

# “Rompiendo barreras”

*Un estudio colaborativo para abordar las disparidades en la atención médica en la comunidad Latina*



**Equipo de investigación del Consejo de Desarrollo Hispano:**

David Sanchez Villa

Luis Carrillos

Duberlis Ramos

Usua Marcela Bohorquez Correa

Carmen Delia Cruz

# Resumen Ejecutivo

Este proyecto de investigación analiza las barreras estructurales y cotidianas que enfrenta la comunidad Latinx-Hispana para acceder a servicios de salud en Ontario, con un enfoque en el Área Metropolitana de Toronto (GTA). Este estudio es parte de un proyecto más amplio liderado por el Consejo de Agencias que atienden a los Asiáticos del Sur (CASSA), en colaboración con el Consejo de Desarrollo Hispano, el Instituto Canadiense Árabe, el Consejo Nacional Chino-Canadiense-Toronto, y Roots Community Services. Cada organización participante se centró en las barreras de sus respectivas comunidades.

El Consejo de Desarrollo Hispano lideró el estudio enfocado en la población Latinx-Hispana.

Utilizando un enfoque de métodos mixtos, el estudio combinó datos cuantitativos y cualitativos para obtener una comprensión más profunda del panorama de acceso a la salud para personas Latinas en el GTA.

## **Diseño de Investigación**

- Encuesta: incluyó a 40 adultos que se identificaron como Latinxs en el GTA.
- Grupos Focales: Se llevaron a cabo cuatro discusiones en los siguientes grupos: mujeres, personas mayores, jóvenes e individuos LGBTQ2S+. Participaron un total de 28 personas.
- Entrevistas con Expertos: Se realizaron seis entrevistas con profesionales de la salud pública y trabajadores/as comunitarios.

## **Hallazgos Claves**

### *a. Resultados de la Encuesta*

- Acceso a Médicos de Familia: El 70% de los participantes tienen acceso a un médico o enfermera de familia, mientras que el 30% no tienen acceso. Entre ciudadanos canadienses o residentes permanentes, el 22% no tiene un médico/a de familia. Para las personas no residentes, en cambio, más del 40% no tiene médico/a de familia.
- Las principales razones por la cuales las personas no tienen un médico/a de familia incluye: falta de familiaridad o desconocimiento del sistema de salud (43%) y estar en una lista de espera (22%), entre otras.
- Acceso a Atención Especializada (pediatría, cardiología): La mitad de los encuestados informó viajar más de 30 minutos para acceder a atención especializada, y casi una cuarta parte de las personas que respondieron la encuesta viajó más de una hora.
- Barreras Lingüísticas: El 62% de los participantes prefirió que la atención médica sea en español. Sin embargo, solo el 30% tuvo acceso a servicios de interpretación/traducción.

### *b. Resultados de los Grupos Focales*

- Las mujeres destacaron distintas barreras en el acceso a la salud: lingüísticas, atención culturalmente insensible y actitudes despectivas, particularmente en relación con la salud reproductiva y mental. Estas experiencias resultaron en una falta de confianza en los servicios médicos.

*“Contar con un espacio para hablar con otras personas que entiendan nuestras luchas marca una gran diferencia; nos ayuda a sentirnos menos solas”* – Participante mujer del grupo focal

- Las personas mayores informaron sentirse apuradas durante las citas, enfrentar barreras de transporte y tener dificultades para costear servicios como la atención dental y servicios de fisioterapia.

*“Una vez que cumples 80, parece que a los médicos no les importa el paciente ni sus necesidades.”* – Participante mayor del grupo focal

- Los jóvenes describieron experimentar estrés financiero, falta de apoyo familiar y dependencia de Internet para informarse sobre cuestiones de salud.

*“Cuando tenemos problemas de salud, buscamos en Google.”* – Participante joven en el grupo focal

- Los participantes LGBTQ2S+ mencionaron sufrir discriminación sistémica y largos tiempos de espera en las consultas. El acceso a servicios como PrEP, terapia hormonal y tratamiento inclusivo para adicciones fue limitado.

*“El estigma juega un papel negativo y crucial. Te sientes juzgado.”* – Participante LGBTQ2S+

### *c. Resultados de las entrevistas a expertos/as*

- Brechas en el acceso por falta de información/desconocimiento: los expertos señalaron que muchos individuos Latinxs dependen de redes informales para acceder a la salud. Por esto, señalaron de la importancia que haya profesionales de la salud culturalmente sensibles y de habla hispana

*“Reclutar y capacitar a personal y voluntarios de habla hispana para ayudar con el registro de citas, orientación médica y explicaciones de salud, asegurando una comunicación efectiva.”* – Trabajador comunitario

- Desafíos en la Navegación del Sistema: Los entrevistados señalaron que la población latina tiene un limitado conocimiento del sistema de salud canadiense.

*“Proporcionar a los residentes de la comunidad Latina información detallada sobre los recursos de salud locales, incluyendo ubicaciones de hospitales, servicios disponibles y horarios de operación.”* – Trabajadora de la salud

### **Recomendaciones:**

- Ampliar la capacidad de los Centros de Salud Comunitarios para atención culturalmente sensible y accesible lingüísticamente.

- Subsidiar servicios de diagnósticos y especializados para personas de bajos ingresos, especialmente adultos mayores.

- Eliminar barreras legales que restringen el acceso a la atención primaria y a servicios de atención especiales.

- Integrar prácticas de salud tradicionales latinoamericanas en la atención formal del sistema de salud canadiense.

# Introducción al estudio

## 1. SOBRE EL GRUPO DE TRABAJO EN SALUD DE POBLACIONES RACIALIZADAS\*<sup>1</sup>

Las poblaciones racializadas en Ontario se encuentran entre los grupos demográficos de mayor crecimiento en Canadá, pero continúan enfrentando disparidades significativas en el acceso a la salud (Statistics Canada, 2022). La pandemia de COVID-19 solo ha profundizado estas inequidades, evidenciando la urgente necesidad de reformas sistémicas para abordar las barreras históricas que enfrentan estas comunidades dentro del sistema de salud de Ontario.

El Grupo de Trabajo en Salud de Poblaciones Racializadas (RHWG, por sus siglas en inglés), financiado por la Agencia de Salud Pública de Canadá, está comprometido con abordar estas disparidades y promover un cambio transformador en la atención médica. El grupo de trabajo se formó originalmente en 2019 con siete socios principales, incluyendo el Consejo de Agencias al Servicio de la Comunidad del Sur de Asia, el Grupo de Concientización sobre la Anemia Falciforme de Ontario, Roots Community Services, la Alianza de Salud Negra, los Servicios de Salud Comunitarios Punjabi, el Consejo Nacional Canadiense Chino en Toronto y el Consejo de Desarrollo Hispano.

El RHWG está conformado actualmente por cinco socios:

- **Council of Agencies Serving South Asians (CASSA):** CASSA es una organización en pos de la justicia social que representa a más de 120 agencias, grupos e individuos dedicados a empoderar a las comunidades del sur de Asia. Su visión es un Canadá libre de discriminación, donde todas las comunidades moldean el panorama político, económico, social y cultural de la nación.
- **Roots Community Services (RootsCS):** RootsCS ofrece programas y servicios culturalmente relevantes para empoderar a individuos, principalmente de las comunidades negra, africana y caribeña. Sus objetivos estratégicos se enfocan en gestionar el crecimiento, garantizar la estabilidad financiera y sostenibilidad, mejorar la participación de las partes interesadas y la comunidad, mantener una gobernanza sólida y abogar por políticas que promuevan la equidad y la inclusión.
- **Consejo de Desarrollo Hispano (HDC por sus siglas en inglés):** HDC trabaja para asegurar la plena participación de la comunidad Latino-hispana en Canadá, promoviendo la inclusión y el pluralismo en los ámbitos social, económico, cultural y político. HDC se enfoca en fortalecer la capacidad comunitaria, abogar por un acceso equitativo a los servicios y avanzar en temas de juventud, desde la educación hasta la justicia. Su misión es garantizar que cada miembro de la comunidad Latino-hispana cuente con el apoyo necesario para lograr una calidad de vida sostenible y alcanzar su máximo potencial dentro de la sociedad canadiense.
- **Canadian Arab Institute (CAI):** CAI es una organización nacional apartidaria dedicada a promover los intereses de la comunidad árabe canadiense a través de la investigación, políticas y programas comunitarios. CAI celebra y promueve las contribuciones de los árabes canadienses en todos los aspectos de la sociedad canadiense, esforzándose por una comunidad empoderada y comprometida que prospere social, política, cultural y económicamente.
- **Chinese Canadian National Council – Toronto Chapter (CCNC-TO):** Establecido en 1985, CCNC-TO es una organización sin fines de lucro que representa a los chinos canadienses en el área metropolitana de Toronto. Como capítulo del Consejo Nacional Canadiense Chino (CCNC), están comprometidos con promover los derechos y la plena participación de los chinos canadienses en la sociedad canadiense.
- 

\*<sup>1</sup>Una versión ampliada de este estudio fue publicada por el grupo de trabajo en salud para personas racializadas. Puede encontrar el estudio en el siguiente link: <https://www.cassa.ca/wp-content/uploads/2025/06/Bridging-Health-Divides-A-Collaborative-Study-on-Addressing-Healthcare-Disparities-in-Racialized-Communities-1.pdf>

## 2. Objetivos de la investigación

El propósito de esta investigación es realizar una evaluación exhaustiva del sistema de salud de Ontario, con un enfoque específico en las disparidades en salud que enfrentan desde hace tiempo las comunidades racializadas. Estas disparidades, que se agravaron considerablemente durante la pandemia de COVID-19, continúan afectando profundamente a estas poblaciones, influyendo a menudo en su acceso a una atención de calidad y en sus resultados generales de salud. Este estudio busca comprender en mayor profundidad los desafíos persistentes que enfrenta la comunidad latinx-hispana para acceder a los servicios de salud, así como identificar vías para implementar cambios duraderos en las políticas públicas, basados en datos que aborden estas inequidades.

Los objetivos generales son los siguientes:



### Analizar las barreras sistémicas en el acceso a la atención sanitaria

Identificar y evaluar las barreras sistémicas que siguen afectando el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones racializadas. Esto incluye obstáculos relacionados con la competencia cultural, la disponibilidad de servicios y las experiencias de discriminación dentro del sistema de salud, así como las consecuencias a largo plazo de la pandemia sobre la accesibilidad a la atención médica.



### Examinar el impacto de los determinantes sociales de la salud

Explorar cómo los determinantes sociales de la salud, como el empleo, la vivienda y la educación, han contribuido a las disparidades en salud, especialmente en el contexto de la pandemia. La investigación evaluará cómo han evolucionado estos factores y su impacto continuo en los resultados de salud de las comunidades racializadas.



### Investigar la necesidad de datos desagregados por raza

Promover la recopilación y el uso sistemático de datos desagregados por raza en el ámbito de la salud, ya que son fundamentales para identificar disparidades sanitarias y orientar políticas que respondan a las necesidades específicas de las poblaciones racializadas.



### **Involucrar a las comunidades racializadas en el desarrollo de políticas de salud**

Incorporar a las comunidades racializadas en el proceso de investigación a través de entrevistas, encuestas y grupos focales, asegurando que sus perspectivas sean fundamentales en la elaboración de estrategias para la equidad en salud. La investigación priorizará la inclusión de conocimientos y experiencias surgidas desde las propias comunidades para orientar las decisiones políticas y mejorar los resultados en salud.



### **Generar conciencia y abogar por el cambio**

Aumentar la conciencia entre los profesionales de la salud, los responsables de políticas públicas y la sociedad en general sobre las persistentes disparidades en salud que enfrentan las comunidades racializadas y la necesidad de implementar iniciativas específicas para la equidad sanitaria. Esto también implicará promover cambios en la prestación de servicios de salud, incluidas reformas políticas y la incorporación de la equidad en salud en la educación y la práctica médica.

# Metodología de la investigación

## 3.DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación empleó un diseño de métodos mixtos, combinando enfoques cuantitativos y cualitativos para ofrecer una comprensión integral de las disparidades en salud que enfrentan las comunidades racializadas en Ontario.

La investigación fue organizada en dos etapas:

Fase cuantitativa	Fase cualitativa
<p>La fase cuantitativa consistió en el análisis de datos existentes desagregados por raza, incluyendo estadísticas de salud provenientes de unidades de salud pública y otras fuentes relevantes, junto con una encuesta estructurada diseñada para evaluar las experiencias en el sistema de salud. Se examinaron tendencias en el acceso y uso de los servicios de salud, los resultados sanitarios y las disparidades agravadas por la pandemia de COVID-19. El análisis tuvo como objetivo cuantificar el alcance de las desigualdades dentro de las comunidades racializadas e identificar las áreas clave de preocupación.</p>	<p>La fase cualitativa consistió en recopilar testimonios e ideas de primera mano de personas pertenecientes a comunidades racializadas, profesionales de la salud y actores involucrados en la defensa de políticas públicas e investigación. Esto incluyó la realización de grupos focales y entrevistas semiestructuradas para explorar las experiencias vividas de quienes transitan el sistema de salud, las barreras que enfrentan y sus perspectivas sobre posibles soluciones.</p>

## Métodos de recolección de datos

La información y los datos se recolectaron de la siguiente manera

### 1. Información secundaria:

- o Revisión de información específica de las comunidades racializadas en distintas fuentes de información, tales como las bases de datos de acceso a la salud del Gobierno de Ontario

### 2. Fuente de información primaria:

**-Encuestas comunitarias:** Se realizó una encuesta estructurada a personas de la comunidad latina para evaluar sus experiencias con los servicios de salud, incluidas las barreras que enfrentan, la discriminación percibida y su nivel general de satisfacción con el sistema. Para garantizar una representación amplia, la encuesta recopiló datos demográficos claves, como edad, género, etnicidad, idioma, nivel de ingresos y situación migratoria. El diseño de la encuesta consideró la accesibilidad para poblaciones diversas, atendiendo a factores de idioma, niveles de alfabetización y matices culturales.

**-Entrevistas a informantes claves:** Se realizaron entrevistas semiestructuradas con profesionales y proveedores de salud, investigadores, especialistas en políticas y líderes comunitarios. Estas entrevistas exploraron las barreras para lograr una atención equitativa desde una perspectiva sistémica, el impacto de la pandemia de COVID-19 y las oportunidades de reforma.

**-Grupos Focales:** se organizaron 4 grupos de discusión, que se dividieron de la siguiente manera: mujeres, personas mayores, jóvenes e individuos LGBTQ2S. Este método brindó la oportunidad de que los participantes interactuaran entre sí, compartieran vivencias comunes e identificaran de manera colectiva posibles soluciones de política pública.

## Limitaciones del estudio



### Sesgo de muestreo y acceso

A pesar de los esfuerzos por incluir participantes diversos, las limitaciones en la difusión (por ejemplo, restricciones en la publicidad en redes sociales), la desconfianza, las barreras idiomáticas y la inaccesibilidad digital pudieron haber generado una subrepresentación o sobrerrepresentación de ciertos grupos.



### Representación limitada de trabajadores/as de la salud

Los protocolos éticos y los desafíos logísticos dificultaron la difusión efectiva hacia ciertos profesionales de la salud, lo que limitó la inclusión de sus perspectivas y experiencias en el estudio. Como resultado, este estudio puede no reflejar plenamente la diversidad de puntos de vista de los prestadores de servicios de salud.



### Datos autodeclarados

La dependencia del estudio en encuestas, grupos focales y entrevistas con expertos implicó que los hallazgos se basaran en experiencias autodeclaradas, las cuales pudieron estar influenciadas por sesgos personales.



### Sensibilidad cultural e interpretación de los datos

Si bien se hicieron esfuerzos para garantizar la pertinencia cultural y la accesibilidad lingüística, es posible que no se hayan captado o interpretado con total precisión ciertos matices sutiles de las experiencias, expresiones y significados en diversos contextos culturales, lo que podría afectar la profundidad de los hallazgos.



### **Datos longitudinales limitados**

El estudio se basa principalmente en datos actuales, que recogen experiencias y tendencias en un solo momento. Este enfoque limita la posibilidad de seguir cambios, desarrollos o relaciones de causalidad a largo plazo en las desigualdades en la atención sanitaria, ofreciendo únicamente una instantánea de la situación actual.



### **Generalización**

Los hallazgos de este estudio pueden no ser completamente generalizables a toda la comunidad Latinx-Hispana de Ontario, ya que las experiencias varían según la región, la situación socioeconómica, el estatus migratorio y otros factores como los contextos culturales y el acceso a la atención sanitaria.

# Resultados del estudio

## 4. Resultados encuestas, entrevistas a expertos y grupos focales

### a) Resultados de las encuestas

Esta sección analiza los datos de la encuesta realizada sobre el acceso a los servicios de salud dentro de la comunidad latina en Toronto. La encuesta incluyó a 40 participantes y examinó aspectos demográficos, situación migratoria, nivel educativo y barreras en el acceso a la atención médica. Los hallazgos se organizan en tres ejes principales: a) acceso a médicos y médicas de familia y/o enfermera/o, b) acceso a atención primaria de salud y c) acceso a atención médica especializada (por ejemplo, cardiólogos, pediatras, etc.).

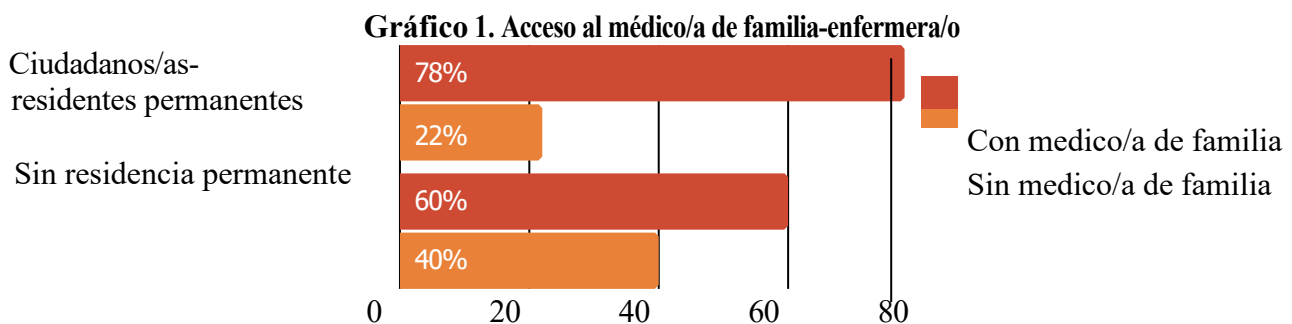
La encuesta registró 40 respuestas entre septiembre y octubre de 2024. Los participantes tienen 18 años o más, residen en el Área Metropolitana de Toronto (GTA) y se autoidentificaron como Latinxs o hispanos. Los datos se recopilaron principalmente de forma online, aunque se ofrecieron encuestas en papel para quienes tuvieran problemas de conectividad o carecieran de acceso digital, con el fin de garantizar la inclusión.

La encuesta exploró varias áreas clave, entre ellas:

- Acceso a médicos de familia
- Acceso a atención primaria de salud
- Acceso a atención médica especializada
- Recomendaciones para el gobierno, proveedores de salud y organizaciones comunitarias

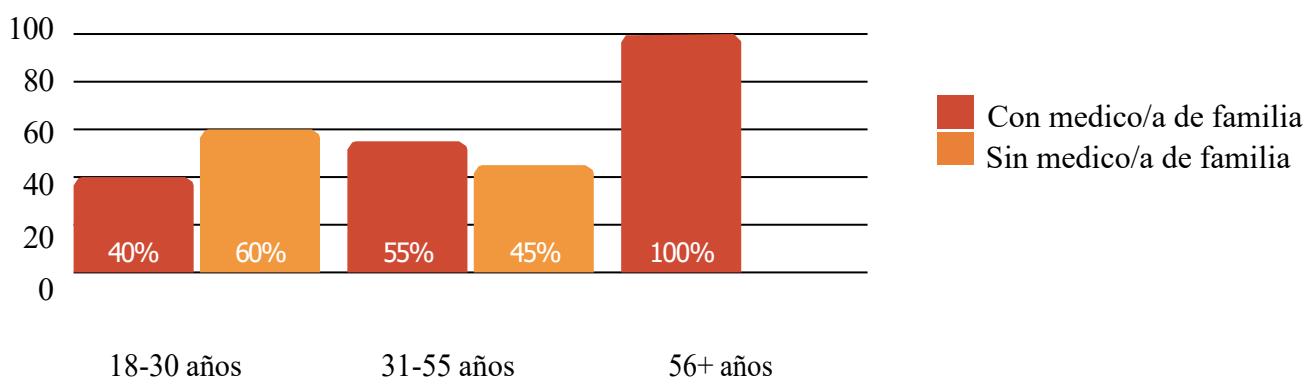
### ACCESO A MÉDICOS DE FAMILIA

De los 40 participantes encuestados, el 70 % informó tener acceso a un médico de familia o enfermero/a, mientras que el 30 % no lo tenía. Contar con un médico de familia representa una vía de entrada fundamental al sistema de salud, ya que se asocia con una mejor calidad de la atención, intervenciones tempranas y mejores resultados en salud. Sin embargo, este acceso no se distribuye de manera equitativa. Entre quienes son ciudadanos o residentes permanentes, el 78 % indicó tener médico de familia o enfermero/a, en comparación con el 60 % de las personas con estatus migratorio no permanente. Por el contrario, el 22 % de los ciudadanos o residentes permanentes y el 40 % de los no permanentes señalaron no contar con este acceso (Gráfico 1). Estas cifras evidencian barreras sistémicas —como criterios de elegibilidad restrictivos, barreras idiomáticas y obstáculos burocráticos— que afectan de manera desproporcionada a las personas con estatus migratorio no permanente.



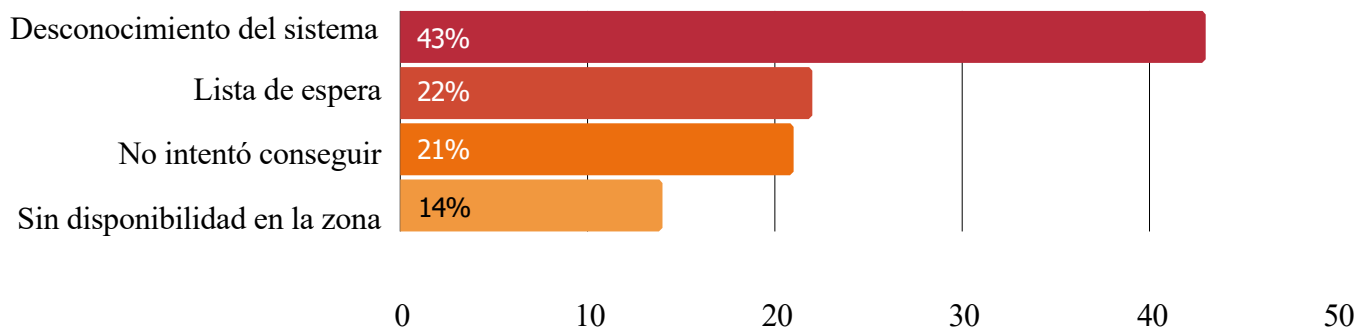
El acceso a un médico de familia o enfermero/a varía significativamente según los grupos etarios (Gráfico 2). Entre los participantes de 18 a 30 años, el 40 % indicó tener acceso a un médico de familia o enfermero/a, mientras que el 60 % señaló no contar con dicho acceso. En el grupo de entre 31 y 55 años, el 55 % manifestó tener acceso, frente al 45 % que no lo tenía. En cambio, el 100 % de los participantes de 56 años o más declaró tener acceso. Estos resultados sugieren que las personas mayores, especialmente aquellas de 56 años en adelante, gozan de un acceso sustancialmente mayor a los servicios de atención primaria, mientras que las personas más jóvenes, en particular las de entre 18 y 30 años, enfrentan mayores barreras para acceder de manera continua a la atención médica.

**Gráfico 2. Acceso a médico/a de familia o enfermera/o por edad de los/as participantes**



Las razones más comunes para no tener un médico de familia fueron el desconocimiento sobre cómo funciona el sistema de salud (43 %), estar en lista de espera para conseguir un médico (22 %), no haber hecho el intento de buscar uno (21 %) y la falta de médicos disponibles que estén aceptando pacientes en la zona (14 %) (Gráfico 3). Estas razones reflejan tanto desafíos sistémicos —como las largas listas de espera y la escasez de profesionales disponibles— como barreras individuales, entre ellas el conocimiento limitado sobre cómo desenvolverse dentro del sistema de salud.

**Gráfico 3: Razones por las que no tienen médico/a de familia-enfermera/o**

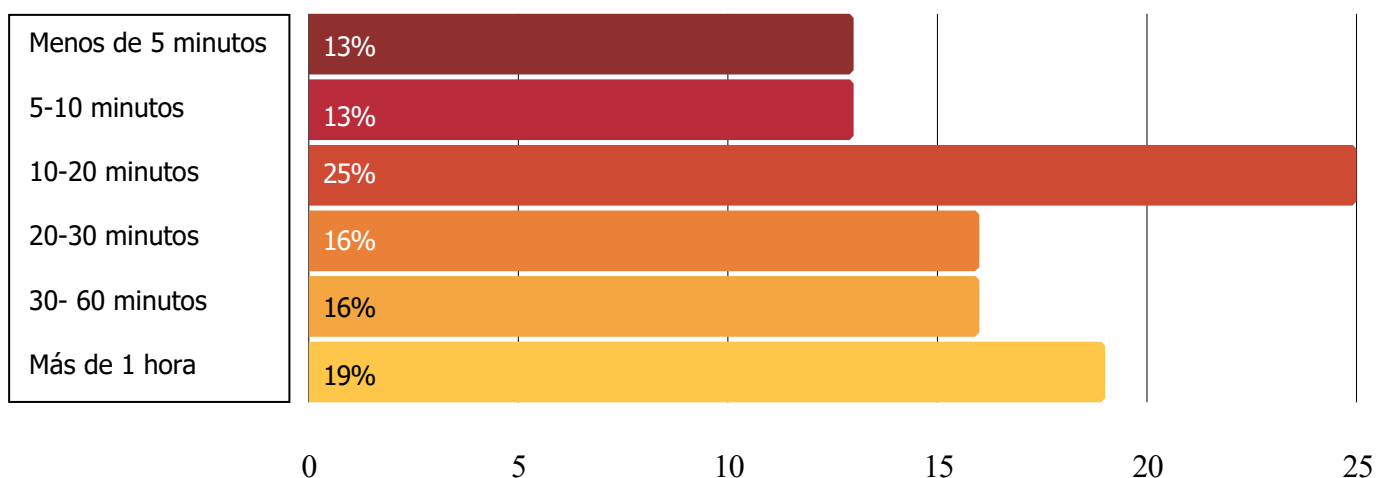


## ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los tiempos de viaje hacia los servicios de atención primaria evidencian importantes barreras geográficas. Si bien el 26 % de los participantes reporta trayectos relativamente cortos de 10 minutos o menos, un porcentaje considerable (35 %) experimenta tiempos de viaje superiores a los 30 minutos (Gráfico 4). De manera destacada, el 19 % de los participantes tarda más de una hora en llegar al establecimiento de salud, lo que pone de relieve el desafío persistente en términos de accesibilidad geográfica.

Estos tiempos de traslado prolongados pueden generar obstáculos significativos para acceder a atención médica oportuna, especialmente para personas con problemas de movilidad, opciones de transporte limitadas, restricciones económicas, falta de tiempo (por trabajo o tareas de cuidado) o necesidades urgentes de salud.

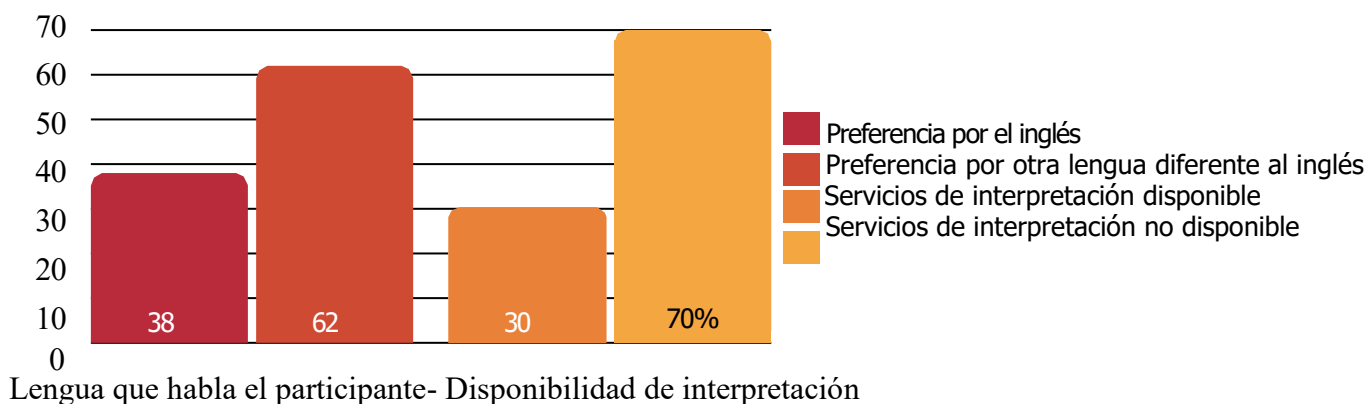
Gráfico 4: Tiempo de viaje hasta el servicio de atención primaria



En lo que respecta a las preferencias de género del personal de salud, solo el 3 % de las personas encuestadas expresó tener una preferencia, mientras que el 97 % no manifestó ninguna inclinación específica en cuanto al género del profesional de la salud. Esto sugiere que la mayoría está dispuesta a recibir atención por parte de profesionales de cualquier género.

En cuanto a la accesibilidad lingüística dentro de los servicios de atención primaria, se observa una clara brecha. El 62 % de los encuestados prefirió ser atendido en un idioma distinto al inglés —principalmente en español—, pero solo al 30 % se le ofrecieron servicios de interpretación (Gráfico 5). Además, el 70 % de los participantes reportó no haber recibido el ofrecimiento de servicios de interpretación, lo cual pone en evidencia limitaciones estructurales en el acceso al sistema de salud para quienes no hablan inglés. Estas barreras indican que muchas personas enfrentan dificultades de comunicación al buscar atención médica, lo que puede derivar en una mala interpretación de la gravedad del diagnóstico, menor adherencia al tratamiento, reducción en la calidad del servicio y menor satisfacción del paciente.

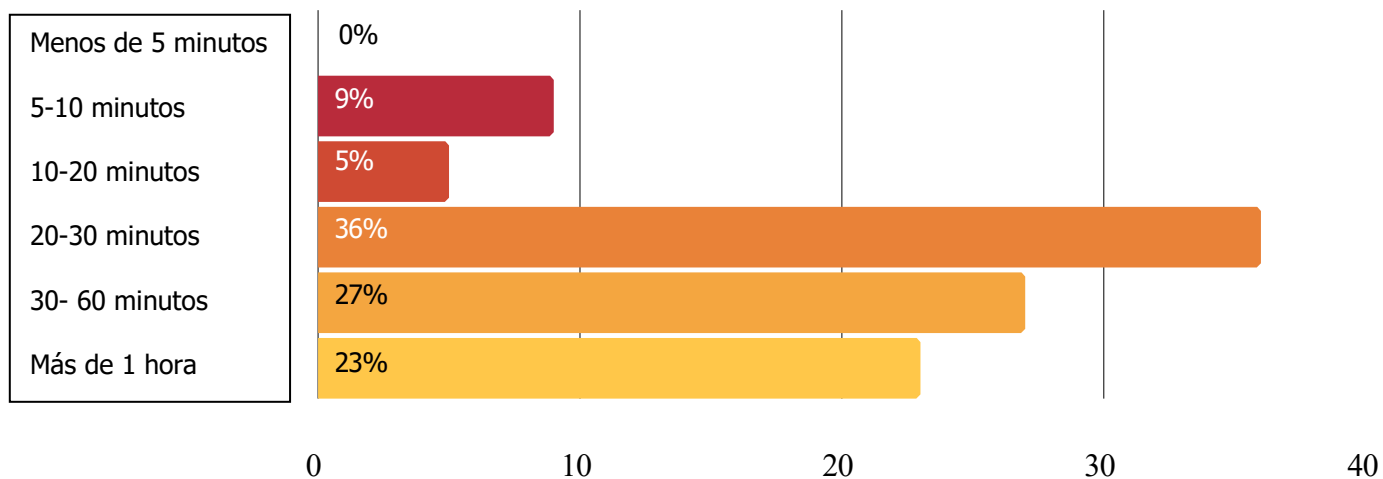
**Gráfico 5. Lengua de preferencia y servicios de interpretación disponibles**



### Acceso a atención médica especializada

El acceso a la atención médica especializada muestra tiempos elevados de viaje para llegar a la consulta. La mitad de los encuestados (50 %) informó que tarda más de 30 minutos en llegar a sus turnos, y un 23 % señaló que debe viajar más de una hora (Gráfico 6). Esto sugiere que la accesibilidad geográfica puede representar un desafío importante, lo que podría desincentivar las visitas regulares y dificultar el acceso a la atención necesaria.

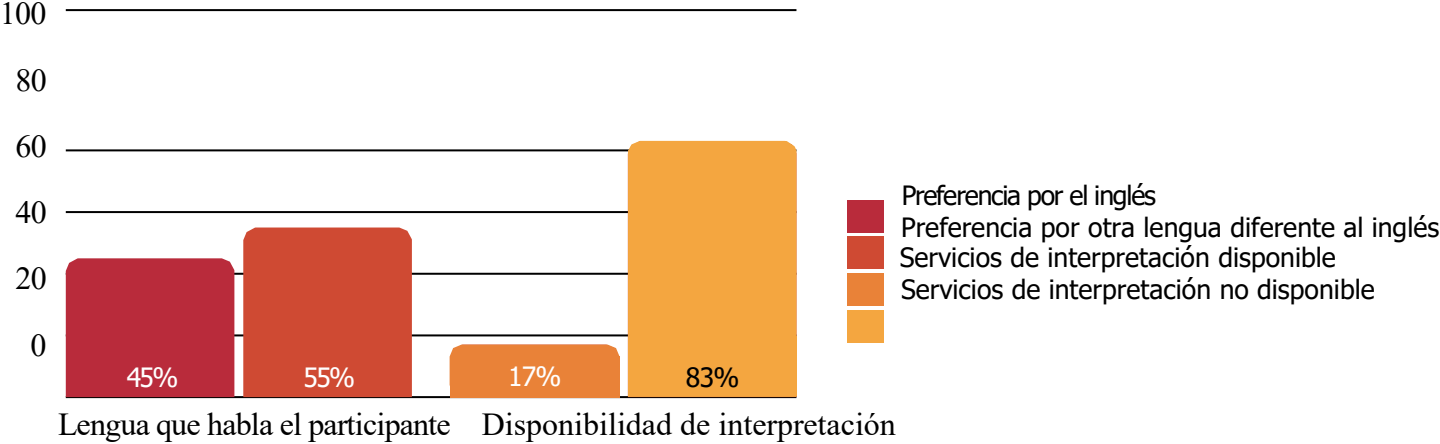
**Gráfico 6. Tiempo de viaje para atención médica especializada**



En relación con la elección del género del profesional, no se registraron preferencias de género: el 100 % de las personas encuestadas indicó que el género no fue un factor al momento de elegir un especialista.

Existen importantes barreras lingüísticas en el acceso a la atención médica especializada. Aunque el 55 % de los encuestados expresó una preferencia por ser atendido en un idioma distinto al inglés, solo al 17 % se le ofrecieron servicios de interpretación, mientras que el 83 % no tuvo acceso a dichos servicios (Gráfico 7). Esta brecha en la accesibilidad lingüística representa un desafío para los pacientes con necesidades de salud complejas, que requieren una comunicación clara.

**Gráfico 7. Lengua de preferencia y servicios de interpretación disponibles**



### *b) Resultados de los grupos focales comunitarios*

Entre septiembre y octubre de 2024, se llevaron a cabo cuatro grupos focales con 28 participantes de diversas subpoblaciones dentro de la comunidad hispana Latino-hispana, incluyendo mujeres (31-65 años), personas mayores (65+), jóvenes (16-30 años) e individuos LGBTQ2S+. El grupo focal LGBTQ2S+ se llevó a cabo en colaboración con Latinos Positivos y la Fundación de Personas con SIDA (PWA por sus siglas en inglés). Las discusiones revelaron una variedad de barreras de atención médica que enfrentan estos grupos, incluyendo la sensibilidad cultural en la atención, barreras idiomáticas, largos tiempos de espera, limitaciones financieras, acceso limitado a atención especializada y estigmas durante las consultas. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de servicios de atención médica más inclusivos y accesibles.

## **BARRERAS Y NECESIDADES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD**

### *Grupo de mujeres*

**Desafíos en la Comunicación con Proveedores de Atención Médica:** Una barrera crítica para acceder a la atención médica que destacaron las participantes fue la dificultad de comunicarse eficazmente con los proveedores de atención médica. Este desafío se debió principalmente a la falta de servicios culturalmente sensibles y lingüísticamente accesibles. Para muchas mujeres, esta barrera idiomática tuvo como resultado no sentirse escuchadas o comprendidas. Además, la falta de intérpretes o personal bilingüe en las instalaciones médicas dejó a muchas mujeres sintiéndose aisladas y alienadas, contribuyendo a una desconfianza general en el sistema de salud. Como resultado, algunas participantes informaron que evitaban la atención médica para prevenir estas experiencias incómodas y potencialmente dañinas.

**Acceso Limitado a Servicios Especializados:** Las participantes expresaron frustración con la limitada disponibilidad y accesibilidad de servicios de atención médica especializados que son críticos para su bienestar. Por ejemplo, los servicios ginecológicos, un área de preocupación significativa, a menudo se describieron como lugares de atención culturalmente insensible. Además, el apoyo en salud mental fue un servicio particularmente difícil para acceder.

*Queremos un doctor que entienda nuestras necesidades (participante del grupo focal)*

**Importancia del Diálogo Colectivo y la Acción Comunitaria:** A lo largo de las discusiones, las participantes enfatizaron la necesidad de un diálogo colectivo. Durante las discusiones grupales, surgió un deseo compartido de más espacios donde las mujeres pudieran discutir abiertamente sus experiencias de atención médica, intercambiar conocimientos y apoyarse mutuamente. Fortalecer las redes comunitarias, proporcionar educación en salud culturalmente relevante y abogar por reformas sistémicas se identificaron como pasos claves para transformar el sistema de atención médica en uno que sea inclusivo, receptivo y equitativo para todas las mujeres.

*Necesitamos juntarnos (participante del grupo focal)*

## *Grupo de adultos mayores*

**Desafíos en la Comunicación y Limitaciones de Tiempo en las Citas:** Los adultos mayores expresaron frustración con el tiempo limitado asignado para las consultas médicas. Muchos informaron enfrentar desafíos debido a restricciones de accesibilidad, barreras culturales y lingüísticas, y la brevedad de sus citas. A menudo se sintieron maltratados y preocupados por no tener la oportunidad de hacer preguntas importantes a sus médicos.

*No tienes más de 15 minutos (palabras de un médico a un participante del grupo focal)*

**Barreras de Accesibilidad y Limitaciones Físicas:** Las personas mayores enfrentaron una variedad de desafíos de accesibilidad que van más allá de los problemas de movilidad. Estos incluyen barreras físicas en las instalaciones de atención médica, como asientos inadecuados y falta de acceso para sillas de ruedas, dificultades de transporte para llegar a las citas y brechas en la alfabetización digital que dificultan su acceso a recursos de salud en línea. Estos desafíos condujeron a un aumento de la frustración, particularmente cuando las personas mayores también informan un trato insensible o despectivo por parte de los proveedores de atención médica. La falta de apoyo adecuado para navegar estas barreras exacerba aún más sus sentimientos de negligencia y exclusión dentro del sistema de salud.

**Preocupaciones Específicas en la Atención Médica:** Las personas mayores han expresado preocupaciones sobre la disponibilidad y asequibilidad de los servicios de atención médica. Entre las prioridades para mejorar el sistema de salud se incluyeron: mejoras en el acceso a servicios de vacunación (por ejemplo, vacunas contra la gripe y culebrilla), acceso a atención odontológica, y servicios de fisioterapia (esencial para mantener la movilidad y la independencia a medida que envejecen las personas).

## *Grupo de jóvenes*

**Desafíos en el Acceso a Información:** Los participantes jóvenes describieron desafíos significativos para acceder a información sobre salud. Muchos citaron limitaciones financieras, estigmas culturales y una falta de comunicación abierta dentro de sus familias como barreras para discutir preocupaciones relativas a lo sanitario. Con poco acceso a fuentes confiables, a menudo recurrieron a Internet, particularmente a Google, para buscar respuestas sobre su bienestar. Sin embargo, esta dependencia de la información en línea a veces llevó a confusión o desinformación, complicando su capacidad para tomar decisiones informadas sobre salud.

*Cuando tenemos dudas sobre nuestra salud, "googleamos" (participante del grupo focal)*

**Desconfianza en el Sistema de Salud:** Al concurrir a espacios de salud, muchos jóvenes sintieron que sus preocupaciones eran desestimadas o no se tomaban en serio por parte de los proveedores de atención médica. Esta desconfianza se agravó aún más por la ausencia de educación integral de salud en las escuelas. Sin la orientación adecuada, muchos jóvenes se sintieron desamparados e inseguros sobre cómo acceder a la atención médica que necesitaban.

**Falta de Apoyo de Redes Personales:** Un número significativo de participantes jóvenes informó sentirse sin apoyo por parte de sus familias, amigos o comunidades en lo que respecta a discusiones sobre salud. Las diferencias culturales y generacionales a menudo dificultaban la comunicación abierta con sus padres, lo que los dejaba lidiando con preocupaciones de salud en soledad.

*No podemos hablar de salud con nuestra familia (participante del grupo focal)*

*Grupo LGBTQ2S+*

**Inequidades Sistémicas y Frustración con la Atención Médica:** La comunidad LGBTQ2S+ destacó las inequidades sistémicas a las que se enfrentan dentro del sistema de salud. Los participantes compartieron sus frustraciones sobre los largos tiempos de espera, los obstáculos burocráticos y la constante lucha por acceder a la atención necesaria. Estos desafíos a menudo se vieron agravados por el estigma, las barreras lingüísticas y la ausencia de proveedores de atención médica capacitados. Muchos participantes expresaron sentirse “pasados por alto”, lo que llevó a una sensación de vulnerabilidad y agotamiento por abogar constantemente por sí mismos en un sistema poco acogedor.

*Solo somos una lista de espera (participante del grupo focal)*

*Estamos cansados de navegar el sistema, queremos acceder (participante del grupo focal)*

**Estigma y Discriminación en Consultas Médicas:** Las personas LGBTQ2S+ informaron haber experimentado situaciones estigmatizantes en las consultas médicas, particularmente en relación con el VIH.

**Obstáculos Burocráticos y Desafíos Administrativos:** Los participantes identificaron obstáculos burocráticos, como las dificultades para actualizar los registros médicos para reflejar la identidad de género o encontrar proveedores de atención médica que ofrecieran una atención inclusiva. Estos obstáculos administrativos dificultaron recibir atención oportuna y adecuada.

*Barreras y desafíos comunes entre los distintos grupos*

A pesar de sus experiencias únicas, todos los grupos informaron barreras comunes, incluyendo los desafíos lingüísticos, largos tiempos de espera y limitaciones financieras. La falta de intérpretes profesionales y atención culturalmente competente con frecuencia conducía a una falta de comunicación y sentimientos de exclusión. Para abordar estos problemas generalizados, los participantes enfatizaron la necesidad de atención médica accesible, oportuna y culturalmente receptiva.

**Insensibilidad Lingüística y Cultural:** Muchos participantes informaron dificultades significativas para navegar por el sistema de atención médica debido las barreras lingüísticas. La disponibilidad limitada de intérpretes profesionales, la dependencia de miembros de la familia para la traducción y la falta de familiaridad con los proveedores de salud.

**Largos Tiempos de Espera:** Los retrasos en el acceso a los servicios de atención médica surgieron como una preocupación generalizada, señalando ineficiencias sistémicas que afectan desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables. Los participantes expresaron frustración con las largas listas de espera para citas con especialistas, pruebas diagnósticas y tratamientos, lo que a menudo resultaba en el empeoramiento de condiciones de salud.

**Desafíos Financieros:** El alto costo de los servicios de atención médica—incluyendo medicamentos, tratamientos y atención especializada—representó un obstáculo significativo para todos los grupos. Muchos participantes citaron limitaciones financieras como una barrera importante para recibir atención médica adecuada, con algunas personas viéndose obligadas a renunciar a tratamientos esenciales.

### *c) Resultados de las entrevistas con trabajadores y trabajadoras de la salud*

Se hicieron 6 entrevistas en profundidad a trabajadores/as del sistema de salud y trabajadores/as comunitarios/as. Según estos entrevistados/as, la comunidad Latino-hispana en Toronto enfrenta barreras significativas para acceder a servicios de salud, incluyendo barreras lingüísticas, estatus migratorio y limitaciones económicas. La pandemia de COVID-19 expuso y agravó aún más estas inequidades, destacando la necesidad de políticas más inclusivas, un mayor apoyo lingüístico y una mayor inversión en iniciativas de atención médica lideradas por la comunidad.

#### **Barrera para el acceso de la atención médica**

**Estatus Migratorio y Desafíos Burocráticos:** El estatus migratorio crea barreras sustanciales para el acceso a la atención médica, particularmente para individuos sin residencia permanente o estatus legal. Los procesos de solicitud de OHIP son largos, complejos y causan retrasos en la obtención de atención, dejando a muchos sin cobertura. Los migrantes sin documentación enfrentan los desafíos más severos, a menudo obligados a depender de servicios de emergencia como su única opción de atención médica.

**Limitaciones Económicas:** La inestabilidad económica obliga a muchos individuos Latinxs a priorizar necesidades básicas de supervivencia, como vivienda y alimentación, sobre la atención médica. La presión financiera a menudo resulta en automedicación o dependencia de fuentes de medicación informales, particularmente para el manejo de condiciones crónicas como la diabetes o la hipertensión. La atención preventiva y las intervenciones tempranas son frecuentemente descuidadas debido a otras preocupaciones vinculadas con su situación socioeconómica. La incapacidad para costear visitas médicas regulares o medicamentos recetados empeora los resultados de la salud de la población.

**Prácticas Culturales y Atención Demorada:** Muchas personas latino-hispanas dependen de remedios tradicionales, tratamientos caseros o consultas comunitarias informales antes de buscar atención médica formal. Esta preferencia cultural a menudo lleva a una intervención retrasada, ya que las personas suelen esperar hasta que las condiciones de su propia salud se vuelvan graves antes de visitar a un proveedor “formal” de atención médica. Si bien las prácticas de curación tradicionales son profundamente valoradas, la ausencia de integración con los sistemas de atención médica formales puede resultar en oportunidades perdidas para un diagnóstico y tratamiento temprano.

**Brechas en Educación en Salud:** El acceso limitado a educación en salud preventiva contribuye a diagnósticos tardíos de condiciones graves, como cáncer y enfermedades cardiovasculares. Los conceptos erróneos sobre la importancia de chequeos regulares y exámenes preventivos son generalizados, dejando a muchas personas sin conocer las señales de advertencia tempranas. Esta falta de conocimiento lleva a oportunidades perdidas para la detección y tratamiento.

# Recomendaciones

## 5. Recomendaciones para Mejorar la Equidad en la Atención Médica de la Comunidad Latino- Hispánica

La investigación revela múltiples barreras estructurales, culturales y financieras que limitan el acceso equitativo a la atención médica de calidad para la comunidad Latino-hispana. Para atender estas brechas, se proponen estrategias específicas dirigidas a gobiernos, proveedores de salud y organizaciones comunitarias.

### a. *Fortalecer la Atención Primaria y los Servicios Especializados*

- **Ampliar infraestructura sanitaria local:** Desarrollar centros de salud comunitarios, clínicas y unidades móviles en zonas con alta población Latina, reduciendo tiempos de traslado y mejorando la oportunidad en la atención.
- **Incrementar disponibilidad de médicos de familia y especialistas:** Fomentar incentivos para que más profesionales de salud trabajen en áreas desatendidas y simplificar los procesos de inscripción para personas recién llegadas, incluidos migrantes no permanentes y personas sin documentación.
- **Atención preventiva prioritaria:** Garantizar acceso asequible a vacunación (influenza, culebrilla), servicios dentales, fisioterapia y exámenes médicos esenciales (diabetes, cataratas) para prevenir enfermedades crónicas y reducir hospitalizaciones.

### b. *Reducir Barreras Lingüísticas y Mejorar la Comunicación Médico-Paciente*

- **Implementar apoyo lingüístico:** Incorporar intérpretes y personal bilingüe en todas las áreas de atención. Asegurar que los materiales informativos, formularios y señalización estén disponibles en español y otros idiomas.
- **Servicios de enlace y acompañamiento:** Capacitar y financiar a promotores de salud comunitarios que ayuden en el registro de citas, orientación en procedimientos médicos y traducción, mejorando la comprensión y adherencia a tratamientos.
- **Capacitación cultural para proveedores:** Establecer formación obligatoria y continua en competencia cultural y comunicación intercultural para el personal de salud, abordando las dinámicas familiares y prácticas tradicionales de la comunidad Latino-hispana.

### c. *Atención Específica para Mujeres latinas*

- **Servicios integrales y culturalmente competentes:** Expandir el acceso a salud ginecológica, reproductiva y mental, con profesionales capacitados en las necesidades de mujeres inmigrantes y racializadas.
- **Grupos de salud liderados por la comunidad:** Financiar programas de apoyo entre pares donde las mujeres compartan experiencias, expresen necesidades y participen en el diseño de soluciones de salud.
- **Capacitación contra sesgos de género y racismo:** Incluir módulos sobre inequidades de género y racismo estructural en la formación de profesionales para garantizar atención respetuosa y sin discriminación.

#### *d. Respuestas a las Necesidades de Adultos Mayores*

- **Accesibilidad y transporte:** Financiar programas de transporte y asegurar que todas las instalaciones médicas cuenten con infraestructura accesible (rampas, ascensores, señalización clara).
- **Consultas más largas y atención integral:** Aumentar el tiempo de consulta para abordar integralmente la situación de salud de las personas mayores.
- **Servicios de prevención y apoyo comunitario:** Ampliar el acceso a programas de actividad física, salud mental y prevención de caídas, integrados con redes de apoyo vecinal y comunitario.

#### *e. Promover la Salud y Bienestar de los Jóvenes*

- **Educación en salud adaptada y no estigmatizante:** Desarrollar programas educativos sobre salud sexual, salud mental y orientación sobre el sistema de salud. Estos deben ser accesibles, confidenciales y culturalmente relevantes.
- **Asistencia financiera para jóvenes sin seguro de salud:** Establecer subsidios y clínicas de bajo costo para garantizar acceso a atención preventiva, salud mental y servicios de salud sexual.
- **Espacios seguros y libres de estigma:** Crear entornos de atención y apoyo confidenciales, donde los jóvenes puedan plantear inquietudes sin temor al juicio.

#### *f. Atención Inclusiva para la Comunidad LGBTQ2S+*

- **Capacitación afirmativa para proveedores:** Formar a los equipos de salud en atención respetuosa y afirmativa, reduciendo estigmas y discriminación.
- **Servicios especializados y accesibles:** Ampliar el acceso a prevención de VIH, terapia hormonal, salud mental y tratamiento de consumo de sustancias en entornos seguros e inclusivos.
- **Simplificación de trámites administrativos:** Facilitar la actualización de documentos médicos y administrativos con identidad de género, y garantizar procesos claros y accesibles para la comunidad.

#### *g. Fortalecer Redes Comunitarias y Colaboración Interinstitucional*

- **Redes de derivación y divulgación activa:** Establecer conexiones entre hospitales y organizaciones comunitarias para identificar y apoyar a personas que necesitan atención, especialmente recién llegados y migrantes sin seguro.
- **Programas de educación sanitaria comunitaria:** Desarrollar campañas en español para combatir conceptos erróneos, promover la prevención y el diagnóstico temprano de enfermedades crónicas.

#### *h. Abordar Barreras Financieras y Legales*

- **Atención sin importar estatus migratorio:** Garantizar servicios médicos esenciales, incluidos de urgencia y atención preventiva, para todas las personas, independientemente de su estatus migratorio.
- **Subsidios y reducción de costos en servicios críticos:** Cubrir exámenes y tratamientos especializados y ampliar asistencia financiera para mayores y familias de bajos ingresos.
- **Defensa de derechos y apoyo legal:** Integrar servicios legales y de salud en colaboración con organizaciones comunitarias para ayudar a migrantes a navegar el sistema de salud y defender sus derechos en torno a esta atención.

## **References**

Statistics Canada. (2022b). Census Profile, 2021 Census of Population (Catalogue no. 98-316- X2021001). <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/fogs-spg/Page.cfm?dguid=2021A000235&lang=E&topic=10>

Racialized Health Working Group. (2024). Bridging health divides: A collaborative study on addressing healthcare disparities in racialized communities.

