

# **ESCUCHANDO LAS VOCES DE LOS LATINOS DEL SUR DE OMAHA:**

**Sus Experiencias y Sugerencias para Mejorar el  
Acceso al Cuidado de Salud**

**FEBRERO 2017**





# **ESCUCHANDO LAS VOCES DE LOS LATINOS DEL SUR DE OMAHA:**

## **Sus Experiencias y Sugerencias para Mejorar el Acceso al Cuidado de Salud**

**Christine Reed, Ph. D.**

School of Public Administration  
College of Public Affairs and Community Service

**Mariela Bahena**

Office of Latino/Latin American Studies

**Alberto Cervantes**

Consultant and Facilitator  
Anthony Starke, Project Coordinator

**Febrero 2017**

El financiamiento para esta investigación fue proporcionado por una Asignación de Investigación Urbana en el año 2014 otorgado de la Oficina del Decano de la facultad de Asuntos Públicos y por Servicio Comunitario.

UNIVERSITY OF  
**Nebraska**  
Omaha



## **Sobre la Facultad de Asuntos Públicos y Servicio Comunitario**

La Facultad de Asuntos Públicos y Servicio Comunitario fue fundado en 1973 a modo de asegurar que la Universidad respondiera a las críticas necesidades sociales de nuestra comunidad y estado. La facultad fue dada la misión de no solamente proveer programas educativos con el más alto calibre para preparar estudiantes como líderes en el servicio público, pero también acercarse a la comunidad a modo de solucionar problemas públicos.

La facultad se ha vuelto en líder nacional entre facultades similares, con nueve programas clasificados entre los veinte cinco mejores de la nación. Nuestra facultad esta clasificada entre la mejor en sus disciplinas. La facultad, personal, y estudiantes son esencial para la comunidad y el estado para nuestras investigaciones aplicadas, aprendizaje servicio, y colaboración comunitaria. Tomamos seriamente nuestra obligación de ayudar a abordar las necesidades sociales y crear soluciones a problemas locales, estatales, y nacionales. Para más información, por favor visite nuestro sitio web: <http://www.unomaha.edu/college-of-public-affairs-and-community-service>.

## **CPACS Asignaciones de Investigaciones Urbanas**

Parte de la misión de la Facultad de Asuntos Públicos y Servicio Comunitario (CPACS por sus siglas en inglés) es llevar a cabo investigaciones, especialmente en cuanto se relaciona en asuntos de nuestra constitucion local y estatal. CPACS siempre ha tenido una misión urbana, y una de las maneras que esa misión se cumple es de llevar a cabo investigaciones aplicadas relevante a la sociedad urbana en general, y en el área metropolitana de Omaha y otras comunidades urbanas en particular. Comenzando en el 2014, el Decano de CPACS otorgo fondos para proyectos con alta relevancia a temas urbanos de actualidad, con el potencial de aplicar los resultados en practica en Nebraska, Iowa, y más allá.

## **Sobre OLLAS**

La Oficina de Estudios Latinos/Latinoamericanos (OLLAS por sus siglas en inglés) en la Universidad Estatal de Nebraska Omaha (UNO por sus siglas en inglés) es un centro destacado en la región enfocándose en investigaciones, enseñanza, y compromiso con la población latina de los Estados Unidos de América y todas las Américas. Doña Mariela Bahena fue la coautora, y doña Yuriko Doku y doña Stephanie Parada asistieron con la traducción y revisión del reporte. Este reporte esta diseñado a generar debates políticos y medidas que avancen la incorporación de latinos en Nebraska y toda la nación. Para más información, por favor visite nuestro sitio web: [www.unomaha.edu/ollas](http://www.unomaha.edu/ollas).

## INTRODUCCIÓN

Los latinos enfrentan una serie de retos para obtener acceso a un cuidado médico de calidad. Entre esos retos están el estatus migratorio de adultos y niños, el costo del cuidado médico, aunque tengan seguro, la falta de seguro médico, el número limitado de proveedores que sean bilingües y biculturales, y las dificultades adaptándose al sistema de salud.

Estos desafíos se acumulan y se entremezclan unos con otros. Los inmigrantes latinos a menudo necesitan intérpretes en español para explicar sus síntomas y entender el diagnóstico. Puede ser muy difícil encontrar un médico u otro proveedor de salud que sea no sólo bilingüe, sino que comprenda además las diversas culturas latinas. El estatus migratorio determina dónde las personas pueden ir a recibir cuidado médico y si van a tener que cubrir el costo ellos mismos. El seguro médico es costoso, incluyendo la prima, el deducible, y el co-pago, aún con el seguro de la Ley de Protección al Paciente y Ley de Salud Accesible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA por sus siglas en inglés, el llamado “Obamacare”). Los centros comunitarios de salud son frecuentemente los únicos lugares que atienden las necesidades de cuidado médico de la mayoría de latinos, especialmente los que no tienen seguro médico.

Otros retos pueden surgir cuando en una familia los padres e hijos tienen estatus migratorio distintos: los hijos nacidos en los EE.UU. califican para Medicaid, y esos niños pueden recibir tratamiento en centros médicos universitarios y en hospitales de niños. Los hermanos que no son ciudadanos estadounidenses se ven excluidos del Medicaid y de la protección bajo el ACA. Si los padres son indocumentados, entonces la única opción es pagar en efectivo por su propio cuidado y el de sus hijos quienes nacieron en el extranjero, y recurrir al centro comunitario de salud para sus necesidades de cuidado médico.

## SOBRE EL ESTUDIO

El propósito de esta investigación fue la de escuchar las voces de la comunidad latina que vive en

Omaha que ofrecieron a compartir con nosotros sus experiencias en obtener acceso a y recibir cuidado médico. Una asignación de la Universidad Estatal de Nebraska Omaha (UNO por sus siglas en inglés) Oficina del Decano de la Facultad de Asuntos Públicos hizo este posible este estudio. El Dr. Carl Ameringer y Dra. Christine Reed, miembros de la facultad de la Escuela de Administración Pública (SPA por sus siglas en inglés), así como miembros de personal del proyecto, organizaron cuatro grupos focales en el sur de Omaha durante el mes de mayo del 2015\*. La Dra. Christine Reed, de la EPA, trabajó en colaboración con OLLAS de la UNO durante el verano del 2016 para elaborar este reporte.

La solidez de los grupos focales, comparado con encuestas o entrevistas, se basa en que los participantes se involucran en discusiones abiertas, respondiendo preguntas amplias del facilitador e interactuando unos con otros en compartir experiencias y generar nuevas ideas. Los voluntarios se enteraron de este estudio por programas radiales y por folletos bilingües distribuidos en varios lugares. Ellos debían ser mayores de 18 años, vivir en el Sur de Omaha y áreas vecinas, y haber tenido experiencias con el sistema de cuidado médico las cuales estaban dispuestos a compartir con nosotros. Nosotros optamos por depender de ellos para identificar importantes áreas de preocupación, así como ideas para mejorar el sistema de salud, en vez de emplear un panel de profesionales para identificar los asuntos de importancia.

Este reporte resume los resultados de esos grupos focales. Los participantes ofrecieron información de gran importancia y de primera mano sobre asuntos que pudieran no haber sido reconocidos por los proveedores de salud y de colaboradores comunitarios. Aunque no decimos que representan a toda la comunidad del Sur de Omaha y áreas vecinas, sus experiencias ofrecen una ventana especial para vislumbrar las fortalezas y debilidades del cuidado médico tal y cómo lo reciben los latinos en la ciudad.

\* El Dr. Carl Ameringer sirvió como el Investigador Principal durante el estudio y la Dra. Christine Reed fue la Co-Investigadora.

El facilitador de las sesiones de grupos, el Sr. Alberto Cervantes, dirigió todas las conversaciones en español y pidió permiso al comienzo de cada sesión para grabar las conversaciones del grupo.

Todas las sesiones fueron conducidas con confidencialidad. Los participantes no usaron sus nombres y, además, cada persona podía escoger cuáles preguntas deseaba contestar.

El número de participantes y el lugar de los cuatro grupos focales se resumen en la Tabla 1.

**Tabla 1: Lugar y participantes**

| Grupo        | Lugar                               | Participantes |
|--------------|-------------------------------------|---------------|
| 1            | Biblioteca Pública del Sur de Omaha | 16            |
| 2            | Centro "Stephen"                    | 7             |
| 3            | Biblioteca Pública del Sur de Omaha | 12            |
| 4            | Biblioteca Pública del Sur de Omaha | 1             |
| <b>Total</b> |                                     | <b>36</b>     |

El rango de edades de los participantes se reporta en la Tabla 2.

**Tabla 2: Edad reportada por los participantes**

| Edad         | Frecuencia | Porcentaje  |
|--------------|------------|-------------|
| 18-29        | 5          | 11.1%       |
| 30-39        | 7          | 19.4%       |
| 40-49        | 11         | 36.1%       |
| 50-59        | 6          | 16.7%       |
| Mayor de 60  | 5          | 13.9%       |
| No responde  | 2          | 2.8%        |
| <b>Total</b> | <b>36</b>  | <b>100%</b> |

Al comienzo de cada sesión, el facilitador les preguntó el país de origen de los participantes (Ver Tabla 3). La mayoría eran inmigrantes mexicanos (86.1%) mientras que el resto eran inmigrantes cubanos o nacidos en los Estados Unidos.

**Tabla 3: País de origen reportado por participantes**

| País de origen | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------|------------|-------------|
| México         | 31         | 86.1%       |
| EE.UU.         | 1          | 2.8%        |
| Cuba           | 4          | 11.1%       |
| No responde    | -          | -           |
| <b>Total</b>   | <b>36</b>  | <b>100%</b> |

Menos de la mitad de los participantes reportaron que tenían seguro médico, ya fueran planes privados o públicos (Medicaid o Medicare), como se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 4: Cobertura de seguros reportado por participantes**

| Seguro       | Frecuencia | Porcentaje  |
|--------------|------------|-------------|
| Sí           | 16         | 44.4%       |
| No           | 5          | 13.9%       |
| No responde  | 15         | 41.7%       |
| <b>Total</b> | <b>36</b>  | <b>100%</b> |

Un poco más de la mitad de los participantes dijeron que iban al centro comunitario de salud "OneWorld" para el cuidado básico de salud de los adultos (ver Tabla 5). Tal como sugerimos en la introducción, cuando los niños son nacidos en los EE.UU. son elegibles para Medicaid. Los participantes nos dijeron que a los hijos que son elegibles para Medicaid los llevan al Centro Médico de la Universidad de Nebraska (UNMC por sus siglas en inglés), a Boystown o al hospital de niños (Children's Hospital); mientras que a los niños indocumentados los llevan al lugar donde ellos van para el cuidado de adultos, tal como OneWorld.

**Tabla 5: Lugares de atención primaria en salud de adultos reportado por los participantes**

| Atención primaria en salud de adultos | Frecuencia | Porcentaje  |
|---------------------------------------|------------|-------------|
| Centro Comunitario OneWorld           | 20         | 55.5%       |
| Clínica Alegent Creighton             | 3          | 8.3%        |
| UNMC                                  | 1          | 2.8%        |
| South Omaha Medical Associates (SOMA) | 1          | 2.8%        |
| Sala de urgencias                     | 1          | 2.8%        |
| Remedios caseros                      | 1          | 2.8%        |
| No especifica                         | 6          | 16.7%       |
| No responde                           | 3          | 8.3%        |
| <b>Total</b>                          | <b>36</b>  | <b>100%</b> |

## Los Asuntos Primordiales Presentados por los Participantes

Es importante enfatizar tres puntos. Primero, cada grupo focal no necesariamente presentó los mismos asuntos. Segundo, otros asuntos adicionales pudieran haber surgido de otros grupos focales adicionales. Tercero, identificamos seis asuntos distintos, pero tendían a entrelazarse, pues se interrelacionaban entre sí. Cada una de las próximas secciones comienza con una visión general del asunto, seguido por un resumen de las discusiones pertinentes.

## Cuidado Preventivo de Salud

El término “cuidado preventivo” incluye una gama de servicios médicos, desde las vacunas de niños y chequeos anuales hasta el tratamiento de enfermedades crónicas, tal como la diabetes y la

presión alta. El énfasis del cuidado preventivo en los EE.UU. ha venido creciendo; sin embargo, aún es una tendencia muy baja. Además, existen diferencias en el enfoque hacia el cuidado médico, sea preventivo o de otro tipo, entre los países de América Latina, creando diferencias culturales, y diferencias en cómo las personas de diversos países deciden cuándo el cuidado médico es necesario. Estas diferencias culturales afectan cómo los latinos en los EE.UU. deciden cuándo deben buscar cuidado médico. Muchos participantes dijeron que ellos esperan hasta sufrir algún síntoma antes de ver al médico; pero sus razones también incluyen barreras del propio sistema de cuidado médico en los EE.UU. en sí, como el costo, la falta de seguro médico y el miedo causado por las barreras del idioma, por los formularios excesivos que tienen que llenar al pedir ayuda financiera y por el estatus migratorio.

Acceder al cuidado médico preventivo depende en parte de tener a un médico regular, definido por el facilitador de grupo como “una persona a quien uno va a ver para ciertas condiciones de salud o va a ver sencillamente para un examen físico completo”. En un grupo focal, la mitad de los participantes reportaron que tenían un médico regular. En los cuatro grupos, los que tenían médico regular lo visitaban para condiciones crónicas de salud, tal como colesterol alto, asma, dolores crónicos, diabetes y depresión, al igual que el chequeo rutinario. Algunos escogieron a su médico regular por razones no-médicas, sobre todo por la cercanía a su casa o porque el doctor era bilingüe en inglés-español.

Los que tenían médico regular iban a OneWorld, UNMC o Creighton. Los que no tenían médico regular escogían OneWorld, UNMC o la sala de urgencias de un hospital, y sus razones incluían tanto emergencias como chequeos rutinarios, la salud de la mujer y pruebas de evaluación para el cáncer. La mayoría de los que no tenían médico regular dijeron que no tenían seguro médico y que el costo de una visita a la oficina del doctor era por lo tanto demasiado alto. Hasta los que eran elegibles para el seguro dijeron que la parte del costo que paga el paciente (co-pago) para la visita de oficina era

también demasiado costoso. Un participante así lo explicó: “Ellos no van, porque si no tienen seguro entonces piensan que esto significa otra cuenta que tienen que pagar -- no van a poder pagarla. Y si no es una necesidad, una emergencia, entonces es mejor no ir”.

Aunque algunos se demoran en buscar cuidado médico, se encuentran que una vez que llegan a la sala de urgencias, puede que no los atiendan a menos que su condición sea considerada una emergencia por un médico. Un participante describe su experiencia: “Fui a la sala de urgencias hace dos meses y no quisieron hacer nada. Yo tenía un dolor. Tengo un problema en mi vértebra. Nada. Me dijeron: ‘Sólo si usted llega y no puede caminar en absoluto, entonces la vamos a examinar.’ Eso es lo único que me dijeron: ‘No podemos’”.

Otro participante, al explicar por qué algunos latinos se demoran en buscar cuidado, lo describe de esta manera: “Sólo van cuando es necesario, no para cosas rutinarias como cuando tienen tos, entonces es mejor comprar medicina. Es mejor que ir al médico para cosas como esa”. Como se explicó anteriormente, las razones por las cuales los latinos tienen dificultad en ir a un médico regular “se amontonan” una encima de la otra. Los participantes reportaron que los latinos no van porque las oficinas pueden no tener intérpretes en español, o hay un número limitado de proveedores que están cerca de donde viven. También comentaron lo importante que es sentirse bienvenido, comprendido, respetado por los proveedores y el personal.

Las barreras que dificultan el acceso al cuidado preventivo son complejas. Las próximas secciones examinan los asuntos interrelacionados de estatus migratorio, cobertura del seguro, intérpretes de lenguaje y cultura con el acceso a la salud de niños, la salud dental y ocupacional. Al responder a las preguntas del facilitador, los participantes muchas veces relataban sus experiencias refiriéndose a varios de los asuntos a la misma vez. Así y todo, nos ayuda mucho el separar los temas discutidos y concentrarnos en un solo asunto importante a la vez. Una de las mayores barreras en acceder al cuidado

de salud a un precio módico es el estatus migratorio, porque determina quién es elegible para Medicaid o Medicare, tanto como quién puede comprar las pólizas privadas en el mercado de seguros del ACA.

## Estatus migratorio

El estatus migratorio constituye una de las barreras más significativas para acceder al cuidado de salud. De acuerdo a la presentación “El cruce de la Ley de Inmigración de EE.UU. con el cuidado médico: Un caso a favor de la creación de asociaciones médicas/legales enfocadas en los inmigrantes”, de Charles Shane Ellison, Director Legislativo y Subdirector Ejecutivo de Justicia para Nuestros Vecinos de Nebraska (2016), nos dice que de todos los inmigrantes que viven en los EE.UU. por menos de cinco años, la tasa de éstos sin seguro médico es de un 73.2% mientras que un 71% de adultos indocumentados no tienen ningún seguro médico. Hay un período de espera de cinco años antes de que los inmigrantes puedan calificar para beneficios federales tal como Medicaid y los que son indocumentados están completamente excluidos de esos beneficios. También el ACA excluye a los inmigrantes indocumentados del mercado de seguros médicos. Finalmente, los que están bajo la ley de inmigración, Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA por sus siglas en inglés) están excluidos del Programa de Seguro Médico para Niños de Medicaid (CHIP por sus siglas en inglés) tanto como de los intercambios de ACA y de cualquier subsidio que pudiera reducir el costo de la prima de seguros.

En Nebraska, de acuerdo a Ellison, en el año 2013 había 123,000 inmigrantes. Un 45% de ellos eran indocumentados, y alrededor de un 71% no tenían seguro. La situación es un poco mejor para los niños nacidos en los EE.UU., puesto que son ciudadanos. El 85% de estos niños en Nebraska y con padres inmigrantes son elegibles para Medicaid. Además, de acuerdo al Centro Nacional de la Ley de Inmigración (National Immigration Law Center por sus siglas en inglés) (2016), el estado de Nebraska ha incluido una opción ahora disponible mediante el programa



federal de Medicaid. Esta opción cancela el periodo de espera de cinco años para niños que son residentes y mujeres embarazadas, dando acceso al cuidado prenatal para mujeres indocumentadas. Los centros comunitarios de salud, tal como OneWorld, son a menudo los únicos recursos de cuidado de salud para inmigrantes indocumentados, ya que estos centros aceptan a pacientes sin seguro, usando una escala móvil de pagos en efectivo, pero individuos y familias tienen que contribuir algo al costo de su cuidado médico.

Uno de los participantes comentó irónicamente que el único derecho que él (y otros indocumentados) tenía era el no estar obligado a comprar un seguro. De lo contrario tendrían que pagar una multa de impuestos. Siguió con la explicación: “Para nosotros, los que no tenemos documentos, es un poco más difícil. No nos dejan otras opciones”. Otro participante compartió la frustración que sentía con las compañías de seguro que excluían a ciertos miembros de la familia de la cobertura, aun cuando la cabeza de hogar era un inmigrante documentado y asegurado, solo porque los otros miembros eran indocumentados.

Finalmente, una participante compartió su experiencia cuando ella fue a aplicar para asistencia financiera. “Pero para una persona hispana como yo, para aplicar para asistencia financiera, como no tengo seguro, tengo que llenar un montón de papeles, papeles que quizás no entiendo mucho cómo llenarlos, con tantos requisitos, ¿me comprende? Necesito pedir ayuda para completar todo ese papeleo y nosotros, francamente, los hispanos preferimos evitar todo esto. A veces no nos queda otro remedio que hacerlo”. Su experiencia compartida hizo eco con lo que otros participantes habían comentado del por qué muchas veces deciden esperar hasta que están muy enfermos antes de buscar el cuidado médico: los que no tienen seguro, sean o no indocumentados, tienen pocas opciones para escoger médicos regulares.

## Cuidado de Salud de Niños

De acuerdo a Athena Ramos (2013) y otros autores de su reporte “Perfil de Salud de la Población Latina de Nebraska”, el 13.6% de la población latina en Nebraska son menores de cinco años, y un 27.8% tienen entre 5 y 17 años. Un poco más del 40% de todos los latinos en Nebraska son niños y jóvenes. Tal como se mencionó anteriormente, un 85% de los niños nacidos de padres inmigrantes son ciudadanos estadounidenses y esos niños califican para Medicaid, siguen sin tener seguro médico, de acuerdo a la presentación de Ellison. La razón principal es que “aunque los niños que son ciudadanos estadounidenses de padres indocumentados califican para beneficios, ellos enfrentan barreras para el cuidado médico por el miedo a que la familia inmigrante sea reportada a las autoridades migratorias a causa de la participación del niño” (Ellison 2016, p.16).

Algunas familias tienen niños con una mezcla de estatus migratorio. Algunos son elegibles al Medicaid y otros son indocumentados y por lo tanto no elegibles. Aquellos que están protegidos legalmente por la Orden Ejecutiva del Presidente Obama que creó DACA, están excluidos tanto de Medicaid como de acceso a seguro médico mediante el mercado de seguros ACA. Aunque estos representan un porcentaje relativamente pequeño de la población total de niños y jóvenes en los EE.UU., ellos tienen que contar con los centros comunitarios de salud para su cuidado médico, al igual que sus padres indocumentados y sin seguro médico. Familias que tienen niños con estatus migratorio distintos tienen la opción de escoger un centro médico universitario o un hospital de niños cuando el Medicaid les va a reembolsar costos, y a la misma vez buscar un proveedor de un centro comunitario de salud para sí mismos y sus otros hijos sin seguro.

Los participantes de los grupos focales que tenían niños con mezcla de estatus migratorio hablaron con claridad de que llevaban a sus hijos a UNMC o a un hospital de niños si Medicaid les cubría los gastos médicos. Ellos buscaban lo mejor para sus hijos, aunque esto significara viajar distancias más largas

o lidiar con intérpretes de inglés/español. El nivel de comodidad en OneWorld era menos importante para ellos que conseguir el mejor cuidado médico para sus hijos. Un participante tenía cinco hijos, tres de los cuales estaban bajo protección de DACA. Para esos tres hijos no tenía ninguna opción en conseguir un proveedor y tenía que pagar en efectivo para cualquier servicio médico. Por lo tanto, escogió el proveedor menos costoso. Los otros dos hijos tenían Medicaid bajo contrato con United Healthcare. Estos dos niños por lo tanto tenían más opciones para escoger un proveedor y tenían asistencia financiera mediante el programa de Medicaid.

Otra participante compartió su experiencia de tener niños con estatus migratorio distinto. “Por ejemplo, mi hijo, el más pequeño, lo llevé a la sala de urgencias en febrero. Medicaid me envió la cuenta de lo que pagó y fue \$1,700 por cuatro horas en la sala de urgencias. ¿Se puede usted imaginar con sólo mi esposo trabajando, si tengo que pagar una cuenta así por mis hijas mayores por una emergencia? No lo tengo. Tendría que aplicar a un costo reducido o pagar a plazos, ¿no?” En su caso, Medicaid cubrió la visita de su hijo a la sala de urgencias, pero si hubiera sido una de sus hijas sin Medicaid, ella hubiera tenido que aplicar para ayuda financiera. Estas historias de los participantes demuestran lo importante que es para los padres latinos encontrar el mejor cuidado médico para sus hijos, a pesar de un sistema complejo de seguro médico público y privado con diversos requisitos de elegibilidad.

Muchos participantes compartieron que ellos aplazaban sus propias visitas médicas si las consideraban innecesarias o demasiado costosas. Sin embargo, era muy importante encontrar el modo de tener acceso a y de pagar por un médico y visitas a hospitales si se trataba de la salud de sus hijos. Sus experiencias nos ayudan a iluminar el asunto de “hogar médico para niños”, tal como está definido por la Agencia de Salud Maternal e Infantil (Maternal and Child Health Bureau) de los EE.UU. Los puntos son: 1) Tener un médico personal, 2) tener un lugar habitual para recibir cuidado médico en situaciones de salud y de enfermedad, 3) recibir cuidado médico

centrado en la familia, 4) conseguir las referencias necesarias sin problema alguno, y 5) recibir una orientación de cuidado médico efectivo cuando sea necesario. Los niños hispanos tienen menos posibilidad de tener un “hogar médico” que los niños blancos no-hispanos: 37.2% versus 65.7%. Niños con seguros privados también tienen más posibilidad que niños con seguro público o sin seguro: 64% versus 43.9% y 27.8% respectivamente (Programa de Seguro Médico para Niños de Medicaid).

En el futuro, los centros comunitarios de salud, tal como OneWorld, van a poder basarse sobre las reformas de ACA, para así llegar a ser un modelo de hogar médico para niños latinos que van a ese centro para cuidado médico. El programa de Medicaid tiende a enfocar sus esfuerzos en crear hogares médicos para niños con necesidades médicas especiales, pero como las estadísticas sugieren, todavía es necesario encaminar esos esfuerzos para incluir cuidado integral de niños. Dado que niños y jóvenes latinos ahora constituyen alrededor de un 40% de la población latina de Nebraska, y que una proporción significativa, aunque pequeña de ellos están excluidos de la cobertura de seguros públicos y privados, este asunto merece aún más investigación y acción.

## **Proveedores e Intérpretes Bilingües y Biculturales**

Una temática muy repetida a lo largo de los cuatro grupos focales fue la experiencia de tener acceso y recibir cuidado médico de proveedores que fueran bilingües y biculturales. Estos participantes consideraban que era esencial el recibir cuidado de médicos y personal que podían entenderlos y podían comunicarse sin importar las barreras de cultura e idioma. De acuerdo a la OLLAS (2015), “Latinos a través de la ciudad: Un retrato de las diferencias socio-demográficas en Omaha, Nebraska”, la población latina es una comunidad muy diversa.

Viven en todas partes de la ciudad, sin embargo, el 56% de la población latina vive en el Sur de Omaha (códigos postales de Sur Este). Casi la mitad de

los que son mayores de 5 años y viven en el Sur de Omaha reportan que hablan el inglés “no muy bien” o “para nada”, comparado con un 37% en toda la ciudad.

Casi todos los participantes manifestaron alguna falta de familiaridad con el idioma inglés, especialmente al hablarlo, y enfatizaron que el encontrar proveedores de cuidado médico que fueran bilingües y biculturales era un factor decisivo al buscar centros de cuidado médico como OneWorld. De hecho, si el proveedor es bilingüe, eso tiene su propio desafío: a menos que el español sea el idioma nativo del proveedor, surgen barreras significativas en comunicar síntomas y entender el diagnóstico y tratamiento. Es esencial crear comprensión y confianza. Casi todas las experiencias con intérpretes español/inglés fueron negativas, porque o los intérpretes tenían dificultad en traducir los términos médicos, o los pacientes tenían miedo de que los intérpretes no parecían comunicar lo que el paciente realmente estaba tratando de decir.

Una participante presentó su razón por ir a OneWorld: era más accesible para ella. Se sentía cómoda yendo allí porque todo el mundo hablaba español. Tenía la opción de obtener cuidado en otros lugares, pero escogió OneWorld porque no tenía que pedir un intérprete. “Mis hijos, los mayores, siempre me están diciendo ‘Oye Mamá, ¿por qué es que vas a...OneWorld? ¿Por qué no buscas un hospital y vas al hospital para encontrar un especialista que necesitas? ¿Para esto? ¿Por qué es que siempre vas allí?’ Pero la razón que voy allí, que no voy a un hospital, es por el idioma. Como dijo el señor, es más conveniente aquí, más cómodo porque aquí te dan todo en español. En un hospital, tenemos que traer un intérprete o tenemos que encontrar un intérprete”. Muchos hospitales y clínicas ofrecen servicio de intérprete cuando se lo piden. Aparte de ofrecer intérpretes a los pacientes, esta experiencia nos indica que puede que exista la necesidad de educar a los pacientes sobre los servicios que están disponibles para ellos.

Muchos participantes opinaron que la comunidad latina de Omaha necesita más centros bilingües de

cuidado médico. Un participante así lo expresó: “Sí, yo también opino lo mismo. Creo que hacen falta más lugares, y sobre todo, ya que la comunidad latina está creciendo, puede ser que lugares bilingües sea lo mejor para ellos. Porque me parece que a veces la gente tiene miedo; yo mismo pasé por eso, y bueno, es que tienes miedo de ir y que no te comprendan. También he tenido que ir y hay demasiados pacientes esperando también (en OneWorld). Tienes que estar cuatro, cinco, siete horas en la clínica. Así que todo eso es verdad, quisiera que hubiera más lugares”. Este participante hizo notar que ya que OneWorld es uno de los pocos lugares bilingües que ellos pueden ir para recibir cuidado, esto implica largas horas de espera para sus pacientes.

Algunos participantes también encontraron que era difícil comunicar sus síntomas, aunque estuvieran familiarizados con el idioma inglés. Un participante mencionó que para ella hablar en un contexto médico era muy diferente que en un contexto escolar. “Lo que quiero decir es que cuando tratamos de hablar, de comunicarnos en la escuela, es mucho más difícil con un médico, porque ahora son problemas internos. He tenido problemas en comunicarme así también”.

Otros participantes compartieron su frustración con los servicios de intérpretes de poca calidad. “Y por lo tanto no sabes si están transmitiendo [tu mensaje] con exactitud, el sentido del dolor que estás sufriendo. Cómo decirle al médico, no sabes”. Muchos opinaron que los intérpretes hacían una pésima labor en decirle al doctor exactamente lo que ellos estaban expresando en ese momento. Un participante dijo: “Existen los servicios de interpretación, pero no hay ningún interprete que tiene la valentía de decirle al médico lo que tú estás diciendo, y me gustaría que cambiaran eso”. Así también lo expresó un participante: “Por eso es que quieren que otra persona vaya con ellos, para que les ayude a entender al intérprete”.

Los participantes aclararon que, aunque hay lugares aparte de OneWorld donde ofrecen servicio a pacientes de habla hispana, OneWorld tiene una serie de departamentos distintos en un solo edificio, tal como chequeo y cuidado de los ojos. Ese modelo

es difícil de encontrar en otros lugares. Para aquellos que se les acumulan las barreras (idioma, transporte, estatus migratorio y tiempo limitado) el tener un sólo lugar de cuidado médico para diferentes servicios de salud es un modelo que necesitan y que aprecian mucho.

## Salud Dental

Otro asunto que surgió de los grupos focales es el de la salud dental. La salud dental es un problema en la comunidad latina de Omaha, especialmente para los niños. Los llamados “desiertos de comida” – áreas donde es difícil conseguir a precios módicos los alimentos agrícolas frescos – pueden ser una barrera a la salud dental, porque las comidas procesadas, inclusive “comidas rápidas” pueden causar el deterioro de los dientes. Hasta los que tienen seguro consideran demasiado costoso el co-pago para la visita de oficina. Los que no tienen seguro les es imposible pagar por problemas dentales que requieren tratamientos de conducto u otros procedimientos costosos. Hay escuelas dentales que periódicamente ofrecen limpieza dental gratis, pero esto no es suficiente para responder a las necesidades de esta comunidad. Un participante compartió: “Ya casi no tengo ninguna muela. No califico para ningún seguro, lo único que hago cada vez que tengo un dolor agudo, me sacan una muela. Ya casi no tengo muelas porque me cuesta más de \$1,000 por un tratamiento, o \$3,000, \$5,000 ¿qué es lo que prefiero? Es mejor que me saquen las muelas y se me pase el dolor. Es lo que tenemos que soportar”.

## Salud Ocupacional

La seguridad y salud ocupacional fue otro tema que surgió en uno de los grupos focales, y tuvieron una profunda conversación sobre el tema. Los inmigrantes latinos que trabajan en empacadoras de carne, en trabajos de construcción y en limpieza de hoteles, son propensos a heridas causadas por trabajo repetitivo. También pueden estar expuestos repetidamente a solventes químicos que se usan para limpiar los cuartos. Aun los que tienen seguro médico se encuentran con que el co-pago del paciente

para visitas al terapeuta físico o al quiropráctico es imposiblemente costoso. Si estas heridas se quedan sin recibir atención médica, pueden llegar a convertirse en condiciones crónicas más serias, que requieren cirugía ortopédica o tratamiento para enfermedades respiratorias. Además, puede que los inmigrantes indocumentados decidan no solicitar el seguro integral para trabajadores por miedo a tener que mostrar prueba de su estatus legal. Esto obliga a muchos inmigrantes indocumentados a quedarse sin tratamiento para sus enfermedades o heridas, lo que puede resultar en mayores complicaciones de salud.

Un participante explicó que el miedo a perder el trabajo puede causar que la gente no busque cuidado médico, y como esto lleva a condiciones crónicas que requieren más tiempo y cuidado. “Ellos llegan aquí y no tienen papeles, consiguen papeles ilegales o lo que sea, pero si se sienten enfermos o con algún dolor, no dicen nada porque podrían perder su trabajo. Y siguen añadiéndole a tal dolor y más dolor por cuatro, cinco, seis años hasta que se convierte en una cosa llamada dolor crónico que no se lo va quitar ni San Pedro si baja de arriba”.

Una sugerencia del grupo fue tener un lugar donde los trabajadores pudieran recibir un diagnóstico inicial sin costo alguno, donde “...puedan ir para saber qué es lo que tienen, porque muchos que van a donde yo estoy, no saben siquiera lo que tienen ni tampoco yo lo sé”. Un centro de salud ocupacional donde proveedores puedan evaluar heridas de tipo laboral pudiera evitar que los trabajadores traten de adivinar qué es lo que tienen hablando con sus amigos y compañeros de trabajo, o se demoren en buscar ayuda profesional. Si los trabajadores están posponiendo el cuidado médico porque tienen miedo a perder tiempo de trabajo o posiblemente a perder del todo su trabajo, entonces este miedo se suma al estrés de encontrar cuidado médico a precio módico, tal como la terapia física. Aún los seguros privados de alta categoría ponen límite al número de visitas, porque cubren sólo accidentes u otras situaciones graves. Las condiciones crónicas de causa laboral requieren otro modelo diferente de cuidado de salud.

## Conclusión

Este reporte presenta las voces de inmigrantes latinos del Sur de Omaha y comunidades vecinas, tal como han compartido sus experiencias al lidiar con el sistema de cuidado médico. La meta del proyecto era la de escuchar esas voces y lo que han identificado como los asuntos más importantes, en vez de pedirles a los proveedores de salud y a los investigadores académicos que definieran los problemas. El próximo paso es que los proveedores y sus organizaciones comunitarias aliadas escuchen esas voces y desarrollen soluciones viables. Nuestro plan es compartir lo que hemos aprendido de los grupos focales, y luego tener una reunión con los proveedores de cuidado médico y sus organizaciones comunitarias aliadas en donde les pedimos que dialoguen sobre cómo pueden colaborar para mejorar el acceso a cuidado médico de calidad para los latinos, sobre todo en la comunidad del Sur de Omaha. Esas soluciones pueden que requieran cambios de política a nivel local, estatal y federal. Pero ante todo es necesario que todos los que sirven las necesidades médicas de la comunidad latina se reúnan entre sí y respondan a los problemas identificados en este reporte de una manera sistemática e integral.

## Referencias

Ellison, C. (n.d.). The intersection of U.S. immigration law and healthcare: A case for the creation of immigrant-focused medical/legal partnerships. Omaha, NE: Justice for Our Neighbors-Nebraska.

Ramos, A. (2013). Health profile of Nebraska's Latino population. Omaha, NE: University of Nebraska at Omaha Office of Latino/Latin American Studies.

Maternal and Child health Bureau (2015). Child Health 2014. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. <http://mchb.hrsa.gov/chusa14/>

Office of Latino/Latin American Studies (2015). Latinos throughout the city: A snapshot of socio-demographic differences in Omaha, NE. Omaha, NE: University of Nebraska at Omaha.

National Immigration Law Center (2016). Medical assistance programs for immigrants in various states. Washington, D.C. <https://nilc.org/wp-content/uploads/2015/11/med-services-for-imms-in-states.pdf>.

OLLAS



OFFICE OF  
LATINO/LATIN  
AMERICAN STUDIES

 | UNIVERSITY OF NEBRASKA OMAHA  
COLLEGE OF PUBLIC AFFAIRS AND COMMUNITY SERVICE

 | COLLEGE OF PUBLIC AFFAIRS AND COMMUNITY SERVICE  
SCHOOL OF PUBLIC ADMINISTRATION

 | COLLEGE OF PUBLIC AFFAIRS AND COMMUNITY SERVICE  
CENTER FOR PUBLIC AFFAIRS RESEARCH

UNIVERSITY OF  
**Nebraska**  
Omaha | 