

Experiencias de discriminación racial y otras barreras para la atención médica en comunidades chuukes. Perspectivas de miembros de la comunidad y de profesionales de la salud

Megan Kiyomi Inada, Kathryn L. Braun, Kevin Cassel, Seiji Yamada, Randy Compton, Parkey Mwarike, Tetine Sentell

Introducción

El acceso desigual a la atención médica entre los diferentes grupos raciales de Estados Unidos (EUA) es un problema persistente.¹⁻² La discriminación racial, que tiene una relación compleja con los resultados sanitarios,³⁻⁴ se ha asociado con un menor acceso a procedimientos,⁵ una menor calidad de atención,⁶ una menor satisfacción del paciente² y una mayor prevalencia de enfermedades.⁷⁻⁸ El modelo conceptual⁴ de Paradies *et al*⁴ vincula la discriminación racial con los resultados sanitarios negativos mediante tres mecanismos: 1) una privación de recursos que

resulta en condiciones de vida adversas, y en una disminución de la calidad y acceso a la atención médica; 2) condiciones de estrés psicológico que desencadenan conductas negativas, respuestas fisiológicas de estrés y síntomas psicológicos; y 3) mayor cantidad de experiencias de ataques violentos.

Los chuukeses son un grupo étnico de rápido crecimiento en los Estados Unidos y en Hawaiki,⁹ son originarios de los Estados Federados de Micronesia, una de las tres naciones que tienen Pactos de Libre Asociación (COFA, por sus siglas en inglés) con los EUA. Junto con otros ciudadanos de naciones COFA, a veces, denominados migrantes COFA. Los Pactos de Libre Asociación fueron un resultado de la intervención Estadounidense en Micronesia durante el período posterior a la Segunda Guerra Mundial,¹⁰ en el que la región fue usada como campo de pruebas nucleares. Otorgaron acceso militar a los EUA a cambio de desarrollo infraestructura. Estas acciones perturbaron las culturas tradicionales de Micronesia, sus estilos de vida y subsistencia generando enfermedades crónicas relacionadas con la dieta occidental.¹¹ Ya que a los ciudadanos COFA se les permite la entrada libre y el derecho a trabajar en los EUA, muchos migran para acceder a servicios de educación y salud, que están subdesarrollados en Chuuk. Si bien estos migrantes pagan impuestos,

Megan Kiyomi Inada. Doctora; Universidad de Hawaiki, Manoa, Oficina de Ciencias de la Salud Pública, Kokua Kalihi Valley, Centro de Salud del Valle. Correo-e: megan.inada@gmail.com

Kathryn L. Braun. Doctora, Universidad de Hawaiki en Manoa. Correo-e: kbraun@hawaii.edu

Kevin Cassel. Doctor, Universidad de Hawaiki, Centro de Cáncer. Correo-e: kevin@cc.hawaii.edu

Seiji Yamada. Médico, Maestro en Salud Pública. Escuela de Medicina John A Burns. Correo-e: seiji@hawaii.edu

Randy Compton. JD; Universidad de Hawaiki, Escuela de Leyes William S. Richardson. Correo-e: rcompton@hawaii.edu

Parkey Mwarike. Colegio de Micronesia, Estados Federados de Micronesia. Correo-e: pmwarike@outlook.com

Tetine Sentell. Doctor, Universidad de Hawaiki en Manoa. Correo-e: tsentell@hawaii.edu

Mapa Chuuk, Los Estados Federados de Micronesia



Fuente: <https://goo.gl/ysVB2> 14, de noviembre de 2016

no pueden participar plenamente en programas gubernamentales, como Medicaid.¹² Esta limitación es especialmente devastadora para la población chuukés ya que los habitantes de Micronesia tienen una gran carga de enfermedades infecciosas y crónicas.¹³ Un estudio que analizó las hospitalizaciones en Hawaii halló que los micronesios son hospitalizados más jóvenes y con enfermedades más graves que otros grupos étnicos, lo cual sugiere que pueden pasar más años padeciendo una enfermedad grave o morir más jóvenes.¹⁴ La discriminación racial puede explicar, en parte, estas desigualdades sanitarias.^{12,15-17}

No existen estudios que hayan evaluado formalmente la discriminación racial en alguna población de Micronesia. El objetivo de este estudio es lograr una mejor comprensión de:

- 1) las barreras, incluida la discriminación racial para la obtención de cuidados médicos para los chuukeses en Hawaii; y
- 2) posibles soluciones a estas barreras que aprovechen los recursos de las comunidades. Hemos entrevistado en profundidad a individuos en este grupo étnico y a personal de salud que atiende a sus comunidades.

Materiales y métodos

Herramienta de medición

Se obtuvo la aprobación del Consejo de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) y los

participantes proporcionaron su consentimiento escrito y verbal. Las guías de entrevista fueron revisadas por expertos en métodos cualitativos y en investigación sobre las islas del Pacífico y fueron sometidas a pruebas piloto con individuos chuukeses, lo cual nos llevó a reformular las preguntas. Por ejemplo, se reformularon ciertas preguntas para permitir a los encuestados enmarcar sus respuestas en términos de incidentes experimentados por amigos, familiares o la comunidad en general. Esto con el fin de evitar un posible sesgo de minimización debido a la vergüenza de divulgar la propia victimización,¹⁸ para respetar la identidad colectivista de los chuukeses,¹⁹ y para obtener una comprensión más rica de las perspectivas de los participantes.²⁰

Muestreo

Los miembros de la comunidad fueron considerados elegibles si se autoidentificaban como chuukeses, tenían 18 años o más, vivían actualmente en Hawaii y habían tenido acceso a centros de salud de Hawaii. El personal de salud, incluidos los médicos, los trabajadores comunitarios y los intérpretes, fueron considerados elegibles para participar si brindaban servicios de salud a chuukeses.

Para garantizar una máxima variación, se usaron muestreos intencionales y de referencia. El muestreo intencional (no-aleatorio) es común en la investigación cualitativa cuando se desean datos ricos y detallados.²¹ El muestreo de referencia aumenta las tasas de participación en poblaciones minoritarias y de bajos recursos socioeconómicos.²²

El marco de muestreo para el personal de salud se basó en su empleo hospitalares, centros de salud comunitarios (CHCs por sus siglas en inglés), en si ellos mismos se identificaban como chuukeses. Incluir a personal chuukés y no chuukés nos permitió captar las perspectivas 'endo' y 'exo' simultáneamente. Algunos del personal de salud fueron identificados a través de las relaciones que cultivó la investigadora principal (MKI) cuando fungía como trabajadora de salud comunitaria. El resto de los entrevistados fueron referidos por otros participantes.

Figura 1



Nuestro marco se basó en el modelo conceptual⁴ de Paradies.

El muestreo intencional se basó en un estudio similar²³ que dependió de la edad y el idioma. Fueron agrupados en dos categorías etarias: de 18-39 y de 40 en adelante; el segundo grupo tiene una carga más alta de enfermedades crónicas,²⁴ lo cual especulamos podría afectar sus experiencias con el sistema de salud. El dominio del idioma inglés de cada paciente se determinó según su necesidad de intérpretes para la atención sanitaria.

Se tomaron medidas para respetar los protocolos culturales de los participantes de la comunidad y mitigar las dificultades ocasionadas por la discordancia racial con el entrevistador.³ Por ejemplo, los lugares de reunión fueron elegidos por los participantes.²⁶ Además, se utilizaron como enlace a líderes comunitarios con experiencia en trabajo de salud e intérpretes médicos capacitados, para reclutar entrevistados y cofacilitar entrevistas.²⁵

Tener la presencia de estos líderes nos permitió lograr conversaciones más sinceras y profundas. Éstos fueron capacitados por el investigador en la recopilación de datos cualitativos y se les instruyó en la importancia de la confidencialidad. Para respetar los estrictos roles de género de la cultura chuukés, en la que son las mujeres quienes hablan sobre la salud familiar, entrevistamos principalmente a mujeres.²⁶

Análisis

Las entrevistas se llevaron a cabo hasta alcanzar la saturación temática²⁰ y representar todas las categorías de muestreo. Las entrevistas fueron

grabadas, transcritas y revisadas por un asistente de investigación bilingüe para lograr una mayor precisión.

Para analizar los datos, utilizamos el análisis de marco,²⁷ que permite la identificación de temas tanto inductivamente de las historias de los participantes, como deductivamente, de la literatura existente, siguiendo el modelo de Paradies *et al.*⁷ Cada entrevista fue codificada por dos investigadores, un asistente de investigación chuukés revisó la codificación tomando en cuenta la relevancia cultural, los hallazgos fueron revisados y aprobados por enlaces comunitarios.

Resultados

Entrevistamos a ocho profesionales de salud y nueve miembros de la comunidad chuukés. Entre los primeros habían intérpretes médicos, médicos, gerentes, proveedores legales y trabajadores sociales. Tres de los mismos eran chuukeses empleados por los centros de salud, una agencia de interpretación o ambos. Los cinco proveedores de salud no chuukeses eran empleados de los centros de salud, de un hospital o de ambos. Seis de los nueve participantes de la comunidad tenían 40 años o más. Cuatro (tres de ellos mayores de 40 años) requerían un intérprete para la atención médica. (Figura 1).

Las entrevistas fueron codificadas usando cinco temas principales; dos tenían que ver con barreras de salud (discriminación racial y otras) y tres con soluciones (aprovechamiento de los recursos comunitarios, fomentar relaciones y cambiar

normas y percepciones sociales). Los hallazgos se organizaron en torno a estos temas con las contribuciones del personal de salud y miembros de la comunidad presentadas juntas, ya que muchas de sus respuestas fueron similares.

Tema 1: Barreras - aparte de la discriminación racial.

Tanto los trabajadores participantes como los de la comunidad reportaron una larga lista de barreras a la atención esta comunidad, un proveedor explicó:

Hay capas y capas... de disparidades, y de estas emergen los problemas de salud.

Muchos de los obstáculos identificados eran compartidos con otras comunidades inmigrantes de bajos ingresos, incluyendo barreras financieras, el acceso a alimentos, transporte y la falta de información sobre salud. Otras barreras son: confusión sobre el sistema de salud, dificultad para comunicarse con el personal de salud y cobertura de seguro inadecuada debido a políticas nacionales y estatales. Varios de estos temas se entrelazaban en las narrativas de los pacientes.

Todos los participantes percibían que la inhabilidad de los migrantes para navegar los sistemas de atención médica se debía a las diferencias entre el sistema chuukés y el de los EUA en Chuuk los pacientes no necesitan citas ni pagan para ser atendidos. Es por esto que los migrantes a Hawaii pueden sentirse abrumados ante la perspectiva de ver a varios médicos en diferentes lugares. Un miembro de la comunidad comparó la tarea de navegar por el sistema de salud de los EUA con

tomar el autobús... algo que te imaginarías sería fácil, pero no lo es... así que imagina lo complicado que es acceder al sistema de salud.

El personal de salud razonaba que las diferencias entre sistemas llevan a que los inmigrantes

no entiendan la importancia de presentarse a las citas, especialmente a aquéllas con especialistas.

Las tasas de ausentismo a las citas médicas se ven exacerbadas por el valor que los chuukeses otorgan a las obligaciones comunitarias, por tanto, aún

enfermos, los faltarán a citas médicas para atender las necesidades familiares. Consecuentemente, el personal de salud pueden concluir que estos pacientes son ... *incumplidos y no se preocupan por su salud.*

Además, la falta de conocimiento del personal de salud sobre la historia y la cultura de Chuuk ha llevado a desacuerdos. Un trabajador explicaba que in paciente le dijo: *No se preocupe, la atención médica es gratuita*, el trabajador se enojó y dijo: *¡No es gratis, los contribuyentes la pagan!* La pobre dama quedó realmente avergonzada porque no sabía cómo funcionaban los planes de salud. Otra barrera fue la falta de comunicación, en algunos casos las diferencias lingüísticas y culturales resultaron en una atención mediocre y en falta de confianza entre el paciente y el proveedor. Un trabajador hospitalario describió cómo estas barreras provocaron incapacidad para compartir información médica importante:

El mayor desafío que tenemos es la comunicación... Sin intérpretes, éramos incapaces de educarles sobre las opciones disponibles para su cuidado. Ya que provienen de una cultura que es muy relajada y muy poco invasiva con respecto a los resultados, al acudir a un centro médico como éste, especialmente si son pacientes de alto riesgo es difícil que entiendan la gravedad de su propia enfermedad.

El manejo inadecuado de las barreras lingüísticas llevó a tragedias prevenibles, entre ellas

bebés circuncidados cuyas madres no lo deseaban... y personas que despertaban de la cirugía sin saber lo que había sucedido.

En un caso, una madre y un niño que huían de una pareja abusiva no recibieron asistencia de una línea directa de violencia doméstica porque no había intérprete. Como resultado, madre e hijo pasaron la noche en una parada de autobús.

Otras barreras de comunicación surgieron de diferencias culturales, como la evitación del conflicto por parte de los chuukeses. Un participante de esa comunidad explicó:

Hay algunas personas que tienen miedo de hablar. Dirán que sí cuando quieren decir no,

que no cuando quieren decir sí. No porque esa sea la respuesta real, sino que te dicen lo que creen que quieres escuchar.

Las creencias culturales en torno a la privacidad de la salud también pueden dificultar la comunicación. Un miembro del personal de salud chuukés explicó,

en nuestra cultura nos guardamos las cosas... solo las familias pueden [conocer la salud de una persona], a veces incluso las familias no pueden.

Agregó que esto puede llevar a la renuencia a utilizar intérpretes porque los pacientes *temen que nos enteremos de sus problemas*. Una enfermera que no era chuukés explicó que esta diferencia cultural puede inhibir la confianza en las relaciones entre personal de salud y pacientes. Ella dio el ejemplo de las mujeres chuukeses, que:

internalizan mucho dolor durante el parto, por lo que es muy difícil construir una relación con ellas como lo hacen la mayoría de las enfermeras de parto.

Otra barrera planteada por todos los participantes fue la falta de una cobertura de seguro adecuada. Además de que es algo desconocido para muchos migrantes, varios cambios en las condiciones de elegibilidad para Medicaid han agravado la confusión y la desconfianza. Muchos participantes informaron que no les surtieron sus recetas ni obtuvieron la atención necesaria por temor a que les cobraran. El personal de salud reflejaban esta percepción:

Ciertamente, hay muchas historias circulando sobre personas que abandonaron la atención médica... Creo que esto se debe, en parte, a que la cobertura del seguro de salud está tan desbaratada y es tan confusa que piensan: No quiero ser una carga, así que renunciaré al cuidado médico... Dejaré mi diálisis, dejaré mi medicina.

Muchos proveedores perciben el seguro de salud como discriminatorio, señalando que las políticas de atención sanitaria no equitativas transmiten el devastador mensaje: *No nos importa si usted vive o muere*.

Un trabajador de salud chuukés comentó:

Sentí que cuando el estado apartó a nuestra comunidad al ponernos en un plan de salud diferente, fue casi como si le diera permiso al [público en general] para arremeter contra nosotros.

Varios proveedores estuvieron de acuerdo en que los efectos de esta política discriminatoria son perpetuados por la cobertura mediática negativa que recibe este grupo.

Tema 2: Barreras: discriminación racial

Casi todos los encuestados reportaron haber recibido atención deficiente o haber escuchado comentarios insensibles de parte del personal de salud, principalmente en entornos hospitalarios. Por ejemplo, una mujer informó que le había pedido a su médico que le quitara el implante anticonceptivo porque le estaba haciendo sentir mal. El médico se negó y le preguntó: *¿Por qué quieres quedar embarazada de nuevo?* haciéndole sentir frustrada y ofendida. Para algunos fue difícil hacer una cita porque el personal de recepción en los hospitales y centros de salud fue abiertamente *grosero, duro* o les habló de una *manera agresiva*.

Cuando se les preguntó si este tipo de tratamiento deficiente se debía a ser chuukeses, la mayoría de los participantes de la comunidad no estaban seguros o dudaron en hacer esa relación. Una mujer dijo preguntarse a sí misma: *¿Soy yo o son ellos?* Otro explicó:

Yo no quiero pensar que es porque [somos] chuukese... intento no pensar de esa manera... Tal vez así son, ...algunos de los médicos.

Una participante de la comunidad se disculpó por conjeturar que el trato injusto se debía a su raza:

No sé, tal vez soy vieja y pienso demasiado. Discúlpenme por haber dicho eso.

Varios profesionales de salud contaron que han visto a colegas discriminar a los pacientes chuukeses. Uno no chuukés reveló que otro compañero de trabajo no chuukés remitió a todos sus pacientes chuukeses a otros colegas por

"razones poco claras". Una intérprete chuukés explicó que ella ha visto

personal de salud realmente buenos y otros a quienes no parecían importarles mucho.

Al igual que los participantes chuukeses, el personal de salud no se sentía seguro de los motivos subyacentes a este tipo de tratos. Un trabajador de salud planteó la hipótesis de que el trato injusto se debía a *un sesgo personal contra el grupo en general.*

Otro reportó discriminación racial en un hospital

Me doy cuenta inmediatamente cuando discriminan a los chuukeses... Dicen Ay, estos micronesios, tienen que aprender qué comer.

Todo el personal de salud que labora en los centros de salud y muchos participantes de la comunidad compartieron ejemplos de discriminación racial abierta hacia ellos *fuera* del sistema de salud. Varios participantes informaron haber encontrado discriminación racial a diario.

Solo por [ser] micronesios... [son] tratados como criminales... ladrones, ...y se les supone ser tipos malos.

Un proveedor explicó:

Me doy cuenta de que la gente está exhausta. Me doy cuenta de que la gente está cansada de lidiar con eso... En el momento en que alguien me dice "¡ay, no fueron amables conmigo!", pienso... muerte a mil cortaduras... esos encuentros diarios... esos insultos cotidianos que la gente tiene que encarar sólo para obtener algo.

Los ejemplos incluyen cumplidos indirectos, como una madre que relató que los maestros de su hija expresaban sorpresa por el hecho de que era chuukés porque estaba *muy limpia y no era ruidosa.* Un trabajador clínico chuukés nos explica cómo estas bajas expectativas pueden ser perjudiciales para un niño:

Un niño de 12 años en las islas es considerado un hombre a los ojos de la comunidad... luego viene aquí y el sistema le dice que no es nadie,

de repente le quitan su madurez haciéndolo un debilucho.

Varios participantes concluyeron que estos supuestos dañinos y tratamientos diferenciados han tenido efectos negativos en la salud. Por ejemplo, un trabajador social compartió la historia de un joven paciente chuukés que fue agredido físicamente, injustamente culpado por un incidente y desalojado de una vivienda pública, se sintió *inseguro y deprimido* porque fue *atacado selectivamente.* Otros reportaron *brutalidad policiaca* y al personal de seguridad atacando físicamente a los inquilinos chuukeses. Los niños sufren la misma discriminación racial, siendo acosados reiteradamente sin que la escuela responda a las quejas de los padres. Cuando los estudiantes se defendieron fueron suspendidos, dejando a los padres sintiéndose

desamparados y hartos, algunos incluso sacaron a sus hijos de la escuela.

Al tratar el tema de la discriminación racial con pacientes, varios profesionales de la salud coincidieron en que "discriminación" era una palabra apropiada para referirse a la comunidad chuukés. Un trabajador clínico chuukés declaró: *Los micronesios están muy familiarizados con la palabra discriminación.* Uno que no es chuukés sugirió que cuanto más tiempo han estado los inmigrantes en los EUA, más divulgan

la discriminación y sus sentimientos al ser discriminados... ¿por qué siempre nos atacan? ¿Por qué está en riesgo nuestro derecho al cuidado de la salud? ¿Por qué no tenemos... paridad con otros grupos?

Sin embargo, durante las entrevistas, pocos participantes de la comunidad usaron la palabra "discriminación". En su lugar reportaron

haber sido tratados de manera diferente por ser chuukeses

y que las personas *no eran amables.*

Describieron tener una *sensación extraña dentro,* a menudo mientras gesticulaban hacia su corazón. Varios trabajadores de los centros de salud que no pertenecen a la etnia chuukés dijeron que con frecuencia

les costaba *trabajo* descubrir historias de discriminación:

La mayoría de los incidentes que escuchamos... ..emergen como problemas secundarios ... desde la base de distintos tipos de encuentros o sucesos... entonces, finalmente dicen: Creo que tratan a la gente de Micronesia de manera diferente. ...Tengo que sacarlo de ellos porque ...no quieren decir: oh, me trataron mal porque son racistas. Nunca dicen eso.

Los trabajadores atribuyen esta vacilación para revelar experiencias de discriminación racial a la desconfianza en las agencias, sentimientos de vergüenza y miedo a las repercusiones. Una participante de la comunidad no reportó el comportamiento de un trabajador de salud porque tenía miedo de perder el acceso a los servicios, por lo que *simplemente dejó de hablar*. Otro elemento de disuasión es que algunos temen *atraer atención negativa hacia su comunidad*.

Los trabajadores compartieron que, a pesar de su malestar y el riesgo personal, las personas son más propensas a denunciar si así protegerán a otros. A menudo las personas están dispuestas a *dejarlo ir* o a pensar *puedo manejarlo* si el incidente sólo les afecta a ellos mismos. En cambio, cuando se trata de niños,

los padres están dispuestos a defenderles y llamarle claramente racismo; discriminación; algo que está afectando el bienestar de mi hijo.

Tema 3: Soluciones: construyendo a partir de los recursos de la comunidad

Los participantes propusieron muchas soluciones que incluyeron: cambios en la relación paciente-personal de salud, así como la modificación de los protocolos en las instalaciones médicas. Muchos trabajadores de las centro de salud habían incorporado sugerencias y recursos de la comunidad a su práctica. Un terapeuta compartió que en lugar de utilizar métodos de psicoterapia individual, ahora incorpora a toda la familia porque los pacientes

siempre llegan como comunidad ... [tienen] un repertorio de factores protectivos desde una perspectiva de salud mental ...generalmente son

muy apoyados. Ella agregó: *Si no hablas de su espiritualidad durante el tratamiento, no estás captando algo central*.

Construir sobre la base de la conexión de la comunidad con su cultura constituye un gran recurso. Un trabajador que no es chuukés explica:

Incluso frente a toda esta adversidad, todavía están muy conectados con lo que son como personas, sus valores y lo que les da sentido en la vida, y no vacilan en eso.

Tema 4: Soluciones: construyendo relaciones

Algunos trabajadores informaron de la importancia de tomarse el tiempo para construir relaciones, ofrecer ayuda para la navegación del sistema sanitario y expresar empatía. Un miembro de la comunidad destacó la importancia de *realmente conocerse y entenderse mutuamente*. Todos los trabajadores de los centros de salud mencionaron el valor de aprender algunas palabras en chuukés para ayudar a las personas a sentirse bienvenidas y fomentar relaciones de confianza. Un médico hizo hincapié en involucrarse en la vida de los pacientes fuera del centro de salud, incluidos funerales y celebraciones.

Otro trabajador explicó:

Casi siento que tengo que ser más bien un embajador... para hacerles saber que realmente los queremos aquí, realmente queremos apoyarlos.

Un intérprete hizo eco de la importancia de que el personal sea compasivo:

Entiendo que todo tiene una fecha límite, pero por favor, hábleles bien en lugar de presionarlos porque eso cierra todo [...] si escucho que el médico o trabajador social les exige algo, trato de expresarlo con palabras amables en chuukés... [porque sé] que preferirán seguir sufriendo a ser regañados... ..Quieren encontrar ayuda, pero tienen miedo.

Otros sugirieron incorporar enseñanzas específicas de los chuukeses en las capacitaciones de sensibilidad cultural. Muchos proveedores no están preparados en relación a las necesidades únicas de esta comunidad. Las personas que quieren saber

sobre su cultura e historia deben educarse. Explicaba un trabajador:

Es una fuerte curva de aprendizaje... Ojalá me dijeran, aquí está su historia, así es como se ven afectados por su vida transicional en los EUA, aquí están los síntomas que generalmente presentan por estas razones, y esto es lo que hemos descubierto [como los] mejores enfoques o prácticas para trabajar con esta población.

Tema 5: Soluciones: cambiando las normas sociales

Algunos centros de salud han modificado sus prácticas cotidianas e infraestructura, como la contratación de intérpretes *in situ* y un incremento en el personal de salud para atender a pacientes sin cita previa para mitigar los problemas en la programación de las mismas. Los participantes también secundaron la necesidad de cambiar la forma en que nuestra sociedad enmarca los conceptos de salud, atención médica y discriminación racial de acuerdo a un médico.

¿Debería considerarse el cuidado a la salud como una mercancía, debería ser visto como un bien social, o como un derecho humano? Creo que yo, convencido de que la salud y la atención a la salud es un derecho humano, un bien social, hago mi mejor esfuerzo para... brindar atención médica con eso en mente.

Otra trabajadora sugirió que;

necesitamos enmarcar el racismo como una enfermedad de colectiva, no del individuo.

Sugirió que aprovechar el discurso de la comunidad sobre la discriminación

de manera que se promuevan la equidad y la justicia, que puede tener el potencial de ayudar a cambiar las cosas.

Discusión

Este estudio dilucida las barreras para la obtención de atención médica por parte de la comunidad chuukés de Hawaii y propone posibles soluciones.

Algunas barreras son también enfrentadas por otros grupos minoritarios ya previamente identificadas en el marco propuesto por Paradies *et al.*, tales como discriminación racial, otros son específicos a la comunidad chuukés, incluida la negación sistemática de cobertura para la atención médica o la creencia cultural de que los problemas de salud son extremadamente privados. Los obstáculos en relación con el cuidado a la salud, ya sean relacionados con el lenguaje, la cultura, el conocimiento o las políticas, han llevado a la fractura de relaciones médico-paciente.

Los participantes describen que los pacientes que no entienden el sistema de salud, los trabajadores la historia y la cultura chuukés, por lo que no se comunican entre sí de manera efectiva. Para muchos, esto ha llevado a la confusión, a la frustración y a la incompreensión. Subrayaron cómo sus pocos conocimientos en tona a la salud, la comunicación ineficaz, las diferencias culturales y la cobertura inequitativa resultan en relaciones dañadas, estereotipos discriminatorios, estándares de cuidado más bajos y, en algunos casos, la negación de servicio.

Este estudio ilustró que la discriminación racial impregna muchos aspectos de la vida de los migrantes chuukeses. La mayoría de los trabajadores de la salud dedujeron una conexión entre la discriminación racial y los resultados de salud negativos, coincidiendo con otros estudios, los participantes de la comunidad dudaron en divulgar sus experiencias de discriminación racial.¹⁸ Además, a menudo era difícil para los participantes atribuir un trato injusto a la raza, un fenómeno etiquetado con ambigüedad de atribución.^{3,18} Los trabajadores del sector salud que habían discutido sobre la discriminación racial con sus pacientes sugirieron entablar estas conversaciones en términos de las experiencias de sus hijos y su comunidad. Algunos líderes enlaces con la comunidad, observaron que una vez finalizada la entrevista formal, la mayoría de los

participantes revelaron experiencias adicionales de discriminación. Esto puede reflejar preceptos culturales o religiosos no confrontativos en relación a no hablar negativamente, evitar la vulnerabilidad y el estigma de la discriminación, no querer llamar la atención sobre la comunidad o

temer repercusiones negativas. Tales hallazgos apuntan a la necesidad de espacios seguros donde los individuos puedan discutir constructivamente la injusticia y una herramienta de medición de la discriminación racial culturalmente sensible para abordarla.²⁸ Tal herramienta podría utilizar términos familiares y enmarcar las preguntas en de manera colectiva más que individual.

Muchas de las sugerencias ofrecidas para superar la discriminación racial y proporcionar una atención de calidad a los pacientes chuukeses están en línea con la hoja de ruta de la Fundación Robert Wood Johnson (RWJF) y las mejores prácticas para reducir las disparidades raciales y étnicas en la atención médica.²⁹ Nuestros participantes abordaron la mayoría de los niveles de intervención sugeridos por RWJF, incluidos pacientes, personal de salud, organización, comunidad y políticas.

La mayoría de las sugerencias de los participantes fueron dirigidas a cambiar la forma en que el personal de salud brinda atención, cómo se estructuran las instalaciones y la perspectiva de la sociedad hacia la atención médica y la discriminación racial. La mayoría de las soluciones se pueden resumir en la generación de confianza al incorporar los recursos colectivos de la comunidad chuukés en la provisión de cuidados, el fortalecimiento de la comunicación a través de intérpretes, educar a los pacientes sobre la navegación del sistema de salud y educar al personal de salud sobre su historia y su cultura. Esto es consistente con los esfuerzos para utilizar formas de navegación micronesios del sistema de salud,³⁰ la orientación de pacientes respecto al sistema de salud y promover la “educación política y la movilización de la comunidad.”^{13,7}

Una solución sistemática fue cambiar la manera de pensar de nuestra sociedad acerca de la discriminación racial en relación a la asistencia sanitaria, en concreto el considerar la atención médica como un derecho humano en lugar de un producto básico y abordar la discriminación racial como un problema estructural.

Limitaciones

La presencia de un entrevistador de otra comunidad étnica hizo que los participantes chuukeses se sintieran incómodos, aunque se tomaron medidas para minimizarlo. Otra limitación fue que la mayoría de los participantes chuukeses fueron mujeres, aunque esto se esperaba debido a la norma cultural de que ellas expresan cuestiones de salud familiar, los hombres pueden tener otro tipo de experiencias de discriminación. Sin embargo, la mayoría de los trabajadores de salud relató historias de discriminación pertinentes a ambos sexos.

Conclusiones

En conjunto, estas historias del personal de los servicios de salud y los miembros de la comunidad representan una imagen no sólo de una comunidad que enfrenta muchas barreras para la atención a su salud, incluida la discriminación racial, sino de una que tiene una visión clara de curación y reconciliación. Para superar estereotipos dañinos, la desinformación, las suposiciones erróneas y la indiferencia muchos están trabajando para construir relaciones más sólidas paciente - personal de salud basadas en la comprensión mutua y el respeto. Este estudio destaca la importancia de abordar la discriminación racial, los prejuicios culturales y los recursos de la comunidad cuando se trabaja en pro de la salud y de la equidad en la atención de la salud. Las lecciones aprendidas pueden ser relevantes para otras comunidades micronesias, isleñas del Pacífico e indígenas.

Referencia

1. Marmot, M. Lograr equidad en salud: de las causas de la raíz a los resultados justos. *La Lanceta*. 2007 370 (9593): 1153 - 63.
2. Weech-Maldonado R, Hall A, Bryant T, et al. La relación entre la discriminación percibida y las experiencias de los pacientes con la asistencia sanitaria. *Atención médica*. 2012 50 (902): S62.
3. Williams DR, Mohammed SA. Discriminación y disparidades raciales en la salud: evidencia e investigación necesaria. *Revista de medicina conductual*. 2009 1 de febrero; 32 (1): 20-47.

4. Paradies Y, Priest N, Ben J. El racismo como determinante de la salud: un protocolo para llevar a cabo una revisión sistemática y un metanálisis. *Revisiones sistemáticas* 2013 2 (85).
5. Gonzales KL, Harding AK, Lambert WE, et al. Experiencias percibidas de discriminación en la atención médica: una barrera para el cribado del cáncer entre las mujeres indias americanas con diabetes tipo 2. *Cuestiones de salud de la mujer*. 2013 23 (1): e61-7.
6. Sorokin DH, Ngo-Metzger Q, De Alba I. Discriminación racial / étnica en la asistencia sanitaria: impacto en la calidad de la atención percibida. *Revista de Medicina Interna General*. 2010 25 (5): 390-6.
7. Paradies, Y. Una revisión sistemática de la investigación empírica sobre el racismo autoinformado y la salud. *Revista Internacional de Epidemiología*. 2006 35 (4): 888-901.
8. Williams DR, Vecinos HW, Jackson JS. Discriminación racial / étnica y salud: hallazgos de estudios comunitarios. *Revista Americana de Salud Pública*. 2003 93 (2): 200-8.
9. Mire MA, Trask-Batti MK, Agres R, et al. Evaluación y prioridades para la salud y el bienestar en nativos hawaianos y otros pueblos del Pacífico. Centro de Investigaciones sobre Disparidades de Salud Nativas y del Pacífico. Honolulu HI: Universidad de Hawaii. 2013.
10. Riklon S, Alik W, Hixon A, y col. El 'impacto compacto; en Hawaii: Focus on Healthcare. *Hawaii Medical Journal*. 2010 7: 7-11.
11. Palafox NA, Riklon S, Esah S, et al. 2012. "Los micronesios". En *Gente y Culturas de Hawaii; la Evolución de la Cultura y la Etnicidad*, editado por McDermott JF, Naupaka N; Honolulu: Universidad de Hawaii Press.
12. Shek D, Yamada S. Atención médica para micronesios y derechos constitucionales. *Diario Médico de Hawaii*. 2011 Nov; 70 (11 Suppl 2): 4.
13. MacNaughton NS, Jones ML. Preocupaciones de salud de los pueblos de Micronesia. *Revista de Enfermería Transcultural*. 2013 1043659613481675.
14. Hagiwara MK, Miyamura J, Yamada S, et al. Younger and Sicker: comparando micronesios con otras etnias en Hawaii. *Revista estadounidense de salud pública*. 2016 feb (0): e1-7
15. Blair C. No aloha para micronesios en Hawaii. *Honolulu Civil Beat*. [Internet] 20 de junio de 2011 [citado 2016 10 de marzo] Disponible de: <http://www.civilbeat.com/articles/2011/06/20/11650-no-aloha-for-micronesians-in-hawaii>
16. Yamada S. Discriminación en Hawaii y la salud de Micronesia y Marshallense. *Hawaii J Public Health*. 2011 3 (1): 55-7.
17. Saunders A, Schiff T, Rieth K, y col. La salud como un derecho humano: ¿Quién es elegible? *Hawaii Med J*. 2010 Jun; 69: 4-6.
18. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, et al. La discriminación racial y la salud: una revisión sistemática de las escalas con un enfoque en sus propiedades psicométricas. *Ciencias sociales y medicina*. 2010 30 de abril; 70 (7): 1091-9.
19. Podsiadlowski A, Fox S. Collectivist Value Orientations entre cuatro grupos étnicos: el colectivismo en el contexto de Nueva Zelanda. *New Zealand Journal of Psychology*. 2011 40 (1): 5-18.
20. Maxwell JA. Diseño de investigación cualitativa: un enfoque interactivo. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. 2013
21. Patton, MQ. Evaluación cualitativa y métodos de investigación (3ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2002
22. Pérez DF, Nie JX, Ardern CI, et al. Impacto de los incentivos de los participantes y el muestreo directo y en bola de nieve sobre la tasa de respuesta de la encuesta en una comunidad étnicamente diversa: resultados de un estudio piloto de la actividad física y el entorno construido. *Revista de Salud de Inmigrantes y Minorías*. 2013 15 (1): 207-14.
23. Choi JY. Buscando atención médica: migrantes marshallenses en Hawaii. *Etnia y salud* 2008 13 (1): 73-92.
24. Pobutsky AM, Krupitsky D, Yamada S. Problemas de salud migratorios de Micronesia en Hawaii: Parte 2: Una evaluación de la salud, el lenguaje y los determinantes sociales clave de la salud. *Revista Californiana de Promoción de la Salud*. 2009 7 (2): 32-55.
25. Mellor D. Respuestas al racismo: una taxonomía de los estilos de afrontamiento utilizados por los aborígenes australianos. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2004 74 (1): 56.
26. Tema de discusión mensual de MicSem .El papel de la mujer en Micronesia: Entonces y ahora # 6 8 de marzo de 1994. <http://www.micsem.org/pubs/conferences/frames/womtradfr.htm>
27. Gale NK, Heath G, Cameron E, et al. Usando el Método de Marco para el Análisis de Datos Cualitativos en Investigación de Salud Multidisciplinaria. *Metodología de investigación médica de BMC*. 2013 13 (1): 117.
28. Gee GC, Ro A, Shariff-Marco S, Chae D. Discriminación racial y salud entre los

estadounidenses de origen asiático: evidencia, evaluación y direcciones para futuras investigaciones. *Revisiones epidemiológicas*. 2009 31 (1): 130-51.

29. Chin MH, Marshall H., Nocon R., y col. Una hoja de ruta y las mejores prácticas para que las organizaciones reduzcan las disparidades raciales y

étnicas en la atención médica. *J Gen Internal Med*. 2010 27 (8): 922-1000. DOI: 10.1007 / s11606-012-2082-9.

30. Aitaoto N, Braun KL, Estrella J, y col. Diseño y resultados de un proyecto de alcance cultural sobre el cáncer por y para las mujeres de Micronesia. *Prev Chronic Dis*. 2012 9: 100262.

Recibido: 15 de diciembre de 2017.

Aceptado: 10 junio de 2018.

Conflicto de intereses: ninguno.

