

La raza, la situación socioeconómica y la salud: los efectos sumados del racismo y la discriminación

David R. Williams^a

^aTel.: 734-936-0649; fax: 734-647-4575.

Correo electrónico: wildavid@umich.edu

University of Michigan, Department of Sociology and Survey Research Center, Institute for Social Research, P.O. Box 1248, Ann Arbor, Michigan 48106, Estados Unidos

RESUMEN: Entre los negros (o afroestadounidenses) se observan tasas de morbilidad más altas que entre los blancos, y estas tasas son generalizadas y persistentes. Las disparidades raciales en la mortalidad han aumentado en los últimos años en relación con varias causas de defunción. Otros grupos raciales y minorías étnicas también presentan un gran riesgo en relación con algunos problemas de salud. En la presente monografía se examinan las formas complejas en que la raza y la situación socioeconómica se combinan e influyen en la salud. La situación socioeconómica representa gran parte de las disparidades raciales observadas en la salud. Sin embargo, las diferencias raciales suelen persistir incluso en grupos con una situación socioeconómica “equivalente”. El racismo constituye una carga adicional para los grupos no dominantes. La discriminación individual e institucional, junto con el estigma de inferioridad, pueden tener un efecto adverso en la salud al restringir la movilidad y las oportunidades socioeconómicas. El racismo también puede afectar directamente a la salud de varias formas. La vida en barrios pobres, los prejuicios raciales en la atención médica, el estrés causado por la discriminación y la aceptación del estigma social de inferioridad pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud.



Este trabajo fue traducido por permiso del autor por el Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
525 – 23rd Street, NW, Washington, DC.

<http://www.paho.org/Spanish/hdp/hdd/etn/>

La raza, la situación socioeconómica y la salud

En la presente monografía se reseñan las formas en que la raza y la situación socioeconómica se combinan e influyen en el estado de salud. Primero se examinan las diferencias raciales que se observan regularmente en la salud y el papel que desempeña la situación socioeconómica en dichas disparidades. Después se describe la índole del racismo: las formas en que las políticas vinculadas al legado histórico y la persistencia del racismo han creado condiciones de vida adversas y patógenas para las minorías. La segregación residencial ha limitado el acceso de los afroestadounidenses a buenas oportunidades educacionales y laborales. Combinada con otros mecanismos racistas, ha creado la concentración de desventajas que caracteriza a muchas minorías. La estabilidad de estos procesos sociales ha llevado a una estabilidad notable en la desigualdad económica racial y a una falta de equivalencia de los indicadores de la situación socioeconómica correspondientes a distintas razas. Por último, se examinan las consecuencias patógenas de la discriminación económica, la discriminación en la medicina, la percepción de la existencia de prejuicios raciales y el estigma de inferioridad.

En Estados Unidos, la raza y el origen étnico son factores que permiten predecir diferencias en la salud. En el [cuadro 1](#) se observan esas asociaciones en una comparación de las tasas de mortalidad de las principales minorías raciales y étnicas con las de los blancos¹. Los datos nacionales sobre mortalidad muestran que la tasa global de mortalidad correspondiente a los indígenas estadounidenses es similar a la de los blancos. Sin embargo, los indígenas estadounidenses presentan tasas de mortalidad más bajas que los blancos por enfermedades cardiovasculares y cáncer pero más altas por traumatismos, gripe y neumonía, diabetes, suicidio y cirrosis hepática. Cabe destacar que las tasas de mortalidad de los indígenas estadounidenses que viven en reservas o en sus alrededores son más altas que las tasas nacionales correspondientes a este grupo². La tasa global de mortalidad de los hispanos es más baja que la de los blancos, pero los hispanos tienen una tasa de mortalidad por diabetes, cirrosis hepática y VIH/SIDA más alta que los blancos. Las personas oriundas de islas asiáticas del Pacífico presentan tasas de mortalidad mucho más bajas que las de los blancos en relación con las causas principales de defunción en Estados Unidos.

Cuadro 1. Tasas de mortalidad de los blancos según la edad (por 100.000 habitantes) y razón de mortalidad de minorías y blancos por las 10 principales causas de defunción, Estados Unidos, 1996^a

Causas	Tasa correspondiente a los blancos	Razón entre negros y blancos	Razón entre indígenas estadounidenses y blancos	Razón entre personas de las islas asiáticas del Pacífico y blancos	Razón entre hispanos y blancos
Todas las causas	4668	158	99	59	78
1. Cardiopatías	1298	147	78	55	68
2. Cáncer	1252	134	68	61	62
3. Accidente cerebro-vascular	245	180	86	98	80
4. Enfermedades pulmonares	215	83	59	40	41
5. Traumatismos accidentales	299	123	193	54	97
6. Gripe y neumonía	122	145	115	81	80
7. Diabetes	120	240	232	73	157
8. VIH/SIDA	72	575	58	31	226
9. Suicidio	116	57	112	52	58
10. Cirrosis hepática	73	127	284	36	173

^aDatos del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias¹.

Hay que tener en cuenta varios factores para colocar estos datos en su justa perspectiva. Primero, a muchas personas de minorías que no son negras se las clasifica incorrectamente como blancas en la partida de defunción. Este problema del numerador lleva a una subestimación de la tasa de mortalidad de indígenas estadounidenses, personas oriundas de islas asiáticas del Pacífico e hispanos³⁻⁴. Segundo, los principales grupos raciales y étnicos presentan una gran heterogeneidad que constituye un importante factor de predicción de diferencias en el estado de salud dentro de cada grupo. Tercero, hay una proporción relativamente alta de hispanos, y especialmente de asiático-estadounidenses, nacidos en otros países, y el perfil de su salud refleja en parte el impacto de la inmigración. La salud de los inmigrantes tiende a ser mejor que la salud de las personas nacidas en Estados Unidos, incluso en el caso de los inmigrantes con una situación socioeconómica más baja⁵⁻⁶. Sin embargo, con la prolongación de su estadía en Estados Unidos y su adaptación a los hábitos de la mayoría, la salud de los inmigrantes va deteriorándose.

La tasa global de mortalidad de los afroestadounidenses (o negros) es 1,6 veces mayor que la de los blancos. Las tasas de mortalidad de los negros son más altas que las de los blancos en relación con ocho de las diez causas principales de defunción. Estas disparidades raciales se han documentado durante mucho tiempo y se han intensificado en los últimos años en relación

con varios indicadores del estado de salud. En el cuadro 2 se presentan las tasas de mortalidad de los negros y la razón de mortalidad de negros y blancos correspondientes a 1950 y 1995¹.

Aunque la tasa global de mortalidad de los afroestadounidenses ha ido bajando con el tiempo, en relación con varias causas de defunción (cáncer, diabetes, suicidio, cirrosis hepática y homicidio) la tasa de mortalidad era mayor en 1995 que en 1950. Más aún, la razón de mortalidad de negros y blancos por todas las causas de defunción correspondiente a 1995 es prácticamente idéntica a la de 1950. Durante esos 45 años, la razón de mortalidad de negros y blancos permaneció prácticamente invariable en relación con algunas causas de defunción, como accidente cerebrovascular y traumatismos accidentales, y es menor en relación con dos (gripe/neumonía y homicidio). Sin embargo, la razón de mortalidad de negros y blancos correspondiente a 1995 es mayor que la de 1950 en lo que atañe a cardiopatías, cáncer, diabetes y cirrosis hepática.

Cuadro 2. Tasas de mortalidad de los negros y razón de mortalidad de negros y blancos (tasa de mortalidad por las principales causas de defunción, según la edad, por 100.000 habitantes, en 1995)^a

Causas de defunción	1950		1995	
	Tasa correspondiente a los negros	Razón entre negros y blancos	Tasa correspondiente a los negros	Razón entre negros y blancos
Todas las causas	12367	155	7657	158
1. Cardiopatías	3796	126	1988	149
2. Cáncer	1291	104	1716	135
3. Enfermedades cerebro-vasculares	1509	181	450	182
4. Enfermedades pulmonares	--	--	176	83
5. Traumatismos accidentales	709	127	374	125
6. Gripe y neumonía	570	249	178	144
7. Diabetes	172	124	285	244
8. VIH/SIDA	--	--	518	467
9. Suicidio	42	36	69	58
10. Cirrosis	72	84	99	134
11. Homicidio	305	1173	334	607

^aDatos del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias¹.

La situación socioeconómica, factor que permite predecir variaciones en la salud de minorías y blancos, explica muchas de las diferencias raciales observadas en la salud. En ese sentido, en el cuadro 3 se presentan datos relativos a la esperanza de vida. A los 45 años de edad, los hombres blancos tienen una esperanza de vida casi cinco años mayor que la de los hombres negros⁷. Asimismo, las mujeres blancas tienen una esperanza de vida que, a los 45 años, es 3,7

años mayor que la de las mujeres negras. Sin embargo, hay grandes diferencias en la esperanza de vida dentro de ambos grupos raciales¹. Los hombres negros del grupo con los ingresos más altos viven 7,4 años más que aquellos del grupo de ingresos más bajos. La cifra comparable para los blancos es 6,6 años. Por consiguiente, la diferencia en la situación socioeconómica en cada grupo racial es mayor que la diferencia racial entre grupos. Se observa una situación similar en el caso de las mujeres, aunque las diferencias en la situación son menores. A los 45 años de edad, las mujeres negras del grupo con los ingresos más altos tienen una esperanza de vida 3,8 años mayor que la de las mujeres del grupo de ingresos más bajos. Entre las mujeres blancas, esa diferencia es de 2,7 años como consecuencia de las diferencias en la situación socioeconómica. En los datos sobre la esperanza de vida también se nota un efecto independiente de la raza incluso si se controla el efecto de la situación socioeconómica. En todos los niveles de ingresos, los afroestadounidenses, tanto hombres como mujeres, tienen una esperanza de vida menor que los blancos de posición similar. Eso se ha observado en relación con diversos resultados de salud. Con respecto a algunos indicadores del estado de salud, como la mortalidad infantil, la disparidad racial es mayor a medida que las diferencias en la situación socioeconómica aumentan¹.

Cuadro 3. Esperanza de vida en Estados Unidos a los 45 años, según los ingresos familiares (en dólares de 1980)^a

Ingresos familiares	Mujeres			Hombres		
	Blancas	Negras	Diferencia	Blancos	Negros	Diferencia
Todos ^b	36,3	32,6	3,7	31,1	26,2	4,9
1. Menos de US\$ 10.000	35,8	32,7	3,1	27,3	25,2	2,1
2. US\$ 10.000-US\$ 14.999	37,4	33,5	3,9	30,3	28,1	2,2
3. US\$ 15.000-US\$ 24.999	37,8	36,3	1,5	32,4	31,3	1,1
4. US\$ 25.000 o más	38,5	36,5	2,0	33,9	32,6	1,3

^a1979-1989; datos del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias¹.

^b1989-1991; datos del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias⁷.

La raza y el racismo en Estados Unidos

¿Qué significado tienen estas diferencias? ¿Qué es la raza? ¿Qué influencia tiene el racismo en estas diferencias raciales persistentes en la salud? Las categorías raciales actuales anteceden a la formulación de teorías científicas válidas en el campo de la genética y no expresan peculiaridades biológicas⁸⁻¹⁰. Hace poco, la Asociación Estadounidense de Antropología Física¹¹ señaló que “en la especie humana no existen en la actualidad razas puras en el sentido de poblaciones genéticamente homogéneas ni hay indicios de que hayan existido en el pasado”. Hay considerables variaciones biológicas en las poblaciones humanas, pero nuestras categorías raciales no las reflejan. Hay más variaciones genéticas dentro de los grupos raciales actuales que entre ellos. Asimismo, la genética no es estática, sino que va cambiando a medida que las poblaciones humanas interactúan con su entorno natural y social. En Estados Unidos, los

grupos raciales reflejan importantes diferencias de poder, situación social y recursos. En el primer censo, realizado en 1790, se usaron tres de las cinco categorías raciales y étnicas oficiales, y se consideraba que estos grupos no eran iguales. De conformidad con el artículo primero de la Constitución de Estados Unidos, en dicho censo se enumeró a blancos, a negros como tres quintos de una persona y a indios civilizados (o sea, indios que pagaban impuestos). La decimotercera enmienda abolió la norma de los tres quintos, y con el tiempo fueron surgiendo nuevas categorías raciales para dar cabida a los nuevos inmigrantes¹².

La categorización racial siempre ha estado arraigada en el racismo, y los sistemas de clasificación racial han llevado a una clasificación relativa, implícita o explícita, de los diversos grupos raciales. En Estados Unidos, los blancos siempre han estado en la parte superior de la escala, los negros al final y los demás grupos en medio. El concepto del racismo puede ayudarnos a comprender mejor las desigualdades raciales en la esfera de la salud. Por racismo entendemos una ideología de inferioridad que se usa para justificar el trato desigual (la discriminación) de grupos considerados inferiores tanto por otros integrantes de la sociedad como por sus instituciones. Esta ideología de inferioridad puede llevar a actitudes y creencias negativas con respecto a los demás grupos raciales (prejuicios), pero el racismo radica principalmente en estructuras institucionales organizadas y no en la actitud o el comportamiento individual¹³.

Primero, ¿es la adopción de una ideología de inferioridad una reliquia de otros tiempos? Por un lado, el clima racial ha mejorado mucho en Estados Unidos en los últimos 50 años¹⁴. Por ejemplo, los datos nacionales revelan que, en 1942, sólo 32% de los blancos con hijos en edad escolar creían que los niños blancos y negros debían ir a la misma escuela. En 1995, 96% de los padres blancos eran de ese parecer. Asimismo, en 1958 sólo 37% de los blancos decían que votarían por un hombre negro competente para la presidencia de Estados Unidos. En 1997, 95% de los blancos decían que votarían por una persona negra para la presidencia. Al mismo tiempo, otros datos indican que las actitudes raciales son complejas. El apoyo abrumador al principio de la igualdad coexiste con la renuencia a apoyar políticas que reduzcan las desigualdades raciales¹⁴.

Más aún, los datos sobre estereotipos revelan la persistencia de imágenes negativas de minorías raciales y étnicas en Estados Unidos. Según los datos nacionales, 45% de los blancos creen que la mayoría de los negros son haraganes, 51% dicen que la mayoría de los negros están predispuestos a la violencia, 29% creen que la mayoría de los negros no son inteligentes y 56% dicen que la mayoría de los negros prefieren vivir de la asistencia social¹⁵. Estos datos revelan también la renuencia a adoptar estereotipos positivos de los afroestadounidenses. Sólo 17% de los blancos dicen que la mayoría de los negros son trabajadores, 15% dicen que la mayoría de los negros no son propensos a la violencia, 21% creen que la mayoría de los negros son inteligentes y 12% afirman que la mayoría de los negros prefieren trabajar para ganarse la vida. Estos datos son más sorprendentes aun en comparación con la imagen que los blancos tienen de sí mismos y de otros grupos. En general, los blancos tienen una imagen de las minorías raciales más negativa que de sí mismos, y de los negros tienen una imagen más negativa que la de cualquier otro grupo. De los hispanos tienden a tener una imagen doblemente negativa que la de los asiáticos. De los judíos suelen tener una imagen más positiva, y de los blancos del sur tienen una imagen más negativa que de los blancos en general.

El racismo y la situación socioeconómica

¿Cómo afecta el racismo a la salud? Ante todo, el racismo ha limitado el avance socioeconómico de las minorías. Al determinar el acceso a oportunidades educacionales y laborales, la segregación ha sido un mecanismo decisivo para la creación y la exacerbación de la desigualdad racial¹⁶. En general se reconoce que existen grandes diferencias raciales en la situación socioeconómica, y los investigadores en el campo de la salud tienen en cuenta el efecto de la situación socioeconómica al examinar la relación entre raza y salud. Sin embargo, la situación socioeconómica no es sólo un factor de confusión de las diferencias raciales en la salud, sino también una parte del trayecto causal por el cual la raza afecta a la salud. La raza es un antecedente y determinante de la situación socioeconómica, y las diferencias raciales en la situación socioeconómica reflejan en parte la aplicación eficaz de políticas discriminatorias basadas en la premisa de la inferioridad de ciertos grupos raciales.

Se podría argumentar que la principal política de ese tipo que continúa teniendo efectos adversos generalizados en la situación socioeconómica y la salud de los afroestadounidenses es la segregación residencial. Las creencias sobre la inferioridad de los negros y el deseo explícito de evitar el contacto social con este grupo diferente del predominante llevó a principios del siglo XX a la adopción de políticas orientadas a garantizar la separación física de los blancos en las zonas residenciales¹⁷. Esta separación física fue posible con la cooperación de las principales instituciones de la sociedad¹⁸. De 1900 a fines de los años cuarenta, como consecuencia de la política del gobierno federal en materia de vivienda, las prácticas crediticias de los bancos, las cláusulas restrictivas y la discriminación practicada por las agencias inmobiliarias, los particulares y organizaciones vecinales de vigilancia, las opciones para los negros en cuanto a vivienda se limitaron a las zonas residenciales menos deseables. Las auditorías revelan que persiste la discriminación explícita en la esfera de la vivienda¹⁹, pero la mayor parte de la discriminación institucional que condujo a la segregación ahora es ilegal. No obstante, la estructura de la segregación y sus consecuencias han permanecido relativamente intactas con el tiempo.

El cuadro 4 muestra el grado medio de segregación en las 30 zonas metropolitanas con la mayor cantidad de habitantes negros entre 1970 y 1990²⁰. Se presentan datos correspondientes a dos de los indicadores de segregación más usados. El índice de disimilitud, que es un indicador de desnivel, refleja el porcentaje de negros que tendrían que mudarse a otro barrio para lograr una integración completa. El índice de aislamiento indica el porcentaje de negros en el sector censal donde vive la persona negra media. La segregación es ligeramente mayor en el norte que en el sur, pero en ambas regiones el grado de segregación es muy grande. En 1990, por ejemplo, 78% de los negros de las zonas metropolitanas del norte habrían tenido que mudarse para alcanzar una distribución aleatoria de negros y blancos. En el sur, 67% de los negros habrían tenido que mudarse. Asimismo, en 1990 el afroestadounidense medio del norte vivía en un sector censal donde 69% de la población era negra. En el sur, la persona negra media vivía en un barrio donde 65% de los habitantes eran negros. Poco ha cambiado en este grado de segregación en los últimos 20 años. Aunque otros grupos han experimentado la segregación residencial en Estados Unidos, ningún grupo de inmigrantes ha vivido con el alto grado de segregación que caracteriza

actualmente a los afroestadounidenses¹⁶. Además, el alto grado de segregación de los negros no es autoimpuesto, ya que los negros son quienes más apoyan los barrios integrados²¹.

Cuadro 4. Segregación media en 30 zonas metropolitanas con la mayor cantidad de habitantes negros^a

Zona ^b	1970	1980	1990
<i>Norte y centro</i>			
1. Desnivel	845	801	778
2. Aislamiento	687	661	689
<i>Sur</i>			
1. Desnivel	753	683	665
2. Aislamiento	693	635	649

^aDatos de Massey²⁰.

^bDesnivel = porcentaje de negros que tendrían que mudarse para lograr una distribución espacial pareja; aislamiento = porcentaje de negros en el sector censal donde vive el negro medio.

La segregación residencial ha llevado a diferencias raciales en la calidad de la educación primaria y secundaria. Como los fondos para la educación provienen de la localidad, los recursos locales son un importante factor determinante de la calidad de las escuelas. La segregación residencial ha llevado a la concentración de la pobreza en determinadas zonas residenciales y, por consiguiente, en sus aulas. A pesar del fallo unánime de la Corte Suprema en *Board vs. Board of Education*, la educación primaria y secundaria en Estados Unidos todavía está muy segregada y es ciertamente desigual²². Asimismo, incluso en escuelas integradas, los alumnos negros son asignados o encaminados de manera desproporcionada a asignaturas que requieren pocas aptitudes y que no proporcionan una preparación para la universidad, caracterizadas por un plan de estudios menos exigente y menores expectativas de los profesores¹⁸.

Dos tercios de los estudiantes afroestadounidenses y tres cuartos de los estudiantes hispanos van a escuelas donde más de la mitad de los alumnos son negros o hispanos²³. La proporción de estudiantes negros y especialmente hispanos en escuelas donde predominan las minorías ha aumentado en los últimos años. No hay nada intrínsecamente negativo en que la mayoría de los compañeros de escuela sean integrantes de minorías. El problema es la fuerte relación entre la composición racial de las escuelas y la concentración de la pobreza. En Estados Unidos, un alumno de una escuela sumamente segregada, donde la mayoría de los alumnos son afroestadounidenses o hispanos, presenta una probabilidad 14 veces mayor de estar en una escuela con mucha pobreza que un alumno de una escuela donde menos de 10% de los alumnos son negros e hispanos²². A nivel nacional, la correlación entre porcentaje de minorías y pobreza es de 0,66²³. En la zona metropolitana de Chicago, este porcentaje es de 0,90 en las escuelas primarias²². Hay millones de blancos pobres en Estados Unidos, pero la mayoría de las familias de blancos pobres no viven en zonas de pobreza concentrada, de modo que disponen de mejores oportunidades de educación. En 96% de las escuelas predominantemente blancas de Estados Unidos, la mayoría de los alumnos son de clase media.

La segregación residencial también tiene un efecto adverso en la situación socioeconómica porque tiene un efecto profundamente negativo en el empleo. En ello parecen influir varios mecanismos. William Julius Wilson²⁴⁻²⁵ ha documentado que el éxodo selectivo de blancos y algunos negros de clase media de las zonas deprimidas de las ciudades (donde vive la mayoría de los negros) a los suburbios durante las últimas décadas ha estado acompañado por el traslado a los suburbios de empleos bien remunerados que requieren pocas calificaciones. Este movimiento de empleos está relacionado con procesos más amplios de urbanización e industrialización, pero hay indicios de que ciertas consideraciones de raza han desempeñado un papel explícito. Los afroestadounidenses han perdido muchos más empleos industriales que los blancos en las últimas décadas, y se ha comprobado que las compañías tanto estadounidenses como extranjeras usan explícitamente la composición racial en las decisiones relativas a la ubicación de instalaciones nuevas²⁶ y al traslado de otras instalaciones a zonas más rurales y suburbanas. Del mismo modo, en un análisis realizado por el *Wall Street Journal* de más de 35.000 compañías estadounidenses que presentan informes a la Comisión para la Igualdad en las Oportunidades Laborales se señala que los negros fueron el único grupo racial que sufrió una pérdida neta de empleos durante el cambio desfavorable de la coyuntura económica de 1990 y 1991²⁷. Los afroestadounidenses sufrieron una pérdida neta de 59.000 empleos, en comparación con un aumento neto de 71.100 empleos en el caso de los blancos, 55.100 para los asiáticos y 60.000 para los hispanos. Estas pérdidas de empleos no reflejan una discriminación individual, sino más bien el producto de la reorganización, el traslado y el redimensionamiento de empresas. En muchos casos reflejan el traslado de fuentes de empleo a zonas suburbanas, rurales y sureñas donde la proporción de negros en la fuerza laboral era baja.

La discriminación en el plano individual también influye en la disminución de las oportunidades laborales para las minorías. Los estudios de empleadores blancos revelan que, de manera consciente y deliberada, usan estereotipos raciales negativos para negar oportunidades laborales a solicitantes negros²⁸⁻²⁹. Algunas de las mejores pruebas de la persistencia de la discriminación laboral se encuentran en auditorías realizadas por el Instituto Urbano. En estos estudios se observó que en 20% de los casos se prefería a los solicitantes blancos en vez de los solicitantes negros con calificaciones idénticas¹⁹. Por lo tanto, los estereotipos raciales negativos de los afroestadounidenses parecen influir tanto en la evaluación de los solicitantes por los empleadores como en las decisiones de las empresas sobre la ubicación de las instalaciones.

Las zonas segregadas pobres presentan múltiples adversidades que podrían combinarse de forma aditiva e interactiva y tener efectos adversos en la situación socioeconómica. La falta de oportunidades laborales genera altas tasas de desempleo masculino. Hay una firme relación, tanto para los negros como para los blancos, entre las tasas de matrimonio, las tasas de desempleo masculino y el ingreso medio de los hombres. Por consiguiente, la concentración de desventajas económicas en zonas segregadas pobres influye mucho en las tasas elevadas de hijos ilegítimos y familias encabezadas por mujeres, así como en la consiguiente feminización de la pobreza que se observa en muchas zonas urbanas³⁰⁻³¹. La consiguiente concentración de pobreza aísla a los jóvenes de barrios segregados de los modelos de empleo estable y de las redes sociales que pueden conectarlos con oportunidades laborales²⁴. La exposición prolongada a estas condiciones puede socavar la ética laboral y menoscabar el rendimiento escolar.

El racismo puede influir también en la situación socioeconómica por medio del efecto de estereotipos raciales negativos en el resultado de la enseñanza. Steele³² ha examinado los

indicios de que las imágenes culturales negativas de los negros podrían tener efectos adversos en el rendimiento escolar. Señala que hay pocas diferencias raciales entre negros y blancos en las pruebas normalizadas de primer grado. Sin embargo, la disparidad racial aumenta con cada año en la escuela y en sexto grado llega al equivalente de dos grados completos. Eso no se puede atribuir a la situación socioeconómica ni a la diferencia entre grupos en cuanto a aptitudes. Asimismo, las disparidades en el rendimiento escolar entre los negros y las minorías no asiáticas son evidentes en todos los niveles socioeconómicos y a veces se intensifican a medida que la situación socioeconómica mejora. En todos los niveles de aptitud, las minorías no asiáticas reciben calificaciones más bajas que los blancos. Lo mismo se observa en el caso de las mujeres en comparación con los hombres, pero solamente en los campos del rendimiento escolar en los cuales existe el estereotipo de que las mujeres son deficientes (como en las ciencias físicas y en cursos avanzados de matemáticas). En estudios realizados en el Reino Unido, Israel, Japón, India y otros países se ha comprobado que los grupos considerados socialmente inferiores tienen un rendimiento escolar sistemáticamente más bajo³³. Steele³² afirma que, entre los negros de clase socioeconómica más baja, la internalización de estereotipos sociales negativos podría convertirse en una profecía inexorable que lleva al bajo rendimiento. En cambio, entre los negros con una situación socioeconómica mejor que se sienten seguros de sí mismos, la amenaza de un rendimiento deficiente en un campo donde existen estereotipos podría provocar ansiedades y los consiguientes efectos adversos en el rendimiento escolar.

Estabilidad de la desigualdad racial

Las políticas institucionales han desempeñado un importante papel en el surgimiento de grandes diferencias raciales en la situación socioeconómica. Debido a la persistencia de los mecanismos institucionales que sustentan las desigualdades raciales, las disparidades raciales en la situación socioeconómica se han mantenido notablemente estables con el tiempo. En un análisis de las tendencias de las desigualdades económicas raciales realizado hace poco por el Consejo de Asesores Económicos de la Presidencia se comprobó que el crecimiento de la clase media negra y la convergencia hacia la igualdad entre negros y blancos alcanzó su apogeo en los años sesenta³⁴. A pesar de los esfuerzos actuales para dismantelar la política de discriminación positiva, los datos muestran claramente que el progreso económico de los negros en relación con los blancos se estancó a mediados de los años setenta, estancamiento que ha persistido en los 20 años transcurridos desde entonces. Asimismo, la desigualdad de ingresos ha aumentado desde 1970 en general y en ambos grupos raciales.

El cuadro 5 muestra que, en 1978, el ingreso familiar medio de los negros (US\$ 25.288) representaba 59 centavos por cada dólar ganado por los blancos de ingreso familiar medio (US\$ 42.695). En 1996, la razón del ingreso familiar medio de negros y blancos era idéntica a la de 1978, y hubo pocos cambios en esos 23 años. Asimismo, el nivel de pobreza de negros y blancos se ha mantenido relativamente estable³⁴. En 1978 la tasa de pobreza de los negros (30,6%) era 3,5 veces mayor que la de los blancos (8,7%). La tasa de pobreza de los negros bajó a 28,4 en 1996, mientras que la de los blancos subió un poco, a 11,2, en 1996. Por consiguiente, la razón entre negros y blancos bajó ligeramente: en 1996 los negros tenían una probabilidad 2,5 veces mayor que los blancos de vivir en la pobreza. Los datos sobre tendencias a más largo plazo revelan lo mismo.

Cuadro 5. Ingreso medio y tasa de pobreza de blancos y negros, Estados Unidos, 1978-1996^a

Año	Ingreso medio			Tasa de pobreza		
	Blancos	Negros	Razón entre negros y blancos	Blancos	Negros	Razón entre negros y blancos
1978	42.695	25.288	0,59	8,7	30,6	3,52
1980	41.759	24.162	0,58	10,2	32,5	3,19
1982	40.379	22.317	0,55	12,0	35,6	2,97
1984	41.809	23.302	0,56	11,5	33,8	2,94
1986	44.105	25.201	0,57	11,0	31,1	2,83
1988	44.981	25.636	0,57	10,1	31,3	3,10
1990	44.315	25.717	0,58	10,7	31,9	2,98
1992	43.245	23.600	0,55	11,9	33,4	2,81
1994	43.284	26.148	0,60	11,7	30,6	2,62
1996	44.756	26.522	0,59	11,2	28,4	2,54

^aDatos del Informe Económico de la Presidencia³⁴.

El cuadro 6 presenta la tasa de desempleo de negros y blancos de 1950 a 1995³⁴. Desde 1950, los afroestadounidenses han presentado tasas de desempleo de alrededor del doble de las de los blancos. Con el tiempo, el desempleo tanto de negros como de blancos ha subido y bajado, acompañando el ciclo de las empresas, pero los cambios experimentados por los afroestadounidenses han sido de alrededor del doble de la tasa correspondiente a los blancos. En los últimos años, el desempleo ha presentado una disminución moderada, pero en 1995 la tasa de desempleo de los negros todavía era el doble de la de los blancos. Estos datos constituyen una prueba notable de la persistencia de las desigualdades raciales en Estados Unidos.

Cuadro 6. Tasas de desempleo de negros y blancos, 1950-1995^a

Año	Negros	Blancos	Razón entre negros y blancos
1950	9,0	4,9	1,84
1955	8,7	3,9	2,23
1960	10,2	5,0	2,04
1965	8,1	4,1	1,98
1970	8,2	4,5	1,82
1975	14,8	7,8	1,90
1980	14,3	6,3	2,27
1985	13,7	6,2	2,21
1990	11,4	4,8	2,38
1995	9,6	4,9	1,96

^aDatos del Informe Económico de la Presidencia.

Debido a la acción de estos procesos sociales en gran escala, los indicadores de la situación socioeconómica no son equivalentes entre grupos raciales ni a nivel individual ni a nivel de vecindario o de familia. Como consecuencia de la segregación residencial, los barrios negros y blancos difieren enormemente en cuanto a la disponibilidad de empleos, la estructura familiar, las oportunidades matrimoniales, la calidad de la educación y la exposición a modelos convencionales. También difieren en cuanto a la calidad de vida y el acceso a recursos y lugares de recreo favorables para la salud. Por ejemplo, Sampson y Wilson³⁵ observaron que entre las 171 ciudades más grandes de Estados Unidos no hay ni una donde los blancos vivan en condiciones de igualdad ecológica con los negros en cuanto a tasas de pobreza y de familias monoparentales. De hecho, Sampson y Wilson llegaron a la conclusión de que “el peor contexto urbano en que viven los blancos es mucho mejor que el contexto medio de los vecindarios negros”³⁵.

En el cuadro 7 se presentan las diferencias raciales en lo que atañe al rendimiento de la educación desde el punto de vista de los ingresos de negros, blancos e hispanos en 1996³⁶. Estos datos nacionales muestran que, en todos los niveles de educación, los negros y los hispanos tienen ingresos más bajos que los blancos. Aunque esta diferencia podría deberse en parte a diferencias en el rendimiento escolar y en la calidad de la educación, existen indicios de que influyen otros factores. Por ejemplo, en un estudio reciente se documentó que, incluso teniendo en cuenta las diferencias raciales en las calificaciones de las pruebas, las calificaciones de los muchachos negros eran 7,5% más bajas que las de sus compañeros blancos³⁷. Otros datos revelan que los negros tienen gastos mayores en bienes y servicios que los blancos debido a que, en promedio, los precios de una amplia gama de servicios tales como vivienda, alimentos y seguros son más altos en el centro de las ciudades, donde viven los negros, que en los suburbios, donde vive la mayoría de los blancos³⁸. Asimismo, las diferencias raciales en los ingresos subestiman la verdadera magnitud de las diferencias raciales en los recursos económicos. Los

datos nacionales revelan que, en todos los niveles de ingresos, hay grandes diferencias raciales en lo que atañe a riqueza. Por ejemplo, las familias blancas tienen un patrimonio neto medio 10 veces mayor que el de las familias afroestadounidenses³⁹. El patrimonio neto medio de los blancos del quintil de ingresos más bajos es de US\$ 10.257, y el de los negros de la misma categoría, US\$ 1. Como gran parte de la riqueza de las familias estadounidenses consiste en el capital invertido en la vivienda, una parte considerable de esta diferencia racial está relacionada con la política de vivienda y la discriminación institucional del pasado⁴⁰. Estas diferencias raciales en las circunstancias económicas son importantes para la lucha cotidiana por la supervivencia de las minorías. A principios de los años noventa, por medio de la Encuesta de Ingresos y Participación en Programas realizada por la Oficina de Censos se recopiló información sobre las penurias económicas de las familias estadounidenses. Estos datos revelan que, teniendo en cuenta la situación socioeconómica (ingresos, educación, pagos de transferencia, propiedad de la vivienda, situación laboral, discapacidad y seguro médico) y factores demográficos (edad, sexo, estado civil, hijos y movilidad residencial), los afroestadounidenses tendían más que los blancos a sufrir seis de las nueve penurias examinadas: imposibilidad de sufragar gastos indispensables, imposibilidad de pagar el alquiler o la hipoteca, imposibilidad de pagar la cuenta de electricidad en su totalidad, interrupción de la electricidad, interrupción del servicio telefónico y desalojo del apartamento o la casa⁴¹. No se observaron diferencias raciales en la falta de consultas médicas ni en la falta de suficientes alimentos. Los negros tendían menos que los blancos a no haber ido a un dentista.

Cuadro 7. Ingreso medio de blancos, negros e hispanos mayores de 18 años según el nivel de educación, Estados Unidos, 1996^a

Nivel de educación	Blancos	Negros	Hispanos
No terminó la escuela secundaria	US\$ 9.762	US\$ 7.365	US\$ 9.486
Escuela secundaria	US\$ 16.331	US\$ 13.294	US\$ 13.408
Título de ciclo básico universitario ("college" o "associate")	US\$ 23.480	US\$ 20.249	US\$ 20.225
Título de "Bachelor" o superior	US\$ 30.121	US\$ 26.160	US\$ 25.302
Título profesional	US\$ 56.436	US\$ 42.237	--

^aDatos de la Dirección de Censos de Estados Unidos³⁶.

El racismo y la salud: efectos directos

Un caudal creciente de estudios muestra también que, además de los efectos que ejerce de forma indirecta en la salud por medio de la situación socioeconómica, la exposición al racismo y la discriminación puede tener efectos adversos en la salud. En primer lugar, la segregación residencial puede crear condiciones patógenas de vida y de vivienda. La segregación suele ser un factor determinante de la calidad de vida en los vecindarios. Los residentes de barrios muy segregados tienen menos acceso a una amplia gama de servicios municipales⁴². Las reducciones del gasto y el suministro de servicios conduce al descuido y el deterioro del medio físico en los

barrios pobres. La negativa de los bancos a otorgar hipotecas para viviendas en determinados barrios puede llevar a una representación desproporcionada de usos no deseables de la tierra, como fábricas abandonadas, depósitos y vertederos, en zonas segregadas. Los habitantes de barrios segregados también podrían estar expuestos de forma desproporcionada a toxinas ambientales y viviendas de mala calidad. La principal diferencia señalada anteriormente entre negros y blancos en cuanto a las causas de mortalidad corresponde a los homicidios. Se ha comprobado que la combinación de concentración de pobreza, desempleo masculino e inestabilidad residencial lleva a tasas más altas de familias monoparentales y que la combinación de estos factores explica las diferencias en el grado de delitos violentos³⁵. Cabe destacar que la relación entre estos factores y los delitos violentos en lo que atañe a los blancos era prácticamente idéntica en magnitud a la observada en relación con los afroestadounidenses.

En varios estudios se ha observado una asociación positiva entre la mortalidad de adultos y niños y la residencia en zonas segregadas. En un estudio reciente se encontraron altas tasas de mortalidad tanto de negros como de blancos en ciudades con dos índices de segregación altos en comparación con ciudades con menos segregación⁴³. Esta observación muestra que, una vez traspuesto un umbral de segregación determinado, las condiciones adversas vinculadas a las ciudades muy segregadas pueden tener efectos adversos en la salud de todos sus habitantes.

Otro mecanismo mediante el cual la discriminación puede afectar a la salud es el acceso a la atención médica. El estigma de inferioridad racial parece influir en el trato que reciben las minorías en el sistema de asistencia sanitaria. Abundan las pruebas de que, incluso teniendo en cuenta la situación socioeconómica, el seguro médico y el estado clínico, los blancos tienden más que los negros a ser sometidos a una amplia gama de procedimientos médicos⁴⁴. Son especialmente sorprendentes los datos del Sistema de Hospitales de la Dirección de Veteranos de Guerra⁴⁵ y los análisis de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento a los cuales fueron sometidos los pacientes negros y blancos hospitalizados comprendidos en el programa Medicare⁴⁶. Entre los pacientes hospitalizados comprendidos en el programa Medicare, los negros tendían menos que los blancos a ser sometidos a los 16 procedimientos más comunes. Un examen más pormenorizado reveló que había solamente cuatro procedimientos a los cuales era más probable que los negros fuesen sometidos que los blancos: amputación de una extremidad inferior, extirpación de ambos testículos, extirpación de tejido asociado a úlceras por decúbito e implantación de derivaciones para diálisis renal⁴⁶. Todos estos procedimientos indican un diagnóstico o tratamiento inicial tardío, atención médica deficiente o poco frecuente y un mal manejo de enfermedades crónicas.

En un estudio reciente, Hannan et al.⁴⁷ comprobaron que los afroestadounidenses tendían menos que los blancos a ser sometidos a una operación de puente coronario aunque la aplicación de criterios rigurosos mostrara que el procedimiento era apropiado o necesario. Del mismo modo, Peterson et al.⁴⁸ documentaron que los negros tendían menos que los blancos con enfermedades comparables a ser sometidos a un puente coronario, incluso en los casos de mayor gravedad y en aquellos que presentarían las mayores probabilidades de supervivencia. En este estudio se observó también que la tasa de supervivencia de cinco años era mucho más baja en el caso de los negros. En otros estudios recientes se observó que las preferencias del paciente y sus negativas poco influyen en las diferencias raciales en lo que atañe a los procedimientos médicos a los cuales son sometidos⁴⁷. En conjunto, estos estudios indican que, de forma consciente o

inconsciente, una proporción no desdeñable del personal de salud discrimina a los afroestadounidenses.

En algunos estudios se ha observado también que la experiencia subjetiva de la discriminación podría constituir un tipo importante de estrés y tener efectos adversos en la salud. Un examen de estos estudios revela que la exposición al estrés en un laboratorio puede causar reacciones cardiovasculares y psicológicas en los negros y en una amplia gama de otros grupos⁴⁹. Además, diversos estudios epidemiológicos basados en la población revelan que las experiencias de discriminación tienen efectos adversos en la salud física y mental. En un estudio reciente de una importante zona metropolitana, en el cual se describió la exposición a una amplia gama de tratos injustos⁵⁰, se comprobó que, en comparación con los blancos, los afroestadounidenses presentaban mayores indicadores crónicos y agudos de discriminación y un grado mucho mayor de discriminación por motivos de raza u origen étnico. Cabe destacar que, al analizar estos datos, se comprobó que las diferencias raciales en la salud física se debían en su mayor parte a la situación socioeconómica. No obstante, si se tenían en cuenta las experiencias de discriminación, estas representaban una contribución incremental a la explicación de las diferencias raciales en los indicadores de la salud física notificados por los sujetos del estudio. Los estudios de las consecuencias que tienen en la salud las experiencias de discriminación todavía se encuentran en estado embrionario, y se necesitan con urgencia estudios prospectivos para determinar el orden temporal de la relación entre discriminación y salud.

¿Qué significa para un niño crecer en una sociedad donde se lo considera inferior y donde esos mensajes se comunican regularmente de distintas formas? En unos pocos estudios se señala que la prevalencia de imágenes culturales y estereotipos negativos de grupos estigmatizados puede tener efectos adversos en la salud. Los investigadores saben desde hace tiempo que una de las respuestas de las minorías consiste en aceptar como correcta la ideología de su inferioridad propugnada por la sociedad dominante. En varios estudios para determinar la medida en que los afroestadounidenses internalizan o adoptan estas imágenes culturales negativas se ha observado que el racismo internalizado está relacionado con la presencia de estrés psicológico, síntomas depresivos, abuso de sustancias y problemas crónicos de salud física⁵¹⁻⁵³.

Conclusiones

Las marcadas diferencias raciales en salud y su persistencia no son hechos fortuitos. Tampoco pueden entenderse como un simple reflejo de diferencias raciales en el comportamiento o los rasgos biológicos individuales. Por el contrario, hay abundantes pruebas que reflejan en gran medida la aplicación de determinadas políticas. El racismo ha sido el germen de un sistema organizado de políticas y prácticas orientadas a crear desigualdades raciales. Se necesitan estudios para determinar la forma en que las grandes fuerzas de la sociedad influyen en las creencias y el comportamiento individuales y se combinan con otros elementos y vulnerabilidades, afectando a la salud. En última instancia, los factores sociales afectan a la salud por medio de mecanismos y procesos fisiológicos específicos. El concepto de carga alostática ofrece un marco útil para seguir el trayecto desde la exposición ambiental hasta los cambios adversos en el estado de salud por medio de procesos fisiológicos explícitos⁵⁴. Las diferencias raciales en la salud reflejan en gran medida el efecto del entorno social y la acumulación de

adversidades en múltiples campos. Las medidas para mejorar la salud de las minorías raciales y reducir las disparidades raciales en la salud posiblemente deban ser igualmente integrales en la aplicación de estrategias que aborden las causas fundamentales de estas disparidades.

Nota de agradecimiento

Esta monografía fue preparada con una subvención (Grant 1 RO1 MH59575) de los Institutos Nacionales de Salud Mental y la Red de Estudios sobre Situación Socioeconómica y Salud de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur. Agradezco a Scott Wyatt y Colwick Wilson su asistencia en la investigación y a Car Nosel la preparación del documento original.

Referencias

1. National Center for Health Statistics. 1998. Health, United States, 1998 con Socioeconomic Status and Health Chartbook. USDHHS. Hyattsville, MD.
2. Department of Health and Human Services-Indian Health Service. 1997. Regional Differences in Indian Health. DHHS. Rockville, MD.
3. Sorlie, P.D., E. Robot & N.J. Johnson, 1993. Validity of demographic characteristics on the death certificate. *Epidemiology* 3: 181 – 184.
4. Hahn J. A. 1992. The state of federal Health statistics on racial and ethnic groups. *JAMA* 267: 268-271.
5. Singh, G. K. & S.M. Yu. 1996. Adverse pregnancy outcomes: differences between U.S. and foreign-born women in major U.S. racial and ethnic groups. *Am. J. Public Health* 86: 837-843.
6. Hummer, R.A., R.G. Rogers, C.B. Nam & F.B. LeClere. 1999. Race/ethnicity, nativity, and U. S. adult mortality. *Soc. Sci. Q* 80: 136-153.
7. National Center for Health Statistics. 1997. U. S. Decennial Life Tables for 1989-91. Hyattsville, MD. U.S. Life Tables 1(1): 12-29.
8. Mongatu, A. 1964. *The Concept of Race*. New Cork Press. Glenco.
9. Gould, S. J. 1977. Why we should not name human races: a biological view. En *Ever Since Darwin*. S.J. Gould. Ed: 231-236. W. W. Norton, New Cork.
10. Lewntin, R.C. 1972. The apportionment of human diversity. *En: Evolutionary Biology*. Vol. 6 T. Dobzhansky, M. K. Hecht & W. C. Steere. Eds.: 381-386. Appleton-Century-Crofts. New York.
11. American Association of Physical Anthropology. 1996. AAPA statement on biological aspects of race. *Am. J. Phys. Anthropol.* 101: 569-570.
12. Anderson, M. & S.E. Feinberg. 1995. Blas, white, and shades of gray (and brown, and yellow). *Chance* 8: 15-18.
13. Bonilla-Silva, E. 1996. Rethinking racism: toward a structural interpretation. *Am. Sociol. Rev.* 62: 465-480.
14. Schuman, H. Ch. Steeh, L. Bobo & M. Krysan. 1997. *Racial Attitudes in America: Trends and Interpretations*. Rev. Edidt. Harvard University Press, Cambridge.
15. Davis, J.A. & T.W. Smith. 1990. *General Social Surveys. 1972-1990 NORC edit*. National Opinion Research Center, Chicago.
16. Massey, D.S. & N.A. Denton. 1993. *American Apartheid: Segregation and the Making of the Underclass*. Harvard University Press, Cambridge.
17. Cell, J. 1982. *The Highest Stage of White Supremacy: The Origin of Segregation in South Africa and the American South*. Cambridge University Press, New York.
18. Jaynes, G.D. & R.M. Williams. 1987. *A Common Destiny: Blacks and American Society*. National Academy Press, Washington, D.C.
19. Fix, M. & R.J. Struyk. 1993. *Clear and Convincing Evidence: Measurement of Discrimination in America*. Urban Institute Press, Washington, D.C.
20. Massey, D. 1999. Residential segregation and neighborhood conditions in U.S. metropolitan areas. *En America Becoming: Racial Trends and Their Consequences*. William Julius Wilson & Faith

- Mitchel, Eds. National Research Council Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. National Academy of Sciences Press, Washington. En prensa.
21. Bobo, L. & C.L. Zubrinsky. 1996. Attitudes on residential integration: perceived status differences, mere in-group preference, or racial prejudice? *Soc. Forces* 74:883-909.
 22. Orfield, G. & S.E. Eaton. 1996. Dismantling desegregation: The Quiet Reversal of *Brown v. Board of Education*. The New York Press, New York.
 23. Orfield, G. 1993. The growth of segregation in American schools: changing patterns of separation and poverty since 1968. A report of the Harvard Project on School Desegregation to the National School Boards Association.
 24. Wilson, W.J. 1987. *The Truly Disadvantaged*. University of Chicago Press, Chicago.
 25. Wilson, W.J. 1996. *When Work Disappears: The World of the New Urban Poor*. Alfred A. Knopf, New York.
 26. Cole, R.E. & D.R. Deskins, Jr. 1988. Racial factors in site location and employment patterns of Japanese auto firms in America. *Calif. Manage. Rev.* 31:9-22.
 27. Sharpe, R. 1993. In latest recession, only blacks suffered net employment loss. *Wall St. J.* LXXIV: no. 233.
 28. Kirschenman, J. & K.M. Neckerman. 1991. "We'd love to hire them, but...": the meaning of race for employers. *En The Urban Underclass*. C. Jencks & P.E. Peterson, Eds.: 203-232. The Brookings Institution, Washington, D.C.
 29. Neckerman, K.M. & J. Kirschenman, 1991. Hiring strategies, racial bias, and inner-city workers. *Soc. Problems* 38:433-447.
 30. Testa, M., N.M. Neckerman. 1986. Poverty and family structure: the widening gap between evidence and public policy issues. *En The Ghetto Underclass*. W. J. Wilson, Ed.: 96-108. Sage. Newberry Park.
 31. Wilson, W. & K.M. Neckerman. 1986. Poverty and family structure: the widening gap between evidence and public policy issues. *En Fighting Poverty*. S.H. Danziger and D.H. Weinberg, Eds.: 232-259. Harvard University Press, Cambridge.
 32. Steele, C.M. 1997. A threat in the air: how stereotypes shape intellectual identity and performance. *Am. Psicol.* 52: 613-629.
 33. Fischer, C.S., M. Holt, M.S. Jankowski, S.R. Lucas, A. Swidler & K. Voss. 1996. Race, ethnicity, and intelligence. *En Inequality by Design: Cracking the Bell Curve Myth*. C.S. Fischer, M. Holt, M.S. Jankowski, S.R. Lucas, A. Swidler & K. Voss, Eds. Princeton University Press. Princeton.
 34. Economic Report of the President. 1998. U.S. Government Printing Office. Washington, D.C.
 35. Sampson, R.J. & W.J. Wilson, 1995. Toward a theory of race, crime, and urban inequality. *En Crime and Inequality*. J. Hagan & R.D. Peterson, Eds.: 37-54. Stanford University Press. Stanford.
 36. U.S. Bureau of the Census. 1997. Income by educational attainment for persons 18 years old and over, by age, sex, race, and Hispanic origin: March 1996. Current Population Report. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
 37. Neal, D.A. & W.R. Johnson. 1996. The role of premarket factors in black-white wage differences. *J. Polit. Econ.* 104:869-895.
 38. Williams, D.R. & C. Collins. 1995. U. S. socioeconomic and racial differences in Health. *Ann. Rev. Sociol.* 21: 349-386.
 39. Eller, T. J. 1994. Household Wealth and Asset Ownership: 1991. U.S. Bureau of the Census. Current Population Reports. P70-34. US Government Printing Office (USGPO), Washington, D.C.

40. Oliver, M.L. & T.M. Shapiro, 1997. *Black Wealth/White Wealth: A New Perspective on Racial Inequality*. Routledge, New York.
41. Bacman, K. 1998. Direct measures of poverty as indicators of economic need: Evidence from the survey of income and program participation. U.S. Census Bureau Population Division Technical Working Paper No. 30.
42. Alba, R.D. & J.R. Logan. 1993. Minority proximity to whites in suburbs: an individual-level analysis of segregation. *Am. J. Sociol.* 98: 1388-1427.
43. Collins, C. & D.R. Williams. 1999. Segregation and mortality: the deadly effects of racism? *Sociol. Forum* 14(3): 493-521.
44. Council on Ethical and Judicial Affairs. 1990. Black-white disparities in Health care. *JAMA* 263:2344-2346.
45. Whittle, J., J. Conigliaro, C.B. Good & R.P. Lofgren. 1993. Racial differences in the use of invasive cardiovascular procedures in the Department of Veteran Affairs. *N. Engl. J. Med.* 329:621-626.
46. McBean, A.M. & M. Gornick. 1994. Differences by race in the rates of procedures performed in hospitals for Medicare beneficiaries. *Health Care Finan. Rev.* 15:77-90.
47. Hannan, E.L., M. van Ryne, J. Burke, D. Stone, D. Kumar, D. Aran, W. Pieirce, S. Rafil, T.A. Sanborn, S. Sharma, J. Slater & B.A. DeBuono. 1999. Access to coronary artery bypass surgery by race/ethnicity and gender among patients who are appropriate for surgery. *Med. Care* 37:68-77.
48. Peterson, E.D., L.K. Shaw, E.R. DeLong, D.B. Pryor, R.M. Califf & D.B. Mark. 1997. Racial variation in the use of coronary-revascularization procedures—Are the differences real? Do they matter? *N. Engl. J. Med.* 337(7):480-486.
49. Williams, D.R., M. Spencer & J.S. Jackson. 1999. Race-related stress and physical health: is group identity a vulnerability factor or a resource? *En Self, Social identity, and Physical Health: Interdisciplinary Explorations*. R.J. Contrada & R.D. Ashmore. Eds.: 71-100. Oxford University Press. New Cork. En Prensa.
50. Williams, D.R., U. Jackson & N. Anderson. 1997. Racial differences in physical and mental health: socioeconomic status, stress, and discrimination. *J. Health Psicol.* 2:335-351.
51. Taylor, J & B. Jackson. 1990. Factors affecting alcohol consumption in black women, part II. *Int. J. Addict.* 25:1415-1427.
52. Williams, d.R. & A.M. Cheng. 1999. Racism and Health. *En Health in Black America*. R. Gibson & J.S. Jackson, Eds. Sage Publications, Thousand Oaks. En prensa.
53. Taylor, J., D. Henderson & B.B. Jackson. 1991. A holistic model for understanding and predicting depression in African American women. *J. Commun. Psicol.* 19:306-320.
54. McEwen, B.S. & T. Seeman. 1999. Protective and damaging effects of mediators of stress: elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 896: este volúmen.