

## *Conversación con la comunidad* *Sumario Ejecutivo*

En el verano de 2009 Michigan Department of Community Health (MDCH) (el Michigan Departamento de Salud Comunitaria) se presentó conversaciones con la comunidad por todo el estado. La Sección de la Reducción de Disparidades de Salud y Salud de la Minoría del MDCH sirvió de un ejemplo para este esfuerzo. Tuvieron las conversaciones por todo el estado de Michigan para preguntar a los residentes de la comunidad sus ideas sobre los temas relacionados a salud. Pidieron de los residentes responder a varias preguntas como: ¿Cuales son los temas más importantes relacionados a salud en su comunidad? ¿Cuales son las arenas mas positivas y cuales son los mas dañosos a su comunidad? ¿Quienes son los grupos o personas que están trabajando para mejorar su comunidad? ¿Cuales son los fondos o recursos disponibles dentro de su comunidad? ¿Qué cambios de política se necesitan para mejorar la salud de su comunidad?

Los sumarios de lo que oímos están representado abajo. Se reflejan las preocupaciones expresadas por los miembros de las poblaciones minoridades raciales y étnicas en Michigan quienes participaron en estas conversaciones. La información fue útil para desarrollar el Mapa de Caminos a Equidad en Salud. ([www.michigan.gov/minorityhealth](http://www.michigan.gov/minorityhealth)).

**AFRO-AMERICANO** – La comunidad afro-americana fue el grupo más grande representado durante las conversaciones con la comunidad. Los participantes expresaron una lista de preocupaciones relacionada a su población. Ellos incluyeron violencia, comida fresca y sana disponible, el costo de cuidados de salud, racismo/discriminación, decaído vecendario, salud del medio ambiente, comportamiento personal, la incapacidad de negociar servicios de salud o abogar por cuidado de salud personal y resistencia de la comunidad a cambio. La mayor preocupación subrayada por la comunidad afro-americana era la falta de confianza hacia los profesionales entre los proveedores de cuidado de salud. Los participantes explicaron que la desconfianza que tienen para los proveedores médicos es una razón para las altas tasas de enfermedad como las enfermedades cardiovascular y diabetes. Los participantes afro-americanos frecuentemente dijeron que sintieron que les importan más a los doctores ganar dinero que tratar bien los pacientes. Los participantes también explicaron que este es el razón por la falta de cuidado de salud principal y el uso máximo de las salas de emergencia como la fuente de cuidado de salud. A pesar de esta desconfianza se parecía tener apoyo entre los participantes afro-americanos en cuidado de salud universal.

**ASIÁTICO- AMERICANO/De LAS ISLAS DEL PACÍFICO** – La comunidad de participantes Asiático Americano se clasifican si mismo como una población vulnerable por razón de barreras de lengua y cultura. Las personas representadas en las conversaciones fueron de la comunidad con linaje de china, de la gente hmong, de korea y de la vietnam. La comunidad más representada eran de la comunidad de china. Una de las situaciones discutida fue que los asiáticos-americanos están documentados como gente blanca y no hay mucha o muy poca data sobre información específica de salud de grupos de la población asiática. Se ha encontrado que la forma de realizar una relación con la comunidad asiática es de crear una relación personal y de confianza. Se ha notado que lo que la población asiática espera es distinta por razón cultural. Los participantes sugieron que pidiendo ayuda es tabú y vergonzoso. Los participantes dijeron que muchos asiáticos-americanos no participan en el sistema de cuidado de salud porque no lo ven necesariamente relacionado al cuidado de salud. Algunos tienen poca creencia en la capacidad de cambiar sus condiciones sociales.

**HISPANO/LATINO** - La segunda población mas grande que fue representada durante las conversaciones con la comunidad era la comunidad hispana/latina. Los participantes hispanos/latinos hicieron énfasis que fueron un grupo diverso incluso en Michigan ante todo mexicanos, puertorriqueños, y salvadoreños, etc. Vieron cada grupo así distinto pero todavía incluso en la población hispana. Había una preocupación muy extrema a propósito a las barreras de cultura y lengua entre la población hispana/latina. La falta de culturalmente sensibles centros de cuidado de salud y los proveedores, falta de servicios de traducción, falta de conocimiento y tener miedo de pedir clarificaciones de la información dada fueron unas de las muchas razones explicadas a propósito las barreras de lengua y cultura.

Los participantes hispanos/latinos también explicaron su preocupación sobre el estado legal documentado y las dificultades que se presentan al acceso al cuidado de salud. Los participantes también hablaron de la jerarquía de necesidad como se relaciona a la población hispana, el cuidado de salud siempre cayó al último en esta lista. Otras preocupaciones citadas por la población hispana/latina incluyeron: comunidades segregadas, calidad de alojamiento, salud mental, nutrición y obesidad, ansiedad a causa de deportación y pobreza generacional.

**PERSONA INDIGENA DE LOS EEUU/ AMERINDIO** – Las preocupaciones expresadas por la gente indígena/amerindia enfocaron en la falta de reconocimiento de sus creencias espirituales, practicas y cultura por otros grupos. Los participantes en la conversación de la comunidad de la gente indígena/amerindia expresaron sus asuntos con respecto a economía, educación, y racismo, usando documentos relacionados a su población fue afectado por racismo. La desconfianza fue realizada dentro de la población indígena/amerindia, asuntos como tratados y acuerdos rotos, falta de confianza de inmunizaciones, la falta de calidad del alojamiento fueron factores que contribuyeron a la falta de confianza que tenga la comunidad de gente indígena/amerindia.

Hay otro factor que está relacionado al colectivo de data. Como los documentos de las otras poblaciones étnicas en Michigan (los arabe, asiáticos, y los hispano-americanos) el colectivo de datos relacionados a las poblaciones de gente indígena/amerindia es escaso debido en parte al meter y no distinguir este grupo colectivo de esta diversa población étnica.

**ARABE-AMERICANO/ CALDEA** – Tomando en cuenta los factores de cultura, stigma, fumar y las barreras de lengua, uno de las preocupaciones más mencionado durante las conversaciones con la comunidad arabe-americano/caldea es el mal tratamiento de los inmigrantes sin papeles y sus dependientes. La población arabe tiene preocupaciones profundas de ser “una población sin clasificación alguna”. Otros asuntos discutidos incluyeron falta de salud mental relacionado a la cultura (arabe o Musulmán), tratamiento por abuso de drogas, y los servicios en casa de reposo. También mencionaron que en los años recientes había un aumento obvio en los problemas con el abuso de drogas con los jovenes. Los participantes sintieron que hay una necesidad para una gran reforma hacia los asuntos relacionados a la población Arabe-americano/Caldea y sintieron que la conversación con la comunidad sirvió como un foro tener sus asuntos comunitario al “Estado de Michigan.”

Las tendencias colectivas por las cinco poblaciones étnicas designadas eran las siguientes:

- *Acceso, Calidad y Costo de Cuidado de Salud*
- *La necesidad para defensores para la salud de la comunidad*
- *Practicas mejoradas para coleccionar el data.*
- *Recursos disponibles*
- *Necesidad para los servicios que provean educación cultural y linguistica*

**RESULTADO INESPERADO** – Hubo un alto nivel de interés, cita y compromiso de personas quienes participaron en las conversaciones con la comunidad. A pesar de haber algo confuso alrededor del propósito de las conversaciones con la comunidad por la atención nacional y/o el foco al sistema de reforma de salud, los participantes estaban muy listos para organizar y tomar acción. Esto fue un resultado inesperado que se presentó por medio de las conversaciones. Cada conversación reconoció un “Mandato a Acción”. Hablaron de los asuntos que hicieron con votación constante de las comunidades con falta de seguimiento, poco o nada de respuesta, y la ausencia de un plan de acción reconocido para identificar resultados medidos. El mandato a accion se presentó varias preguntas tal como: ¿Cuales son los próximos pasos? ¿Qué papel tiene el Estado de Michigan hacia las recomendaciones dadas? Los participantes les gustaría ver sus recomendaciones incorporadas al desarrollo de las polizas futuras que afectan sus comunidades especificas de los niveles locales, estatales y federales.

**LOS RESULTADOS** – La Sección de la Reducción de Disparidades de Salud y Salud de la Minoridad del MDCH publicaron el Mapa de Caminos a Equidad de Salud en Michigan en junio 2010. El Mapa incluye información recibida de las conversaciones con la comunidad para proponer las cinco recomendaciones con prioridad para obtener equidad de salud para las poblaciones étnicas y raciales servidas por esta sección. El HDRMHS está involucrado en muchos programas y asociados dirigidos a obtener esas recomendaciones. Favor de visitar nuestra página en el internet a: [www.michigan.gov/minorityhealth](http://www.michigan.gov/minorityhealth)