ley de Washington Contra la Discriminación

Recopilación de Datos y Presentación de Informes

- Estudiar e informar los servicios de asistencia lingüística actuales en todos los centros de salud de Washington como un punto de partida para las reformas de implementación
- Recopilar y publicar datos sobre la raza, la cultura/etnia y el lenguaje (R/E/L) de los consumidores de la salud como parte de los datos demográficos completos recopilados por las aseguradoras públicas y privadas y centros médicos

Mejores Prácticas

- Asegurarse de que todas las instalaciones y las organizaciones de salud de Washington implementen:
 - Hacer estándar en todas las instituciones, Servicios HHS que sean cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS)
 - Utilización gratuita del Entrenamiento CLAS hasta septiembre 2015, vía el Consejo Interinstitucional del Gobernador sobre Desigualdades en Salud Planes de Acceso al Idioma (LAP)
 - Unirse al Commission Standard for Communication para ser acreditado; verificar el cumplimiento del Título VI para facilidades y otras acreditaciones
- Implementar auditorías voluntarias sobre el idioma preferido del paciente para su atención de Salud y la prestación asociada de servicios de interpretación en las instalaciones de cuidado de la salud, con el fin de que las instalaciones en pro de mejorar, establezcan su propia línea de base y metas. Monitorear el progreso de manera continua, compartiendo esto con los principales interesados de los centros de salud para así fomentar el uso de la interpretación médica calificada
- Aprender de las mejores prácticas de la industria y aplicarlas a nivel local, tales como:
 - El programa "Hablando Juntos" de la Fundación Robert Wood Johnson²²
 - El equipo STEPPS para Mejorar los Sistemas de Seguridad del Paciente para pacientes con Dominio Limitado del Inglés²³
 - Hablamos Juntos: Mejorando la comunicación paciente-proveedor para los latinos²⁴
La Red de Intérpretes de servicios de salud en California, que ofrece intérpretes compartido para hospitales²⁵
 - El grupo Seattle Area Interpreter Leadership (SAIL), de los directores de programas de servicios de intérprete de hospital

Garantía de Calidad y Gestión de Riesgos

- Asegúrese de que los servicios lingüísticos se proporcionen únicamente por personal competente y/o intérpretes contratados, no por los empleados sin

formación, voluntarios, o familiares y amigos de los pacientes. Los menores de edad nunca deben interpretar con excepción de casos de emergencias si no hay otra opción.

- Utilizar los servicios del intérprete calificado asignado, incluso si un paciente solicita que su pariente o amigo interpreten para ellos. Se debe recordar que los intérpretes sirven tanto al proveedor como a los pacientes; un familiar o amigo pueden permanecer durante el encuentro como una persona de apoyo.
- Requerir pruebas de aptitud lingüística a los empleados y proveedores bilingües auto-identificados, incluidos a los médicos, antes de que puedan prestar atención médica específica del idioma
- Asegúrese que las traducciones sean de alta calidad, con pertinencia cultural, y satisfagan las necesidades de alfabetización de la comunidad mediante el uso de protocolos de traducción robustas en los LAPs.
- Proporcionar información en formatos múltiples para el acceso de las personas con bajo nivel de alfabetización

El Desarrollo de la Fuerza Laboral

- Apoyar y mejorar la formación de intérpretes, programas de certificación y educación continua
- Proporcionar recursos para los trabajadores bilingües y personal de salud bilingüe para obtener la certificación como intérpretes médicos

Modelos de Prestación de Servicios y Financiamiento

- Desarrollar nuevos sistemas para la prestación de ayuda con el idioma, como por ejemplo, un sistema que incluya ayuda a varios condados o redes regionales de interpretación utilizando tecnologías de comunicación para ofrecer servicios de forma remota.
 - Ejemplo: Health Care Interpreter Network, para los sectores público y privado, con intérpretes del hospital e intérpretes por contrato
 - Podría hacer una cobertura de 24/7, crítica para lugares marginados y rurales, y para los idiomas menos comunes en todo el estado
 - Podría ofrecer servicios compartidos de idiomas para clientes de múltiples sectores desde la central
- Asegurarse de que el programa de Servicios de Intérpretes de HCA para Medicaid utilice al máximo las tecnologías remotas (telefonía, VRI) para ofrecer igualdad de acceso a los pacientes LEP
- Asegurarse de que todos los proveedores/instalaciones elegibles se registren para utilizar los servicios de in-

terpretación del programa de Medicaid, y reciban la asistencia técnica necesaria, y al mismo tiempo desarrollar el apoyo financiero para la ayuda con el idioma como un servicio de atención médica de rutina para todas las personas LEP independientemente de su condición de cobertura médica.

- Exigir procedimientos de evaluación de programas adecuados para los programas actuales y futuros de servicios lingüísticos

Involucrar a las Comunidades

- Reconocer la experiencia de los miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias (OBC) como socios vitales en la prestación de servicios de acceso al idioma culturalmente apropiados en sus propios lugares específicos
- Garantizar la financiación y el apoyo logístico para establecer alianzas verdaderamente equitativas
 - no espere a que las organizaciones comunitarias siempre presten sus servicios de una manera voluntaria
 - programar reuniones y programas viables para miembros de la comunidad; como mínimo, ofrecer transporte, cuidado de niños, y comidas
- Abordar abiertamente los problemas que afectan la confianza de la comunidad en base a las experiencias negativas del pasado con los investigadores médicos, o miedo a la participación sobre posibles represalias debido al estado migratorio
- Emitir disculpas públicas cuando se producen problemas de comunicación oficiales

Iniciativas de Políticas y Legislación

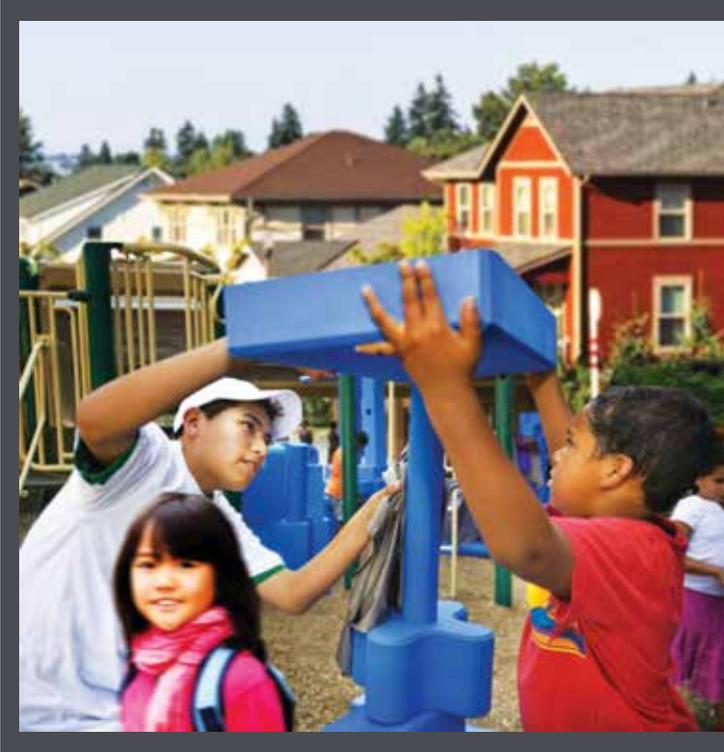
Algunas jurisdicciones en Washington están abordando las necesidades de asistencia lingüística a través de acciones oficiales. Los ejemplos pueden ser replicados cuando hay la voluntad política necesaria, a menudo un desafío mucho mayor que las consideraciones logísticas. Estos incluyen la oficina de Seattle de los Inmigrantes y Asuntos de Refugiados, y políticas, como la Iniciativa de Equidad y Justicia Social del condado de King, incluyendo una Orden Ejecutiva en Traducciones para los servicios gubernamentales del condado. A nivel estatal, el Consejo Interinstitucional del Gobernador sobre Disparidades de Salud facilita un grupo de trabajo interinstitucional LEP, para todas las agencias, y que no es restringido al sector de la salud.

La promoción y aprobación de la nueva legislación es una tarea larga e incierta, pero se debe considerar a lo largo de otros mecanismos para reforzar los servicios de acceso de idiomas. Algunos ejemplos de las leyes relativas al acceso al idioma en el cuidado de la salud de otros estados incluyen:

- En California todos los planes de salud privados deben proporcionar servicios de asistencia lingüística (interpretación y/o traducción) a los clientes LEP y obtener data R/E/L.
- En Massachusetts todos los departamentos de emergencia de los hospitales y centros psiquiátricos agudos, están obligados a proveer en todo momento, acceso a intérpretes capacitados para los pacientes.
- La Ciudad de Nueva York y el Estado de Nueva York: requieren servicios de asistencia lingüística en farmacias, y bajo los términos de la Ley, exige que para los clientes LEP, una traducción correcta e interpretación precisa.
- EL Estado de Nueva York requiere que todos los hospitales tengan un LAP (coordinador de Acceso Lingüístico), y en 10 minutos, proporcionen intérpretes en los servicios de urgencias, y en 20 minutos en otros lugares del hospital; notificar a los pacientes sobre los derechos de acceso de lenguaje, prohibir la interpretación por medio de menores de edad, parientes y extraños, salvo en casos de emergencia.
- Oregón: estableció normas uniformes y prácticas para la recopilación de datos sobre raza, origen étnico, idioma, condición de discapacidad por la Autoridad de Salud de OR y el Departamento de Servicios.

DESCARGO RESPONSABILIDAD SOBRE ESTE ARTICULO: Las opiniones expresadas son del autor mismo y no representan necesariamente las de la Coalición del Estado de Washington para el Acceso de Idiomas

1. Lep.gov
2. Lau v. Nichols case where English instruction was not offered to Chinese immigrant students in San Francisco public schools.
3. Reyes v. Thompson, Reyes Consent Decree of 1991, available at : <http://www.wascla.org/search/item.465991>
4. The term LEP ("P" meaning proficient or proficiency) refers to people who do not speak English as their primary language and who have a limited ability to read, speak, write, or understand English.
5. Executive Order 13166 issued by President Clinton in 2000, and Memorandum to Federal Agencies from Attorney General Eric Holder Reaffirming the Mandates of Executive Order 13166, issued February 17, 2011, accessed at Lep.gov.
6. Migration Policy Institute (2011). LEP Data Brief: Limited English Proficient Individuals in the US: Number, Share, Growth, and Linguistic Diversity. Accessed at: <http://tinyurl.com/l3v8zo9>
7. MPI (2013). State Immigration Data Profiles, Washington: Language & Education. Accessed at: <http://www.migrationpolicy.org/data/state-profiles/state/language/WA>
8. Immigrant population and share of total population by US State, 2012. <http://www.migrationpolicy.org/programs/data-hub/us-immigration-trends>
9. WSDOT. Washington Statewide Human Services Transportation Plan (2012). Accessed at: <http://tinyurl.com/ptkzptx>
10. Park, M, and M, McHugh. (2014). Immigrant Parents and Early Childhood Programs: Addressing Barriers of Literacy, Culture, and Systems Knowledge. Washington, DC. Migration Policy Institute. Appendix 2. Accessed at: <http://www.migrationpolicy.org/research/immigrant-parents-early-childhood-pro-grams-barriers>
11. *ibid.* Appendix 1, Table A-1.
12. What does Language Access have to do with Health? WASCLA Tools for Health (2014). Available at: http://www.wascla.org/updates/item.5234-WASCLA_Tools_for_Health
13. Jensen, A. (2013) State's Translated health Exchange Fact Sheets Get Poor Marks, KPLU, <http://www.kplu.org/post/states-translated-health-exchange-fact-sheets-get-poor-marks>
14. No Child Left Behind, Title 1, Part A; RCW 28A.180.040 (2); WAC 392-160-010 (2). Available at: http://www.governor.wa.gov/oeo/reports/OEO_2011_recommendations.pdf
15. Park, M, and M, McHugh. (2014). *op cit.*
16. OSPI (2013). Graduation and Dropout Statistics Annual Report 2012-2013. <http://www.k12.wa.us/LegisGov/2014documents/Graduation-AndDropoutStatisticsAnnualReport.pdf>. Latinos have a 66% average on-time graduation rate, compared to 79% among white students.
17. The State of the State for Washington Latinos: A Community-Based Research Project from Whitman College. <http://www.walatinos.org/>
18. National Association of Latino Elected and Appointed Officials Education Fund (2006). The ESL Logjam: Waiting Times for Adult ESL classes and the Impact on English Language Learners. Washington (Seattle), p. 26. Accessed at: www.naleo.org/downloads/ESL_ReportLoRes.pdf.
19. Personal communication, Thérèse Marie Mirande, Ph.D., Coordinator and Professor, World Languages/Language Interpreting, Pierce College. April 26, 2014, Programs are at Bellevue College, Pierce College, and Walla Walla Community College. None are degree programs and language-specific course offerings including for Spanish are few.
20. Washington State Seal of Bilingualism <http://www.k12.wa.us/WorldLanguages/SealofBilingualism.aspx>
21. http://www.wascla.org/library/folder.515983-WASCLA_Tools_for_Health
22. http://www.rwjf.org/en/research-publications/find-rwjf-research/2008/06/speaking-together-toolkit0.html?cq_ck=1393951312457
23. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/lepguide/index.html>
24. <http://www.hablamosjuntos.org/default.about.asp>
25. http://50.19.112.22/index.php/*



Salud y Vivienda

Marty Miller

La calidad de la vivienda impacta directamente la salud de sus moradores. Y esta realidad la viven aquellos con bajos ingresos y menos opciones para tener una vivienda asequible. Históricamente, ellos han experimentado desproporcionalmente lo que es el reto de una vivienda compartida, costosas rentas, altas tasas de aglomeración, y condiciones de vida por debajo del estándar. Estas condiciones no sólo afectan a los adultos que trabajan para apoyar a la multimillonaria economía agrícola del Estado de Washington, sino que también pueden tener un impacto negativo en los niños. En una reciente publicación de la Fundación MacArthur titulada *How Housing Matters* states se establece "la baja calidad de la vivienda constituye el predictor más fuerte y consistente de problemas emocionales y conductuales en niños y jóvenes de bajos ingresos".¹

Una vivienda en malas condiciones puede conllevar a una variedad de problemas personales y sociales. Altos índices de aglomeración aumentan el riesgo de enfermedades transmisibles. Una mala calidad del servicio de aguas y saneamiento tienen obvias consecuencias para la salud. Para los trabajadores agrícolas que trabajan en los huertos y campos de Washington, la exposición a plaguicidas puede representar un riesgo de salud, si no se cumplen cabalmente las instrucciones de utilización, incluyendo el lavado a fondo de ropa, botas, etc. antes de entrar en la casa al final del día.

Mientras que en el año pasado se ha visto un aumento significativo en el acceso al seguro de salud, es importante tener en cuenta nuestra historia reciente para observar la gran brecha existente para quienes tienen menos acceso a una atención médica adecuada. En julio del 2008, el WA Farmworker Housing Trust realizó una importante encuesta de los trabajadores agrícolas del Estado.² Entre otros algunos de los resultados:

- El 80% de los trabajadores encuestados no posee seguro de salud para sí mismo;
- El 67% no tiene seguro de salud para cualquier miembro de su familia; y
- 37% necesitó durante el último año, atención médica o dental.

En ese momento, el porcentaje de trabajadores agrícolas sin seguro de salud (80%) fue similar al encontrado en el año 2000 por la Comisión Kaiser, en su investigación sobre Medicaid y No Seguro (85%). Y fue significativamente mayor que el número de adultos de bajos ingresos a nivel nacional que no poseía seguro de salud (37%).

Afortunadamente, los proveedores de vivienda en el Estado de Washington han hecho progresos tangibles en la creación de viviendas asequibles de calidad para los trabajadores agrícolas y sus familias. La comunidad de viviendas de manera efectiva ha aprovechado las inversiones públicas y privadas como las hechas por la Comisión de Finanzas para Vivienda del Estado de Washington (WSHFC), el Departamento de Comercio de Washington (comercio), USDA Desarrollo Rural (RD) y otros recursos. Desde 1999, cuando la WSHFC en su proceso de asignación, dio prioridad a proyectos de vivienda de los trabajadores agrícolas, se han construido 1.652 unidades a través del programa de Crédito Fiscal para Viviendas de Bajos Ingresos (LIHTC).³ En ese mismo plazo, el Departamento de Comercio informó que ha gestionado \$ 103.9 millones en recursos estatales y federales orientados a viviendas para los trabajadores agrícolas. Estos fondos fueron aprobados para la construcción de 1.344 unidades habitacionales durante el año, muchos de los cuales también utilizan el programa LIHTC. Estas inversiones del Departamento de Comercio alcanzaron logros adicionales⁴ como:

- 9.244 camas para los trabajadores de temporada.
- 12.059 camas para pernoctar en de refugios de emergencias para trabajadores migrantes sin hogar.

Mientras que una vivienda constituye un recurso valioso en sí, proporciona además del servicio de ser habitado por sus residentes, un impacto adicional positivo y significativo, sobre todo en el área de salud. A modo de ejemplo, un proveedor de vivienda, líder en Washington, el Catholic Charities Housing Services (CCHS) de Yakima, por su dedicación y la creatividad en la recaudación consistente de fondos, están estableciendo nuevos estándares en la provisión de acceso a recursos para los residentes necesitados de vivienda. En las misma localidades en donde se brindan estos servicios, también se incluyen:

- | | |
|---|--|
| • Clases de nutrición | • Entrenamiento en Pesticidas |
| • Ferias de Salud | • Odontología |
| • Inscripción para los Cuidados de la Salud | • Asesoramiento en Violencia Doméstica |

Han demostrado ser invaluable sus colaboraciones con otros proveedores locales como: Yakima Neighborhood Health Services, Yakima Valley Farmworkers Clinic y otros más.⁵

Otra de las herramientas para mejorar la calidad de vivienda de los trabajadores agrícolas, y por extensión, su salud y la de sus familias; ha sido la creación de una normativa en torno a la solución habitacional para el trabajador de temporada, Temporary Worker Housing Standard ⁶ administrado por el Departamento de Salud del Estado de Washington. Esta normativa fue aprobada en 1999 por la Legislatura de Washington, y fue el resultado de un importante esfuerzo entre los empresarios agrícolas, defensores del trabajador agrícola, proveedores de vivienda, agencias públicas y otras partes interesadas en crear requisitos mínimos de salud y seguridad para en las viviendas de los trabajadores agrícolas de temporada. El resultado ha sido consistente con las expectativas de los empleadores, proveedores de vivienda y reguladores responsables por la construcción y operatividad de la vivienda de los trabajadores agrícolas estacionales o de temporada.

Si bien aún quedan muchos retos, la creación de viviendas asequibles y la provisión de recursos para vincular a los residentes con los servicios, ha demostrado ser una combinación ganadora para hacer frente a las necesidades de vivienda y de salud, de nuestra valiosa población de trabajadores agrícolas.

- 1 . How Housing Matters: Poor Quality Housing is Tied to Children's Emotional and Behavioral Problems, MacArthur Foundation, macfound.org/HousingMatters, September, 2013.
- 2 . A Sustainable Bounty: Investing in our Agricultural Future, Washington State Farmworker Housing Trust, 2008
- 3 . Margret Graham (WSHFC), interview on May 29, 2014 Farmworker Housing, Department of Commerce, 2013 (www.comerce.wa.gov)
- 4 . Anna Green (CCHS of Yakima), interview on May 29, 2014
- 5 . Washington Administrative Code (WAC) 246-359





Los Curanderos y la Etno-Medicina en el Estado de Washington

Brian McNeill, PhD
Jorge Chacon, PsyD

Contrario a la noción usada en la introducción de casi todos los libros de Psicología, la práctica aplicada de la psicología no nació con el trabajo de Freud. En todas las civilizaciones, ya sean curanderos tradicionales o indígenas han existido y usado la medicina física/psicológica/espiritual. De la misma manera, en cada barrio o colonia mexicana existe alguien que conoce a un curandero o curandera. El Curanderismo es una práctica de sanación tradicional Mexicana que representa una fusión mestiza o nacida de creencias Judeo-Cristianas, símbolos, y rituales junto con el conocimiento indígenas de las hierbas y de prácticas de salud. Se cree que el curandero tiene poderes sobrenaturales o puede acceder a estos poderes, y sus habilidades son percibidas como un don o un regalo de Dios. Los Curanderos tratan una variedad de malestares físicos y problemas sociales.

Como latinas/os de origen mexicano, nuestro conocimiento de la práctica del curanderismo puede variar con nuestra educación, grado de aculturación y/o la identidad étnica, la clase social, y la ubicación geográfica. Como notan Harris, Velásquez, Blanco, y Rentería (2004), un/a Chicano/a de cuarta o quinta generación no puede poseer un conocimiento completo de curanderismo, pero puede tener conocimiento de las creencias más sobresalientes de su familia de origen y las adquiridas a través del proceso de socialización. De hecho, es raro que la mayoría de los México-Estadounidenses no practiquen algún aspecto de curanderismo, ya sea el uso de té, hierbas o remedios para padecimientos físicos,

mentales o espirituales (Harris, et. Al, 2004). Los estudios epidemiológicos sobre la utilización del curandero indican una amplia gama de uso, que varía de 1% a 54% dependiendo de la muestra y el estudio (pe, Mayers, 1989). Sin embargo, en mis viajes e investigaciones sobre el curanderismo, he encontrado que asistir a una consulta con un curandero no es siempre una respuesta socialmente deseable. Por ejemplo, durante un viaje a México, mis anfitriones, dos profesores de la Universidad Nacional Autónoma de México me miraban con perplejo cuando pregunté sobre los curanderos de la zona. Recibí respuestas y negaciones similares de otro personal universitario acerca del curanderismo. Sin embargo, cuando le pregunté a la señora que cuidaba de la casa en donde encontrar un curandero, ella respondió "...puede encontrar uno en 15 minutos!..." Más tarde, mis anfitriones admitieron que cuando parecía que nada estaba funcionando con un hijo enfermo, llamaron a la abuelita y un curandero fue contratado para una consulta, y tuvo éxito. En consecuencia, como profesionales de la salud que trabajan con la población Latina, tenemos que entender no sólo el papel y las funciones de los curanderos tradicionales y sus métodos, sino también entender por qué sus métodos funcionan, y que tan diferente pueden ellos ser de los procedimientos y rituales que empleamos como profesionales de la salud mental.

El curandero es típicamente una persona conocida en la comunidad que comparte las experiencias de sus clientes, localización geográfica, nivel socioeconómico, clase, idioma, religión y creencias sobre las causas de la patología

(Trotter y Chavira, 1997). Es esta visión del mundo compartida entre el paciente y el sanador que explica por qué los mexicano-estadounidenses buscan la ayuda de curanderos y por qué estos son eficaces (McNeill y Cervantes, 2008). Por lo tanto, los curanderos son respetados en su papel de sanadores y consejeros espirituales, y por su larga formación y educación, rituales y prácticas en ambas creencias tanto indígenas como religiosas. Como resultado, el curandero es a menudo la primera persona a quien el individuo acude cuando se tiene la necesidad, antes de buscar tratamiento con un médico o un psicólogo, o cuando los intentos con los tratamientos convencionales fracasan (Harris et al., 2004). Las personas que son indocumentados o carecen de seguro de salud también suelen acudir primero al curandero.

Los curanderos toman una orientación integral, valorando las buenas relaciones entre los entornos físicos y sociales, así como lo sobrenatural. De acuerdo con Ramírez (1998), las actividades curativas normalmente se dividen en cuatro categorías que incluyen:

1. Confesión, la expiación, y la absolución para liberar al cuerpo del pecado y de la culpa que pueden causar enfermedades e inadaptación. La curación se produce a través de la oración, o en limpiezas (limpiezas espirituales / ritual) en la que el cuerpo puede ser rociado con agua bendita o rodeada con el incienso copal.
2. Restauración del equilibrio, la integridad, y la armonía a través de auto-control. La enfermedad y la inadaptación son percibidas como faltas del control de sí mismo. La persona se permite sentimientos o emociones sin control, y es visto como estar fuera de equilibrio, o su espíritu puede estar fragmentado. Rituales curativos pueden consistir en liberar el cuerpo de los elementos negativos o confrontar al espíritu maligno que ha poseído a la persona o tomado su alma.
3. La participación de la familia y la comunidad en el tratamiento se produce porque los miembros de la familia y amigos cercanos pueden acompañar al paciente a la casa del curandero y hacer un compromiso para apoyar la reintegración de él o ella en la familia, comunidad y cultura. De esta manera, la integridad y la armonía de la familia y de la comunidad se restauran.
4. La comunicación con lo sobrenatural separa al curandero de los demás, ya que se cree que son capaces de comunicarse con el mundo espiritual directamente o facilitar la comunicación entre la persona que necesita ayuda y el mundo sobrenatural.

Del mismo modo, Trotter y Chavira (1997) describen las actividades de los curanderos en el sur de Texas en términos de los tres niveles de tratamiento que incluyen el nivel material, el nivel espiritual, y el nivel mental.

Los curanderos diagnostican, y tratan en el ámbito de sus competencias, refiriéndose a otros (por ejemplo, un médico) cuando es necesario. Hay varios tipos y áreas de especialidad de los curanderos incluyendo parteras (o comadronas), sobadores (que tratan los esguinces musculares), y yerberos (o herbolarios). Harris et al. (2004) señalan que la curación espiritual, masajes, té, y la oración son prescritos por los curanderos para remediar condiciones emocionales o síndromes culturales como el susto (miedo extremo), mal puesto (maleficios), mal de ojo (el mal de ojo), y envidia (o celos extremos). Curanderos profesionales también se ocupan de las dolencias físicas (por ejemplo, la diabetes), problemas sociales (por ejemplo, los conflictos maritales, interrupciones de la familia), trastornos psicológicos (por ejemplo, depresión), el cambio de fortuna en el amor, los negocios o la vida familiar, y la eliminación o la protección contra infortunio o enfermedad (Trotter y Chavira, 1997; Ortiz, Davis, y McNeill, 2008).

¿Por qué el curandero es a menudo eficaz? En 1972, E. Fuller Torrey publicó por primera vez *The Mind Game* (1983), en el que describe el curanderismo en California, así como las tradiciones curativas de otras culturas como Etiopía y Borneo. Él llegó a la conclusión de que las diferencias entre los psiquiatras y los llamados "brujos" pueden no ser tan grandes, citando componentes comunes en todas las tradiciones curativas. Estos componentes incluyen una visión del mundo compartida, las cualidades personales del terapeuta, las expectativas del paciente, y el uso de técnicas. Durante varios años, Frank y Frank (1991) han argumentado que todas las prácticas de curación cuentan con (1) una relación confiada y emocionalmente cargada con un curandero, (2) un contexto de curación en la que el terapeuta tiene el poder y la experiencia para ayudar, y un papel socialmente aceptado para prestar estos servicios, (3) una justificación o esquema conceptual para explicar los problemas, y (4) un ritual o procedimiento de acuerdo con el tratamiento. Fischer, Jome, y Atkinson (1998) revisa la evidencia que apoya lo que ellos denominan "condiciones curativas universales" en un contexto cultural específico que incluye la relación terapéutica, una visión del mundo compartida, las expectativas del cliente, y un ritual o una intervención. Una investigación reciente de los factores comunes asociados con la eficacia de la psicoterapia por Wampold (2001a, 2001b) apoya la opinión de que todas las tradiciones curativas comparten factores comunes responsables de la eficacia. En su impresionante revisión y análisis de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia, Wampold (2001b) presenta un fuerte caso empírico de la falta de evidencia que apoya el modelo médico de psicoterapia donde los tratamientos terapéuticos específicos o "ingredientes" (por ejemplo, tratamientos con apoyo empírico) son los principales responsables de la eficacia de la psicoterapia. En este sentido, El curanderismo se

puede considerar como lo que la Asociación Americana de Psicología llama "Práctica de la Psicología Basada en Evidencia". Tal vez por estas razones, el curanderismo sigue sobreviviendo y cumpliendo una función vital en las comunidades México-Americanas.

En consecuencia, como profesionales, es vital que no nos involucremos en lo que Torrey (1983) define como "Imperialismo Psiquiátrico" en donde se supone que nuestros enfoques terapéuticos occidentales contemporáneos son buenos, y lo que no se sabe o no se entiende, o lo que es diferente a nosotros es, por consecuencia, deficiente. Tenemos que abrir nuestra mente y con ello, apreciar y comprender por qué nuestra gente acude primero a un curandero o sacerdote cuando tienen la necesidad, y que la consulta con un sanador tradicional puede ser la mejor decisión terapéutica.

En el Estado de Washington hay varios tipos de curanderos tradicionales (incluyendo los nativos americanos) quienes poseen el conocimiento y experiencia en manejar diversas enfermedades. Muchos han sido invitados a dar charlas sobre curanderismo en la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, así como en el UC Davis de California. Estos son considerados como prestigiosos institutos de alta educación y ellos reconocen el valor del curanderismo y los curanderos nativos americanos.

Investigaciones en las áreas de Etno-Biología y Etno-edición se ha incrementado en los últimos 10 años. Las plantas medicinales se catalogan, protegen y se usan. El número de estudios publicados ha aumentado tremendamente y las tres sociedades científicas internacionales involucradas en esta área (Society for Economic Botany; International Society of Ethnobiology y la International Society of Ethnopharmacology) han despertado gran interés y su membresía ha aumentado. Esta son las numerosas maneras de conectarse con la Etno-Medicina. En Junio del 2004 en el Reino Unido, por primera vez estas tres sociedades realizaron conjuntamente su primer encuentro científico en un intento de promocionar una integración en este campo.

Se ha incrementado el interés por el conocimiento indígena y el folklore por parte de la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, así como de otras organizaciones internacionales. Este interés se basa en el recientemente respeto y apreciación al conocimiento y prácticas indígenas que han impactado profundamente los campos de la Etno-Biología, Etno-Medicina, Protección de la Bio-Diversidad y Cuidados de Salud. Finalmente cada vez se afianza la idea en que es necesario investigar, comprender y usar el conocimiento tanto indígena como local para con ello optimizar la vivencia humana.

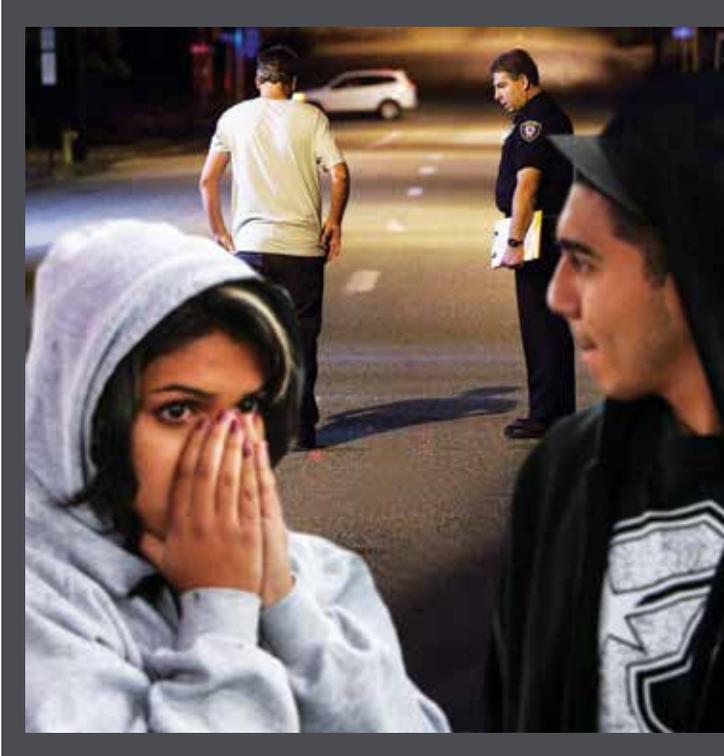
No obstante, aun habiendo un incremento en esta necesidad de conocer mas, en general, los proveedores de cuidados de salud consideran que la Bio-Medicina se basa en la superstición y un sistema cultural de creencias. Un Curandero/a eficiente debe valorar la capacidad de curar y la vida; aprende bajo condiciones rigurosas, incluso algunos tienen acceso al mundo espiritual, están familiarizados con la anatomía humana, la psicología de la vida, entiende sobre las enfermedades, usa hierbas y recursos locales y con frecuencia ve o siente lo que otros no pueden ver o sentir.

Chicanas y chicanos están volviendo cada vez más a sus raíces culturales que incluyen las influencias indígenas, las prácticas, y la conciencia que a menudo se ha ocultado, reprimida interna y externamente, o vista como algo primitivo. Para muchos, estas tradiciones no se han perdido y proporcionan fuerza, resistencia y comodidad en los tiempos difíciles y en las transiciones de la vida. Tendencias similares también son evidentes en el resurgimiento de otras tradiciones latinas espirituales y curativas tales como la santería y el espiritismo en las comunidades Cubano-Americana y Puertorriqueña, respectivamente. Como los practicantes de la santería dicen...

...Hay Muchos Caminos.

REFERENCIAS/LECTURAS ADICIONALES

- Fischer, A. R., Jome, L. M., & Atkinson, D.R. (1998). Reconceptualizing multicultural counseling: Universal healing conditions in a culturally specific context. *Journal of Counseling Psychology, 26*, 525-588.
- Harris, M., Velásquez, R.J., White, J. & Renteria, T. (2004). Folk Healing and Curanderismo within the contemporary Chicana/o community: Current status. In R.J. Velásquez, L.M. Arellano, and B.W. McNeill (Eds.). *The handbook of Chicana/o psychology and mental health*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kiev, A. (1968). *Curanderismo: Mexican-American folk psychiatry*. New York: Free Press.
- Mayers, R. S. (1989). Use of folk medicine by elderly Mexican-American women. *Journal of Drug Issues, 19*, 283-295.
- McNeill, B. W. & Cervantes, J. M. (2008). Counselors and Curandero/as: Parallels in the healing process. In B. W. McNeill & J. M. Cervantes (Eds.). *Latina/o healing practices: Mestizo and Indigenous perspectives*. New York: Routledge.
- Ortiz, F. A., Davis, K. G., & McNeill, B. W. (2008). Curanderismo: Religious and spiritual worldviews and Indigenous healing traditions. In B. W. McNeill & J. M. Cervantes (Eds.). *Latina/o healing practices: Mestizo and Indigenous perspectives*. New York: Routledge.
- Ramirez, M. (1998). *Multicultural/multiracial Psychology: Mestizo perspectives in personality and mental health*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Torrey, E.F. (1983). *The mind game: Witchdoctors and psychiatrists*. New York: Jason Aronson.
- Trotter, R.T., & Chavira, J.A., (1984). *Curanderismo: Mexican-American folk healing (2nd Ed.)*. Athens: University of Georgia Press.
- Wampold, B. E. (2001a). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied & Preventive Psychology, 10*, 69-86.
- Wampold, B. E. (2001b). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.



Latinos, Justicia Penal y Salud

David Morales, JD

Los latinos están sobrerrepresentados en todos los niveles del sistema de justicia penal.¹ Todo ello resultado de las desigualdades en: oportunidades económicas, actuación policial, idoneidad de la representación legal, la representatividad de los jurados, condenas y sentencias sesgadas para los acusados latinos, todo ello haciendo que los latinos tengan doble probabilidad de ser encarcelados que los blancos no hispanos. Durante todo el proceso, a los latinos no se les apoya con el adecuado servicio lingüístico o con personal culturalmente competente con los cuales puedan trabajar. Estudios indican que los latinos confían poco en la imparcialidad del sistema de justicia penal y se sienten altamente expuestos al mismo. Y esta percepción no es al azar, es una reacción lógica ante un sistema que claramente no funciona para los Latinos.

Un alto porcentaje de Latinos sometidos al sistema de justicia necesitan programas de abuso mental y/o drogas. Garantizarles acceso a programas de abuso mental/drogas es un desafío persistente. Aun más, hay clara necesidad de programas efectivos de esparcimiento que confronten las complejas realidades asociadas con los delitos de droga. A nivel institucional, es importante que a los encarcelados se les dé la oportunidad de dejar atrás su pasado, y obtengan la ayuda que no pudieron tener en su vida previa. Por último, estudios demuestran que la tasa de reincidencia está altamente influida, si estos tratamientos existían cuando el recluso es puesto en libertad o libertad condicional.²

Hay programas en este Estado que están ayudando a satisfacer esta necesidad. En el condado King un programa llamado Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD) fue creado para llenar algunas de estas necesidades, es una coalición de defensa legal entre la policía y otros grupos de la comunidad. Como una alternativa a la persecución y tiempo en la cárcel, el programa canaliza a los infractores en prostitución y uso limitado de drogas, a los centros de tratamiento y apoyo basado en la comunidad. Los individuos que participan en este programa trabajarán con un administrador del caso para desarrollar un plan que aborde la drogadicción del individuo para su tratamiento a largo plazo incluyendo capacitación laboral. Aunque todavía no se han publicado estudios que evalúan la efectividad de estos programas, los programas de esparcimiento en general han mostrado reducir dramáticamente las probabilidades de los infractores a cometer un delito similar.³ Este programa es uno de los primeros en su tipo en el país y un modelo de lo que se puede hacer en el resto del Estado de Washington. Acceso a este tipo de programas debería ser una prioridad para la legislatura estatal.

Es importante asegurar que las personas que son adictas a las drogas o tengan problemas de salud mental, reciban el nivel de apoyo apropiado durante el tiem-

po que bajo la supervisión del Estado. Prisioneros con problemas mentales son quienes más citan, cometen más suicidios y son más costosos en las prisiones de Washington.⁴ Ellos constituyen entre el 20% y 30% de la población penal del Estado.⁵ El acceso a tratamiento para estos individuos puede variar. Aunque el Departamento de Corrección cuenta con políticas uniformes en torno al cuidado de la salud, hay grandes variaciones entre los diferentes sistemas carcelarios del Estado.⁶ Aún más, tratamiento en instituciones diseñadas para pacientes con problemas mentales se limita sólo a enfermos mentales graves.⁷ Del mismo modo, las personas necesitadas de tratamiento contra la drogadicción, constituyen un porcentaje desproporcionado, casi la mitad de la población carcelaria.⁸ Los estudios han demostrado que tratamientos para la drogadicción durante la estadía del prisionero en el centro carcelario, a la larga ahorra dinero al Estado por reducir la reincidencia.⁹ Estos tratamientos en la cárcel, han demostrado ser beneficiosos en vez de esperar a que el individuo sea liberado y acceder a ellos en la comunidad, no obstante ambos aportan beneficios netos al Estado.¹⁰ El Estado debe continuar apoyando los programas de drogas dentro del contexto penitenciario. Una mejora podría ser el asegurar que un despistaje de drogas sea realizado en la fase temprana del proceso de justicia penal antes de que el individuo sea pasado al Departamento de Corrección.¹¹ Para proporcionar un efectivo tratamiento de la salud mental, es clave que todas las personas necesitadas de tratamiento tengan acceso a él, y no solo los gravemente enfermos. Además, el Estado debe trabajar con el departamento del Jefe de policía de los Condados para con ello estandarizar en las cárceles locales, el tratamiento para las personas con enfermedades mentales.

Muchos individuos necesitados de servicios de salud mental y tratamiento para la drogadicción, se alienan u olvidan, y no reciben atención continua luego de ser puestos en libertad. Existe un desafío permanente en torno a la prestación cuidados de salud, una vez la persona es liberada de la cárcel. Entre el 70% y 90% de las personas liberadas de las prisiones y cárceles carecen de seguro de salud.¹² La intención del Estado en expandir la cobertura del Medicaid, tiene el potencial en el largo plazo de ahorrar costos significativos, incorporando a las personas al programa, una vez sean elegibles.¹³ En este punto, el Departamento de Corrección de Washington identifica a las personas que están prontas a ser puestas en libertad, y les informa acerca de su derecho comprar cuidados de salud, con el apoyo

del Exchange o un Seguro de salud con el apoyo del gobierno. Si bien el Departamento de Corrección está tomando medidas para inscribir personas en Medicaid, sólo algunas de las cárceles del condado en el Estado de Washington está tomando los pasos para ello. El mayor problema radica en conseguir un seguro privado para las personas que no califican para Medicaid, el reglas del mercado no permiten que las personas se inscriben mientras están encarceladas, por lo que a menudo no tienen tratamiento médico cuando salen de la cárcel. Este es un problema que puede ser solventado a través de la acción legislativa, la cual permite a los individuos encarcelados dentro de un corto período de tiempo a su liberación de inscribirse en el seguro.

Los Latinos pueden obtener mejoras para acceder a cuidados de salud en el sistema de justicia penal. Programas de esparcimiento sería una de las formas que pudiera minimizar entre muchas otras las desigualdades en el sistema de justicia, y también ahorraría costos al Estado. Tratamientos eficaces en la cárcel, puede hacer una gran diferencia para las personas que necesitan servicios de salud mental y aquellos que luchan contra las drogadicción. Para asegurar que los esfuerzos realizados en la cárcel no se pierdan, se deben proveer cuidados de salud posterior a la puesta en libertad. La Ley de Asistencia de Salud Asequible ha proporcionado al Estado de Washington, nuevas herramientas con las cuales hacer frente a un viejo problema. Si el Estado toma todas ventajas ofrecidas por ACA, grandes cantidades de recursos gastados en encarcelar a individuos, podrían ser usados en acciones dirigidas a la atención continua de los internos una vez puestos en libertad.

REFERENCIAS

1. See Preliminary Report on Race and Washington's Criminal Justice System 9 (Task Force on Race and the Criminal Justice System 2011).
2. Research has shown that 65 percent of incarcerated persons meet the criteria for alcohol or drug abuse. http://sentencingproject.org/doc/publications/inc-Affordable_Care_Act.pdf
3. http://www.justicepolicy.org/uploads/justicepolicy/documents/04-01_rep_mdtreatmentorincarceration_ac-dp.pdf
4. <http://tacreports.org/storage/documents/treatment-behind-bars/treat-ment-behind-bars.pdf>
5. Id.
6. Id.
7. http://csgjusticecenter.org/documents/0000/1498/Implementing_EBPs_-_Seidlitz.pdf
8. http://csgjusticecenter.org/documents/0000/1498/Implementing_EBPs_-_Seidlitz.pdf
9. http://csgjusticecenter.org/documents/0000/1498/Implementing_EBPs_-_Seidlitz.pdf
10. http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1112/Wsipp_Chemical-Dependency-Treatment-for-Offenders-A-Review-of-the-Evidence-and-Benefit-Cost-Findings_Full-Report.pdf
11. <http://www.doc.wa.gov/family/offenderlife/substanceabuse.asp>
12. <http://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2013/12/ACA-Medicaid-Expansion-Policy-Brief.pdf>
13. <http://www.dshs.wa.gov/pdf/ms/rda/research/4/84.pdf>



Cobertura Salud para Inmigrantes posterior a Ley Asistencia Asequible: Asunto Inconcluso...

Janet Varon; Fundador y Director Ejecutivo
Del Northwest Health Law Advocates

Jorge Baron; Director Ejecutivo
Northwest Immigrant Rights Project (NWRP)

Aunque en 2010, la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible, por sus siglas en Inglés ACA, ofrece nuevas oportunidades para la salud de los habitantes de Washington, ella no cubre las necesidades de todos los inmigrantes. Hay muchos inmigrantes que no pueden obtener un seguro de costo asequible, y hay otros quienes tienen que pagar la cobertura y el cuidado, aun teniendo bajos ingresos.

Para cuales Programas de Salud Pública son Elegibles los Inmigrantes?

Para la terminología de cobertura de seguros de salud, existen tres categorías de inmigrantes

- Ciudadanos y Nacionales
- Inmigrantes con "Permanencia Legal"
- Inmigrantes No Documentados (Permanencia Ilegal)

Ciudadanos y Nacionales incluye a todos los ciudadanos americanos por nacimiento o naturalización; así como niños ciudadanos, nacidos de padres no ciudadanos. Dependiendo de sus ingresos, ellos pueden ser elegible en su totalidad para Medicaid o tener una cobertura subsidiada en los Qualified Health Plans, por sus siglas en inglés QHP. Estos QHP son planes de seguro privados vendidos al Washington Health Benefit Exchange. Actualmente en Washington, los hogares con ingresos por debajo del 138% del Nivel Federal de Pobreza, por sus siglas en inglés FPL pueden calificar para Medicaid (recientemente llamado "Apple Health"). Hogares con ingresos por encima de ese FPL pueden obtener deducciones en sus impuestos cuan-

do sus ingresos están por debajo 400% FPL; y deducciones de gasto-compartido si sus ingresos están por debajo del 250% FPL. Tanto niños y mujeres embarazadas, en hogares con ingresos superiores, siguen siendo elegibles para el Apple Health.

Inmigrantes con Permanencia Legal, en el Apple Health, para efectos de elegibilidad hay dos tipos de inmigrantes: "Calificados" y "No Calificados". En los Calificados están incluidos: Residentes Permanentes Legales (por sus siglas en inglés LPR o también se les define como "Poseedores de la Carta Verde"; refugiados; personas a quienes se les han otorgado asilo; y a ciertas otros. Inmigrantes Calificados con ingresos por debajo de 138% FPL son elegibles para una cobertura total en Apple Health, ello con algunas restricciones como la espera de 5 años para los LPR (exceptuando a las mujeres embarazadas y menores descritos por debajo de 19 años). La Tabla 1 da detalles sobre quiénes son los inmigrantes que pueden calificar para el Apple Health de Washington y otros programas.

Inmigrantes No Calificados incluye entre otros, ciertas personas con solicitudes de inmigración pendientes, personas en situación temporal, y ciudadanos de la Isla Marshall. (Ver Tabla 1 para detalles). Estos Inmigrantes no son elegibles para el Apple Health en toda su extensión (exceptuando mujeres embarazadas y menores descritos por debajo de 19 años, o personas con algún tipo de incapacidad). Los Inmigrantes No Calificados, cuyo hogar tengan un ingreso por debajo del 138% FPL puede obtener Apple Health limitado, en el caso de necesitar tratamiento para una condición de emergencia, cáncer o diálisis renal.

Los Inmigrantes No Calificados (ya definidos), quienes se encuentren en la espera LPR de 5 años, y cuyo hogar tenga ingresos sobre 138FPL, pueden inscribirse en QPH y recibir un crédito especial en sus impuestos y reducciones por gasto compartido dependiendo de los ingresos mencionados anteriormente.

A los ciudadanos americanos e inmigrantes en situación legal, se les exige estar cubierto por un seguro de salud bajo el mandato individual del ACA, y pudiera serles requerido el pago de una multa (algunas excepciones pueden aplicar) En el 2014 esta multa fue de \$95 o el 1% del ingreso familiar anual, escogiéndose el más alto, y esta cantidad incrementa anualmente.

Inmigrantes indocumentados, incluyendo los Soñadores (Dreamers) quienes están temporalmente autorizados a permanecer en los Estados Unidos por el Programa Deferred Action for Childhood Arrivals, por sus siglas en inglés DACA, son elegibles para un Apple Health limitado solo en condiciones de emergencia, cáncer y diálisis renal. No se les permite compra seguro QHP en Exchange, por lo que no pueden obtener créditos especiales en sus impuestos o deducciones por gasto compartido. Están exceptuados del mandato individual. Niños indocumentados y mujeres embarazadas son elegibles para el Apple Health, si los ingresos familiares están por debajo de ciertos límites.

La sola manera para que inmigrante no documentado obtenga cobertura de seguro, es comprándolo por su costo total, fuera del Exchange. Para ellos no hay subsidios, ni siquiera tratándose de un hogar con bajos ingresos. Resultando con ello que una cobertura de seguro sea prohibidamente costosa para los hogares de bajos ingresos.

Cuales Causas impiden al Inmigrante obtener Cobertura de Salud?

Para muchos inmigrantes, tener un cuidado de salud asequible todavía sigue siendo irrealizable. Y las tres razones mas importantes para ello son:

- Los individuos no documentados, incluyendo los soñadores quienes han sido aprobados por DACA, están excluidos por ley federal del Medicaid, así como de los subsidios que permiten la obtención de una cobertura más favorable.
- Aquellas personas excluidas del Medicaid por su situación migratoria, pero elegibles para subsidios del QHP; todavía siguen teniendo dificultades en el pago de primas, deducibles, costo compartido y co-pago.
- Inmigrantes de hogares en "situación mixta" se enfrentan a barreras en la aplicación de cobertura. En estos hogares viven individuos de diferentes nacionalidades y/o situaciones migratorias y/o de documentos.

Como pueden solucionarse estas situaciones

Es imperativo proveer cuidados de salud a todos los residentes del Estado de Washington. Se sugiere la siguiente agenda para enfocar las necesidades de cuidado de salud de los inmigrantes.

- **Una Legislatura que disminuya la brecha en el acceso a cuidados de salud para los inmigrantes documentados e indocumentados.** Nuestro Estado posee el programa Apple Health para los niños sin importar su situación migratoria. Este modelo debe ser expandido a los adultos. California implementó recientemente una ley que hace exactamente esto, creando un programa subvencionado por el Estado y que es exactamente igual para los inmigrantes quienes por restricciones del gobierno federal, no califican para subsidios que les permitan inscribirse en Medicaid o QHP.
- **Una Legislación que adopte el "Federal Basic Health Option" por su siglas en inglés FBHO.** El Estado debería adoptar esta nueva opción bajo el ACA, para asegurar que los inmigrantes tengan una cobertura asequible y así evitar el descalabro. Una cobertura más asequible del FBHO, permitiría tanto a los inmigrantes de bajos recursos como a otros trabajadores con salarios bajos en obtener planes que no implique grandes desembolsos de dinero en el Exchange, como lo son los altos deducibles, lo que llevaría a prescindir del servicio o terminar con un montón de facturas imposibles de pagar, haciendo que el proveedor sea quien asuma las consecuencias. FBHO ofrece un producto de gran valor. Bajo esta opción, similar al antes llamado Programa Básico de Salud de Washington, el Estado al igual que el Exchange, negocia para los inscritos costos más bajos, mejores beneficios y con ello cada vez un mayor acceso a los cuidados de salud. De esta forma el Estado podría recibir fondos créditos de los impuestos federales para cubrir los costos de los inmigrantes legales y con los fondos provenientes del Estado apoyar a los otros.
- **Eliminar las Barreras que impiden obtener las Coberturas** Los inmigrantes reportan un número de razones por las cuales no han inscrito a los miembros de sus familias en el Apple Health y el QHP. Entre otras están: temor a la policía migratoria (esto en torno a los inmigrantes en cuyos hogares hay miembros con diferentes estatus); temor que su situación migratoria sea afectada por solicitar la inscripción; así como lo complicado del proceso de solicitud de inscripción (incluyendo fallas en el Website del Washington Healthplanfinder); analfabetismo digital, barreras lingüísticas. Adicionalmente algunos miembros de la comunidad inmigrante pueden confundirse acerca de la elegibilidad de algún miembro de la familia simplemente porque uno de los

padres u otro miembro de la familia es indocumentado. La aplicación web del Healthplanfinder todavía no ha sido traducida aparte del español, a ningún otro idioma. El Health Benefit Exchange y el Health Care Authority deberían priorizar el sistema de solución de problemas, enfocándose en la fallas del sistema y simplificando el proceso de solicitud para los inmigrantes. Adicionalmente el Exchange debería proveer suficiente recursos para dar asistencia personal a los inmigrantes que solicitan cobertura. Esta asistencia debe ser prestada por recursos en quienes confíe la comunidad inmigrante, y quienes le aseguren no compartir la información del interesado con las agencias de inmigración.

Adicionalmente, El Exchange debe mejorar el proceso de acceso a las solicitudes, enrollamiento y renovación para personas con limitaciones en el manejo del idioma inglés. Se necesita un completo Plan de Acceso al Lenguaje por sus siglas en inglés LSP, para solucionar las deficiencias más sobresalientes. Exchange recientemente propuso un esperado plan, a ser examinado por su Health Equity Technical Advisory Committee. El propósito de un LAP es promover una comunicación

efectiva entre el Exchange y aquellos individuos con limitaciones en el inglés, para con ello eliminar o reducir la barrera del manejo del inglés en el acceso a una cobertura de cuidado de salud.

La Ley de la Asistencia Asequible es un importante paso para ayudar a un gran número de los habitantes de Washington en obtener mayor acceso a cuidados de salud. No obstante, desafortunadamente la ley restringe a muchos miembros de la comunidad por su condición migratoria en recibir algunos o si no todos los beneficios del ACA. Esfuerzos para estrechar esta brecha deben ser hechos y con ello asegurarse que todos los habitantes de Washington tengan acceso a una cobertura de seguros de calidad y asequible. Todos en el Estado se beneficiarían por estos esfuerzos al asegurar que todos los habitantes de Washington estén cubiertos.

1. Jessica Stephens and Samantha Artiga, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, Key Facts on Health Coverage for Low-Income Immigrants Today and Under the Affordable Care Act (March 2013), accessed 6/21/14 at <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/03/8279-02.pdf>, cit-ing Gomez, D., Day, L., and S. Artiga, "Connecting Eligible Immigrant Families to Health Coverage and Care: Key Lessons from Outreach and Enrollment Workers," KCMU, October 2011.

TABLA 1
Carta de Elegibilidad para Inmigración y Ciudadanía

Programa	Ciudadano o Nacional	Residentes Permanentes Legales (19 años o má}	Residentes Permanentes Legales (Menores 19 año}	Refugiados, Asilados, Otras Víctimas Humanitarias Entrando	Inmigrantes presentes Legales	Inmigrantes No Documentados
Seguros de Salud Reducciones en Impuesto Especial Crédito & Costo Compartido	✓	✓	✓	✓	✓	—
Washington Apple Health Adultos (19-64)	✓	✓ ²	NA	✓	—	—
Washington Apple Health Embarazadas (19-64)	✓	✓	NA	✓	✓	✓ ⁴
Washington Apple Health Niños/Jóvenes (1-18)	✓	NA	✓	✓	✓	✓ ⁴
Emergencia Médica Para extranjeros	—	✓ ⁵	—	—	✓	✓ ⁴

✓ Elegible — No Elegible NA No Aplica

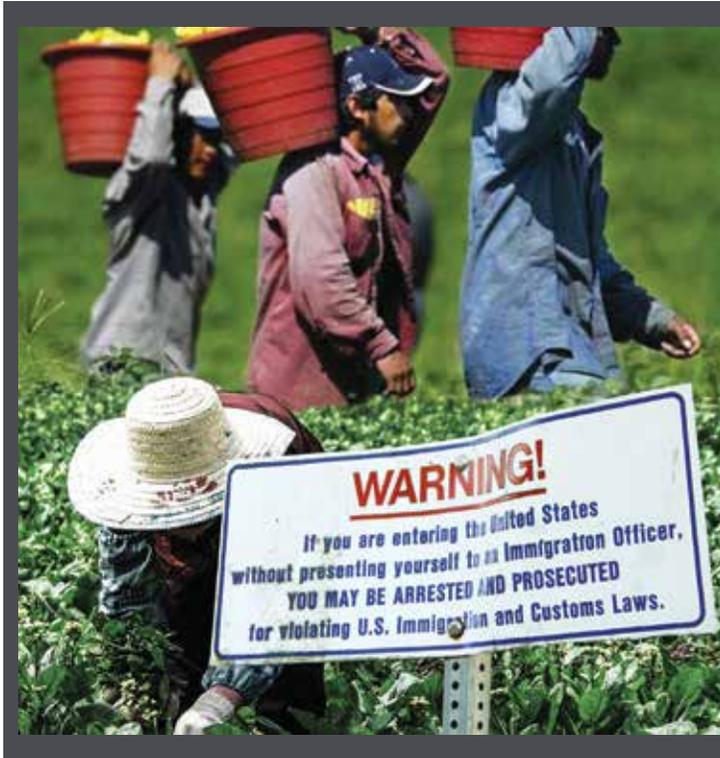
1. Para su elegibilidad en el Medicaid, los Refugiados y Asilados son exceptuados del período de espera federal de los 5 años. Otras personas entrantes por razones humanitarias también están exceptas incluyendo: Víctimas del tráfico humano y sus familias, Entrantes Cubanos y Haitianos, Personas a quienes se les ha quitado una orden de Deportación/Salida, Inmigrantes especiales provenientes de Iraq y Afganistán, algunos Inmigrantes maltratados o provenientes de Laos o miembros de las tribus Hmong. Excepciones para estos grupos están sujetas a la verificación de su elegibilidad para el estatus de inmigrantes, el cual es validado por información del Federal Data Services Hub en interconexión con la solicitud del Washington Healthplanfinder. Nótese que los militares/veteranos en servicio activo y sus familias también están exceptos del período de espera federal de los 5 años (inclusive aún sin estar amparados por la condición humanitaria)

2. Incluye un amplio rango de categorías de inmigrantes, incluyendo personas con solicitudes inmigración pendiente para asilo, adaptación, y otros tipos de socorro, personas con estatus temporal como los no inmigrantes y personas a quien se le ha otorgado estatus de protección temporal, ciudadanos de las Islas Marshall, Micronesia /Palau, y otras.

3. Ciertos adultos legalmente residentes permanentes quienes entraron en los Estados Unidos después de agosto 22, 1996 quienes deberían tener el estatus LRP por 5 años antes de ser elegibles (esto aplica primariamente a las personas quienes obtuvieron su estatus a través de una solicitud de visa introducida por un familiar o empleador (ver la nota 1 en donde se listan los grupos exceptuados de este requisito).Este período federal de 5 años de espera no aplica a las Mujeres Embarazadas dentro del Washington Apple Health.

4. El Programa Washington Apple Health es un "programa sombrilla" que acoge varios programas para poblaciones muy específicas. Es importante notar que algunos de estos programas son subvencionados en parte por el Gobierno Federal, y otros lo son solo por el Estado de Washington.

5. Adultos Residentes Legales que no estén encinta o quienes no hayan cumplido con el período de espera federal de los 5 años, serian elegibles para Emergencia Médica para Extranjeros. Después de haber completado el período de espera. El individuo ya no sería elegible para este programa sino que pasaría a ser elegible para el programa de adultos del Washington Apple Health.



El Migrante y su Salud

Seth Doyle,
Manager del Programa Mejora de Salud
Comunitaria del Northwest Regional
Primary Care Association (NWRPCA)

Washington es una de las regiones agrícolas más productivas y diversas del mundo. Cientos de diferentes cultivos se producen en este estado, y es líder en la producción de manzanas, peras, cerezas, patatas, cebollas, trigo y lúpulo entre otras muchas frutas, verduras, granos y materias primas. Hay 39.500 granjas y plantaciones dispersos en los Condados rurales del centro y este del Estado, teniendo gran impacto en su economía. En 2012, el valor de la producción agrícola del Estado alcanzó un máximo histórico de \$ 9890 millones.¹

Los trabajadores agrícolas son claves para el florecimiento económico y la industria agrícola del Estado, sin embargo, es uno de los segmentos más vulnerables y carentes de servicios médicos en el Estado. En Washington y durante el 2012, los Centros de Salud Comunitarios o Centros de Salud Calificados Federalmente (CHC) sirvieron a 93.799 trabajadores agrícolas.² Si bien esto constituye el mayor número de trabajadores agrícolas atendidos en un solo Estado después de California, todavía es sólo una fracción de la población estimada. La prestación de cuidados de salud para los trabajadores agrícolas y sus familias constituye un importante reto, pues ellos se enfrentan a una serie de barreras al tratar de acceder a los cuidados de salud, entre ellas la pobreza extrema, la falta de familiaridad con la cultura y el idioma, la movilidad frecuente, así como la forma/estilo de trabajo y vida que deben llevar. Por otra parte, debido a la naturaleza de su trabajo, los

trabajadores agrícolas se ven desproporcionadamente afectados por los peligros ambientales y ocupacionales, incluyendo la exposición a plaguicidas, lesiones no intencionales, y el impacto del calor que puede producir enfermedades y muertes. Los trabajadores agrícolas también son más propensos a sufrir de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades infecciosas como la tuberculosis, problemas de drogadicción, así como de salud mental.

En el último medio siglo, la difícil situación de los trabajadores agrícolas ha sido bien documentada. En 1960, durante el Día de Acción de Gracias, se hizo la emisión del documental de Edward R. Murrow "Cosecha de la Vergüenza", esto marco un momento clave en la creación de mayor conciencia pública en cuanto a la vida de los trabajadores agrícolas. El documental mostró la explotación de los trabajadores agrícolas migrantes, su desdichada vida y las condiciones de trabajo que debían soportar. Los esfuerzos para hacer frente a estas duras condiciones llevaron a la aprobación en 1962 de la Ley de Salud para los Migrantes, lo que permitió establecer una infraestructura para la prestación de cuidados de salud para los trabajadores agrícolas. A lo largo de los años sesenta y las décadas siguientes, la organización laboral Unión de Campesinos (UFW) dirigido por César Chávez y Dolores Huerta ayudaron a implementar las nuevas leyes y con ello darle mayor protección al trabajador agrícola, especialmente en el Estado de California.

Washington también ha jugado un papel clave en esta historia. Fue uno de los primeros Estados en establecer fuera de California, un representante en la UFW. Tomás Villanueva, defensor de los derechos de los trabajadores agrícolas muy apreciado en el Estado, fue el fundador y primer presidente de la UFW Washington y Co-fundador de la Clínica de Salud para los Trabajadores Agrícolas, que más tarde se convertiría en Yakima Valley Farm Workers Clinic. De hecho, varios de los CHC más antiguas del Estado se fundaron para servir a la población de trabajadores agrícolas migrantes. Hoy en día hay 25 CHC en el Estado, de las cuales 9 son Centros de Salud para Migrantes. Tabla 1 enumera Migrantes de Washington que fueron atendidos en los Centros de Salud.

TABLA 1
Centros de Salud para Migrantes en Washington

Centro de Salud Migrante	Fecha de Constitución	Total de Pacientes Atendidos en el 2012*
Columbia Basin Health Association	1973	29,605
Columbia Valley Community Health	1972**	24,230
Community Health of Central Washington	1993	27,394
Family Health Centers	1985**	12,547
Moses Lake Community Health Center	1991**	23,880
Sea Mar Community Health Centers	1078	146,246
Tri-Cities Community Health	1981	21,029
Yakima Neighborhood Health	1975	18,299
Yakima Valley Farm Workers Clinic	1970***	119,614

* Fuente: Sistema de Datos de HRSA Uniforme. Nota: Los números reflejan todos los pacientes atendidos por el Centro de Salud, no sólo a los trabajadores del campo.

** El Proyecto de Salud el Migrante Nor-Central de Washington fue fundada en 1972 para servir a los trabajadores agrícolas migrantes en Grant, Okanogan, Chelan y Douglas. Condados de Okanogan y Grant establecerían sus propias clínicas en años posteriores. Centros de Salud para la Familia y Moses Lake CHC, respectivamente del Proyecto Migrant Health que lo convirtió a Columbia Valley Community Health.

*** El Centro de Salud Familiar para los Trabajadores Agrícolas que comenzó como un proyecto de la UFW Co-op de Washington en 1970 Se incorporó más adelante como Yakima Valley Farm Workers Clinic en 1978.

Demografía de los Trabajadores Agrícolas

La fuente más citada con data demográfica del trabajador agrícola es la Encuesta Nacional de Trabajadores Agrícolas (NAWS), la cual recopila de forma continua data sobre los trabajadores agrícolas. Cifras del NAWS indican que el 84% de los trabajadores agrícolas son Hispanos/Latinos y la mayoría (68%) nacieron en México. Los trabajadores agrícolas son en su mayoría hombres jóvenes (78% varones y su la edad media es de 36 años). Un 33% de los trabajadores agrícolas son ciudadanos estadounidenses, y un 48% carecen de autorización para trabajar legalmente en el país.³

Washington tiene una de las poblaciones de trabajadores agrícolas más altas del país. Según estimación del Centro Nacional para la Salud del Agricultor, Inc. (NCFH) en el Estado hay 619.699 trabajadores agrícolas (incluyendo trabajadores de la horticultura y la ganadería) con sus dependientes (cónyuges e hijos).⁴ En el pasado, la mayoría de los trabajadores agrícolas del Estado eran Migrantes/Trabajadores de Temporada (seguidores de cosechas) quienes trabajaban en los campos durante la temporada alta de la cosecha y luego regresaban a sus hogares en California, Texas o México. Sin embargo, a partir de los 1960s-70s los trabajadores agrícolas optan por la llamada "sedimentación", y establecen sus residencias permanentes en las comunidades de Washington. Hoy en día, aproximadamente el 70% de los trabajadores agrícolas en Washington son de temporada. Y la mayoría de los trabajadores agrícolas del Estado son migrantes indígenas mexicanos, especialmente de los grupos Triqui y Mixtecos, así como también inmigrantes recientes provenientes de áreas no tradicionales del sur de México como Oaxaca, Chiapas y Guerrero.

Problemas De Salud

La Agricultura, consistentemente se clasifica entre las industrias más peligrosas en los Estados Unidos, según la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), "los trabajadores agrícolas están en alto riesgo de lesiones fatales y no fatales, enfermedades pulmonares relacionadas con el trabajo, la pérdida de audición inducida por el ruido, enfermedades de la piel, y ciertos tipos de cáncer asociados con el uso de químicos y la exposición prolongada al sol.⁵ En 2011, los trabajadores agrícolas mostraron una tasa de mortalidad de 24,9 muertes por 100.000, 7 veces más alta que la tasa de todos los trabajadores de la industria privada.⁶ A continuación se muestra una lista de los riesgos laborales sufridos por los trabajadores agrícolas:

- **Lesiones Accidentales:** De acuerdo con la Encuesta de Salud Binacional para Trabajadores Agrícolas, 27% de los trabajadores reportaron que experimentaron al menos una lesión durante su vida laboral. Las lesiones ocurren más a menudo debido a un mal uso de escaleras de mano que se utilizan para trabajar con árboles frutales.⁷
- **La Exposición a Plaguicidas:** La Oficina de Estadísticas del Trabajo informa que los recolectores de cosechas tienen la más alta incidencia de enfermedades en la piel de cualquier clasificación industrial. La exposición a plaguicidas también puede producir náuseas extremas, desorientación, mareos y también se ha vinculado a muerte. Además, hay alguna evidencia de que las mujeres embarazadas expuestas a los pesticidas tienen un mayor riesgo de dar a luz a niños con deformidades.⁸

- **Efectos del Calor:** Los trabajadores agrícolas son cuatro veces más propensos que los trabajadores no agrícolas a sufrir enfermedades relacionadas al calor.⁹

Además, los trabajadores agrícolas sufren mayores tasas de enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes. Por otra parte, las condiciones de vida deficientes pueden causar o exacerbar muchos problemas de salud. Los trabajadores del campo, por ejemplo, tienen una prevalencia de la tuberculosis que es seis veces más alta que en la población general de Estados Unidos. Aquí, es importante tener en cuenta el contexto socioeconómico y político de la salud de los trabajadores agrícolas. Como antropólogo Seth Holmes afirma en su etnografía *Fruta Fresca, Cuerpos Rotos*, "...en consonancia con el concepto de vulnerabilidad estructural, estas desigualdades de salud, caen entre las líneas de ciudadanía, etnia y clase."¹⁰

Acceso a Cuidados de la Salud

En el 2012, los Centros Comunitarios de Salud de Washington atendieron a 93.799 migrantes/ trabajadores agrícolas de temporada (MSFW); aproximadamente el 15% de la población estimada por NCFH. Casi todos estos pacientes MSFW eran atendidos por los 9 Migrant Health Centers del Estado (Vea la Tabla 1). Pacientes MSFW representan el 11% de todos los pacientes atendidos por los CSC en el Estado y el 22% de los pacientes atendidos por los centros de salud para inmigrantes. En el 2012, de los 302,129 Hispanos/Latinos atendidos por los CSC, 76% fueron atendidos en un Centro de Salud de los Migrantes. Dadas las características demográficas de la población de trabajadores agrícolas y la tendencia histórica de los trabajadores del campo a la "sedimentación", no es de extrañar que gran parte de población hispana/latina del Estado reside dentro del área de servicio de un Centro de Salud para Migrantes. La tabla 2 muestra el número de MSFW y los pacientes Hispanos/Latinos atendidos por los Centros Comunitarios de Salud de Washington.

TABLA 2
MSFW - Pacientes Hispanos/Latinos atendidos
en Centros de Salud de la Comunidad

ESTADO DE WASHINGTON	Total pacientes atendidos	818,777
	Total migrantes/ temporales.	93,799
	Migrantes (330g becarios)	31,653
	Temporales (330g becarios)	60,207
	Migrantes/temporales (non 330g)	1,939
	Temporales (no 330g) Hispano / Latino)	230,067
	Total Hispano / Latino	302,129

Fuente: 2012 HRSA Uniform Data System. Nota: 330 se refiere a la sección de la Ley de Servicio de Salud Pública que autoriza los fondos para el Programa del Centro de Salud de la Comunidad. 330 g se refiere a la designación especial dado a los Centros de Salud Migrante.

Barreras a la Atención

Los trabajadores agrícolas experimentan múltiples obstáculos para el acceso al cuidado de la salud, como la pobreza extrema, la falta de familiaridad con la cultura y el idioma (por parte de trabajadores agrícolas y proveedores de servicios), la falta de conocimiento de los servicios disponibles, la falta de transporte, y las modalidades de trabajo y de vida que impidan el acceso a la asistencia sanitaria. Por otra parte, son muy pocos los trabajadores agrícolas que tienen seguro de salud y es muy raro que reciban cualquier tipo de beneficios patrocinados por el empleador. Mientras que la Ley de Cuidado de Salud Asequible ha aumentado el acceso a la cobertura para millones de estadounidenses y cientos de miles de ciudadanos de Washington, muchos trabajadores del campo debido a su estado migratorio, no pueden acceder a la cobertura. Además, el clima político en torno a la inmigración ha provocado temor significativo en las comunidades campesinas, lo que agrava aún más el acceso a la atención de la salud.

Resumen y Recomendaciones

La agricultura es una industria importante y motor económico en Washington. Los trabajadores agrícolas son una parte esencial de la multimillonaria industria agrícola del estado, sin embargo, siguen siendo una población altamente vulnerable y de escasa atención médica. A pesar de los progresos realizados en determinados ámbitos, muchos de los mismos temas que impactan a la salud y la vida de los trabajadores agrícolas hace 50 años siguen siendo cierto hoy en día. Los trabajadores agrícolas ganan por debajo de los salarios de pobreza, carecen de seguro de salud, y son muy vulnerables a los accidentes de trabajo, la explotación y el abuso. Si bien no existe una estructura para cuidar a los trabajadores agrícolas a través de Centros de Salud del estado para trabajadores Migrantes los datos revisados indica que la mayoría de los trabajadores agrícolas en el estado no están accediendo a la atención médica. Mejorar el acceso a la atención y los resultados de salud para los trabajadores agrícolas requiere un enfoque multifacético y multi-sectorial, dado el papel vital de los trabajadores agrícolas en la economía y la sociedad, es esencial que trabajemos en colaboración y de manera proactiva para ayudar a mejorar las vidas de los hombres y mujeres cuyo trabajo diario es lo que nos nutre y nos ayuda a mantenernos sanos.

La siguiente es una lista de recomendaciones para ayudar a mejorar los servicios de salud y atención de salud para los trabajadores agrícolas:

- Ampliación de los recursos para mejorar la recolección de datos, incluidos los estudios de enumeración de trabajadores agrícolas y de la vigilancia de las cuestiones

de salud de los agricultores y el acceso a la atención médica.

- Oportunidades de financiación para la expansión de los programas de extensión, junto con las oportunidades de formación y la asignación de presupuesto para el personal del programa de divulgación, incluidos los trabajadores comunitarios de salud y promotores de Salud.
- Las oportunidades de formación y la asignación de presupuesto para que los proveedores no están familiarizados con los problemas de salud de los trabajadores agrícolas, y las estrategias para la contratación de proveedores competentes cultural y lingüísticamente.
- Servicio al cliente y la capacitación constantes cultural que refleja los cambios demográficos de la comunidad, incluyendo el continuo crecimiento de la población hispana / latina y el aumento de las poblaciones indígenas mexicanas.
- Campañas de promoción y sensibilización a nivel estatal y nacional para abordar el acceso al cuidado de salud para las personas indocumentadas.

- 1 Washington State Department of Agriculture. Available online: <http://agr.wa.gov/AgInWa/>.
- 2 Health Resources and Services Administration (HRSA), Uniform Data System. Available online: <http://www.hrsa.gov/data-statistics/index.html>. Every year Community Health Centers are required to report certain information to HRSA's Bureau of Primary Health Care, including data on patient demographics.
- 3 National Center for Farmworker Health (NCFH). "Facts About Farmworkers." 2012.
- 4 NCFH Disclaimer: This is a threshold estimate only. In order to derive a validated and complete estimate, the data referenced here must undergo an established research and review process, which is designed to be conducted on a county-by-county basis. The numbers contained herein have not been adjusted to reflect the following factors which could increase the total estimate of potential migratory and seasonal farmworker users in the state: 1) Local data that confirms the identified factor for estimating the number of non-working dependents of agricultural workers or offers a different factor; 2) Aged and disabled former farmworkers; 3) Under-reporting by agricultural employers; 4) Unemployed and underemployed agricultural workers in the county; 5) Unique weather conditions in 2007 that may have skewed the COA data; 6) Changes in agricultural practices that have occurred since 2007 that would drive the numbers up or down accordingly; and 7) Data that has been suppressed by USDA for a variety of reasons.
- 5 Occupational Safety and Health Administration. Available Online: <https://www.osha.gov/dsg/topics/agriculturaloperations/>
- 6 Ibid.
- 7 Arcury, T.A., Quandt, S.A. 2007. "Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers." Annual Review of Public Health.
- 8 Ibid.
- 9 Hansen, E., Donohoe, M. 2003. "Health Issues of Migrant and Seasonal Farmworkers." Journal of Health Care for the Poor and Underserved.
- 10 Holmes, S. 2013. Fresh Fruit, Broken Bodies.



OFICINA DE ASUNTOS PARA INMIGRANTES Y REFUGIADOS

UN RECURSO para resolver problemas e inquietudes de la comunidad

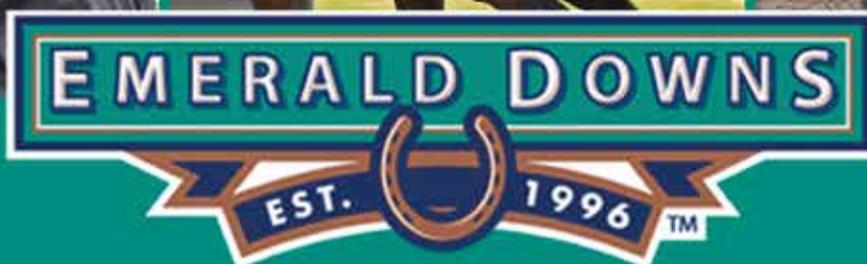
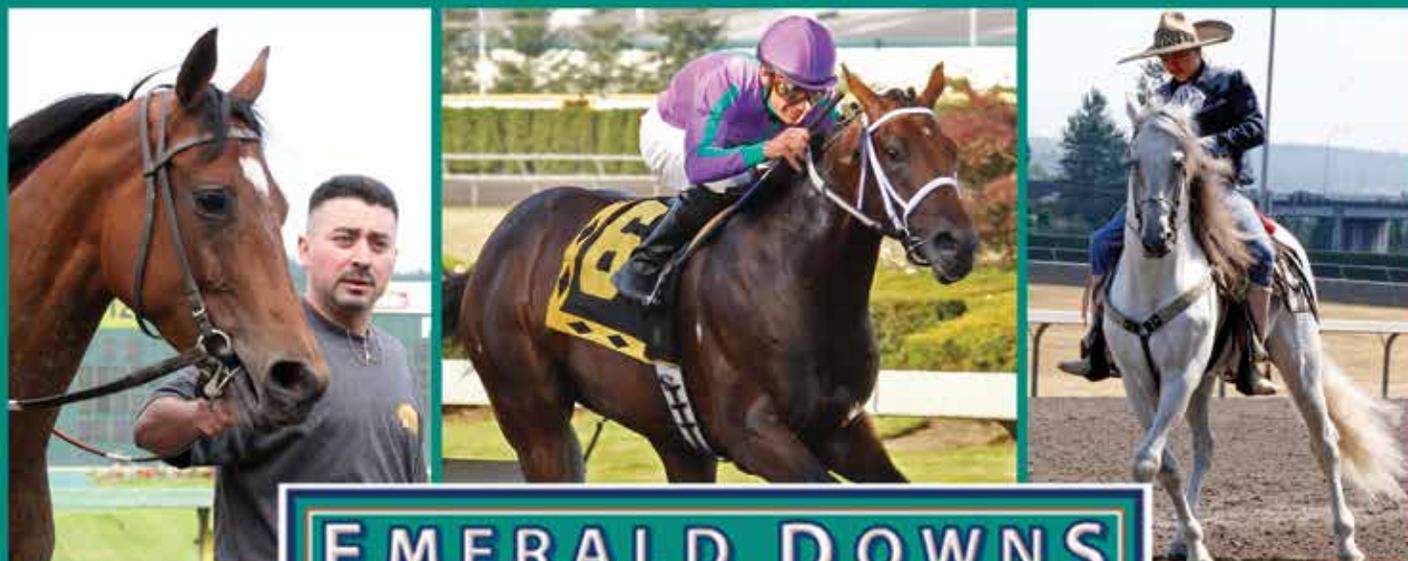
DEFENSORES en representación de la comunidad de inmigrantes y refugiados

IMPULSADORES de nuevos programas que benefician y fortalecen a la comunidad

SOCIOS y asesores de los departamentos municipales

600 Fourth Avenue, 6th Floor • P O Box 94745 • Seattle, WA 98124-4745

206 615-0207 • OIRA@seattle.gov • @SeaOfficeIR



Emerald Downs reconoce la importante contribución de los trabajadores hispanos al deporte hípico:

El 80% de los empleados que trabajan directamente con los caballos y el 15% de quienes laboran en las tribunas señalan ser hispano descendiente.

Nuestra gratitud a esta irremplazable parte de la experiencia deportiva en Emerald Downs.





Salud y Desarrollo Económico

Andrés Mantilla

La situación de la economía de Washington está cambiando. Con cada censo se observa y siente la influencia de los Latinos. En los últimos veinte años, la población Latina ha superado en crecimiento a todas las otras minorías en el Estado. Hoy en día, uno de cada 6 americanos es Hispano, y los Hispanos menores de 17 años (quienes desproporcionalmente sufren los efectos de la pobreza) representan el 23% de la población de los Estados Unidos, constituyendo así la minoría con el más rápido crecimiento en Washington.¹ Esta situación ha permitido a los Latinos incrementar sostenidamente su poder de compra.² Más y más, la fuerza de trabajo en Washington es compuesta de inmigrantes Latinos quienes trabajan en la construcción, en cuidados de la salud y en agricultura, así como también en sectores de alto crecimiento como la tecnología e ingeniería.³

Sin embargo, persisten grandes desigualdades en salud, ingresos, educación, movilidad social, y prosperidad económica a largo plazo. Un estudio sobre desigualdad implementado en el 2008 por el Consejo Inter-agencias de la Gobernación, identificó que "las comunidades de color en Washington continúan confrontando desproporcionadamente enfermedades y muerte; y desigualdades en salud entre hombre y mujeres también están presente. Aunque las razones para esas desigualdades son numerosa e interrelacionadas, lo que está claro es que en nuestro Estado, las disparidades de salud se mantienen, algunas inclusive crecen, y siempre son injustas."

Para asegurar que el futuro de los Latinos en el Estado de Washington sea exitoso, ahora es más importante que nunca el adoptar un enfoque holístico con respecto al desarrollo económico y la generación de bienestar. Y al centro de esto está el enfoque renovado de salud y economía. La conexión entre salud y desarrollo no puede ser exagerada, pero está vigente para un análisis económico. Es esencial que los diseñadores de políticas evalúen las importantes correlaciones que existen entre un comportamiento saludable y enfermedad; y con ello una expansión del círculo de la prosperidad. Esas correlaciones se inician a una edad temprana y predicen una muerte temprana o una enfermedad terminal. Más aún, ellas aparecen exacerbadas cuando se considera raza y etnia.⁴ La escogencia de alternativas saludables, tales como alimentos más sanos, condiciones de vida saludables, y cuidados médicos regulares, mejoran dramáticamente el acceso al capital socioeconómico necesario para triunfar en la vida. Eso, conjuntamente con una educación de calidad, el acceso a trabajos bien pagados y una educación continua y oportunidades de crear riqueza, es como la población Latina continuará creciendo.

Movilidad Socioeconómica, Procesos Orientados al Desarrollo y Comportamientos Saludables (TOD)

Para un comportamiento saludable, a menudo se ignora el papel que juega un urbanismo inteligente y vivible en las comunidades. No obstante, con la explosión demográfica de nuestro Estado, los Latinos están en permanente

movilidad. El Centro de Investigaciones Pew estima que ahora más que nunca los Latinos se están mudando a las áreas metropolitanas. Ese patrón crea un reto importante para los diseñadores de políticas en el Estado de Washington, quienes deben considerar programas de desarrollo urbano, acceso profesional y revitalización económica. Cada vez más, nuestras áreas urbanas están volviéndose más densas y requieren desarrollos urbanos inteligentes que cumplan con necesidades como un acceso satisfactorio a los sitios de trabajo, viviendas a precio asequible y una permanente innovación. Recientemente el Censo de los Estados Unidos estimó que Seattle es la ciudad del país con el más rápido crecimiento, añadiendo 18,000 nuevos residentes cada año. Este crecimiento genera oportunidades para el diseño de comunidades más saludables y vivibles. En el 2013, Investigadores de la Universidad de Harvard encontraron que un indicador importante de desigualdad en ingresos es la oportunidad de movilidad inter-generacional. Vivir más cercano a los centros de empleo, impacta la rapidez en subir la escala socioeconómicas. La movilidad social está íntimamente correlacionada con el Desarrollo Basado en Tránsito, por sus siglas en inglés TOD, pero igualmente son un impacto positivo en la salud, la interconectividad y facilidades que permitan caminar.⁵ Un TOD inteligente también pueden reactivar comunidades subdesar-

rolladas o que están en proceso de erosión, y con ello combatir la escasez de alimentos en comunidades de bajos recursos y crear una economía con oportunidades para los trabajadores Latinos. En Los Ángeles/CA y Austin/TX ya se han implementados estos modelos; Los Ángeles anticipa que generará 400,000 nuevos empleos en los próximos 20 años.⁶ A menudo en el Estado de Washington no se hacen o aprovechan estas correlaciones en el momento de evaluar incitativas relacionadas con el manejo del crecimiento y del desarrollo económico.

Los diseñadores de políticas de salud tienen la oportunidad de utilizar estos esfuerzos y aprovechar estas correlaciones. En la medida que el perfil de nuestro Estado cambia, haciéndose más diverso e incrementado la presencia Latina, por su bienestar económico, es clave invertir activamente en el futuro.

1. *United States Census 2010*
2. *United States Census 2010*
3. *One America, BUILDING WASHINGTON'S FUTURE Immigrant Workers' Contributions to Our State's Economy*
4. *Center for Chronic Disease*
5. *University of Houston*
6. *LA County MTA, 2013*

[Publicidad]

La forma más novedosa de gerenciar los servicios de apoyo en el sector salud

Integración de las prácticas más inteligentes de Industria de Servicios Ambientales, incluyendo cualquier dispositivo basado en el ecosistema de la nube. Implementando métodos educativos innovadores, que generan eficiencia operacional y a la vez crean procesos sustentables de calidad.



MTQ Technology
Management, Training
& Sustainable Quality
Mobile Solutions

www.mtqtechnology.com
@mtqtechnology
in mtqtechnology



Peligros Ambientales y la Salud de Niños Latinos

Catherine Karr, MD, PhD

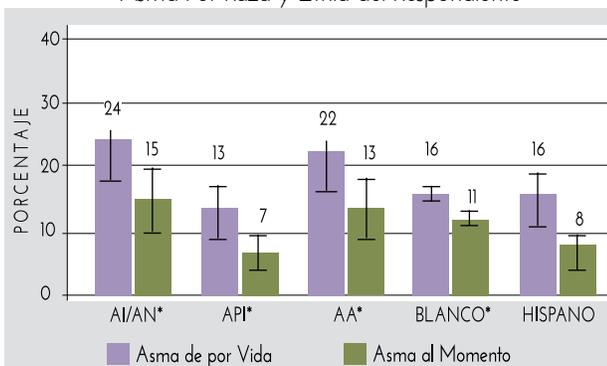
Cada vez más, la salud de los niños esta impactada, al menos parcialmente, por condiciones y contaminantes ambientales y ejemplo de ellos son: asma; trastornos por deficiencia de atención y/o hiperactividad (ADHD), bajo peso al nacer y obesidad. Cuando nos referimos a peligros ambientales, no podemos visualizar a los niños como pequeños adultos, pues por su peso, están mayormente expuestos y las dosis que perciben son más altas. Donde existan contaminantes, el aire que se respira, el agua que se bebe, lugares de esparcimiento, alimentos que se consumen; típicamente los niños serán más afectados que los adultos.

Una vez expuestos, los niños son más vulnerables a los tóxicos, los cuales interfieren con el crecimiento y con los procesos normales de desarrollo.

Los niños Latinos experimentan una exposición desproporcionada a los contaminantes en el aire; pesticidas, químicos industriales tóxicos; así como plomo y mercurio de los caramelos; algunos remedios/productos usados en medicina tradicional; prácticas religiosas; y otras fuentes asociadas con habitar en áreas urbanas de bajos recursos o en localidades agrícolas. Esos insumos a una edad temprana pueden tener consecuencias a largo plazo. En este reporte llamamos la atención sobre el asma. Esa es una enfermedad ambiental muy importante para todos los niños, pero cuyo impacto es mucho mayor en niños Latinos de Washington.

FIGURA 1

Hogares con Niños en donde 1 o más Padecen Asma Por Raza y Etnia del Respondiente



*Non Hispano; AI/AN-Indio Americano/Nativo Alaska; AP-Asiático/Islas Pacifico; AA-Africanoamericano

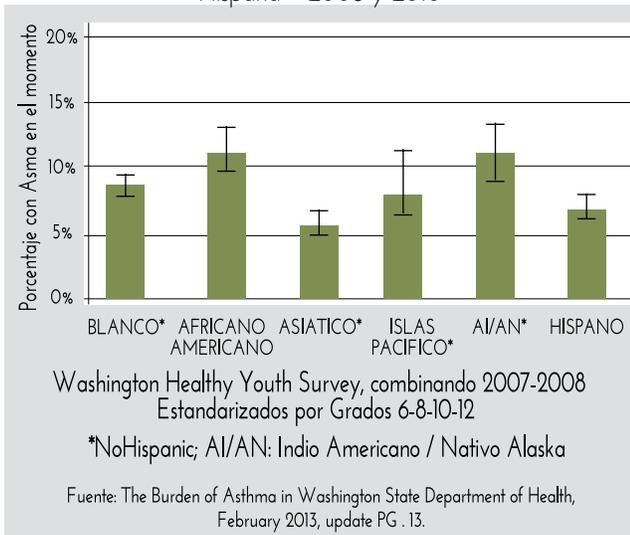
Washington Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2007-2008

Fuente: Children & Youth with Asthma in WA, Washington State Department of Health, 2012, PG 3.

El asma es una enfermedad ambiental importante entre niños Latinos en el Estado de Washington

El asma pediátrica es un problema importante de salud pública y el número de niños afectados está aumentando. El Departamento de Salud del Estado de Washington estima que casi uno en diez (7.1%) de los estudiantes Latinos en la escuela secundaria en Washington sufre de asma. La figura abajo muestra que en el 16% de los hogares Hispanos que tienen niños, existe al menos uno con asma.

FIGURA 2
Jóvenes con Asma al momento por Raza y Etnia
Hispana - 2008 y 2010



Tanto la información nacional como la del Estado de Washington muestran de una manera consistente que la prevalencia de asma en niños Latinos es más baja que en otros subgrupos étnicos o raciales, tal como en niños Blancos No Hispánicos. Esa información se deriva de las respuestas dadas a encuestas que preguntan sobre asma diagnosticada por un médico, enfermera u otro proveedor de salud. Por el contrario, la información derivada de las visitas a departamentos de emergencias debidas al asma indica frecuencias más altas entre los niños Latinos, así como también de los síntomas de asma auto-reportados, tales como el jadeo o resuello. Esas diferencias pueden reflejar el acceso restringido que los jóvenes Latinos tienen a los cuidados primarios de salud, limitando las oportunidades para hacer un diagnóstico de asma e instaurar un tratamiento adecuado. Un reporte del 2011 de la Asociación Americana del Pulmón (American Lung Association) titulado "Luchando por el Aire: The Burden of Asthma on Hispanics" indica que comparado con los Blancos No Hispánicos, los Hispánicos con asma tienen una menor probabilidad de estar recibiendo cuidados médicos regulares de un doctor o en una clínica, de recibir las medicinas apropiadas, o de tener acceso a cuidados especializados; pero si tienen una mayor probabilidad de terminar siendo tratados en un departamento de emergencias u hospitalizados por una crisis.

En el Estado de Washington, la gran mayoría de los Latinos son de origen Mexicano. Es muy interesante que el asma es más prevalente entre los Mexicano-Americanos nacidos en los Estados Unidos que entre aquellos nacidos en México. Eso puede reflejar, tanto las posibles diferencias en los cuidados de salud y diagnóstico, como diferencias ambientales asociadas con la aculturación. Aunque pocos estudios sobre asma se han enfocado en niños que viven en ambientes rurales o en localidades agropecuarias, esos estudios exploratorios sugieren que la prevalencia del asma puede ser particularmente alta (el doble) entre las personas pobres que viven en áreas rurales, incluyendo los niños de los trabajadores agrícolas mexicano-americanos.

Condiciones Ambientales y su Rol en el Asma Infantil: Causa y Detonante en la Exacerbación de la Enfermedad.

El asma es una enfermedad crónica para la cual no hay cura. Si no es controlada, puede ser severa e incluso puede ocasionar muerte. Con el asma las vías respiratorias de los pulmones se ensanchan y los músculos alrededor de ellas se contoran en respuesta a diversos "detonantes". Eso dificulta que el aire se mueva hacia y desde los pulmones, causando síntomas como tos, resuello o sibilancia, falta de aire y/o opresión en el pecho.

Las investigaciones demuestran que el asma comienza muy temprano en la vida. Además de la herencia, se han identificado un número de factores modificables (un factor de riesgo bien conocido es tener familiares con alergias o con asma). Las exposiciones ambientales están asociadas al asma de dos maneras importantes, como factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad y como "detonantes" para la exacerbación de la enfermedad pre-existente: La exposición temprana en la vida al humo del cigarrillo, al polvo casero con ácaros, a la humedad y hongos, así como también a los contaminantes del aire relacionados con el tráfico de vehículos.

Es muy clara la evidencia que los "detonantes" ambientales exacerbaban el asma

Además de las infecciones respiratorias como el resfriado común; alérgenos, gases irritantes y partículas en el aire son detonantes bien conocidos que pueden empeorar el asma. Cada niño es único y pueden responder a uno o más detonantes.

Detonantes ambientales comunes

- Humo del cigarrillo
- Alérgenos - polen, hongos, caspa animal (gatos/perros), polvo de ácaros, cucarachas, roedores.
- Contaminación del aire en interiores - gases y partículas provenientes de hornos a gas pobremente ventilados, aparatos para quemar madera, aromas fuertes de los perfumes, productos de limpieza.
- Contaminación del aire en exteriores - contaminantes relacionados con el tráfico de vehículos, partículas y gases de fuentes industriales

Se están estudiando otros posibles detonantes del asma, aunque todavía no se han establecido asociaciones firmes. Estos incluyen pesticidas, ftalatos (productos químicos usados en la manufactura de plásticos), así como tam-

bién las emisiones derivadas de operaciones relacionadas con la alimentación animal concentrada, tal como ocurre en las lecherías industriales a gran escala. Los niños que viven en la pobreza, o en viviendas de baja calidad cerca de grandes carreteras, o cerca de sitios industriales o de agricultura, tienen más probabilidades de ser expuestos a detonantes del asma. Los niños Latinos están desproporcionadamente representados en esos escenarios de alto riesgo.

Conocimiento sobre Asma + Prácticas Ambientales pudieran mejorar la Salud Infantil

Las normas nacionales recomiendan que los proveedores de salud trabajen con los pacientes para desarrollar planes escritos para el manejo del asma. Esos planes individualizados identifican acciones para reducir las exacerbaciones del asma, incluyendo en el caso de los niños, un control de los detonantes. Sin embargo, tan solo el 30% de los jóvenes con asma en el Estado de Washington reportaron tener un plan de acción escrito por su proveedor de cuidados de salud.

Un enfoque efectivo para complementar y reforzar el cuidado proporcionado en las clínicas ha sido el uso de trabajadores comunitarios de salud, o promotores. A través de visitas domiciliarias ellos están bien equipados para ayudar a las familias a identificar detonantes y a ofrecer consejos prácticos sobre cómo controlarlos.

En el Estado de Washington, la Clínica de los Trabajadores Agrícolas de Yakima Valley ha sido pionera en la optimización del cuidado del asma a través de su Pro-

grama de Educación sobre el Asma. Con una población de pacientes compuesta sobre todo por trabajadores agrícolas Latinos, el programa sirve anualmente a cerca de 300 niños con asma y sus familias.

Además de proveer servicios, el programa trabaja con la Universidad de Washington haciendo una investigación colaborativa entre la comunidad y la universidad llamada El Proyecto Bienestar, para entender mejor y para mejorar la salud ambiental de la comunidad. Un estudio reciente demostró que los niños que viven cerca de las lecherías o vaqueras, sufren una exposición mayor a la contaminación del aire, relacionada con esa actividad. Esos contaminantes fueron entonces asociados con una disminución de la calidad de vida de los niños con asma en Yakima Valley. La colaboración continua con estudio intervención que aspira a mejorar la salud de los niños, introduciendo mejoras en el programa contra el asma y reduciendo la exposición a los contaminantes.

Resumen

El asma infantil es un claro ejemplo de cómo los factores ambientales pueden influenciar de una manera muy importante la salud infantil. Un comprensión bien respaldada en torno a la asociación de los problemas de salud y medio ambiente, permitirá traducir ese conocimiento en programas que mejoren la salud. Después de todo, las causas ambientales de enfermedad y muerte son, por su naturaleza, prevenibles. Los niños Latinos, quienes sufren de una manera desproporcionada exposiciones de alto riesgo, son los que más se beneficiarían de los esfuerzos para mejorar las condiciones ambientales que inciden sobre la salud.



2015 LEAP Annual Conference and Legislative Day

We Grow Leaders

Thursday, Friday, Saturday
February 26-28, 2015



Educational Workshops • LEAP Ambassadors • Networking

Motivational Guest Speakers • Noche Cultural • Empowerment

Legislative Day Visits with State Elected Officials



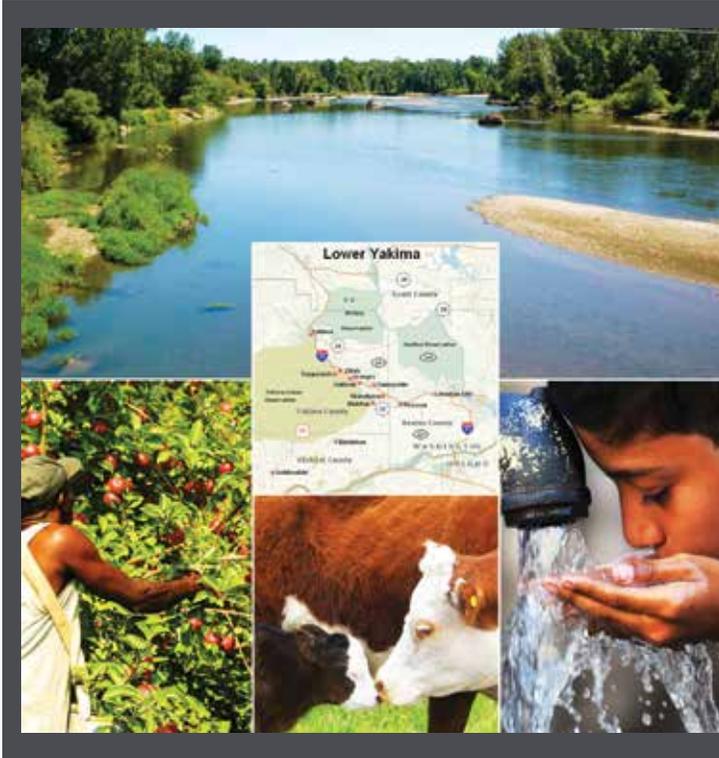
Register
in early December!

www.leapwa.org

LEAP is a program of



Sea Mar
Community Health Centers
Clinica de la Comunidad



Riesgos de Salud Ambientales para los Latinos del Estado de Washington

Victoria Breckwich Vásquez, DrPH, MPH, MA
 Nicole Davis, BA
 Anaís Muñoz, Estudiante University of Washington

Impacto del Medio Ambiente sobre la Salud en Washington

Cada vez hay más evidencia de que los entornos en los que las personas viven determinan su salud. Los investigadores han documentado variaciones de la salud dependiendo del área. Estos incluyen las diferencias en la mortalidad,¹ la enfermedad crónica,² presión arterial alta,³ los comportamientos que afectan la salud,⁴ la delincuencia violenta,⁵ y el abuso de las drogas y del alcohol.⁶ Estos estudios ponen de relieve la importancia del entorno social, además de las características individuales, en la conformación de las conductas individuales y el estado de salud.

Washington es un Estado geográficamente diverso, con diferentes riesgos dependiendo de donde se vive. Las Montañas Cascades dividen nuestro estado, pero hay más factores que impactan nuestra salud que sólo vivir en un lado u otro de estas montañas. El condado de King y su departamento de salud han encontrado grandes diferencias en materia de salud en base a donde se vive aún dentro de la ciudad de Seattle y sus alrededores.⁷ Otros departamentos de salud de todo el país han encontrado disparidades similares entre las colonias/barrios.⁸ Los hispanos/latinos viven en entornos urbanos y rurales a través de Washington, sin embargo, no hay ninguna investigación que documenta cómo su salud se ve afectada por su entorno, excepto en términos generales.

Calidad del Agua

La Agencia de Protección Ambiental (EPA) tiene normas para proteger la salud pública mediante la limitación de los niveles de contaminantes en el agua potable. El nitrato es un químico que se encuentra en la mayoría de los fertilizantes, el estiércol/abono y los residuos líquidos de los tanques sépticos.¹⁰ Las industrias lácteas y los corrales de engorda de ganado, tierras irrigadas para medios agrícolas, así como las áreas residenciales urbanas/rurales donde se encuentran los pozos privados, son algunas de las principales fuentes de nitratos y contaminación bacteriana. La lluvia o el agua de riego pueden llevar a los nitratos a través del suelo al agua subterránea, contaminando así el agua potable de los pozos.¹⁰ El nitrato es un contaminante agudo, lo que significa que sólo una exposición puede afectar negativamente la salud de una persona.¹¹ La exposición al nitrato a través de agua potable reduce la capacidad de las células rojas de la sangre para transportar oxígeno. El nivel máximo de contaminante (MCL) para el nitrato acuerdo con la EPA es de 10 mg/L.¹² Más de 2,000 personas en Valle de Yakima están expuestas a niveles de nitrato superiores a este MCL a través de su agua potable.¹³ Esta es una preocupación para los bebés ya que la exposición puede conducir a Metahemoglobinemia, denominado "síndrome del bebé azul", una condición de salud grave que es fatal si no se trata.¹⁴

La contaminación de las aguas subterráneas se ha convertido en una preocupación importante para las comunidades agrícolas, en su mayoría se encuentra en el este de Washington. El Valle de Yakima Baja es una de estas comunidades con alto riesgo de contaminación por nitratos. Según el Departamento de Agricultura y otras agencias del estado de Washington, la gente en el Valle de Yakima Baja dependen de las aguas subterráneas como fuente de agua potable.¹⁵ La mayoría de las familias no tienen acceso a los sistemas públicos de agua y se sirven de pozos de agua privados. El doce por ciento de los pozos del valle que se han probado, no cumplen los estándares de calidad del agua potable.¹⁶ Los residentes de esta zona son aproximadamente 41.1% hispanos/latinos, que es cuatro veces el promedio estatal.¹⁷ Estos residentes, cuyo idioma principal es el español, no tienen acceso a los programas de alcance más actuales diseñados para prevenir el deterioro de la calidad del agua subterránea.

Pesticidas

Un pesticida es cualquier sustancia o mezcla de sustancias destinadas a prevenir, destruir, repeler o mitigar cualquier plaga. El término pesticida se aplica también a los herbicidas, fungicidas, y varias otras sustancias utilizadas para controlar las plagas.¹⁸ Los pesticidas pueden causar daño a los seres humanos, los animales o el medio ambiente, ya que están diseñados para matar o afectar negativamente a los organismos vivos. En los Estados Unidos, la EPA estima que alrededor de 10,000 y 20,000 intoxicaciones y lesiones relacionados con la agricultura se producen a través de la exposición de la piel y la absorción de pesticidas. La evidencia muestra efectos de los pesticidas a largo plazo en la salud, incluyendo problemas dermatológicos, problemas neurológicos, defectos de nacimiento y algunos tipos de cáncer.¹⁹ Las preocupaciones especiales están dirigidas hacia los niños cuya exposición y las tasas de absorción de los pesticidas son mayores debido a su tamaño y de sus sistemas en desarrollo.

Los pesticidas se usan comúnmente en entornos agrícolas donde las poblaciones de trabajadores latinos trabajan, viven y estudian. Como los trabajadores agrícolas, los latinos están comúnmente expuestos a los pesticidas y necesitan tomar precauciones especiales. El uso de equipo de protección personal tales como respiradores, gafas protectoras y botas son comúnmente recomendados por la etiqueta en el envase del pesticida. El "drift" de los pesticidas es cuando la sustancia se rocía fuera de objetivo durante y después de la aplicación. La dis-

tancia de la fuente, la dirección del viento, y la velocidad del viento se han identificado como determinantes primarios del "drift". Los plaguicidas tienen el potencial de viajar grandes distancias²⁰ y también dispersar a medida que se propagan.²¹ Se ha encontrado que las enfermedades agudas por plaguicidas se asocia con el "drift".²² Por lo tanto, las aplicaciones de plaguicidas representan un problema potencial de salud para los que viven en las comunidades cercanas, sobre todo para los niños y otros miembros vulnerables de la comunidad. El entrenamiento de la persona que aplica los pesticidas y el entrenamiento de los trabajadores agrícolas son los esfuerzos en curso para garantizar el buen uso y manejo de pesticidas. Actualmente también se están explorando los sistemas de notificación hacia la comunidad.

Programas y Prácticas Prometedoras

Los programas de investigación y las intervenciones en las comunidades de trabajadores agrícolas hacen frente a estos riesgos para la salud en una variedad de programas. Uno de estos programas es El Proyecto Bienestar (EPB), que utiliza un marco de investigación participativa basada en la comunidad con el fin de abordar mejor los riesgos para la salud ambiental y ocupacional en las comunidades de trabajadores agrícolas del Valle de Yakima. EPB es administrado por un grupo de cuatro organizaciones asociadas: Pacific Northwest Agricultural Safety and Health Center (PNASH), Northwest Communities Education Center/Radio KDNA, Yakima Valley Farm Workers Clinic y Heritage University. Con la dirección de su Consejo Asesor de la Comunidad, este programa realiza investigaciones y organiza actividades que beneficien a los trabajadores agrícolas, sus familias y sus comunidades.

La guía "Practical Solutions for Pesticide Safety Guide" (disponible en Inglés y Español) es una colección de 24 soluciones e ideas identificadas en las granjas y en desarrollo en conjunto con los agricultores, educadores e investigadores en el estado de Washington. Actualmente se está desarrollando en PNASH un entrenamiento para los maestros de seguridad de pesticidas.

El "Lower Yakima Valley Groundwater Management Area Education and Outreach Workgroup" tiene planes para desarrollar materiales y actividades de divulgación para educar a la población sobre la calidad del agua y los nitratos. Con una educación adecuada, la divulgación y las pruebas de los pozos, la contaminación por nitratos puede reducirse.

1. Haan, M. N., G. A. Kaplan, et al. (1987). "Poverty and health: Prospective evidence from the Alameda County Study." *American Journal of Epidemiology* 125: 989-998; Hart, K., S. Kunitz, et al. (1998). "Metropolitan governance, residential segregation, and mortality among African Americans." *American Journal of Public Health* 88: 434-438; LeClere, F. B., R. G. Rogers, et al. (1998). "Neighborhood social context and racial differences in women's heart disease mortality." *Journal of Health and Social Behavior* 39: 91-107.
2. Hart, C., R. Ecob, et al. (1997). "People, places and coronary heart disease risk factors: a multilevel analysis of the Scottish Heart Health Study Archive." *Social Science and Medicine* 45(6): 893-902; Cubbin, C., W. C. Hadden, et al. (2001). "Neighborhood context and cardiovascular disease risk factors: The contribution of material deprivation." *Ethnicity and Disease* 11(4): 687-700.
3. Harburg, E., J. C. Erfurt, et al. (1973). "Socioecological stressor areas and Black-White blood pressure: Detroit." *Journal of Chronic Disease* 26: 595-611.
4. Yen, I. H. and G. A. Kaplan (1998). "Poverty area residence and changes in physical activity level: Evidence from the Alameda County Study." *American Journal of Public Health* 88(11): 1709-12; Ecob, R. and S. Macintyre (2000). "Small area variations in health related behaviours; Do these depend on the behaviour itself, its measurement, or on personal characteristics?" *Health and Place* 6(4): 261-274.
5. Sampson, R. J., S. W. Raudenbush, et al. (1997). "Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy." *Science* 277(5328): 918-924; Silver, E., E. P. Mulvey, et al. (1999). "Assessing violence risk among discharged psychiatric patients: Toward an ecological approach." *Law and Human Behavior* 23(2): 237-255.
6. Finch, B. K., J. D. Boardman, et al. (2000). "Contextual Effects of Acculturation on Perinatal Substance Exposure Among Immigrant and Native-Born Latinas." *Social Science Quarterly* 81(1): 421-438.
7. King County. *Equity and Social Justice Annual Report, 2013*. October; Place Matters: Eliminating Health Disparities in King County, Washington. Link: http://www.rwjf.org/en/blogs/new-public-health/2014/04/place_matters_elimi0.html
8. Schaff K, Desautels A, et al. 2013. Addressing the Social Determinants of Health Through the Alameda County, California Place Matters Policy Initiative. *Public Health Reports*, Vol 128(Supplement 3). Link: <http://www.publichealthreports.org/issueopen.cfm?articleID=3050>
9. "Nitrate in Drinking Water." Washington State Department of Health. N.p., n.d. May 2012. <<http://www.doh.wa.gov/portals/1/Documents/Pubs/331-214.pdf>>.
10. Ibid.
11. Ibid.
12. "Lower Yakima Valley Groundwater Quality Preliminary Assessment and Recommendations Document." Washington State Department of Agriculture, Washington State Department of Ecology, Washington State Department of Health, Yakima County Public Works Department, US Environmental Protection Agency, Ecology Publication. February 2010.
13. Ibid.
14. Ibid.
15. Washington State Department of Ecology. "Lower Yakima Valley Groundwater Quality." Web accessed: July 10, 2014: <http://www.ecy.wa.gov/programs/wq/grndwtr/loweryak-gw.html>
16. Washington State Department of Ecology. "Lower Yakima Valley Groundwater Quality: Preliminary Assessment & Recommendations Document." Ecology Publication No. 10-10-009, February 2010, pg.5. Web accessed: July 10, 2014: <https://fortress.wa.gov/ecy/publications/publications/1010009.pdf>
17. Ibid.
18. U.S. Environmental Protection Agency. Link: <http://www.epa.gov/pesticides/about/index.htm>
19. Arcury TA et al. 2003. An exploratory analysis of occupational skin disease among Latino migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. *J Agric Saf Health* 9(3):221-32; Daniels J et al. 1997. Pesticides and childhood cancers. *Environ Health Perspect* 105:1068-1077; Engel LS et al. 2000. Maternal occupation in agriculture and risk of limb defects in Washington State, 1980-1993. *Scand J Work Environ Health* 26(3): 193-198; Firestone JA, et al. 2005. Pesticides and risk of Parkinson disease: A population-based case-control study. *Arch Neurol* 62(1):91-95; Van Maele-Fabry G et al. 2003. Occupational related pesticide exposure and cancer of the prostate: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 60(9):634-642;
20. USGS. 1995. Pesticides in the atmosphere: distribution, trends, and governing factors. Sacramento (CA): United States Geological Survey, Open-File Report 94-506.
21. RCEP. 2005. Crop spraying and the health of residents and bystanders. United Kingdom: Royal Commission on Environmental Pollution.
22. Lee SJ et al. 2011. Acute pesticide illnesses associated with off-target pesticide drift from agricultural applications: 11 states, 1998-2006. *Environmental Health Perspectives*, 119(8):1162-1169. Weppner S et al. 2006. The Washington aerial spray drift study: Children's exposure to methamidophos in an agricultural community following fixed-wing aircraft applications. *Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology*, 16:387-396.

[Publicidad]

WASHINGTON STATE HUMAN RIGHTS COMMISSION

"Injustice anywhere is a threat to justice everywhere"
Dr. Martin Luther King, Jr.
Enforcing Washington's Laws Against Discrimination

"IT'S NOT JUSTICE IF IT'S NOT EQUAL"

Washington State Human Rights Commission Protecting Your Rights in:

◆ EMPLOYMENT	◆ Age	◆ Breast Feeding
◆ HOUSING	◆ Creed	◆ Disability
◆ PUBLIC ACCOMMODATION	◆ Familial Status	◆ Gender Identity
◆ CREDIT	◆ Marital Status	◆ National Origin
◆ INSURANCE	◆ Race	◆ Retaliation
	◆ Sex	◆ Sexual Orientation
	◆ Veteran Status	◆ Whistleblower-Retaliation

Contact us at: www.hum.wa.gov

Call us at: 1-800-233-3247



Ocupación y Riesgos de Salud en Latinos del Estado de Washington

Victoria Breckwich Vásquez, DrPH, MPH, MA
Nicole Davis, BA
Anaís Muñios, Estudiante University of Washington

Lesiones Específicas y Mortalidad en Hispanos/Latino de Washington

Los Hispanos/Latinos tienen una mayor tasa de accidentes laborales que otros grupos; probablemente por su más alta participación en industrias y ocupaciones de mayor riesgo; igualmente poseen las tasas más altas en cuanto a lesiones dentro de ocupaciones específicas.^{1,2} En un estudio recientemente implementado en el Estado de Washington, los autores encontraron que la desigualdad también aumenta con el tiempo (un promedio de 5% por año).³ Del 1997 al 2004, lesiones ocupacionales entre los hispanos/latinos, lo suficientemente graves para requerir 2 días fuera del trabajo, se duplicó en ese período de 7% al 15%.⁴ Las lesiones relacionadas con el trabajo fueron 2.6 veces más propensas a ser reportadas por trabajadores hispanos/latinos que por trabajadores no hispanos/latinos.⁵ Un informe actual de las personas demandantes de compensación al trabajador que prefieren comunicarse en español demostró que las solicitudes aprobadas tendían a mencionar lesiones de espalda, involucrando a trabajadores agrícola, así como trabajadores de 22 a 40 años de edad.⁶ En Washington, las muertes de trabajadores hispanos/latinos entre 2008 -2012 fueron 38 (11% del total). Del total de muertes registradas en este período 14% fueron en agricultura, 5% en construcción, y las demás fueron esparcidas entre otras industrias.⁷

La fuerza de trabajo y los riesgos de salud en la industria agrícola

La seguridad en el trabajo es una de las preocupaciones principales entre los trabajadores migrantes y temporales

en el Estado de Washington. Debido a que esta población es en gran medida desatendida y poco estudiada, no se detectan muchos de los riesgos de salud relacionados con las tareas agrícolas extenuantes y otros riesgos ocupacionales. Los riesgos más comunes a los Trabajadores Agrícolas de la salud y seguridad en el trabajo son: el estrés por calor, las lesiones musculo-esqueléticas, y la pérdida del oído.⁸ Además, los trabajadores agrícolas migrantes experimentan con frecuencia el acoso sexual en el trabajo.

La exposición al calor extremo durante el trabajo agrícola puede causar lesiones y enfermedades. Si no se trata, esto puede resultar en calambres por calor, desmayo por calor, agotamiento por calor o infarto por calor, esta última potencialmente mortal. De acuerdo con la EPA, más del 20% de los casos de infarto por calor son fatales y cerca de 500 personas en los EE.UU. mueren cada año por los efectos del calor.⁹

Otros riesgos ocupacionales para la salud de los trabajadores agrícolas son lesiones musculo-esqueléticas y la pérdida del oído. Los trabajadores agrícolas están en alto riesgo de lesiones músculo-esqueléticas debido a la naturaleza de la mano de obra agrícola. Agacharse, cargar objetos pesados, y otros movimientos repetitivos durante largos períodos de tiempo son causas directas de este tipo de lesiones. La pérdida del oído es también significativa entre los trabajadores agrícolas migrantes. Los estudios demuestran que más de la mitad de estos trabajadores tienen algún grado de pérdida auditiva importante, sobre todo debido a la exposición ocupacional al ruido de tractor y de maquinaria usando poca o ninguna protección auditiva.¹⁰

El acoso sexual en la agricultura también se ha convertido en un riesgo frecuente y peligroso para la salud y la seguridad en el trabajo. La Comisión de Oportunidades Equitativas de Empleo (EEOC) define el acoso sexual como un empleo con ambiente hostil y contingente en el intercambio de favores sexuales.¹¹ El acoso sexual puede tener consecuencias negativas sobre la salud y el trabajo. Trabajadoras y trabajadores agrícolas a menudo experimentan sufrimiento físico, psicológico y relacional debido al acoso sexual.¹²

Un grupo particular con altos riesgos de salud y seguridad en el trabajo son los trabajadores indígenas agrícolas de México y Centro América. Esta población sufre grandes retos como la discriminación y las jerarquías sociales extremas.¹³ Esto deteriora los riesgos laborales existentes, dando lugar a puestos de trabajo de mano de obra extensiva y a las más pobres condiciones de vida y sociales.¹⁴ Por otra parte, las barreras del idioma aumentan la dificultad para desarrollar material de formación ocupacional, debido a la complejidad de sus lenguas y personas disponibles para traducir.

Ocupaciones con impacto para los Hispanos/Latinos

Los jornaleros trabajan en acuerdos informales a corto plazo con los empleadores en una amplia gama de entornos de trabajo, incluyendo la manufactura, construcción, jardinería, y mantenimiento en residencias privadas. Los jornaleros latinos experimentan altas tasas de lesiones relacionadas con el trabajo y son desatendidos en términos de salud.¹⁵ En un estudio con sede en Washington de 180 jornaleros, los autores encontraron que alrededor del 25% de ellos afirmó haber sido herido en algún momento, esto es consistente con las lesiones reportadas en una muestra nacional de jornaleros.¹⁶

Los trabajadores inmigrantes Latinos en Washington son también trabajadores de limpieza con salarios bajos. Varias condiciones de trabajo incluyen: horarios de turnos difíciles, trabajo aislado, altas cargas de trabajo, y trabajar con productos de limpieza, aumentando el riesgo de sufrir lesiones en el trabajo.¹⁷ En un estudio de conserjes sindicalizados y no sindicalizados en el Estado de Washington, los autores encontraron que el aumento de la intensidad del trabajo y las altas demandas del trabajo están afectando las condiciones psicosociales, seguridad y salud.¹⁸

Programas y Prácticas Prometedoras

El Pacific Northwest Agricultural Safety and Health Center (PNASH) de la Universidad de Washington es uno de los diez centros nacionales que llevan a cabo la investigación, la educación y los programas de prevención e intervención en la industria agrícola. Las actividades de este centro buscan prevenir lesiones y enfermedades profesionales, así como promover las mejores prácticas de seguridad y salud en la agricultura de todo el Noroeste. Los proyectos recientes incluyen la prevención de acoso sexual (investigación y campaña de prevención), la producción de videos educativos

(enfermedades relacionadas con el calor, usar la escalera de forma segura), y la educación de plaguicidas (radionovelas) en conjunto con Radio KDNA en el Valle de Yakima.

Otro programa o intervención es el Hispanic Outreach Unit de Washington State Department of Labor & Industries' Department of Occupational Safety and Health, que ha desarrollado un programa de educación en las comunidades Hispanas/Latinas con el objetivo de garantizar la igualdad en el acceso a los beneficios, derechos y reglamentos.

Carencias y Desafíos

Los cursos de entrenamiento para los trabajadores agrícolas del Departamento de Agricultura del Estado de Washington son muy conocidos y respetados por su enfoque en ejercicios demostrativos. Sin embargo, acá se cuenta con poco personal y escasos recursos, dándose que algunos cursos se copen desde el año anterior. También, los cursos de certificación para el manejo de pesticidas se celebran varias veces al año y la industria proporciona apoyo financiero. Pero hay escasez de cursos de formación para el trabajador agrícola y sus supervisores.

- Richardson S, Ruser J, Suarez P. Appendix D. Hispanic workers in the United States: an analysis of employment distributions, fatal occupational injuries, and non-fatal occupational injuries and illnesses. In: Committee on Communicating Occupational Safety and Health Information to Spanish-speaking Workers; National Research Council, ed. *Safety is Seguridad: A Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press; 2003
- Orrenius PM, Zavodny M. Do immigrants work in riskier jobs? *Demography*. 2009;46:535-551.
- Trends in the Disproportionate Burden of Work-Related Traumatic Injuries Sustained by Latinos
Jeanne M. Sears, PhD, MS, RN, Stephen M. Bowman, PhD, MHA, and Barbara A. Silverstein, PhD, MPH, RN. *JOEM*, Volume 54, Number 10, October 2012
- Bonauto D, Anderson N, Pratt J. Occupational Health Indicators for Washington State, 1997-2004. Technical Report No. 80-4-2008 Olympia, WA: Safety and Health Assessment and Research for Prevention Program, Washington State Department of Labor and Industries; 2008.
- Sears JM, Bowman SM, Adams D, Silverstein BA. Occupational injury surveillance using the Washington State Trauma Registry. *J Occup Environ Med*. 2011;53:1243-1250.
- Safety and Health Assessment and Research for Prevention Program, Washington State Department of Labor and Industries; July 9, 2014.
- Safety and Health Assessment and Research for Prevention Program, Washington State Department of Labor and Industries; July 17, 2014.
- National Center for Farmworker Health. 2013. Farmworker Occupational Health and Safety: Fact Sheet. March. Link: <http://www.ncfh.org/docs/fs-Occ%20Health.pdf>
- Ibid.
- Rabinowitz, P. et al, (2005) Hearing Loss in Migrant Agricultural Workers, *J Agromedicine*, 10(4), p.9
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission. 2014. Sexual Harassment. Link: http://www.eeoc.gov/laws/types/sexual_harassment.cfm
- Kim N. 2014. The Risks and Consequences of Workplace Sexual Harassment Among Women Agricultural Workers: A Qualitative Study. Dissertation (June). ProQuest.
- Holmes SM. *Fresh Fruit, Broken Bodies: Indigenous Mexican Farmworkers in the United States*. University of California Press. 2013.
- Farquhar S. et al, (2008) Occupational Conditions and Well-Being of Indigenous Farmworkers, *American Journal of Public Health* 98(11), p.1956
- DeSouza RA, Hecker S, de Castro AB, Stern H, Hernandez A, Seixas N. 2012. Novel Approaches to Development, Delivery and Evaluation of a Peer-Led Occupational Safety Training for Latino Day Laborers. *New Solutions*, Vol. 22(3) 387-405.
- Seixas NS, Blecker H, Camp J, Neitzel R. 2008. Occupational Health and Safety Experience of Day Laborers in Seattle, WA. *American Journal of Industrial Medicine*. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).
- Seixas N, Stover B, Dominguez C, Simcox N. 2014. Work Load and Health Among Commercial Janitors. Presentation to 24th International Epidemiology in Occupational Health Conference. June 24. Chicago, Illinois.
- Ibid.



Comunidades LGBTQ Latinas en el Estado de Washington

Marcos Martínez

Los aspectos relacionados con la salud y el bienestar de las comunidades LGBTQ en el Estado de Washington nunca han sido considerados apropiadamente, ya que la misma ha sido un segmento de nuestra comunidad que por mucho tiempo ha permanecido invisible, desentendida y poco estudiada.

Es importante que todas las agencias de salud pública y los investigadores académicos reconozcan que los LGBTQ Latinos son una valiosa parte de nuestra comunidad, y que su salud y bienestar deben ser tomados en cuenta cuando se diseñan investigaciones y estudios enfocados a la salud de la comunidad.

La comunidad LGBTQ Latina es diversa. Aunque L, G, B, T y Q comúnmente se usan juntos en un acrónimo que sugiere homogeneidad, cada letra representa un amplio rango de individuos con diferente etnicidad, país de origen, identidades, estatus migratorio y socio-económico. Una experiencia común de estigma y discriminación es lo que nos une a todos como minorías sociales y de género.

Falta de conocimiento en torno a las necesidades de salud por parte de los profesionales de salud, así como la también larga historia de discriminación racial; ha resultado en barreras y retos que impiden acceder a servicios que sean culturalmente competentes, ob-

staculizando así que miembros de nuestra comunidad puedan alcanzar los altos niveles posibles en cuanto al cuidado de la salud.

Es difícil definir el tamaño y la distribución de la población LGBTQ Latina. Entre muchos factores está la reticencia de los miembros de la comunidad a contestar las preguntas que las encuestas hacen acerca de su identidad, por temor de ser excluidos y estigmatizados. Sin embargo, el Censo de los Estados Unidos del 2010 identificó que el Estado de Washington tiene el mayor número de hogares del mismo sexo (uno de cada seis).

Matrimonio y Familia:

Aunque, en general, la vida de los individuos dentro de la comunidad LGBTQ ha mejorado desde que se aprobó el acto de igualdad marital, la situación para los Latinos y Latinas es diferente debido a muchos factores, incluyendo la situación migratoria. Se necesita conocer el número de hogares y parejas Latinas del mismo sexo.

A medida que las parejas del mismo sexo ganan aceptabilidad social, se hace más común el acceso a la atención de la salud y otros beneficios que crean estabilidad familiar: conversaciones sobre crear familias, tener o adoptar niños. De nuevo, se necesita más información sobre las familias Latinas para poder abordar esos asuntos.

Los LGBT Mayores o de Avanzada Edad:

De acuerdo a un reciente estudio a nivel nacional, "Hispanic LGBT Older Adult Needs" (Necesidades de los Hispanos LGBT de Avanzada Edad) publicado junto con otros colaboradores por el National Hispanic Council on Aging, por su siglas en inglés NHCOA), los Latinos LGBT de la generación "baby boom" están confrontando la posibilidad de "regresarse al closet".

Para los LGBT de edad avanzada, esto es preocupante debido al ambiente hostil que puede existir dentro de las facilidades para el cuidado de ancianos. Ese estudio expone la preocupación sobre la falta general de información sobre los LGBT Latinos. Sin embargo, señala problemas que incluyen el prejuicio y la discriminación que mucho sufren por ser parte de tanto de una minoría sexual, como de un grupo étnico marginalizado.

VIH/SIDA:

En nuestro Estado, y sobre todo en el Condado King, el VIH afecta a los Latinos de una manera desproporcionada, donde la prevalencia de VIH es alta en todos los grupos étnicos. El VIH continúa siendo un serio problema de salud para los hombres Latinos "gay" y bisexuales. El VIH también afecta a las mujeres en áreas del este de Washington, donde ellas son infectadas por sus parejas sexuales masculinas. Se ha prestado poca atención al riesgo de VIH en la población de mujeres Hispánicas.

En el Condado King 6,000 personas viven con el VIH, incluyendo individuos que se han mudado al Condado después de haber sido diagnosticados en otros Condados o Estados, excluyendo a los que creemos que se han marchado. En el Condado King, desde 1982, han muerto más de 4,750 personas infectadas por el VIH.

En el Condado King el número de personas viviendo con SIDA, o con el VIH, está aumentando cada año, debido a que son más las nuevas infecciones por VIH que se diagnostican que las muertes que ocurren por SIDA. La proporción de casos está aumentando entre los hombres que tienen sexo con hombres, hombres Hispánicos, y personas menores de 30 años o mayores de 50 años (HIV/AIDS Epidemiology Report-1st Half 2013, Page 25).

Desigualdades en salud entre los LGBTQ Latinos:

Aunque no existen enfermedades específicas para los LGBTQ, nuestra comunidad sufre de numerosas desigualdades en salud que afectan la capacidad de los Latinos para acceder a un estilo de vida saludable y alcanzar su potencial económico.

De acuerdo a información nacional sobre Desigualdades en Salud entre los LGBTQ; existe una mayor posibi-

lidad de que miembros de la comunidad LGBTQ experimenten dificultades en acceder a los cuidados de salud comparado con sus contrapartes heterosexuales. Las personas envueltas en relaciones del mismo sexo, tienen menos probabilidades que otros, en reportar necesidades de salud no satisfechas; en el caso de mujeres, de no haberse hecho recientemente una mamografía o una prueba de Papanicolaou (Buchmueller, 2010). Esas diferencias se derivan, al menos en parte, por el menor acceso a los beneficios ofrecidos por los seguros de salud proporcionados por los empleadores, los cuales sí se confieren a parejas del mismo sexo y a sus esposos/as (Mayer, 2008). La información de Desigualdades en Salud de la comunidad LGB en el Condado King también reveló que: **Uno de cada cinco (21%) de los LGB residentes no pudieron acceder a los cuidados de la salud debido a barreras financieras. Ese número es el doble que el de otros residentes en el Condado King. Y fue particularmente claro para lesbianas y mujeres bisexuales al compararse con los hombres "gay" y bisexuales; o con otras mujeres residentes en el Condado King.** Es de notar que este estudio no incluyó información sobre Transgéneros.

La información que se tiene sobre la salud en los transgéneros es muy limitada. La que pudo obtener en el reporte nacional "Injusticia en cada vuelta" indica que:

- La discriminación fue identificada como generalizada entre todos los que respondieron a la Encuesta Nacional sobre Discriminación de Transgéneros, aunque para los Transgéneros Latinos y otras personas de color fue especialmente devastador la combinación del sesgo Anti-Transgénero y los actos persistentes de racismo estructural e inter-personal.
- Los Latinos No-Ciudadanos que respondieron a la encuesta, a menudo se mostraron entre los más vulnerables al acoso, abuso y violencia; frecuentemente viven en la pobreza extrema, con el 28% reportando que el ingreso del hogar es menor de \$ 10,000/año y que están afectados por el VIH en números devastadores.

De una manera similar a la falta de información de las personas transgénero, la información sobre la comunidad LGBTQ Latina en el Estado de Washington es muy limitada. Tan solo se han hecho un número muy reducido de estudios enfocados en la comunidad LGBTQ en el Condado King y tan solo dos de ellos son específicos para los Latinos. En el 2011 la Ciudad de Seattle publicó una encuesta de evaluación de necesidades de la comunidad LGBT Latina, titulado "Instantánea de Seattle" ("Snapshot Seattle"). Desafortunadamente solo el 3% de los que respondieron a la encuesta fueron Latinos.

Los resultados de diferentes estudios realizados en el Condado King dentro la comunidad LGBT en general, sugieren lo siguiente:

Alto porcentaje de bebedores de alcohol. La frecuencia de bebedores de alcohol entre los habitantes LGB, fue de casi uno en diez (9%), significativamente más alto que la de otros residentes en el Condado King, aproximadamente uno en veinte (6%). Esa diferencia fue especialmente significativa entre lesbianas y mujeres bisexuales (15%), comparada con "gays" y hombres bisexuales (5%) o con otras mujeres en el Condado de King. Entre los residentes LGB en general, y en las lesbianas y mujeres bisexuales en particular, esa diferencia fue más pronunciada entre los más jóvenes.

Alto Índice de Fumadores. Uno de cada cuatro (25%) de los miembros de la comunidad LGB son fumadores en la actualidad, lo cual es significativamente más alto que el 14% de fumadores entre otros residentes del Condado King.

Tasas altas de Angustia Mental. En comparación con otros residentes del Condado King, los residentes LGB reportaron el doble de días que en el mes anterior sufrieron de angustia mental.

Niveles más bajos de pruebas de mamografía. Una de cada cinco lesbianas o mujeres bisexuales (20%) mayores de 40 años no se han hecho una mamografía. Esa frecuencia es significativamente mayor que en otras mujeres en el Condado King, la cual fue menor de una en diez (7%). Esa diferencia se mantiene incluso cuando se consideran diferencias en la cobertura para cuidado de salud.

Niveles más bajos de la prueba de Pap. El 13% de mujeres lesbianas o bisexuales no se ha hecho una prueba de Pap, en comparación con las residentes del Condado King de las cuales un 16% se ha hecho el examen.

En conclusión, aunque reconocemos y aplaudimos los avances que se han hecho para asegurar la igualdad de los LGBTQ que habitan el Estado de Washington, todavía existe preocupación con aspectos relacionados a la salud, que deben ser afrontados si es que nuestro Estado desea alcanzar su visión de un futuro justo y equitativo. Los promotores Latinos y los investigadores pueden jugar un papel importante, llamando la atención sobre nuevos estudios e información que ayude a los diseñadores de las políticas a responder a estos asuntos de gran interés.

[Publicidad]

Conviértase en un defensor de las Comunidades Hispanas de Washington

Su contribución (deducible de impuestos) apoyará nuestra labor con el programa radial en español producido por la Comisión de Asuntos Hispánicos "Conozca su Gobierno con Uriel Iñiguez" cuyo objetivo es mantener informada a la comunidad hispana

Descripción: Dos veces por semana, una hora de programación en vivo y español con líneas abiertas para los radioescuchas.

Contenido: Discusiones acerca de aspectos importantes para la comunidad como lo son: proyectos de ley, impuestos, préstamos, compra de automóviles, licencias para manejar, compra de bienes inmuebles y otros elementos relevantes para los habitantes de habla hispana.



ESTACIONES DE RADIO ASOCIADAS

<p>El Rey 1360 AM Seattle Líder de música Mexicana, pertenece a una organización no lucrativa local, energizándose por su programación en vivo, ser locales y estar conectados con la comunidad latina.</p>	<p>KSVR 91.7 FM Estación no comercial Propiedad Estudiantil y Operada en español e inglés para proporcionar información local e internacional para la comunidad de Skagit.</p>	<p>Radio KWLN 92.1 FM Es una estación que transmite en español con formato regional mexicano y con una programación apta para toda la familia.</p>	<p>KNTS 1680 Radio Luz Seattle Es una radiodifusora líder del mercado americano orientada a Diversas audiencias. Su cobertura incluye áreas de Canadá, Yakima Valley, Wenatchee, Tricities y Oregón</p>
<p>Radio KDNA 91.9 FM Es una estación radial no comercial que ofrece programación educativa para la población hispano-parlante de Washington</p>			

Si desea enviar un cheque,
Por favor hágalo a nombre de:
Commission on Hispanic Affairs
P.O.Box 40924
Olympia, Washington 98504-0924



Para más detalles favor contactar:
Comisión de Asuntos Hispánicos
360-725-5661
hispanic@cha.wa.gov
www.cha.wa.gov

EL MUNDO

Noticias locales e internacionales



Of Quality Content Empowering
Washington State Hispanic Community.

We have 25+ years in Washington State

*We have an excellent branded
position in Washington State*

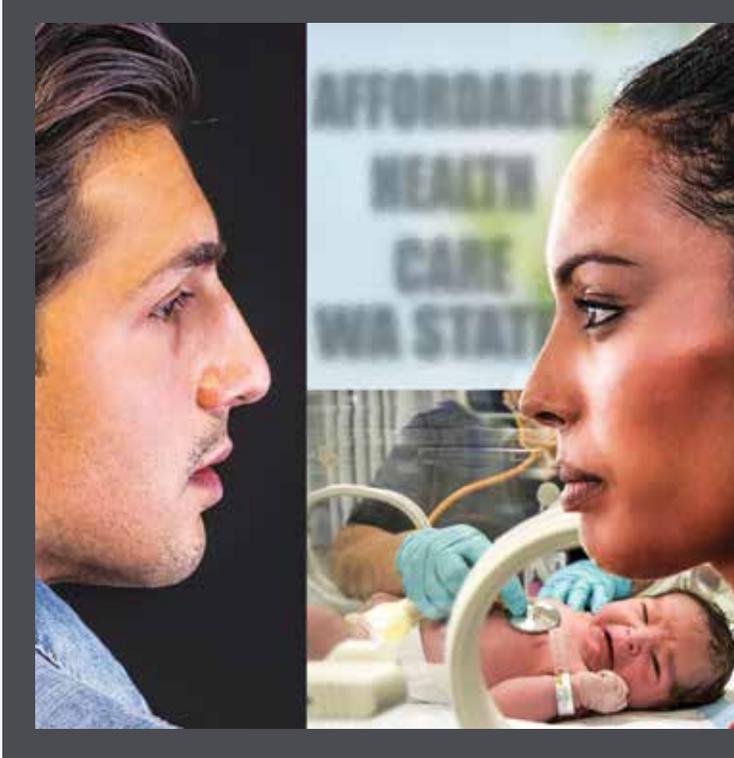
*We understand the culture
We are a minority certified organization*

We understand our demographics trends

*We are awarded and recognized locally,
regionally and nationally*

www.elmundous.com





Los Hispanos de Washington y sus Prioridades de Salud

Comentarios Concluyentes sobre la Salud de los Latinos en WA

Los Cuidados de Salud, se han identificado como uno de los determinantes que más impactan la desigualdad que afecta a los Hispanos/Latinos que viven en el Estado de Washington. Estos problemas asociados con la salud, así como también sus posibles soluciones, son parte de las conversaciones diarias entre los líderes de la comunidad.

Respondiendo a nuestro pedido sobre sus opiniones, varios líderes de la comunidad compartieron su visión personal del problema, las cuales consolidamos y resumimos aquí (ver agradecimientos). Esas valiosas opiniones servirán para enriquecer el análisis y debate correspondiente.

La salud es un elemento crítico que necesita atención inmediata

La población de Hispanos/Latinos en los Estados Unidos está creciendo rápidamente y ya representa una fuerza de trabajo considerable, la cual puede ser un factor determinante en la economía del país. La población de Hispanos/Latinos en el Estado de Washington incluye un alto número de mano de obra laboral, inmigrantes documentados y no documentados. Con esta población tan heterogénea sea agrega la amplia variedad de barreras que dificulta el acceso a los cuidados de la salud. Consecuentemente, muchos miembros de nuestra comunidad todavía carecen de servicios básicos de salud y educación. La mayoría de los Washingtonianos obtienen su seguro de salud a través de sus empleadores, pero los Latinos, de una manera desproporcionada, trabajan para empleadores en industrias que no proveen seguros de salud a sus empleados. Además,

muchos Latinos trabajan para ellos mismos como contratistas independientes o como pequeños empresarios sin acceso a empleadores que provean un seguro de salud.

Es clave Identificar e Implementar Soluciones Prácticas

Dichas soluciones prácticas deben comenzar afrontando los determinantes sociales de la salud, incluyendo lenguaje, cultura y potencial de pago. Un esfuerzo debe ser puesto en práctica para eliminar el estigma asociado al apelativo de "ilegal", el cual aliena y desalienta a los Latinos en su integración al resto de la población. La comunicación es esencial en la implementación de soluciones que conecten a los Latinos con los servicios de cuidados de la salud, y es por ello que los promotores de salud pueden jugar un papel muy importante para llegarle a la comunidad. El cuidado integral de la salud ayudará a diferentes organizaciones a enfocarse en el paciente como un todo, lo cual requiere un alto grado de competencia cultural. Finalmente, el acceso a seguros de salud apropiados podrá cambiar el patrón de conducta del inmigrante Latino, el cual frecuentemente solo va al doctor cuando está muy enfermo.

Enfermedades o condiciones que afectan en mayor o menor grado a la población Hispana/Latina

Aunque el objetivo debe ser prevenir y tratar cualquier enfermedad/condición que afecte la salud de nuestra

comunidad, algunas de estas incrementan nuestro nivel de preocupación. Siendo la diabetes, el alcoholismo (especialmente entre hombres) y la depresión (especialmente entre mujeres). Esas condiciones pueden estar relacionadas al shock cultural que los inmigrantes experimentan cuando se mudan a nuevos lugares y ambientes. La violencia doméstica también es un problema grave que necesita ser afrontado vigorosamente. En general, nuestra comunidad necesita enfoques efectivos en el manejo de las enfermedades crónicas, no solo de la diabetes, sino también de la obesidad, hipertensión, e hipercolesterolemia. La comunidad Hispano/Latina tiende a ser reticente a participar en programas de salud mental, por lo es necesario facilitar más el acceso a los tratamientos para la depresión. Se necesitan recursos apropiados para programas de educación y prevención del VIH/SIDA entre Latinos. Finalmente, también es clave una atención especial a los problemas de salud asociados con la agricultura y a otras actividades en el mismo sector laboral, como lo son las condiciones resultantes en la exposición a pesticidas.

No Acceso a Cuidados de Salud, es el factor que más afectan a la Comunidad Hispana/Latina

Como se mencionó antes, no tener seguro de salud, es una de las barreras más importantes afectando a los Latinos. La Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act or ACA) ayudará a algunos individuos, pero no a todos. En este sentido, es clave producir material promocional y educativo en español. Recientemente observamos que la mayor parte del presupuesto de publicidad del "Washington Health Benefit Exchange" (WHBE) fue utilizado en anuncios televisivos en inglés, dejándose solo una mínima inversión en la media étnica; esta disparidad de esfuerzo es lo que agranda la brecha en la información. También, expandir la cobertura a todos los individuos no asegurados a través de programas efectivos del Estado, servirá para afrontar importantes barreras. Una posibilidad es la creación de un sistema de seguros, manejado por el Estado con pagador único (single-payer). Incluso con la cobertura universal, un mercado competitivo para planes de cuidados de la salud en el Estado, sería la situación ideal a la cual aspirar, para con ello asegurar cuidados de salud de alta calidad, costo-eficientes, con buenos resultados clínicos y, con ello un paciente/cliente altamente satisfecho. Específicamente, debemos pensar sobre una potencial re-implementación del Plan Básico de Salud ("Basic Health Plan"). Otras barreras creadas por la falta de información culturalmente apropiada para los pacientes, deben ser respondidas con programas específicos e incentivos a instituciones educacionales tales como la Universidad de Washington. A largo plazo, documentar

a los inmigrantes que viven y trabajan en el Estado de Washington, les permitirían oportunidades para acceder a empleados con seguros de salud o para participar en el "ACA Health Care Exchange". Los promotores pueden ser muy efectivos en conectar a poblaciones a riesgo y proporcionar interpretación en el lenguaje apropiado. Comunicarse con la población Hispana/Latina en el lenguaje que mejor entiende, no solo incrementa el acceso a información y servicios, sino que también provee un ambiente más acogedor que incrementa la comodidad del usuario. Campañas de Salud y Bienestar para reducir la incidencia de enfermedades prevenibles pudiera eventualmente reducir costos en general. En último caso, sabemos que el acceso de los Hispanos/Latinos a los servicios tiene mucho que ver con la disponibilidad de fondos. Una de las maneras más efectivas de llegarle a nuestra comunidad es apoyando a organizaciones cuya misión ya incluye servicios biculturales o bilingües, o a aquellas que trabajan con inmigrantes que devengan bajos salarios.

Comentarios finales

Los sistemas de cuidados de la salud están cambiando, de ser simplemente sistemas individualizados y basados en la compasión, a ser sistemas más basados en resultados y objetivos económicos. La participación de los proveedores de salud, médicos y enfermeras, en el diseño de los programas a nivel de cuidados de salud, debe ser promovida - quizás incluso exigida - para así obtener el compromiso crucial de esos sectores. Esta táctica puede traer de vuelta el "corazón y alma" del cuidado médico a través de la historia - la relación médico-paciente. Hay una población indígena muy grande en el Estado de Washington que necesita ser alcanzada. Aunque la comunidad que habla español tiende a formar fuertes nexos entre ellos, esta necesita ser más inclusiva con la comunidad indígena que no habla el lenguaje y que se siente excluida de muchas organizaciones e iniciativas que se enfocan en la población Latina. Es necesario abogar por recursos adicionales, a nivel del Estado o local, para apoyar la población Latina a tener más conocimiento de los comportamientos y estilos de vida que afectan a su salud, así como también de cómo acceder a los servicios correspondientes.

Agradecimientos

Las opiniones resumidas aquí son aquellas de Rogelio Riojas (Presidente y CEO de Sea Mar Community Health Centers), Hilary Stern (Directora Ejecutiva de Casa Latina), y de otras personas que pidieron confidencialidad. Sus comentarios fueron consolidado y resumidos por José Esparza MD, PhD, de EsparzaPlus. (Info@esparzaplus.com)

VI. 6.1 PANORAMA GENERAL



Jerry García; PhD nació y creció en el Estado de Washington. Es la primera generación en graduarse de la escuela secundaria (Quincy High School) y de la Universidad. El profesor García obtuvo su doctorado en la Universidad del Estado de Washington y ha desempeñado posiciones académicas en las Universidades de los Estados de Iowa y Michigan. En la Universidad Este de Washington fue director del programa Asistencia Universitaria para los Migrantes. También fue Co-fundador junto a Rogelio Riojas (CEO de los Centros de Salud Sea Mar de Seattle) del programa educacional pasantías ejecutivas Sea-Mar Chicano. Su último libro titulado *Looking Like the Enemy: Japanese, Mexicans, the Mexican State, and U.S. Hegemony, 1897-1945*, fue publicado el 25 de Febrero del 2014, por University of Arizona Press.

VI. 6.2 POLITICAS



Vickie Ybarra; PhC, MPH, RN es RWJF Pos-doctorado en Ciencias Políticas de la Universidad de New México en donde cursó estudios en políticas de salud, factores sociales determinantes sobre la salud, políticas de inmigración y políticas Latinas. Con anterioridad obtuvo su diploma de Enfermería y Salud Pública de la Universidad de Washington.

Anterior a proseguir su formación académica, trabajó durante 20 años como enfermera y luego como administradora de la Clínica para los Trabajadores Agrícolas de Yakima Valley. Entre 2006-2010, en representación de la Gobernadora Gregoire, presidió el Concilio en Desigualdades de Salud. Una vez finalizado sus estudios en el 2015, planifica regresar a su casa de Washington.

VI. 6.3 DERECHO AL VOTO Y SALUD



David Pérez; se desempeña como abogado en Perkins Coie, estando bajo su responsabilidad complejos casos de litigación civil. Su cartera de clientes incluye empresas pertenecientes a los sectores de publicidad, aviación, manufactura, tecnología y financiero. David también dona gran parte de su tiempo profesional enfocándose en aspectos asociados con

los derechos civiles, derechos al voto, así como también derecho constitucional. Antes de incorporarse a Perkins Coie, David fue uno de los co-autores del Washington Voting Rights Act, y ha testificado en la Legislatura del Estado, tanto en su favor como liderando su escritura. Recibió su B.A. de la Universidad Gonzaga en donde fue seleccionado como orador de orden en su graduación. Obtuvo su diploma de abogado, JD de la Escuela de Leyes de Yale.

VI. 6.4 PROGRAMAS SAFETYNET (TANF)



Eliseo Juárez (EJ); es Director de Políticas para Mayoría Progresista Washington. Previamente había trabajado en Statewide Poverty Action Network, una de las organizaciones anti-pobreza más importantes en Washington, implementando campañas sobre el programa Washington's Safety Net por sus siglas en inglés TANF. Dicha organización ofrece asistencia temporal para familias necesitadas. Ha sido miembro del consejo directivo de Seattle Acceso a la Educación; y desde el 2013 ha servido en la Comisión de Asuntos Hispánicos. EJ obtuvo su título B.A. del Saint Martin's University y su M.A. en Estudios Culturales de la Universidad de Washington en Bothell. EJ es originario de Yakima, Washington y actualmente vive en Seattle.

VII. 7.1 SALUD MATERNO-INFANTIL



Jennie A. McLaurin; MD, MPH es especialista en Salud Infantil y Salud del Inmigrante. Bio-Etista para MCN con 30 años de experiencia en Migración y Salud Comunitaria. Es pediatra certificada con un master en salud pública y en Bio-Etica. Ha trabajado a nivel local, estatal y nacional. Durante su carrera profesional se ha desempeñado en posiciones de: Trabajador Comunitario, Médico, Director de Medicina Clínica, Director Médico Estatal para la Salud del Migrante; Consultante Federal y Planificador Programático en diversos tópicos relacionados con las disparidades en salud, determinantes sociales en la salud, salud infantil, conocimiento cultural, así como también en el concepto de hogares médicos centrados en el paciente. Ha sido autora, editora y revisora de numerosa publicaciones profesionales, libros, monografías y abstractos en Cuidados de Salud del Migrante. Su experiencia docente incluye el desarrollo de cursos a nivel de post-grado, así como frecuentes presentaciones académicas y públicas. Dr. McLaurin trabajó en North Carolina la mayor parte de su carrera clínica; pero ha estado viviendo por los últimos 12 años en Ferndale, WA; y continúa su trabajo con el Migrant Clinicians Network en toda la nación, y como consultante del HRSA

VII. 7.1 SALUD MATERNO-INFANTIL



Ileana Ponce González; MD, MPH es Asesor Principal del Advisor for Scientific and Strategic Planning en el MCN. Obtuvo su Diploma en Medicina y Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nicaragua, así como un diploma en Genética Clínica de la Universidad de Chile; igualmente un Master en Salud Pública de la Escuela de Salud

Pública de Bloomberg, en la Universidad Johns Hopkins. Antes de su incorporación con el MCN, la Dra. Ponce-González trabajó durante doce años como Oficial de Revisión Científica para el AHRQ y el NIAID/NIH. Ella ha hecho contribuciones positivas y dinámicas en la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, así como en un amplio rango de enfermedades tropicales.

VII. 7.2 CANCER COLORECTAL



Gloria D. Coronado; PhD es epidemiólogo involucrada en investigaciones sobre disparidades de salud asociadas con la prevención del cáncer en poblaciones marginalizadas. Ella diseña y evalúa proyectos de base clínica para incrementar la participación en el distaje preventivo del cáncer; así como también el seguimiento posterior al diagnóstico, entre clínicas de salud que prestan servicios a

las comunidades latinas. En su diverso portafolio de investigaciones, la Dra. Coronado ha evaluado la aceptación por parte de los padres latinos de la vacuna HPV para los jóvenes; también ha evaluado estrategias para reducir la exposición a los pesticidas por parte de los hijos de los trabajadores rurales; y desarrollado novedosos programas adaptados culturalmente para reducir la diabetes y el riesgo de cáncer entre los Latinos viviendo en las áreas rurales. Ha colaborado extensivamente con los programas de prevención del cáncer del Centro de Investigación del Cáncer Fred Hutchinson, allí lideraba un programa de entrenamiento que preparaba estudiantes universitarios y de postgrado para llevar a cabo investigación sobre el cáncer. Ella recibió su PHD en epidemiología de la Universidad de Washington, y en la misma universidad, en el departamento de Epidemiología fue nombrada Profesor Asociado de Investigación. También recibió entrenamiento en la Universidad de Stanford. En el 2009, participó en el National Hispana Leadership Institute, un programa de entrenamiento en liderazgo ejecutivo.

VII. 7.3 ENFERMEDADES RENALES



Rudy Rodríguez, MD es Director de Hospital y Especialista en Medicina del VA Puget Sound Health Care Systems; también es Vice Presidente del Departamento de Medicina de la Universidad de Washington. Su especialidad es nefrología y ha presidido el VA-wide Renal Field Advisory Committee; así como el American Board of Internal Medicine Nephrology

Board. Sus intereses académicos se enfocan en las enfermedades renales, desigualdades existentes en el área de salud; así como el incremento de la diversidad en la medicina académica. Previamente fue miembro del personal académico de la Universidad de California en San Francisco; y trabajó como nefrólogo en el Hospital General de San Francisco.

VII. 7.4 CANCER DE SENO



Yamile Molina, PhD es Senior Fellow trainee en el programa de entrenamiento Bio-Conductual de Prevención y Control del Cáncer de la Universidad de Washington; y está afiliada al Centro de Investigación en Cáncer Fred Hutchinson, por sus siglas en inglés FHCRC. Su enfoque ha sido en torno las latinas y sus experiencias en torno a la Salud y Cuidado del Seno. Trabaja con especialistas en Mamografías, Departamentos de Salud, y Organizaciones Comunitarias.

VII. 7.4 CANCER DE SENO



Rachel M. Ceballos, PhD es miembro asistente del FHCRC, División Ciencias de Salud Pública; así como profesor asistente en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Washington. Sus investigaciones se enfatizan en el papel desempeñado por los factores psicosociales y su impacto en los resultantes reacciones biológicas, específicamente en la sobrevivencia al cáncer por parte de Latinos y Africano-Americanos.

VII. 7.5 ENFERMEDADES CRONICAS



Beti Thompson, PhD miembro del Centro de Investigación sobre el Cáncer Fred Hutchinson por sus siglas en inglés FHCRC, y profesor del Departamento de Servicio de Salud de la Universidad de Washington. Ha sido PI, Co-PI, y/o Co-investigador en más de 25 Subvenciones del Instituto Nacional de Salud por sus siglas en inglés NIH. La reputación de la Dra. Thompson en la comunidad científica, así como en el área de desigualdad en

Salud, alcanza niveles nacionales e internacionales. Su actual investigación más importante se enfoca en la prevención de enfermedades a través cambios en el estilo de vida; así como la promoción en las comunidades de actividades asociadas con el despistaje de enfermedades. Gran parte de su trabajo se lleva a cabo a nivel de las comunidades. Ha sido la autora de más de 200 publicaciones. Más información: Instituto de Investigación sobre el Cáncer Fred Hutchinson, 1100 Fairview Avenue N, M3-B232, P.O. Box 19024, Seattle, WA 98109, Teléfono: 206-667-4673, E-Mail: bthomps@fhcrc.org

VII. 7.6 DIABETES



Lorena Alarcón-Casas Wright; se desempeña como Profesor Clínico Asistente en el Centro Médico de la Universidad de Washington en Seattle. Sus intereses clínicos y de investigación son en las áreas de: cuidado de la Diabetes de tipo 1 y 2; Diabetes en la comunidad Hispánica; Diabetes asociada a la Cistofibrosis; Diabetes post-trasplante, Diabetes en el embarazo y los marcadores biológicos de la glicemia. Ella está activamente involucrada con la enseñanza y tutoría. Es parte del profesorado del curso "Salud Hispánica y Salud de la Desigualdad" de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington. También disfruta de su rol de tutor para estudiantes latinos a nivel médico y pre-médico, es parte del Comité Tutorial para Mujeres en Endocrinología, y es miembro del American Association of Clinical Endocrinologists Pacific Northwest Steering Committee.

VII. 7.7 OBESIDAD



Jason A. Mendoza, MD, MPH, FAAP es Pediatra, Profesor Asociado en Pediatría de la Escuela de Medicina y Profesor Adjunto en Servicios de Salud de la Universidad de Washington. Enseña y ejerce la Pediatría General en el Centro Médico de Harborview; tanto en Pediatría Clínica como en el Servicio del Paciente Pediátrico Hospitalizado. Posee un título universitario de la Universidad de Chicago, en donde posteriormente obtuvo su MD del Rush Medical College. Realizó su residencia en

Pediatría del Hospital Infantil de la Universidad de Washington/Seattle, y también se entrenó en Investigación Avanzada a través del programa Investigadores Clínicos Robert Wood Johnson de la Universidad de Washington, en donde obtuvo su MPH de la Escuela de Salud Pública de la misma Universidad. Es Investigador Principal en el Centro de Salud Infantil para la Conducta y el Desarrollo, del Instituto de Investigación Infantil. Sus investigaciones se enfocan en las disparidades existentes en torno a la actividad física y nutrición durante la niñez con sus consecuencias en minorías raciales/étnicas y/o poblaciones socio-económicamente desfavorecidas. Y como podrían cambiarse con novedosas intervenciones sobre la conducta, políticas escolares y facilidades en la comunidad. Sus investigaciones han sido subvencionadas por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos por sus siglas en inglés NCI y NHLBI; así como la Fundación Robert Wood Johnson en su programa de Investigación Viviendo Activamente. El Dr. Mendoza encabeza investigaciones que se enfocan en: (1) reducir la exposición de los preescolares Latinos a actividades sedentarias como la televisión; (2) incrementar en la infancia escolar actividades físicas como "el bus escolar caminado", "el tren de bicicletas" y otros programas que incluyan rutas seguras para ir a la escuela; y (3) estimular la actividad física en los adolescentes a través de dispositivos portables para medir movimiento (mHealth). Conduce también investigación en salud global, asociada con seguridad alimentaria en niños con VIH en Estados Unidos y en África del Sur-Sahara. También Co-lidera investigaciones que evalúan la seguridad alimentaria en los hogares de adolescentes y jóvenes con Diabetes en los Estados Unidos.

VII. 7.8 SALUD ORAL



Mark Koday, es Oficial Jefe Dental y Director Residente Dental de la Clínica de los Trabajadores Agrícolas del Yakima Valley por sus siglas en inglés YVFWC. Esta organización anualmente presta servicios a más de 131,000 pacientes y tiene 19 localidades médicas y 10 dentales a lo largo de Washington y Oregón. Dr. Koday obtuvo su DDS de la Escuela de

Odontología de la Universidad de Indiana/Indianápolis. Es miembro de las siguientes asociaciones profesionales: Coalición de Salud Oral del Estado de Washington (miembro fundador y presidente), Coalición de Salud Oral del Condado de Yakima (miembro fundador y presidente), ADA (miembro), y Asociación Dental del Estado de Washington (miembro).

VII. 7.8 SALUD ORAL



Laura Flores Cantrell, es Oficial Principal de Programas de la Fundación Dental de Washington. Previamente fue Directora Ejecutiva de la Fundación Latina para la Comunidad de Washington. Antes de incorporarse al sector no lucrativo, se desempeñó como Consejero General Asistente para una empresa de desarrollo energético de Bellevue, Washington. Ms. Cantrell ha trabajado por más de 20 años en defensa y

políticas públicas. Su experiencia profesional se ha enfocado en el mejoramiento del bienestar de los migrantes y trabajadores temporeros agrícolas, comunidades de color; así como de niños en riesgo. Actualmente es miembro de la junta directiva de Latino Progreso: Primera organización de Ayuda en el Estado de Washington, dirigida y manejada contablemente por Latinos 501(c)(4). También es parte del Consejo Directivo Nacional de la Fundación Mexicana-Americana para la Defensa Legal y la Educación.

VII. 7.8 SALUD ORAL

Kelly Richburg; es Defensora de Políticas/Analista de la Fundación de Servicios Dentales de Washington, organización sin fines de lucro, dedicada a prevenir enfermedades bucales y a mejorar la salud general de la población de Washington. Anteriormente había trabajado en la Oficina de Contabilidad del Gobierno de los Estados Unidos y del RTI International. Realizó sus estudios de postgrado en Políticas para el Niño y la Familia en la Universidad de Tufts; y obtuvo su título universitario del Vassar College.

VII. 7.9 SALUD MENTAL



Gino Aisenberg; PhD, MSW es Profesor Asociado de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Washington. Investigador bilingüe/bicultural sobre la salud mental del Latino. Se enfoca en tres áreas interrelacionadas que afectan poblaciones marginalizadas de minorías étnicas: 1) Exposición traumática de niños y familias a comunidades violentas y su asociación a desórdenes de estrés post traumático, 2) Cuidados de depresión en adultos, y 3) Práctica basada en evidencia. En el 2013, el Dr. Aisenberg fue nombrado Decano Asociado de la Escuela Graduada, para liderar en la promoción de diversidad y establecimiento de colaboraciones comunitarias. Es el Co-Director fundador del Centro Latino para la Salud, grupo de investigación multidisciplinario con base comunitaria, el cual se estableció en el 2014 para promover la salud y el bienestar de los latinos en el Estado de Washington y la región.

VII. 7.10 DROGADICCION



Marcos Zuniga; MPH fue coordinador del Drug Policy Outreach para ACLU-Washington, en donde era responsable de organizar las llamadas comunidades de color del Estado, para hacer oír sus preocupaciones en torno a la histórica aprobación e implementación en el Estado de Washington de la Iniciativa 502, la cual legaliza el consumo recreativo de la marihuana. Ha trabajado en ambos sectores privado y público, y bufetes de abogados: Grupo Legal MFR, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Servicios Legales. Su diploma en Leyes es de La Escuela de Leyes SUNY de Búfalo. Antes de ser abogado, trabajó en Detroit, Michigan en prevención de drogadicción. Posee un Master en Salud Pública y un Diploma Universitario en Ciencias de la Universidad de Michigan/ Ann Arbor. Vive desde 1991 en el Estado de Washington.

VII. 7.11 VIOLENCIA DOMESTICA



Miriam G. Valdovinos; nació en Anaheim, California y es la hija mayor de Juana & Jorge Valdovinos, inmigrantes de Michoacán, México. Fue la primera de su familia (pero no la última) en proseguir estudios universitarios; y obtuvo su diploma Universitario y Master en Psicología del CSU, Fullerton. En este momento está estudiando para su PhD en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Washington. Decidió volver a la Universidad, luego de 10 años de trabajo en el área de Violencia Doméstica, en centros comunitarios de Texas y California; refugios de emergencia, programas de acogida transitoria y entorno escolar. Investiga la violencia doméstica de pareja y el nocivo impacto que ocasiona en las comunidades. Para ella es importante que su investigación sea catalizadora sobre la manera de relacionarse con los sobrevivientes indocumentados de la violencia doméstica.

VII. 7.12 ENVEJECIMIENTO Y ATENCION



Carolyn Mendez-Luck; es Profesor Asistente de la Escuela de Salud Pública y Ciencias de la Salud de la Universidad del Estado de Oregon. Obtuvo su PhD y MPH de la Universidad de California en Los Angeles; con un post-doctorado en Sepúlveda, CA., en el Veteran's Administration HSR&D Center for the Study of Healthcare Provider Behavior. Antes de incorporarse al OSU, fue Profesor Asistente Adjunto en Ciencias de la Salud Comunitaria de la Escuela de Salud Pública de UCLA, en donde se desempeña actualmente como Investigador Científico. Es Profesor Asociado en Investigación de Políticas de Salud del UCLA. Su investigación se enfoca en las desigualdades asociadas con el envejecimiento y la salud, tanto en Latinos como en otras poblaciones vulnerables. Se concentra en los factores sociales y culturales que impacta la obtención de cuidados, así como la salud y el proceso de envejecimiento en poblaciones de origen mexicano. En la actualidad es investigador principal en tres estudios que analizan, el vivir saludable de comunidades locales de Oregon, y en el manejo de la diabetes entre familias latinas de Los Angeles y el Willamette Valley. Uno de sus objetivos a largo plazo es una investigación en donde se relaciona la salud individual con la salud familiar, a través del diseño de programas culturalmente apropiados, con el fin de mejorar el manejo de la diabetes en casa.

VII. 7.12 ENVEJECIMIENTO Y ATENCION



Katherine Anthony; es estudiante del tercer año de doctorado en Salud Pública de la Universidad del Estado de Oregon. Su interés investigativo incluye: rechazo y envejecimiento en las poblaciones de minorías étnicas; influencia cultural en la prestación de cuidados; salud/envejecimiento; cohabitación intergeneracional; e intervenciones promotoras de salud. Su actual investigación examina a las latinas proveedoras de cuidados y su visión sobre la carga que ello significa, y la influencia de los valores culturales en sus estrategias de como sobrellevarlo. Uno de sus objetivos es entender mejor la adaptación y el envejecimiento entre las minorías étnicas, con la meta final de crear intervenciones conductuales de salud, apropiadas culturalmente y que apoyen a las comunidades y sus ancianos.

VII. 7.13 LENGUAGE Y SALUD



Joana Ramos; MSW de Seattle es consultante independiente en políticas de salud y miembro fundador del Washington State Coalition for Language Access. Es Co-Presidente del Consejo Directivo de WASCLA y Presidente del Comité Cuidados de Salud. Su experiencia ha sido en políticas y práctica directa en salud y servicios humanos, como intérprete de Portugués Brasileiro, canaliza su trabajo para eliminar las desigualdades en Salud. Joana dirige la campaña multianual del WASCLA con el fin de preservar el programa de Washington's Medicaid Interpreter Services. Creó la primera colaboración para enfrentar barreras lingüísticas en las farmacias, dirigió el proyecto Tools for Health y continúa abogando para asegurar acceso lingüístico para Washington Healthplanfinder a través de la implementación de ACA.

VII. 7.14 VIVIENDA Y SALUD



Marty Miller; es Director Ejecutivo del Office of Rural and Farmworker Housing, por sus siglas en inglés ORFH. La cual es una organización privada sin fines de lucro que provee servicios completos de desarrollo para construir o rehabilitar viviendas rurales para los trabajadores del campo en el Estado de Washington. Desde 1993, Marty, ha sido un valioso miembro de ORFH. A través de colaboraciones con sus patrocinantes locales, ORFH ha construido casi 1,500 unidades en la zona rural del Estado de Washington, para el beneficio de más de 7,500 trabajadores agrícolas y otros habitantes de bajos ingresos. Durante su permanencia en ORFH, ha logrado certificarla como Community Development Financial Institution por sus siglas en inglés CDFI, a través de la cual puede ofrecer novedosos tipos de préstamos financieros. .

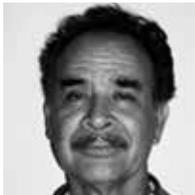
VIII. MEDICINA TRADICIONAL



Brian McNeill; en 1984 obtuvo su PhD en Psicología de Orientación en la Universidad Texas Tech y actualmente se desempeña como profesor y co-director del Centro Pacífico Noroeste para la investigación y alcance Mestizo-Indígena de la Universidad del Estado de Washington. Es co-editor de las publicaciones: Handbook of Chicana

and Chicano Psychology and Mental Health (2004); Latina/o Healing Practices: Mestizo and Indigenous Perspectives (2008); Intersections of Multiple Identities (2010); y co-autor de IDM Supervision: An Integrative Developmental Model for Supervising Counselors and Therapists (2010). Sus áreas de interés investigativo y experticia incluye: Psicología del Latino/o Chicano; Supervisión Clínica; Reclutamiento y retención de estudiantes con diversidad cultural para profesionales en psicología; Investigación sobre las tradiciones Latinas asociadas a la sanación espiritual. El Dr. McNeill es Psicólogo licenciado para los Estados de Washington y Idaho en donde ejerce y ofrece consultas.

VIII. MEDICINA TRADICIONAL



Jorge Chacón; obtuvo su master de Psicología en la Western Washington University, y trabaja como Consejero Familiar en Wenatchee. Es veterano de la guerra de Vietnam; así como veterano del activismo Chicano de los años 60. Durante los últimos 40 años ha seguido las enseñanzas de su abuelita y practica principalmente en

Wenatchee y sus alrededores la medicina tradicional. Don Jorge Chacón es la tercera generación en su familia en practicar el arte del Curanderismo, y uno de los pocos en utilizar en el Estado, la medicina tradicional mexicana.

IX. JUSTICIA PENAL Y SALUD



David Morales; práctica el Derecho en Yakima, Washington en el Proyecto Northwest Justice. Se enfoca en la representación de los trabajadores agrícolas en aspectos asociados con empleo y derechos civiles; así como las reformas en torno al sistema de selección de los miembros del jurado. Previamente trabajó en asuntos asociados con el sistema carcelario; mientras era editor del Jailhouse Lawyer's Manual para la Columbia Human rights Law Review; y como miembro del Challenging the Consequences of Mass Incarceration Clinic. David se graduó en el 2012 del Columbia Law School y en el 2008 de U.C. Berkeley.

X. 10.1 INMIGRACION Y SALUD



Janet Varon; es fundadora y directora ejecutiva del Northwest Health Law Advocates. Coordina a nivel estatal el legal advocates' Medical Assistance Work Group y es miembro del Healthy Washington Coalition Steering Committee. Janet es miembro del Concejo Directivo del National Health Law Program y del Medical-Legal Partnership for Children. Previamente presidió el State's Medical Assistance Advisory Committee y participó en el Governor's Certificate of Need Task Force y en el Low-Income Populations Advisory Group; así como en el Joint Select Committee on Health Care Reform Implementation. Antes de incorporarse a NoHLA, Janet trabajó durante 13 años como Staff Attorney en Evergreen Legal Services. Janet es graduada de Harvard Law School.

X. 10.1 IMMIGRATION Y SALUD



Jorge Baron; ha sido desde Abril del 2008, Director Ejecutivo del Northwest Immigrant Rights Project, por sus siglas en inglés NWIRP. Todo ello después de servir desde el 2006, como Staff Attorney de la misma organización. NWIRP es la única organización no lucrativa en ofrecer servicios legales completos en inmigración a individuos o familias de bajo recursos que vivan en el Estado Washington. Originario de Bogotá, Colombia es inmigrante en Estados Unidos desde 1986. Se graduó en la Universidad de Duke en 1995 y durante 5 años, antes de proseguir su carrera legal, trabajó en la industria del cine y la televisión en Los Ángeles California. En el 2004, recibió su grado en leyes de la Escuela de Leyes de Yale. Posterior a su graduación trabajó como Law Clerk para la Juez Betty B. Fletcher de la Corte de Apelaciones para los Estados Unidos por el Circuito 9 de Seattle. Antes de regresarse al Pacífico, se desempeñó como Arthur Liman Public Interest Fellow en el New Haven Legal Assistance Association en New Haven, Connecticut.

X. 10.2 MIGRATION Y SALUD



Seth Doyle; es gerente del Program Mejoras de Salud en la Comunidad del Northwest Regional Primary Care Association por sus siglas en inglés NWRPCA. Desde esta posición, Seth monitorea las evaluaciones del NWRPCA, así como sus respuestas a los cambios demográficos de la población y su dinámica, así como el desarrollo de modelos de colaboración comunitaria que permitan trabajar en las disparidades de salud y promocionar igualdad, proveer modelo de cuidados de salud; innovaciones en término de personal y fuerza de trabajo para los centros de salud. En el 2007, Seth ingresa a NWRPCA como coordinador de Salud de Migrante, dando entrenamiento y asistencia técnica a los centros de salud para los migrantes de Idaho, Oregon y Washington. Previamente Seth había trabajado como Educador de Salud y Gerente de Casos para el Urban League de Rhode Island. Posee un master en Estudios Latinoamericanos con mención en Salud Pública de la Universidad de New Mexico.

XI. ECONOMIA Y SALUD



Andrés Mantilla; es Vicepresidente Senior de Ceis, Bayne, East Strategic; en donde aporta su extensa experiencia en las áreas de acceso comunitario, desarrollo económico y políticas públicas. Antes de ser parte de CBE Strategic, el Sr. Mantilla se desempeñó como Gerente de Servicios de Negocios y Asesor Estratégico de la Oficina de Desarrollo Económico de la Ciudad Seattle. Y durante el ejercicio del alcalde Greg Nickels, fue parte del equipo de alcance a la comunidad trabajando en políticas y compromiso de los empresarios inmigrantes y comunidades de color de la Ciudad de Seattle. Es el actual Vice-Presidente de la Comisión de Asuntos Hispánicos de Estado de Washington y también es miembro de la Junta Directiva del King County Conservations Voters; NARAL Pro-Choice Washington y Neighbor 2 Neighbord para la Seattle Foundation. Es licenciado de la Universidad de California, Santa Bárbara en Estudios Latinoamericanos.

XII. 121 PELIGROS AMBIENTALES



Catherine Karr; MD, PHD es pediatra, investigadora de ambiente y salud; así como directora del Northwest Pediatric Environmental Health Specialty Unit (PEHSU) en la Universidad de Washington. Su formación académica incluye un Master en Ciencias de Salud Ambiental/ Toxicología; PhD en epidemiología; MD de la Universidad de Washington. Actualmente es

Profesor asociado del departamento de pediatría y de departamento de Ciencias de Salud Ocupacional y ambiental. Sus áreas de interés investigativo incluyen: investigación comprometida con la comunidad; salud en las comunidades agrícolas y salud global infantil y medio ambiente. Está involucrada en pediatría de cuidado primario y es docente en la residencia de Pediatría de la Universidad de Washington.

XII. 122 MEDIO AMBIENTE Y RIESGOS SALUD XII. 123 OCUPACION Y RIESGOS SALUD



Victoria Breckwich Vásquez; es directora de Educación y Compromiso con la Comunidad en el Pacific Northwest Agricultural Safety and Health Center de la Universidad de Washington en Seattle. Adicionalmente es Instructor Clínico Afiliado en la Universidad de Washington en Bothell. Tanto su investigación como la trayectoria de su práctica se ha enfocado en

investigación con participación basada en la comunidad con contribuciones en políticas de salud pública. Previamente fue parte de la División de Salud Pública de la ciudad de Berkeley a cargo de evaluación y planificación. Tiene un DrPH de UC Berkeley, así como un MPH y MA en Estudios Latinoamericanos de la UC Los Ángeles.

XII. 122 MEDIO AMBIENTE Y RIESGOS SALUD XII. 123 OCUPACION Y RIESGOS SALUD



Nicole Davis; BA, nació y se crió en el Noroeste Pacífico; también vivió en Arlington Washington; obteniendo un Diploma en estudios de salud de la Universidad de Washington de Bothell. Es una apasionada de salud pública, accesos a cuidados de salud e igualdad en los servicios de salud por parte de las poblaciones en desventaja. Adicionalmente, su interés académico es en el

área de la epidemiología, en donde le preocupa como las enfermedades afectan desproporcionalmente a las poblaciones más vulnerables. En su tiempo libre Nicole disfruta de la música, la caminata y viajar.

XII. 122 MEDIO AMBIENTE Y RIESGOS SALUD XII. 123 OCUPACION Y RIESGOS SALUD



Anais M. Muñoz; estudiante de la Universidad de Washington en Bothell, es originaria de Puerto Rico y estudió nutrición en España; ella vive en Washington desde el 2012. En su deseo de ser terapeuta ocupacional, desea esforzarse en trabajar con la comunidad comprometiendo a sus líderes en proyectos que promuevan un mayor esfuerzo en comprender los riesgos ocupacionales y del medio ambiente y como afectan la comunidad Hispano/Latina del Estado de Washington.

XIII. SALUD EN COMUNIDADES LGBTQ



Marcos Martínez; es el Director Ejecutivo de Entre Hermanos, organización no lucrativa y con base en la comunidad, la cual atiende a la comunidad latina gay/lesbian/bisexual/transgender de Seattle y Condado King. La misión de Entre Hermanos es velar por la salud y el bienestar, así como desarrollar liderazgo en la comunidad LGBTQ Latina.

La organización fue creada para enfocarse en la epidemia VIH/AIDS dentro de la comunidad Latina, abogando por ellos y dándoles apoyo. Marcos ha participado en el grupo HIV Prevention Planning del Estado de Washington; ha sido miembro del Steering committee for the National Latino AIDS Action Network; así como co-presidente de University of Washington Center for AIDS Research Community Action Board por sus siglas en inglés CFAR CAB. También ha sido parte del consejo directivo del Minority Executive Directors Coalition, y del Citizens' Telecommunications Technology Advisory. Previamente Marcos trabajó en radio comunitaria por 20 años en Albuquerque New México.

¡Gracias!





En Skagit Valley College estamos comprometidos con el éxito de los estudiantes Latinos proporcionando innovadoras estrategias y mejores prácticas:

Champions of Diversity — Otorga becas y motiva a los estudiantes de preparatoria que deseen continuar con su camino hacia la educación superior.

Maestros Para el Pueblo — Motiva y guía a estudiantes latinos que deseen convertirse en maestros.

Comprometidos con la Comunidad Latina — Fortalecer los lazos con la comunidad Latina es uno de nuestras prioridades más importantes en SVC.

www.skagit.edu/español



COMISIÓN DE ASUNTOS HISPANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON (CHA)
P.O. Box 40924, Olympia WA 98504-0924
Teléfono: (360) 725-5661
<http://www.cha.wa.gov> Email: hispanic@cha.wa.gov