

Regale Salud: un programa de promoción de salud

*y prevención de enfermedades por contaminación
del humo del cigarrillo entre latinos en los Estados Unidos*

Lourdes Báezconde-Garbanati, Cecilia Portugal, Rosa Barahona,
James A. Garbanati, Karina Ledezma, Francia M. Conde de Báez

Resumen

Existe en los Estados Unidos un movimiento que ha ido ganando auge entre inquilinos que rentan unidades en edificios de apartamentos multifamiliares con el propósito de combatir la exposición involuntaria al humo y residuos del cigarrillo. Algunos datos científicos demuestran que el humo de segunda mano (humo que proviene del cigarrillo encendido) es un carcinógeno responsable, al año, de alrededor de tres mil muertes por cáncer del pulmón y de 35 mil por enfermedades del corazón en no fumadores. En los Estados Unidos el humo de segunda mano se ha visto relacionado con enfermedades respiratorias como el asma, la bronquitis, la neumonía, la Muerte Súbita Infantil y los abortos espontáneos. Estudios recientes han identificado también que el humo de “tercera mano” (residuos del humo del cigarrillo que quedan en muebles, pasamanos, paredes, cortinas, ropa y pelo, aun después de que el humo del cigarrillo se ha disipado) contiene sustancias que también producen cáncer. El movimiento promueve la imposición de normas voluntarias ambientales que impiden el contacto con cualquier carcinógeno tipo “A” en el hogar o lugar de trabajo. Este documento presenta información sobre un programa intitulado “Regale Salud” que mide las actitudes de los inquilinos

para evitar la contaminación ambiental por el humo del cigarrillo con base en valores culturales. El programa mide las actitudes de los inquilinos de edificios residenciales en California al crear regulaciones que prohíben el uso de tabaco en áreas comunes, así como en pisos o edificios enteros. El propósito del programa es establecer estrategias voluntarias de salud y de prevención de enfermedades en edificios residenciales donde viven múltiples familias de origen mexicano y/o latinoamericano en California. Este programa fue diseñado y evaluado por la escuela de Medicina Keck y el Instituto de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades (IPR) de la Universidad del Sur de California (USC). El programa forma parte del arsenal de estrategias de Latinos Unidos sin Tabaco (NLTCN). Regale Salud utiliza al California Smokers Helpline (una línea telefónica de ayuda para aquéllos que quieren dejar de fumar) y fomenta la implementación y monitoreo voluntario de normas de control ambiental especialmente en lugares y/o edificios de apartamentos donde viven niños, personas mayores o aquéllos con sistemas inmunológicos débiles. Revisamos las implicaciones del programa Regale Salud dentro del ámbito de la “cultura de salud” de los latinos y las reformas de salud que se viven hoy en los Estados Unidos.

Palabras clave: Humo de segunda mano, Humo de tercera mano, Tabaco, Promoción de la salud, Prevención de enfermedades, Latinos, Viviendas y edificios libres de humo de tabaco

Reconocimientos

Queremos reconocer a Cynthia Carrasco, Tess Cruz, Esther Shiller, Carlos Carrio, Marlene Gomez, Carlene Henriques, Nora Manzanilla, Evi Hernandez, Julio E. Báez, Oralía Vallejo, Alexandra Hernandez, Al Rodriguez, Wendy Paredes, Marisol Romero, Lilia Espinoza y al Legislador Alex Padilla por sus esfuerzos en el control de tabaco de la Red Hispana/Latina para Educación Sobre el Tabaco de California. También queremos reconocer al Dr. Jonathan Samet del Departamento de Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina Keck en USC por su apoyo continuo a nuestros esfuerzos e incansable labor a favor de múltiples poblaciones impactadas por el uso del tabaco. Asimismo, reconocemos a la Dra. Jeannette Noltenius y la Lic. Aida McCammon por sus revisiones a este documento y en especial por sus contribuciones a la sección sobre reforma de salud, del Indiana Latino Institute, Latinos Saludables sin Tabaco (NLTCN) establecidos con fondos otorgados por el Centro de Control de Enfermedades (CDC). Además, reconocemos al Departamento de Salud Pública de California, Programa de Control de Tabaco de California, Red Hispana/Latina de Educación Sobre el Tabaco (#04-35309), USC TTURC (TTURC NIH CA 98-029) y TREND, Institutos Nacionales de Salud (NIH), Instituto Nacional Contra el Cáncer (NCI), y al Centro Comprensivo de Cáncer Norris en la USC, Centro de Educación de Pacientes (PEOC) por sus contribuciones en estudios y educación sobre el uso del tabaco.

Abstract

There exists a movement in the United States that has been gaining strength among residents who rent units in multifamily apartments that seeks to combat being involuntarily exposed to cigarette smoke and residues. Secondhand smoke (smoke from lighted cigarettes) is a carcinogen known to cause over 3,000 lung cancer deaths, and 35,000 heart disease deaths in adult nonsmokers, every year. In the United States it has been linked scientifically to respiratory diseases such as asthma, bronchitis, pneumonia, and breathing difficulties, as well as to Sudden Infant Death Syndrome and spontaneous abortions. Recent studies have also identified “third hand smoke” (dangerous residues from cigarette smoke that stay on clothing, furniture, railing, walls, curtains, etc. even after second hand smoke has disappeared) as containing substances that also may produce cancer. The movement promotes the creation of voluntary environmental norms that prevent contact with Type A carcinogens in the individual homes, multiple housing units or workplace. This paper presents a health promotion and disease prevention program entitled “Regale Salud” to avoid environmental exposure to cigarette smoke; it also measures the attitudes of renters based on Latino cultural values in creating voluntary policies that prohibit the use of tobacco in common areas, and entire floors or buildings. The ultimate goal of this program is to establish voluntary strategies to prevent environmental exposure to tobacco smoke in residential multiunit buildings where Mexican or Latin American origin families live. This program was designed and evaluated by the Keck School of Medicine, Institute for Health Promotion and Disease Prevention Research (IPR) at the University of Southern California (USC) and is part of the strategies of the National Latino Tobacco Control Network (NLTCN). The program utilizes the California Smokers Helpline (a quit line to help those ready to quit) and promotes the voluntary implementation and monitoring of environmental tobacco exposure controls especially designed for multiunit housing where children, the elderly and those immune compromised live. We discuss the implications for the Regale Salud program within a “Latino culture of health” and the health care reform environment in the United States today.

Key words: Second Hand Smoke, Third Hand Smoke, Tobacco, Health Promotion, Disease Prevention, Latinos, Smoke Free Multiunit Housing

Acknowledgements

We would like to recognize: Cynthia Carrasco, Tess Cruz, Esther Shiller, Carlos Carrio, Marlene Gomez, Carlene Henriques, Nora Manzanilla, Evi Hernandez, Julio E. Báez, Oralia Vallejo, Alexandra Hernandez, Al Rodriguez, Wendy Paredes, Marisol Romero, Lilia Espinoza and Legislator Alex Padilla for their extraordinary efforts in tobacco control. We would also like to acknowledge Dr. Jonathan Samet, Chair, Department of Preventive

Medicine, at the USC Keck School of Medicine, for his continued support of our efforts and extraordinary contributions on behalf of diverse populations impacted by tobacco use. We also wish to acknowledge Dr. Jeannette Noltenius and Aida McCammon for revisions to versions of this paper and contributions to the discussion on health care reform. This paper was made possible by funds from the Indiana Latino Institute, National Latino Tobacco Control Network via the Centers for Disease Control (CDC), from the CA Department of Public Health, California Tobacco Control Program, Hispanic/Latino Tobacco Education Partnership/Network (#04-35309), USC TTURC, National Institutes of Health to the USC TTURC (TTURC NIH CA 98-029) and TREND Network on Health Disparities from the National Cancer Institute (NCI), and the Norris Comprehensive Cancer Center, Patient Education and Community Outreach Center (PEOC) for their contributions in research and education on tobacco use.

Lourdes Báezconde-Garbanati. Dominicana, ciudadana Americana. Doctorado y maestría en Salud Pública de la Universidad de California, Los Ángeles. Maestría en Psicología médica de la Université Catholique de Louvain, Bélgica. Miembro del Centro Comprensivo de Cáncer Norris. Profesora asociada en Medicina preventiva de la escuela de Medicina Keck. Directora de Salud comunitaria del Instituto para la Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades de la Universidad del Sur de California. Directora del Programa Regale Salud para ambientes libres de humo en viviendas multifamiliares y de la Red Hispana de Educación Sobre el Tabaco. Presidenta del Comité de Consejería del National Latino Tobacco Control Network. Áreas de interés: estudios de intervención sobre comunicación de información de salud y control de cáncer y obesidad, prevención de tabaquismo, promoción de ambientes libres de humo, salud comunitaria; baezcond@usc.edu

Cecilia Portugal. Estadounidense. Maestra en Salud Pública por la Universidad de California en Los Ángeles. Directora Asociada de Team Lab (programa de desarrollo y materiales educativos sobre el uso del tabaco) de la Universidad del Sur de California y miembro del National Latino Tobacco Control Network. Áreas de interés: prevención y control del uso de tabaco, desarrollo de programas de intervención y materiales educativos. portugal@usc.edu

Rosa Barahona. Salvadoreña, ciudadana Americana. Educadora de salud y organizadora comunitaria, encargada del programa Regale Salud de la Universidad del Sur de California, miembro de la Red Hispana de Educación Sobre el tabaco. Áreas de interés: control de tabaquismo y control de humo de segunda mano; barahona@usc.edu

James A. Garbanati. Estadounidense. Doctor y maestro en Psicobiología de la Universidad de Connecticut. Profesor y Director Asistente del programa de doctorado de la Escuela Profesional de Psicología en California (Cali-

fornia School for Professional Psychology). Miembro de la Red Hispana de Educación sobre el Tabaco. Áreas de interés: aspectos psicológicos en la implementación de programas de salud y salud mental y evaluación de dichos programas. Miembro del Comité de Participantes humanos en investigación y ética profesional. garbanati@dslextreme.com

Karina Ledesma. BA, graduada del Programa de Promoción de Salud y prevención de enfermedades de la Universidad del Sur de California.

Francia María Conde de Báez. Dominicana. Promotora de salud. Miembro de la Red Hispana de Educación Sobre el Tabaco, Programa Regale Salud. Áreas de interés: salud comunitaria, promoción de ambientes libres de humo, estrategias para vida familiar saludable; baezconde@yahoo.com

En enero de 2006, la Agencia de Protección Ambiental de California designó al humo de segunda mano como un contaminante tóxico del aire. El humo de segunda mano proviene del humo de cigarrillos, puros o cigarros, que flota en el aire cuando alguien está fumando. Este humo puede causar o contribuir seriamente a enfermedades e incluso, a la muerte. El humo de “tercera mano” ha sido reconocido, de forma más reciente, como formado por residuos ambientales que se encuentran en la superficie de muebles, en paredes o muros, así como en la ropa, en carpetas o el piso donde gatean niños pequeños; en el pelo y en la piel de las personas que viven en unidades donde penetra el humo del cigarrillo (Winickoff, J. P. *et al.*, 2009). Estos residuos se mantienen ahí incluso después que el humo de segunda mano se ha disipado. El humo de tercera mano contiene propiedades tóxicas similares al humo de segunda mano. Existen más de 4 mil químicos en el humo de cigarrillos y más de cincuenta de ellos están asociados al cáncer; otros doscientos son sustancias venenosas (Agencia de Protección Ambiental de California, 2006). Debido al contenido del humo del cigarrillo, las personas que lo inhalan aun después de que éste se haya disipado, pueden sufrir daños en los pulmones; pueden agravarse situaciones asmáticas y sufrir lesiones graves del sistema respiratorio. Este humo es especialmente perjudicial para los niños, personas de la tercera edad, mujeres embarazadas y aquéllos cuyos sistemas inmunológicos están debilitados por infecciones o algún virus respiratorio (tal como el H1N1), enfermedades del corazón, entre otras enfermedades.

El propósito del programa Regale Salud es establecer estrategias voluntarias de salud y de prevención de enfermedades que contribuyan a la eliminación de la contaminación ambiental por uso de tabaco en edificios residenciales donde viven múltiples familias de origen mexicano y/o lati-

noamericano en California. Además, se estudian las actitudes favorables o desfavorables hacia el establecimiento de dichas estrategias y se evalúan los esfuerzos después de implementarse. Este programa fue diseñado y evaluado por la escuela de Medicina Keck y el Departamento de Medicina Preventiva del Instituto de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades (IPR) de la Universidad del Sur de California (USC). Forma parte del arsenal de estrategias de la Red de Latinos Unidos sin Tabaco (NLTCN). Regale Salud utiliza al California Smokers Helpline (una línea telefónica de ayuda gratuita para aquéllos que quieren dejar de fumar) y fomenta la implementación y el monitoreo voluntario de normas de control ambiental, especialmente en lugares donde viven niños, personas mayores o aquéllos con sistemas inmunológicos débiles. El programa se basa en la “cultura de salud” de los hispanos, a través del uso de valores culturales Latinos.

Este documento presenta información sobre el programa Regale Salud entre inquilinos que rentan/alquilan apartamentos para evitar la contaminación ambiental por el humo del cigarrillo. Además, presentamos las actitudes de los inquilinos de edificios residenciales en crear regulaciones voluntarias que prohíben el uso de tabaco en áreas de vivienda común, así como en pisos o edificios enteros. Revisamos las implicaciones del programa Regale Salud dentro del ámbito de reformas de salud que se vive hoy en los Estados Unidos.

Aunque el programa Regale Salud fue elaborado inicialmente con el propósito de establecer normas voluntarias que prohíben o controlan el uso de tabaco y la contaminación ambiental debida al humo de segunda mano en viviendas multifamiliares, al surgir nuevas investigaciones sobre el humo de “tercera mano”, se están usando estrategias similares para combatir esta contaminación en el ambiente. El humo de tercera mano fue identificado científicamente de manera reciente por el Dr. Jonathan P. Winickoff de la Universidad de Harvard y sus colegas en Boston (Pediatrics, 2009). Muchas veces, inquilinos mexicanos y latinos que rentan apartamentos en edificios multifamiliares en California, sienten que tienen poco control de su medio ambiente. Esto ocurre especialmente si son personas inmigrantes, que no hablan el idioma, o que no tienen documentación legal norteamericana. En general, el ser expuesto a contaminación ambiental a través del humo del cigarrillo podría dar origen a una vulnerabilidad en el organismo, haciendo que las personas sean más propensas a otras enfermedades y virus respiratorios infecciosos como el H1N1. Regale Salud fomenta restricciones ambientales en cuanto al ser expuesto involuntariamente al humo de segunda o tercera mano. Asimismo, trabaja con investigadores y grupos comunitarios para encontrar soluciones viables, centradas en el

contexto de la “cultura de salud” Latina (basada en valores culturales), las características demográficas de la población y realidades poblacionales de la vida de las personas Latinas y de origen Mexicano en particular, en los Estados Unidos.

La problemática de la contaminación ambiental

Derivada del humo del cigarrillo en viviendas multifamiliares

Muchos residentes de viviendas multifamiliares (personas que rentan apartamentos en edificios donde viven varias familias) en los Estados Unidos, se encuentran sin protección alguna contra el humo de segunda mano o de sus residuos, conocidos como el humo de tercera mano. Las leyes de California requieren que no se fume en la mayor parte de los lugares de trabajo, parques, playas, bares y restaurantes. Pero no existen leyes que protejan a los residentes en unidades individuales, en edificios donde rentan apartamentos o en viviendas multifamiliares. Cuando el humo del cigarrillo de un vecino se filtra (humo de segunda mano) por las paredes, ventanas y puertas, las personas de cualquier unidad vecina no tienen protección. Una vez que ingresa, el humo del cigarrillo no sólo circula en el ambiente, sino que también se deposita en los muebles, en la ropa y en otras áreas comunes, o bien se filtra por los ventiladores de unidades individuales (los residuos y vapores que quedan se conocen como humo de tercera mano). Esto crea una problemática de salud seria y persistente. De acuerdo a los datos de la Coalición “Smoke Free Choice in Multi Unit Housing”, menos del 15% de los adultos en California fuman. Por lo tanto, declarar edificios enteros o pisos enteros libres del humo del cigarrillo, no impactaría necesariamente el mercado de alquiler de viviendas. Es legal que cualquier Consejo de Ciudad apruebe leyes que controlen el uso de tabaco en unidades multifamiliares. El control de tabaco resulta de especial importancia para aquellas personas con niños pequeños, con asma, personas discapacitadas y de la tercera edad, así como individuos con trastornos respiratorios, tal como el H1N1; o cardiovasculares (Balcazar *et al.*, 2004). Hay bastantes hoteles en los Estados Unidos donde no se permite fumar, por lo tanto, restringir la posibilidad de fumar en edificios de viviendas multifamiliares, pisos enteros o áreas de uso común, es posible lograrlo.

De acuerdo a los datos del “Current Population Survey Tobacco Use Supplement” (2005), los grupos de población –en algunos estados con reglamentos voluntarios que prohíben fumar dentro de los hogares–, están más protegidos que otros a los posibles daños a la salud originados por el uso del tabaco. Por ejemplo, en el 2003 se reportó que la proporción

de hogares donde no se permite fumar tiene un rango menor de 55.4% en Kentucky y un rango alto de 90.5% en Utah. Las personas de origen Latino son más propensas a reportar un porcentaje mayor de normas familiares dentro del hogar (84.8%); es decir, no permiten que se fume en el hogar, que otros grupos étnicos o culturales (Afroamericanos (64%), indios americanos (64%), de raza blanca (72.6%) lo hagan. Los números latinos sólo son sobrepasados por personas de origen asiático o de las islas del Pacífico (85.6%) (Babb *et al.*, 2006).

Datos de “SAFE” (2006) –un grupo local en California que se encarga de hacer y promover listas de apartamentos donde se prohíbe fumar– muestran que incluso una mayor proporción de personas que fuman, no lo permiten en sus hogares. Algunas ciudades como Calabasas en California (entre otras) tienen ya fuertes restricciones dentro y fuera de los hogares que prohíben la contaminación debido al humo del cigarrillo. De acuerdo a Shavers *et al.* (2006), datos de un estudio nacional de normas voluntarias que prohíben fumar en cualquier lugar de la casa, mostró una mayor proporción de mujeres con niveles de educación alto, con prohibiciones, y más baja proporción entre aquellas personas que se encuentran en la pobreza. Por lo tanto, existen diferencias por ciudad, estado, nivel educativo y socioeconómico, así como en los hogares en cuanto al establecimiento de normas protectoras contra el humo de segunda mano.

El reporte del Cirujano General de los Estados Unidos del 2006 sobre el humo de segunda mano (U.S. Department of Health and Human Services – CDC 2006) revisa la evidencia científica y determina que el exponerse a humo del cigarrillo es motivo de preocupación. Este documento sostiene que no existen niveles seguros para ser expuestos al humo de segunda mano. Tampoco es fácil mudarse cuando se siente uno molesto por el humo del cigarrillo, los puros o los cigarros dentro del edificio donde uno renta un apartamento para su familia. Un total de 33% de personas que habitan en los Estados Unidos vive en Unidades rentadas (U.S. Surgeon General Report) (U.S. Department of Health and Human Services, 2006). El porcentaje más alto de renta entre los diversos grupos culturales demuestran que un 54.8% de la población Latina alquilan sus viviendas (Olivia *et al.*, 2005), comparado con un 39% entre los asiáticos y un 32% de los anglosajones. Este porcentaje se equipara solamente al 54.9% de la población afroamericana. Debido a escasez de recursos o a que algunos carecen de documentación legal y/o falta de conocimiento del idioma, los latinos creen tener menos opciones en términos de adónde y qué tipo de apartamentos pueden alquilar.

De acuerdo al Field Research Group (2002) casi el 70% de residentes en California están de acuerdo en que se exija, en los edificios de apartamentos, que al menos la mitad de sus unidades se conserven libres del humo de cigarrillo. En una encuesta de la Asociación Americana del Pulmón (ALA), el 46% de 602 participantes en la encuesta reportaron experimentar humo de segunda mano en sus apartamentos el cual entró a sus hogares desde unidades vecinas (Carter, 2005). Regale Salud es un programa de intervención que busca solucionar esta problemática dentro del contexto demográfico cambiante y de los valores culturales latinos apropiados.

Contexto demográfico

Programas como Regale Salud, necesitan tomar en cuenta la naturaleza cambiante de la población latina en los Estados Unidos, pues el país se encuentra en medio de una explosión demográfica. En los próximos cuarenta años se anticipan cambios dramáticos en el perfil poblacional de los Estados Unidos (Pew Research Center, 2008). De acuerdo al Pew Research Center (2008), en el año 2050 el 19% (una de cada cinco personas en los Estados Unidos) serán inmigrantes. Muchos de ellos vendrán de Latinoamérica y del Caribe. El aumento poblacional en las últimas décadas ha sido aproximadamente de un 60% entre los latinos comparados con un 13.2% de la población general. Se anticipa que este aumento continuará hasta triplicarse en tamaño. De acuerdo al mismo Pew Research Center (2008), en la actualidad existen unos 49.5 millones de personas en Estados Unidos cuyo origen se deriva de países latinoamericanos. Se espera que las personas de origen latinoamericano, serán el 29% de la población en el 2050.

Los latinos sobrepasan a otros grupos minoritarios, incluyendo grupos afroamericanos, constituyendo así la población más grande de grupos étnicos o culturales en el país. Esta población latina en Estados Unidos es más grande que la población total de Canadá (33.4 millones) y de Australia (20.4 millones); por ende, sus miembros requieren de atención especial en la promoción de salud. El 58.5% de los latinos en Estados Unidos es de origen mexicano; en menor proporción pero creciente en número de individuos, le siguen puertorriqueños, cubanos, dominicanos, centroamericanos y sudamericanos (*Acento*, 2004).

Aunque cada grupo latino tiene su propia idiosincrasia, existen factores comunes en cuanto al idioma y a los valores que promueven una “cultura de salud” entre los latinos. Se ha recurrido a estos valores en estrategias para prevenir enfermedades producidas por el uso del tabaco o la exposición ambiental a este carcinógeno. Es necesario establecer programas cultural-

mente específicos de educación sobre la salud en aquellas áreas donde se anticipan los mayores crecimientos en la población latina.

Contexto cultural

Regale Salud se basó en estudios del Dr. Gerardo Marin de la Universidad de San Francisco (Marin & Marin, 1991) y otros (Chong, 2003, Chong & Báez, 2007; Unger *et al.*, 2009 y Báezconde-Garbanati *et al.*, 1999) quienes recurren a valores culturales para el desarrollo y comunicación de mensajes que resultan atractivos o tienen eco en la población latina. Los latinos, en general, apoyan una “cultura de salud”; esto significa que valoran el hecho de gozar de buena salud y lo hacen enfatizando valores culturales tales como: 1) El valor de la familia (se ve a la familia como la unidad principal de unión y un instrumento esencial en movilizar a las personas de origen latino para tomar acción a favor de su salud); 2) La interdependencia –el intercambio de servicios y bienes entre varios miembros de la familia y sus allegados. Esto crea una interdependencia que facilita el lidiar con las problemáticas de vida; 3) El respeto –el valor del respeto se centra en figuras de autoridad, reconocidas como tales por sus conocimientos científicos, edad o experiencias; 4) La simpatía –este valor cultural hace que las personas prefieran que las relaciones sociales se mantengan siempre en forma agradable; se refiere a una característica que evita la confrontación directa, obra con gran diplomacia. Muchas veces este valor cultural hace que las personas digan “sí” a algo con lo que realmente no se sienten cómodos. Lo hacen porque no se atreven a impactar de manera poco favorable en la relación al decir “no”; 5) El valor de las relaciones personales trata de la importancia del valor que se le da a las interacciones personales. Esto conlleva a que los latinos prefieren mensajes de promoción de salud donde haya contacto personal y en los cuales puedan mantener una estrecha relación de amistad con cierto nivel de intimidad; 6) El colectivismo se refiere a valorar la toma de decisiones conjuntas que benefician a la unidad colectiva familiar o de grupo más que al individuo. El enfoque es en el grupo o en la colectividad, no en el individuo.

Aunque en Estados Unidos existen personas de todas partes de Latinoamérica, estos valores culturales son comunes entre toda esta población y son transmitidos a hijos y a nietos de una generación a otra. Por ejemplo, si una persona cree difícil dejar de fumar y considera necesario hacerlo por la salud de la familia, está más motivada a dejar el hábito y a sostener este cambio en su estilo de vida. De igual manera, cuando los mensajes son comunicados por expertos o personas de valor dentro de la cultura (tal como los médicos, la madre, el patrón, los dueños de los edificios de viviendas

multifamiliares, las personas mayores a quienes se muestra respeto) lo que se comunica tiende a ser establecido de manera más fácil. Se aprovechó el valor de cultura de salud entre los latinos; estos valores culturales fueron utilizados en el desarrollo de mensajes que comunicaban información y estrategias en Regale Salud (Portugal, Báezconde-Garbanati *et al.* 2006).

El idioma

Otro aspecto importante a considerar desde un punto de vista cultural es el idioma. Los Estados Unidos se han convertido en el tercer país del mundo donde más se habla el idioma español (Acento, 2004). Una de cada diez personas habla castellano en sus hogares (DuBard & Gizlice, 2008). El idioma ha sido asociado con comportamientos de salud, prevalencia de enfermedades y predice si las personas recibirán o no servicios de salud (Solis *et al.*, 1990). Según datos del Censo poblacional, el número de hispanoparlantes en Estados Unidos es mayor que el total de personas de habla hispana en España, Argentina y otros países en Latinoamérica. Sólo México y Colombia sobrepasan el número total de hispanoparlantes de los Estados Unidos (Pearson Education, 2005; US Census Bureau, 2005, Acento, 2006).

Si comparamos los datos del porcentaje de tele-audiencias en español con las audiencias televisivas en inglés, se reporta un 54% de habla hispana y esta cifra sigue en aumento. Esto puede compararse con un declive en la tele-audiencia en el idioma inglés, la cual se encuentra en un 46% (Acento, 2004). Univisión, por ejemplo, es la cadena de televisión más vista en todos los Estados Unidos. Cuenta, de hecho, con un 61% del Mercado Latino (NHTI, MAY-05 Spanish Shares, Acento). Un gran número de personas en los Estados Unidos prefiere utilizar el idioma español a cualquier otro idioma; y aun entre grupos que han nacido en los Estados Unidos que hablan el inglés más que el español, muchos de ellos mantienen en sus hogares tradiciones latinas de varios países de origen (Báezconde-Garbanati *et al.*, 1999).

El proceso de aculturación

y la paradoja epidemiológica

Muchos latinos atraviesan por un proceso de aculturación, adquiriendo el idioma inglés, así como costumbres de la cultura norteamericana. Esto se refiere a un proceso de adaptación multidimensional. Este fenómeno se da especialmente entre la población joven latina. Muchas familias experimen-

tan tensión debido al proceso de aculturación, ya que el nivel de los padres no iguala al de los hijos. Esto crea conflictos familiares y dificultades en la adaptación (Unger *et al.* 2009). También se ha dejado sentir en gran medida la influencia norteamericana en países de Latinoamérica. Esto se ve en el surgimiento de establecimientos de comida rápida, nuevos hábitos alimenticios, anuncios en la televisión, películas norteamericanas y en la forma de vestir, entre otros aspectos. De hecho, varios de quienes inmigran a los Estados Unidos vienen con influencias norteamericanas como parte de sus normas de conducta.

Personas latinas con diferentes niveles de aculturación adoptan patrones de conducta que los lleva a correr varios riesgos de salud. Los latinos inmigrantes tienen una “cultura de salud” que, incluso teniendo factores de riesgo (tal como niveles socioeconómicos bajos), experimentan menor incidencia de enfermedades y menor mortalidad en algunos indicadores de salubridad; esto se conoce como una “paradoja epidemiológica” (Markides). Sin embargo, a medida que los latinos inmigrantes atraviesan el proceso de aculturación, su perfil epidemiológico en algunas enfermedades y factores de riesgo se asemejan más al de la población general norteamericana. Esto es así en muchos indicadores de salud que desfavorecen a la persona de origen latino. Aquellas personas con valores culturales más arraigados, tienden a tener mejor pronóstico en cuanto a su salud se refiere, que los que ya tienen muchos años viviendo en los Estados Unidos.

La reforma de salud en los Estados Unidos

y la salud Latina

La vivienda de una persona proporciona a ella y a su familia el contexto ambiental donde rigen sus vidas. La vivienda constituye una determinante de la salud y es una medida del nivel socioeconómico de quienes habitan allí. El lugar donde uno vive está relacionado con el acceso al trabajo, el transporte, la educación (buena o mala), el acceso a supermercados que venden frutas y verduras, o al contrario, con una densidad de restaurantes de comida rápida y si se permite fumar o no (ya sea dentro de unidades en apartamentos o en viviendas individuales). El lugar de la vivienda, así como la calidad de la misma, afecta la salud de las personas. Cuando se permite fumar en el hogar o entra el humo de segunda mano de un vecino por la ventilación, no sólo los habitantes de ese hogar son expuestos, sino que los niños pequeños que gatean en el piso también se ven expuestos a vapores y a residuos del humo de tercera mano. Sin embargo, muchas veces no se pueden mudar por escasez de recursos. Por ello, la vivienda es un claro ejemplo del poder adquisitivo de las personas.

Muchas personas, especialmente de origen latino, carecen de seguro, así como de servicios básicos de salud (National Alliance for Hispanic Health). Más de cuarenta millones de personas no tienen acceso a servicios de salubridad; entre los latinos estos números sobrepasan los dos millones de habitantes. (www.hispanichealth.org). Esto ha llevado a una crisis de tal magnitud que en la actualidad se debate en el Congreso de los Estados Unidos reformas al sistema de salud.

La reforma actual que se debate ante el Congreso de los Estados Unidos resulta una reforma del sistema de aseguramiento, antes que de la salud en general. Se está haciendo un esfuerzo para que aquéllos que no tengan el poder adquisitivo puedan adquirir un seguro con precios razonables, e incluso con subsidio gubernamental para quienes logren calificar. Como la vivienda es un símbolo del poder monetario –y sabemos que la mayor parte de los latinos renta la vivienda donde viven–, reconocemos que muchos tendrán la necesidad de comprar su seguro dentro del nuevo sistema de salud, si no lo obtienen de su empleador. Si nuestra población latina no puede pagar una vivienda adecuada, se les hará aún más difícil cubrir un seguro de salud. Debido a que la población latina en los Estados Unidos, en general, tiene bajos ingresos, una reforma podría ayudar a eliminar desventajas que existen en la salud de los latinos, especialmente entre aquéllos que por el momento no tienen ningún tipo de cobertura.

Hay una gran fragmentación en el sistema de salud de los Estados Unidos. Existen muchas diferencias en cuanto al acceso a programas de salud por parte de la población en general (Shi and Singh, 2009), así como de la población latina específicamente. En los Estados Unidos, actualmente cuesta unos \$5,440 dólares por persona mantenerse dentro de un sistema de salud. Aquí, los costos por problemas de salud han aumentado significativamente, hasta constituir, en el 2004, un 14.9% del producto interno bruto del país (Health Affairs, 2004). El sistema de salud actual de los Estados Unidos está basado en valores culturales anglosajones, lo que incluye la autonomía profesional del médico, la autonomía del empleador que proporciona en su mayor parte el seguro de salud; abogar a favor de los pacientes; el uso de alta tecnología, competencia y control (Priester, 1992; Robertson, 1999). Este sistema funciona por medio de los empleadores, las compañías que emplean a los trabajadores compran seguros grupales. El gobierno federal y estatal también funcionan con base en un seguro grupal que ofrece a personas de escasos recursos (Medicare, Medicaid o estatal en California como MediCAL).

El Presidente Obama propuso inicialmente reforzar las leyes que impiden que las compañías de seguro cobren más de lo debido y prometió desarrollar modelos que se basan en la relación del médico con el paciente, para lograr diagnósticos y tratamientos adecuados. El programa propuesto por el Presidente Obama (“Barack Obama and Joe Biden’s Plan to Lower Health Care Costs and Ensure Affordable, Accessible Health Coverage for All” 2009) busca mejorar la prevención de enfermedades, así como los procesos de manejo y de monitoreo de males de salud, e impide que a nadie se le niegue el acceso a servicios de salud por haber tenido alguna condición de salud previa antes de entrar al sistema. Obama ha propuesto aumentar el apoyo monetario al área de promoción de salud, ya que más del 75% de los costos en este rubro se destinan a tratar enfermedades crónicas, incluyendo las enfermedades del corazón, la diabetes y la hipertensión. Además, el plan del Presidente Obama contenía una “opción pública”, a través de la cual, personas sin los medios para obtener seguro médico podrían optar por utilizar dicha alternativa pública que sería menos cara. Pero todo el mundo debe tener seguro, a través de una reforma que permite acceso al sistema de salud.

Estos esfuerzos han enfrentado una amplia y controvertida oposición. Varios planes circularon por los pasillos del Senado y de la Cámara de Representantes en Washington, al debatirse un plan nacional. La Cámara de Representantes presentó un plan a principios de noviembre de 2009 que apoyaba muchos de los aspectos mencionados en el plan del Presidente Obama (HR 3962). Éste pasó entonces al Senado. Luego de revisarlo, el Senado hizo público un nuevo plan de reforma (H.R. 3590 Merged Senate Bill) el 19 de noviembre de 2009. El nuevo plan se elaboró bajo la dirección del Honorable Harry Reid, líder de la mayoría en el Senado que contiene algunos aspectos del plan HR 3962 con cambios y nuevas secciones. Una de las medidas de este nuevo plan de reforma de salud que impacta a la población latina es que impide que personas inmigrantes indocumentadas puedan adquirir un seguro de salud en un nuevo mercado de precios más bajos que sería creado para aquéllos que no pudieran obtener un seguro por medio de sus patrones o empleadores. El plan de la Cámara de Diputados impide que las personas indocumentadas reciban subsidio gubernamental para comprar seguro médico pero se les permite la adquisición dentro del sistema con su propio dinero. El plan del Senado elimina esta opción. Esto implica que las personas indocumentadas no podrán adquirir seguros privados dentro del plan de reforma, ni tampoco obtener servicios públicos. La reforma del Senado además, no permitirá el acceso a residentes que no hayan sido legales en los Estados Unidos por un período de cinco años. Más del 90% de los niños latinos han nacido en los Estados Unidos y ellos van a tener acceso a servicios de salud,

pero sus padres no necesariamente tendrán seguro de salud ni tampoco podrán comprarlo con su propio dinero dentro de este sistema.

Las implicaciones son que en este nuevo plan del Senado, los servicios de salud y los hospitales tendrían que requerir que las personas muestren prueba de ciudadanía o documentación de que están legalmente en el país para ser vistos por el personal médico. Los grupos latinos de activistas temen que estos requerimientos causen pánico entre las familias latinas que se sientan en riesgo de ser deportadas, y que en vez de visitar al médico cuando tengan un problema de salud, esperen a que la situación se agrave y utilicen los servicios de emergencia. Se vislumbra que habrá casos en que los afectados no serán residentes, por lo que no obtendrán el servicio médico necesario.

Otro aspecto de las propuestas que se debaten es una provisión para establecer programas culturalmente adecuados. Esto incluye servicios en español, que pongan atención al nivel educativo y al contexto cultural apropiado para el individuo que requiere esa información. Aunque no se sabe si esto quedará dentro de la versión final, se espera también que se fortalezca al personal médico a través del entrenamiento e información en prevención, que sea culturalmente competente.

Regale Salud

Es dentro de este ámbito de reformas en salud donde existe un programa como Regale Salud, relevante porque ayuda a preservar la salud. Las medidas para controlar el tabaco podrían reducir los costos y las visitas médicas de fumadores y de no fumadores impactados por el humo de segunda y tercera mano. Es necesario tener programas preventivos que impidan o retrasen una enfermedad seria. Este programa bilingüe permite establecerse tanto en poblaciones de inmigrantes recientes a los Estados Unidos como poblaciones que ya llevan tiempo en el país, lo cual procura la adaptación a través de varias generaciones de personas en los Estados Unidos (desde personas mayores a jóvenes). Entre la población latina de California es importante usar el idioma español en la comunicación de mensajes de promoción de salud y prevención de enfermedades. Debemos considerar, asimismo, las diferencias culturales dentro de la misma población latina y los niveles de educación y aculturación de la población en la cual se implementa el programa.

Metodología

El programa Regale Salud fue desarrollado por la Red Hispana/Latina de Educación sobre el Tabaco bajo la dirección de la Dra. Lourdes Báezconde-Garbanati y con fondos del Departamento de Salud Pública de California, Programa de California de Control de Tabaco. Existen varias publicaciones (Báezconde-Garbanati *et al.*, 1999; Portugal, Báezconde-Garbanati, Paredes, Romero, Barahona, Carrasco, Cruz y Espinoza (2006)) donde se detallan varios aspectos del programa y contiene los materiales educativos acompañantes. Hemos resumido las diferentes partes del programa que dan el contexto dentro del cual se desarrolla y se establece este programa (Báezconde-Garbanati *et al.*, 2007). Esto da luz a los aspectos culturales y contextuales importantes en la comunicación de mensajes efectivos para dejar de fumar, así como para evitar la contaminación ambiental debido al humo del cigarrillo en viviendas multifamiliares.

Regale Salud (Báezconde-Garbanati *et al.*, 2006) así como todos los programas bajo la dirección de la Dra. Báezconde-Garbanati en el Instituto de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades siguen un patrón de participación académica y comunitaria, el cual presentamos a continuación. Este modelo se utilizó en el desarrollo del Programa Regale Salud. A continuación aparece la Figura 1 con detalles sobre los principios que rigen la mayoría de nuestros estudios. Como se puede observar en esta figura, actuamos a nivel comunitario, así como académico y organizacional. Nuestra labor siempre incluye un componente de evaluación y según se aplica, componentes relacionados al aspecto político. Tradicionalmente hemos trabajado con varios legisladores para proveer información que sirva en la consideración de leyes que protegen la salud de las distintas poblaciones, con énfasis en la población latina, en California. Uno de estos legisladores fue el Honorable Alex Padilla, quien ha sido un gran apoyo para lograr cambios en cuanto al control de tabaco en California.

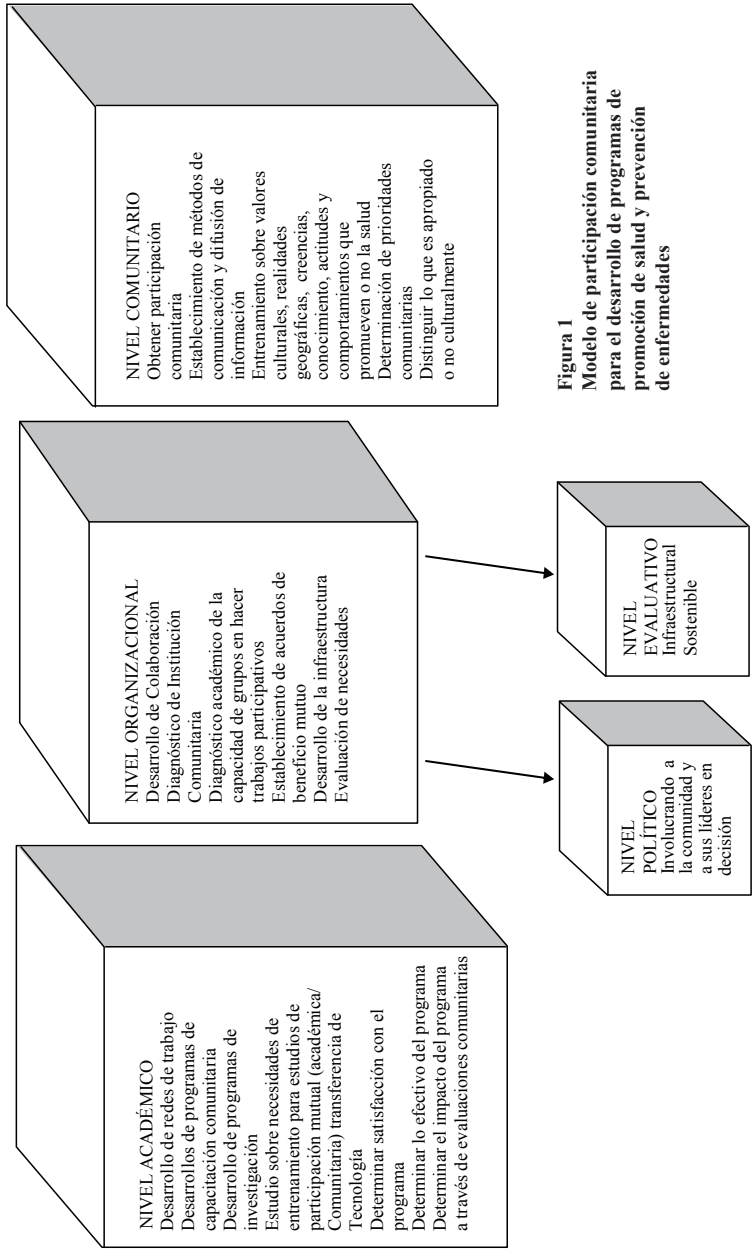


Figura 1
Modelo de participación comunitaria para el desarrollo de programas de promoción de salud y prevención de enfermedades

Fases de Regale Salud

Fase 1: Establecimiento de objetivos y obtención de datos

Las estrategias del programa se organizaron utilizando el Midwest Academy Strategy Chart (MWAS) (véase Portugal *et al.*, 2006). Este documento contiene información para alentar a grupos comunitarios a ejecutar acciones en favor de sus miembros. Este instrumento es completado por miembros de la coalición o grupo que se forma con el propósito específico de lograr cambios dentro del medio ambiente.

En esta fase se identifica y se describe el problema en la comunidad. Se determina cuál es el acceso que tiene una organización para combatir la problemática, y se establecen los propios recursos para combatir el problema (Schultz & Hancock, 1998). En esta fase se obtienen los datos clave locales.

Es una fase exploratoria donde se obtiene información específica del complejo habitacional en el cual se está trabajando. Se obtiene la información a través de experiencias de observación en las comunidades: se realizan visitas y se realiza un diagnóstico comunitario.

Fase 2: Consideraciones organizacionales

En esta fase se determinan cuáles son las capacitaciones y los recursos necesarios. Se deciden las fechas clave donde se deben entregar todos los productos y donde el esfuerzo se pondrá en marcha. Se procede a establecer una campaña que revele cuáles son las responsabilidades financieras y programáticas, así como a quién pertenecen. Se realizan estudios de las diferentes organizaciones que se ven afectadas por el cigarrillo, desde personal de salud hasta las mismas organizaciones que van a establecer el programa. Se hace un estudio organizacional para comprender cómo funciona el complejo habitacional, quiénes serán los líderes, quiénes jugarán papeles importantes. Se determina cuáles son las necesidades de la organización que maneja las viviendas y cómo tratar de llenar las expectativas desde el punto de vista financiero; se establecen los presupuestos y se obtiene el apoyo financiero necesario para llevar a cabo el programa.

Fase 3: Identificación y contactos con personas claves

y esfuerzos de capacitación

En esta fase se identifican quiénes son los aliados y quiénes los opositores del programa y por qué. También se determinan las organizaciones de enfoque en la comunidad; se determina el nivel de apoyo para la campaña

educacional, se identifican a los individuos y se hacen listas de las estrategias más relevantes. Se identifican las barreras y sus posibles soluciones. Se trata de comprender realmente la cultura institucional y la de las personas involucradas en el programa con el propósito de formar coaliciones. Se brinda información detallada sobre el programa a los interesados. Se hacen estudios de observación, se planifican los estudios de caso, se decide acerca de las preguntas en las encuestas y el formato de obtención de datos, entre otros.

En esta fase se hace contacto con organizaciones de ayuda, como la California Smokers Helpline, quienes tienen una línea de ayuda telefónica gratuita para las personas que desean dejar de fumar. Los incluimos a ellos en este esfuerzo y desarrollamos materiales exclusivos para la campaña de manera conjunta. Esto nos permitió promover la línea para dejar de fumar cuyos servicios son otorgados en múltiples idiomas, incluyendo el español.

En esta fase se organizan y se movilizan las personas claves en el programa para capacitarse y aprender sobre los datos científicos más recientes con relación al hábito de fumar y al humo de segunda mano. Se trata de una fase de capacitación en todos los niveles. Se busca o se proporciona asistencia técnica según sea necesario.

Fase 4: Identificación de participantes y desarrollo de materiales

En esta fase se identifican a las personas y a los grupos que serán el enfoque principal de la implementación de los objetivos para trabajar con ellos dentro de un marco de mutuo respeto y participación equitativa (Minkler & Hancock, 2003). Esto conlleva conocer a las personas dentro de los complejos habitacionales y entender la dinámica del grupo, lo cual incluye a los residentes en diferentes unidades de apartamentos y las compañías que los administran. También se establecen diferentes comités para lograr una mayor división de labor y un enfoque específico en áreas con base en la experiencia de cada individuo. Se realizan uno o más estudios que informan la planificación local.

En esta fase se desarrollan adecuadamente los materiales del programa, incluyendo atención a aspectos del idioma, a valores culturales y se determinan los factores educacionales que son importantes en este proceso, incluso el analfabetismo. Los materiales que se desarrollan en esta fase incluyen acuerdos de renta donde se especifica que no se puede fumar, anuncios sobre no fumar y las prohibiciones voluntarias que serían reforzadas por los residentes mismos.

Fase 5: Implementación de estrategias de intervención

Ésta es una fase crítica en la que se capacita a las personas y se da información. Aquí se utilizan los medios de comunicación como vehículo importante de transmisión de información, utilizando la prensa local, la radio o la televisión. Establecemos un sistema de comunicación mutuo. Se educan a los miembros representantes comunitarios de la coalición o agrupación. Se entrenan a los miembros de la coalición en cómo hablar con los representantes de los medios de comunicación. Se desarrollan los materiales necesarios para los medios de comunicación, así como para los participantes en el programa. Se toma en cuenta el aspecto cultural, el idioma, el nivel educacional de cada segmento poblacional.

Fase 6: Reconocimiento a los esfuerzos

En esta fase se le da reconocimiento público a quienes han participado, por ejemplo, a organizaciones y grupos que han adoptado normas que prohíben fumar en áreas comunes o en unidades enteras. Se celebran los logros y se reconocen esfuerzos en diferentes niveles a medida que van cambiando las normas en edificios residenciales o viviendas multifamiliares. Se reconoce a los residentes que participan en el esfuerzo, a quienes administran los apartamentos y a los dueños. La adopción de normas puede tomar mucho tiempo, y por ello hay que reconocer los pasos que se dan en pro de lograr sus objetivos.

Fase 7: Evaluación del programa

En esta fase se evalúan los objetivos y las actividades que ayudan a cumplirlos. Se mide el éxito del programa a través de encuestas breves, entrevistas personales, reuniones con inquilinos y pláticas comunitarias. Se proporciona información a los grupos de interés. Para evaluar el programa seguimos la guía de Stockols (1996) al utilizar un modelo ecológico que se enfoca desde el impacto a nivel micro (cambios individuales de salud a niveles macros, la implementación de normas que prohíben el uso de tabaco en viviendas multifamiliares). La evaluación se realiza con el objetivo de actuar una vez que se obtienen los resultados, mejorando el programa o cambiando los aspectos necesarios para lograr la mayor efectividad posible (Stringer *et al.*, 2004).



Participantes del Programa "Regale Salud" para población Latina de Los Ángeles, California, 2009. Foto: Archivo

Resultados de proyectos pilotos

Todos nuestros estudios comunitarios utilizan los principios de participación conjunta académica con comunidades de base. Utilizamos un marco teórico propuesto por Barbara Israel y sus colegas en la Universidad de Michigan (Israel *et al.*, 2003, 2005;). En nuestra labor participativa a través de los años hemos obtenido información que ha servido para mejorar el programa de Regale Salud. Dos de estos esfuerzos los presentamos a continuación ya que atañen directamente a las decisiones relacionadas con Regale Salud.

Estudio 1 – California Latino Renters Survey (encuesta de inquilinos de California)

*Entendiendo las actitudes hacia reglamentos voluntarios
que impiden el humo del cigarrillo*

El Hispanic/Latino Tobacco Education Network/Partnership (La Red Latina) y The Center for Policy and Organizing (El Centro) en California (2006), realizaron un estudio con una muestra de 409 personas de origen latino. El propósito fue entender las actitudes de la población latina en cuanto a la factibilidad o no de establecer nuevas normas de comportamiento que apoyen voluntariamente regulaciones en contra del uso del tabaco en edificios residenciales donde viven múltiples familias (viviendas multifamiliares). Estas regulaciones voluntarias también prohíben el ser expuesto al humo de segunda mano. La información detallada de este estudio aparece en un reporte intitulado: California Latino Renters Survey (2006).

Dicho estudio fue realizado mediante llamadas telefónicas en todo California entre los residentes de unidades en edificios residenciales donde viven múltiples familias (viviendas multifamiliares). Los cuestionarios fueron desarrollados por la compañía Goodwin en conjunto con la Red Latina y el Centro, y fueron puestos en práctica en unos 45 minutos a través de llamadas telefónicas al azar, tanto en inglés como en español.

Resultados del Estudio 1

Los datos de este estudio muestran que el 63% de los latinos habían sentido humo de segunda mano entrando a sus viviendas, el cual venía de otras unidades, contra el 46% de los no latinos. La mayor parte de los hispanos sabían que el humo de segunda mano es dañino (89%) comparado con un 63% en la población en general. Un 82% de los latinos reportaron la necesidad de aprobar legislación que regule esta contaminación ambiental contra un 72% de los no latinos. Estos datos nos dicen que nuestra población latina está informada sobre los posibles daños y que apoyan regulaciones

que protejan del daño de este producto. Existen diferencias entre los inquilinos hispanos o latinos y los no hispanos o no latinos con relación a las respuestas expresadas mediante la encuesta referida en este trabajo. Estos datos aparecen en la Tabla I, mostrada a continuación.

Tabla I
Resultados del California Latino Renters Survey
(Encuesta de Inquilinos)

N=409	Inquilinos Hispanos/Latinos	Inquilinos No Hispanos/ No Latinos
Sintieron el humo de segunda mano entrar en sus unidades de apartamento en viviendas multifamiliares	63%	46%
Reconocen que el humo de segunda mano es muy peligroso	89%	63%
Dicen que hay necesidad de establecer leyes y normas que prohíben el fumar	82%	72%
Prohíben fumar en sus casas para evitar el humo de segunda mano	97%	73%

Fuente: Hispanic/Latino Tobacco Education Network and the Center for Organizing and Policy, 2006

Estudio 2 – Reuniones con inquilinos o pláticas

Se estableció una serie de pláticas o de reuniones con inquilinos para obtener sus opiniones, así como para entender sus actitudes y sus preferencias. Estos resultados fueron compartidos con los grupos comunitarios que establecerían el programa. Se realizaron dos reuniones o pláticas con inquilinos en español en Los Ángeles a través de Hermandad mexicana (una agencia

comunitaria en Los Ángeles que se dedica a ayudar a los inmigrantes de origen mexicano en múltiples áreas de necesidad). Unas veintiocho personas de origen latino participaron en este estudio. Además de datos cualitativos, obtuvimos datos cuantitativos a través de encuestas adicionales que fueron realizadas después de terminar las reuniones con inquilinos.

Datos de Los Ángeles muestran acuerdo con el estudio anterior en todo California, es decir, que la mayoría de los residentes (71%) en Los Ángeles también dijeron que era problemático el humo de segunda mano en su lugar de trabajo o en sus viviendas. Un 61% no conocía nada por escrito que regulara el humo ambiental del cigarrillo en su lugar de trabajo o en su vivienda en complejos multifamiliares. Sin embargo, más de un 74% estaba dispuesto a hacer algo para apoyar el establecimiento de normas en sus lugares de trabajo, edificios residenciales o apartamentos.

Además de estos datos, obtuvimos información de personas latinas en el Valle de Coachella en California, dentro del condado de Riverside, donde ha habido un incremento extraordinario de población latina. La Ciudad de Indio, en particular, es un área suburbana con una población latina tan grande que compone el 75.4% de la población. En su mayoría se trata de personas inmigrantes de escasos recursos, viven en la pobreza, hablan poco inglés y gran cantidad de ellos trabaja en la agricultura.

Trabajamos con el Departamento de Salud del Condado de Riverside a través de fondos otorgados por la Red Hispana/Latina de Educación sobre el Tabaco. Además, representantes comunitarios Latinos donaron voluntariamente su tiempo para hacer este trabajo en esta región semi-rural en el desierto de California. Específicamente se trabajó con la Coachella Valley Housing Coalition (CVHC), dueña de unas 18 propiedades de viviendas multifamiliares en el área. CVHC se ocupa de proporcionar viviendas a personas de bajos recursos, personas discapacitadas y gente de la tercera edad, así como agricultores retirados o que trabajan en la agricultura en esta área de California.

En dos reuniones con inquilinos en esta región participaron unas 28 personas. Esto incluyó a residentes de edificios de apartamentos rentados, con más de un 93% de origen Latino. Los participantes reportaron también que no conocían ninguna norma voluntaria que prohibiera el uso de tabaco en ninguna área del complejo habitacional. Encontramos que más de la mitad de los residentes reportó problemas con humo de segunda mano. Aunque sí conocían los daños que causaba, no sabían como impedir que los fumadores fumaran. Los fumadores comentaron que ellos estarían de acuerdo

en entablar normas que prohibieran fumar en ciertas áreas, pero pidieron que se les permitiera contar con áreas privadas en donde pudieran hacerlo lejos de donde se congregaban los niños o los adultos más vulnerables. También solicitaron que se les proporcionaran medios de fácil acceso para dejar de fumar, que fueran gratuitos o que pudieran costearlos, además de ser culturalmente apropiados y en español.

Una revisión de los hallazgos nos llevó entonces a pláticas con las autoridades de CVHC para la creación y la adopción de normas voluntarias que restringieran el uso de tabaco y, por ende, la contaminación ambiental por el humo de segunda mano. Esto se vio dentro del contexto de leyes ya establecidas en California que protegen a los trabajadores de ser expuestos a este humo dañino (Código Laboral del Estado de California Sección 6404.5). Además de establecer Regale Salud, promovimos la línea de ayuda para fumadores de California.

El resultado final de los esfuerzos de Regale Salud fue que se logró, a través de estos medios, aprobar un total de siete resoluciones que voluntariamente prohíben el uso de tabaco y la exposición al humo ambiental en complejos de viviendas multifamiliares de la Coachella Valley Housing Coalition, así como de viviendas apoyadas por Hermandad Mexicana en Los Ángeles. Este trabajo sirvió de base para futuras negociaciones con la Red Nacional Latina de Control sobre el Tabaco para capacitar a otros estados de la Unión Americana en cómo establecer Regale Salud y/o estrategias específicas que impidan la contaminación ambiental por este humo que puede no sólo causar complicaciones respiratorias sino hasta la muerte.

Limitaciones

Aunque este programa obtuvo muchos logros y pudo ayudar a muchas comunidades a llevar una vida más saludable, también enfrentó limitaciones. El tamaño de la muestra en las pláticas fue un número reducido, lo que impidió generalizar sus resultados específicos a toda la población de California de origen latino. Además, es necesario entender la situación compleja que viven los latinos en los Estados Unidos para poder establecer programas que efectivamente atiendan a varias problemáticas de salud. Cuando no hay acceso a servicios, es difícil ayudar a los segmentos más necesitados de la población latina. Es necesario realizar otros estudios para comprender las realidades de los latinos en los Estados Unidos y de implementar programas adecuados que trabajen dentro de una “cultura de salud” cambiante a través de un proceso de aculturación.

Conclusiones

California ha estado a la vanguardia en cuanto al cambio de normas culturales y sociales que favorecen el control del tabaco. Programas como Regale Salud que utilizan los valores culturales específicos han tenido buenos resultados. Por ejemplo, el valor de simpatía hizo que las personas se sintieran cohibidas para pedirles a otras personas que no fumaran en sus casas o en lugares públicos en donde juegan los jóvenes o en donde se lava la ropa, aunque les afectara directa o indirectamente. Ante la evidencia de los efectos dañinos de salud del humo de segunda mano, la Red Hispana/Latina de Educación sobre el Tabaco desarrolló, estableció y evaluó un programa para los Latinos que promovió a nivel voluntario el cambio de normas de conductas. También se lograron reducciones en la contaminación ambiental por el humo de segunda mano en edificios residenciales o en viviendas multifamiliares. A medida que se avanzó en el programa, se fueron cambiando los contratos, se hicieron reglamentos dentro de las viviendas multifamiliares. El cambio fue paulatino; se lograron cambios en edificios de apartamentos en Indio y en el Coachella Valley y Riverside, así como en Los Ángeles. Complejos habitacionales enteros establecieron regulaciones que prohíben fumar en lugares como pasillos, lavanderías, y en las áreas donde juegan los niños. El objetivo principal ha sido cambiar el ambiente tóxico que compartimos como seres humanos cuando hay humo de segunda mano. Nuestro propósito ha sido el de reducir las amenazas ambientales a la salud. Esto sólo es posible a través de programas comunitarios que sostienen cambios en las normas sociales y que abogan por la justicia social. Nuestros esfuerzos se realizan dentro de un marco de comunicación de mensajes efectivos que promueven la salud y motivan el control de enfermedades entre la población latina. El mensaje que tuvo más impacto fue el de la protección de los niños. Esto hizo que muchos cambiaran su opinión, a pesar de que al principio no estaban seguros querer una regulación en el edificio. No obstante, la salud de los niños estuvo por encima de todo lo demás.

Otro de los objetivos que se logró con Regale Salud fue involucrar directamente a las comunidades latinas en la adopción de normas voluntarias para controlar el uso del tabaco en sus viviendas y la circulación involuntaria del humo de segunda mano en sus complejos habitacionales multifamiliares. Los resultados son evidentes pues ahora en muchos de los edificios no se permite fumar en las áreas comunes como en las lavanderías, los corredores, las escaleras, las “áreas de recreación. Se logró que varias compañías cambiaran su política luego de trabajar durante meses con los administradores y los dueños de los edificios, las juntas de vecinos,

indicándoles que sus intereses económicos estaban en juego. Un argumento importante para convencer a los administradores y dueños fue que resulta más costoso limpiar los apartamentos una vez que han sido habitados por fumadores; asimismo, se les demostró que pudieron reducir el costo del seguro de los apartamentos pues hay menos incendios.

El cambio cultural en la comunidad fue que los inquilinos se dieron cuenta de que: a) Podían organizarse y cambiar su ambiente; b) Ya existían valores en la comunidad latina de no permitir el fumar dentro de sus hogares y que este proyecto reforzó esta norma cultural/social de que la salud de la familia es lo más importante; c) Se puede trabajar con los dueños y/o las compañías que administran los edificios de apartamentos de manera constructiva. Asimismo, que los datos que se arrojan a través de encuestas planificadas con las instituciones académicas ayudan a la comunidad a organizarse y a ser más efectivas.

Los trabajos de comunicación de información en diferentes áreas de salud no pueden ignorar la necesidad de involucrar directamente a estas comunidades latinas en la ejecución de planificación, establecimiento y evaluación de programas como Regale Salud, así como en otros programas que luchan por mejorar y proteger la salud de poblaciones vulnerables.

Los latinos necesitan contar con programas como Regale Salud para protegerse a sí mismos y a sus familiares. Sin una reforma adecuada de salud en los Estados Unidos, los programas como éste serán cada día más difíciles de establecer. Tenemos, sin embargo, una oportunidad de mejorar la calidad de vida de todas las personas en los Estados Unidos con una reforma que realmente logre cubrir a aquéllos con recursos más escasos entre los latinos y otras etnias culturales. Lamentablemente, no se sabe aún si en la reforma actual se tendrán en cuenta los aspectos culturales. Sin embargo, estaremos listos para poder proveer la información necesaria que ayude a los latinos a entender e interpretar las reformas de salud dentro de un contexto cultural apropiado.

El Instituto de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades (IPR) y el Departamento de Medicina Preventiva en la Escuela de Medicina Keck, de la Universidad del Sur de California (USC) han establecido, durante más de 20 años, programas de intervención para el mejoramiento de la salud de diferentes grupos étnicos o culturales en el país. Nuestro propósito principal ha sido no sólo estudiar los mejores mecanismos y estrategias para llegar con mensajes efectivos a estos grupos y lograr cambios en factores de riesgo a la salud; también hemos luchado por crear cambios sostenibles

por medio de la capacitación de comunidades. A cambio, esto ha llevado a proveer importantes datos y evidencia científica que han contribuido a la formación de normas preventivas para promover la salud a niveles locales, estatales y nacionales. Nuestros programas, como Regale Salud, se basan en realidades geográficas, socioeconómicas y culturales y consideran las necesidades particulares de la población latina, así como la reforma de salud que vivimos hoy en los Estados Unidos.

Lograr que los edificios residenciales o viviendas multifamiliares estén completamente libres de humo es una idea innovadora y controvertida. Muchos residentes de unidades multifamiliares en la población latina expresaron su temor a protestar si se sentían molestos ante la contaminación ambiental por el humo que ingresa en sus unidades de hogares vecinos. Esto es incluso más difícil para aquéllos que no tienen servicios médicos. Si las personas, especialmente inmigrantes, tienen miedo de abogar por un ambiente saludable dentro y en las áreas de afuera de su hogar, también tendrá implicaciones para que puedan ser parte de un proceso de reforma universal. El Programa Regale Salud les dio el poder a las comunidades latinas de abogar por un ambiente saludable en el que todos puedan compartir sin riesgos a agravar enfermedades existentes o a crear nuevas oportunidades para enfermarse. Este programa ha ayudado a muchos latinos a cambiar su calidad de vida. Esperemos que con programas como éste y el establecimiento de reformas de salud adecuadas, los latinos se sientan con más poder para abogar por sí mismos y sus familiares, así como para abogar por su derecho de llevar una vida más saludable.

Programas como Regale Salud son importantes para preservar la salud de los individuos. Dentro del contexto de Reforma de Salud de los Estados Unidos este programa, que impacta a la contaminación ambiental, podría ser importante para preservar la salud de familias pobres en viviendas multifamiliares. Si, de hecho, muchos en la población latina se ven sin recursos económicos o se les impide comprar dentro de un programa menos caro de aseguramiento, preservar la salud y aquellos valores culturales que nos hacen menos vulnerables a las enfermedades sería esencial para la población latina.

Bibliografía

- Babb, *et al.* (2006). *Presentation at APHA on Second Hand Smoke Exposure*. Centers for Disease Control. American Public Health Association Meeting of 2006.
- Báezconde-Garbanati, L., Garbanati J, Portugal C, Lopez R, Flores A & Sisneros, H. “Entering a New Era: Strategies of the Hispanic/Latino Tobacco Education Network for Organizing and Mobilizing Hispanic Communities”, en: Thomas, Charles C. (1999), *Planning and Implementing Effective Tobacco Education and Prevention Programs*, ML Frost Ed.
- Báezconde-Garbanati L, Portugal C, Espinoza L, Barahona R & Carrasco C. (2006). *Regale Salud: An Advocacy Campaign to Reduce Secondhand Smoke Exposure Among Hispanic/Latinos Through Policy Development*, World Conference on Tobacco or Health, Abstract No. 7268, June 2006.
- Báezconde-Garbanati L, Beebe L & Perez-Stable E. (2008). “Building Capacity to Address Tobacco-Related Disparities Among American Indian and Hispanic/Latino Communities: Conceptual and Systemic Considerations. Research Report”, en: *Addiction*, 102 (Suple. 2), 112-122.
- Balcazar, F. E., Taylor, R., Keilhofner, G., Tamley, K., *et al.* (2004). “Participatory Action Research: General Principles and a Study with a Chronic Health Condition”, en: L.A. Jason C. B. Keys, Y. Suarez-Balcazar, R.R. Taylor and M. I. Davis (Eds). *Participatory Community research: Theories and Methods in Action*, Washington, D. C.: American Psychological Association, pp. 17-36.
- California Environmental Protection Agency, Air Resources Board. January (2006). *Proposed Identification: Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant*. <http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/factsheets.pdf>
- California Department of Health Services, Tobacco Control Section. (2005). *Indoor and Outdoor Secondhand Smoke Exposure*. <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/SecondHandSmoke.pdf>, October.
- Chong, N. (2002). *The Latino Patient. A Cultural Guide for Health Care Providers*. Maine: Intercultural Press.
- Chong, N. & Baez, F. (2005). *Latino Culture: A Dynamic Force in the Changing American Workplace*. Maine, Intercultural Press.
- Israel, B., Schulz, A., Parker, E., Becker, A., Allen, A., Guzman, J. (2003). “Critical Issues in Developing and Following Community-Based Participatory Research Principles”, en: M. Minkler and N. Wallerstein (Eds.). *Community Based Participatory Research for Health*, San Francisco: Jossey-Bass, pp. 56-73.
- Israel, B., Eng, Schulz, A., Parker *et al.* (2005). *Methods in Community Based Participatory Research for Health*, Jossey Bass: John Wiley and Sons, pp. 6-9.
- Minkler, M., & Hancock, T. (2003). “Community-Driven Asset Identification and Issue Selection”, en: M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.). *Community Based Participatory Research for Health*, San Francisco: Jossey Bass, pp. 135-154.
- Pew Research Center (Passel, J.S., & Cohn, D.) (2008). “US Population Projections: 2005-2050”, en: *Pew Research Center Social and Demographic Trends Report*, February 11, 2008, Washington, D. C.

- Portugal, C., Baezconde-Garbanati, L. *et al.* (2006). *Regale Salud. A Toolkit to Protect Hispanic/Latino Families from Secondhand Smoke*, Los Angeles, CA: Hispanic/Latino Tobacco Education Partnership.
- Schulz, A., Israel, B., Selig, S., Bayer, I., & Griffin, C. (1998). "Development and Implementation of Principles for Community-Based Research in Public Health", en: R.H. MacNair (Ed), *Research Strategies for Community Practice*. New York: Haworth Press, pp. 83-110.
- Shavers V, Fagan P, Jouridine L. A., Clayton, D., Doucet J, Baezconde-Garbanati L (2006). "Workplace and Home Smoking Restrictions and Racial/Ethnic Variation in the Prevalence and Intensity of Current Cigarette Smoking Among Women by Poverty Status, TUS-CPS 1999–1999 and 2001–2002", en: *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 60 (SII), pp. ii34 - ii43.
- Stokols, D. (1996). "Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion", *American Journal of Health Promotion*, 10 (4), 282-298.
- Stringer, E. T., & Genat, W. (2004). *Action Research in Health Practice*, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Unger, J., Ritt-Olson, A., Wagner K., Soto, D. & Báezconde-Garbanati, L. (2009). "Parent–Child Acculturation Patterns and Substance use Among Hispanic Adolescents: A Longitudinal Analysis", en: *Journal of Primary Prevention*, Volume 30, Number 3-4, pp. 293-313.
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A report of the US Surgeon General*. Atlanta, Georgia. Disponible en: http://.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2006/index.hrm.
- Winickoff, J. P., Friebely, J., Tanski, S., Sherrod^a, C., Matt, G. E., Hovell, M. , McMillen, R.C. (2009). "Beliefs about the Health Effects of 'Thirdhand' Smoke and Home Smoking Bans", en: *Pediatrics*, Vol. 123 No. 1 January 2009, pp. e74-e79 (doi:10.1542/peds.2008-2184).

Recibido: 4 de marzo, 2009 Aprobado: 9 de noviembre, 2009