El impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud de la población latinoamericana de habla hispana en Toronto: Un análisis de desigualdades

Canadian Mental Health Association
Toronto

Wellesley Institute
advancing urban health

AUTORES

Irma Molina, CMHA Toronto
Sarah Sanford, Wellesley Institute
Raul Oyuela, CMHA Toronto
Brenda Roche, Wellesley Institute
Frank Sirotich, CMHA Toronto

Traducción: Raul Oyuela

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los participantes (miembros de la comunidad y proveedores de servicios) por compartir generosamente sus experiencias durante los tiempos desafiantes de la pandemia.

También estamos profundamente agradecidos a los miembros del Consejo Asesor por su valiosa orientación y apoyo a lo largo de todo el proceso de investigación. Su experiencia y conocimientos han sido fundamentales para garantizar la calidad y relevancia de nuestro trabajo:

- Eusebio Garcia, Toronto Quaker Committee for Refugees
- Laura Guerrero, Latin American Covid-19 Task Force
- Silvana Hernando, Sherbourne Health, Rainbow Health Ontario
- Nadia Minian, Center for Addiction and Mental Health (CAMH)
- Ruben Rodriguez, Humber River Hospital

Agradecemos a las siguientes personas del Wellesley Institute por su apoyo y aportes a esta investigación:

- Dr. Kwame McKenzie, CEO
- Jesse Rosenberg, Director de Políticas
- Rishika Wadehra, Oficial de Políticas

Agradecemos sinceramente a United Way Greater Toronto por proporcionar el financiamiento que hizo posible esta investigación. Sin embargo, el contenido y las opiniones presentadas en este estudio son únicamente responsabilidad de los investigadores y no reflejan necesariamente las opiniones de United Way.

© CMHA Toronto, Wellesley Institute 2023

Canadian Mental Health Association
Toronto

Acerca de CMHA Toronto

CMHA Toronto, una sucursal de la Asociación Canadiense de Salud Mental, es la agencia líder en salud mental comunitaria de la ciudad. Brindamos atención accesible y de calidad a los residentes de Toronto a través de programas, investigación y defensa que fomentan el sentido de pertenencia y la esperanza.

En CMHA Toronto, adoptamos un enfoque centrado en el cliente y orientado hacia la recuperación para apoyar a las personas y sus familias cuando enfrentan desafíos de salud mental o viven con enfermedades mentales.

Al integrar la atención médica y social, proporcionamos servicios que contribuyen al bienestar a largo plazo, incluyendo vivienda, empleo, conexiones comunitarias y mucho más.

¿Nuestro objetivo? Ayudar a que todos prosperen en la comunidad.

Wellesley Institute
advancing urban health

Acerca del Wellesley Institute

El Wellesley Institute trabaja en investigación y políticas para mejorar la salud y la equidad en la salud en el Área Metropolitana de Toronto (GTA) a través de acciones sobre los determinantes sociales de la salud. Nos esforzamos por producir investigaciones aplicadas innovadoras, desarrollar habilidades y capacidades, e influir en las políticas para reducir las desigualdades en la salud.

Nuestra visión es un Toronto más saludable y equitativo para todos

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO **5**
Principales desafíos y direcciones de políticas recomendadas 5
Desafíos en el cuidado a personas dependientes 5
Acceso a servicios de salud y salud mental en línea 6
Acceso a servicios en español 7
Personas sin seguro y con estatus migratorio precario 8
INTRODUCCIÓN **9**
ANTECEDENTES **10**
La pandemia del COVID y las desigualdades en Ontario y el GTA 10
Experiencias de los latinoamericanos durante la pandemia 10
MÉTODOS **12**
Descripción de la Muestra 13
HALLAZGOS **16**
1. 1. .....
Experiencias de los participantes que tuvieron COVID-19 o cuidaron a alguien con COVID-19 16
Cuidadores 18
Participantes con estatus migratorio precario 20
2. Experiencias de los proveedores de servicios 22
Dificultades para acceder a los servicios en línea 22
Acceso a información y servicios en español 24
Latinoamericanos con estatus precario 26
Barreras para acceder a la atención médica: solicitantes de asilo latinoamericanos 27
Barreras para acceder a la atención médica: latinoamericanos sin seguro 29
DISCUSIÓN **30**
Salud y bienestar de los cuidadores informales 30
Equidad digital y acceso a servicios de salud y salud mental en línea 31
Acceso a servicios en español 32
Personas sin seguro y personas con estatus migratorio precario 34
Limitaciones de la evaluación de necesidades 35
CONCLUSIÓN **36**
REFERENCES **37**

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe presenta los resultados de una investigación sobre el impacto del COVID-19 en los latinoamericanos de habla hispana que residen en el área metropolitana de Toronto (GTA). La necesidad de esta investigación fue identificada por primera vez por miembros del Grupo de Trabajo sobre el COVID-19 en la comunidad latinoamericana de Toronto en 2021, mientras abogaban por las necesidades de las comunidades más afectadas por la pandemia.

El estudio utilizó entrevistas cualitativas semiestructuradas para explorar los desafíos experimentados por veinticuatro participantes latinoamericanos, incluyendo miembros de la comunidad y proveedores de servicios, a medida que enfrentaban los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia.

A pesar del conocimiento sobre las desigualdades en Toronto y otras áreas, la investigación sobre las perspectivas y experiencias de comunidades específicas durante la pandemia sigue siendo limitada. Comprender las experiencias de los latinoamericanos de habla hispana en Toronto puede brindar una visión de los factores que contribuyen a estas desigualdades e identificar los apoyos y servicios necesarios para abordar eficazmente estas disparidades en la fase de recuperación posterior a la pandemia.

PRINCIPALES DESAFÍOS Y DIRECCIONES DE POLÍTICAS RECOMENDADAS

El análisis identificó cuatro temas principales que arrojan luz sobre los desafíos que enfrenta la población latinoamericana de habla hispana en Toronto durante y después de la pandemia. Para abordar estos desafíos, el informe proporciona direcciones de políticas recomendadas:

Desafíos en el cuidado a personas dependientes

- La salud y el bienestar de los cuidadores se vieron afectados negativamente durante la pandemia de COVID-19.
- Los cuidadores enfrentaron mayores demandas, incluyendo mayores responsabilidades domésticas, obligaciones de trabajo a distancia y brindar apoyo emocional y de salud mental a los miembros de la familia, junto con un apoyo y recursos limitados.
- El distanciamiento físico y las medidas de confinamiento llevaron a niveles más altos de estrés y agotamiento, agravados por sentimientos de aislamiento social.
- Equilibrar las tareas diarias del hogar mientras se cuidaba a familiares enfermos presentó dificultades.

Direcciones de política recomendadas:

- **Aumentar el apoyo financiero para los cuidadores:** Las políticas de recuperación posterior a la pandemia deben incluir disposiciones de apoyo financiero para los cuidadores, especialmente para aquellos que no pueden trabajar o asumen otros riesgos financieros debido a sus responsabilidades de cuidado.
- **Establecer programas integrales de apoyo para cuidadores:** Para abordar los desafíos de salud mental y el bienestar general de los cuidadores, es necesario establecer programas integrales de apoyo para cuidadores. Estos programas deben incluir cuidado de relevo, servicios de asesoramiento y otras formas de apoyo.
- **Abordar el desequilibrio de género en el cuidado:** Las mujeres y las madres han asumido una parte desproporcionada de las responsabilidades de cuidado, especialmente durante la pandemia. Se deben establecer programas y políticas para abordar este desequilibrio de género, junto con otros factores interrelacionados (como la clase social y el estatus migratorio).

Acceso a servicios de salud y salud mental en línea

- Los usuarios de servicios de salud de habla hispana de origen latinoamericano enfrentaron dificultades con la navegación web, la accesibilidad y los problemas técnicos, lo que dificultó su acceso a la atención de salud virtual.
- Los participantes encontraron desafíos relacionados con el acceso a la tecnología (por ejemplo, dispositivos) y a internet, incluyendo barreras financieras.
- La privacidad y la seguridad, así como la falta de acceso a espacios privados para los servicios de atención virtual, fueron una preocupación para los usuarios latinoamericanos.
- Navegar por plataformas en línea y las barreras del idioma representaron una dificultad significativa para algunas personas al acceder a servicios esenciales.

Direcciones de políticas recomendadas:

- **Aumentar la inversión en acceso a internet y dispositivos digitales para comunidades desatendidas:** Los gobiernos deben priorizar la inversión en infraestructura de internet para garantizar que las comunidades con acceso limitado puedan participar en la atención virtual. Esto debe implicar iniciativas para proporcionar planes de internet y telefonía celular asequibles, así como programas para distribuir dispositivos digitales a hogares de bajos ingresos.
- **Desarrollar planes y capacitación enfocados en la equidad digital para los proveedores de atención médica:** Los sistemas de salud y los actores involucrados deben desarrollar planes claros para brindar atención virtual equitativa. Esto debe implicar medidas para garantizar que los servicios sean accesibles y culturalmente adecuados para diversas comunidades. Los planes sostenibles de atención virtual también deben tener en cuenta las disparidades económicas y los beneficios/desafíos potenciales de la transición entre servicios en persona y virtuales según los contextos individuales.

Acceso a servicios en español

- Los latinoamericanos de habla hispana enfrentaron desafíos debido a la falta de información y servicios ofrecidos en español durante la pandemia.
- Hubo una ausencia de recursos en español sobre restricciones, pautas y servicios disponibles durante los períodos de confinamiento.
- Hubo escasez de servicios de traducción e interpretación al español, así como de personal bilingüe (inglés-español) en servicios de salud y comunitarios, y muchos latinoamericanos experimentaron largos tiempos de espera para acceder a proveedores de atención médica que hablan español.
- Hubo escasez de trabajadores bilingües en hospitales y grandes organizaciones ubicadas en áreas con una alta población de recién llegados e inmigrantes.

Direcciones de políticas recomendadas:

- **Aumentar el número de intérpretes profesionales:** Los entornos de atención médica deben contar con recursos para emplear intérpretes profesionales capacitados y calificados para traducir en contextos de atención médica.
- **Abogar por servicios de interpretación lingüística consistentes y estandarizados:** Los esfuerzos de promoción deben continuar para impulsar servicios de interpretación lingüística consistentes y estandarizados en el sistema de atención médica de Ontario.

Personas sin seguro y con estatus migratorio precario

- Los latinoamericanos con estatus migratorio precario enfrentaron un mayor riesgo de contraer COVID-19 debido a condiciones sociales y económicas como viviendas superpobladas, trabajos esenciales de cara al público y la falta de días pagados por enfermedad. Muchas personas retrasaron la búsqueda de atención médica debido al miedo o la falta de conocimiento sobre el sistema de atención médica.
- Los refugiados encontraron barreras para acceder a servicios de atención médica bajo el Programa de Salud Federal Interino (IFHP), incluyendo ser rechazados en clínicas y la falta de conocimiento en las clínicas sobre la elegibilidad para la cobertura.
- Se identificaron barreras para acceder a servicios de salud mental para este grupo, incluyendo la falta de cobertura de salud mental de OHIP para solicitantes de refugio una vez que se les otorgó el estatus.
- Los latinoamericanos sin estatus legal enfrentaron barreras significativas para buscar atención médica o hacerse pruebas en centros de atención médica debido al miedo a la deportación o la separación de la familia.

Direcciones de políticas recomendadas:

- **Aumentar el conocimiento y el acceso a programas de atención médica:** Aumentar el conocimiento sobre los programas y servicios de atención médica disponibles para refugiados, residentes sin seguro y grupos marginados, incluyendo trabajadores temporales o precarios. Utilizar programas de divulgación comunitaria, campañas de educación pública y asociaciones con organizaciones locales de asentamiento de inmigrantes no médicas para difundir información de manera efectiva.
- **Restablecer el Programa de Servicios Médicos y Hospitalarios para Personas Sin Seguro:** Restablecer y estandarizar el Programa de Servicios Médicos y Hospitalarios para Personas Sin Seguro en hospitales de Ontario. Establecer procesos de facturación claros para agilizar la provisión de servicios a personas sin seguro.
- **Aumentar la financiación para centros de salud comunitarios y clínicas de salud para personas sin seguro:** Aumentar la financiación para centros de salud comunitarios y clínicas de salud que atienden a personas sin seguro para mejorar el acceso a servicios de atención primaria para personas sin seguro. Asegurarse de que estos centros y clínicas estén adecuadamente equipados para satisfacer las necesidades de las poblaciones objetivo y apoyar la colaboración con organizaciones de asentamiento de inmigrantes que atiendan a poblaciones similares.
- **Educar a los profesionales de la salud:** Brindar una capacitación integral a los profesionales de la salud sobre las opciones de atención médica disponibles para personas sin seguro. Asegurarse de que los profesionales de la salud cuenten con los conocimientos y habilidades necesarios para brindar atención adecuada a esta población.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19 ha tenido un profundo impacto en las comunidades de toda el área metropolitana de Toronto (GTA), exacerbando las desigualdades existentes en servicios de salud, sociales y factores económicos. Entre los más afectados se encuentran las poblaciones históricamente marginadas, incluyendo comunidades racializadas,[1] inmigrantes, refugiadas y personas recién llegadas.[2] Los Latinoamericanos en Toronto, en particular, han sido desproporcionadamente afectados.

De hecho, los latinoamericanos, al igual que muchas otras poblaciones racializadas e inmigrantes, tienen más probabilidades de experimentar condiciones de vida y trabajo inadecuadas, lo que los hace más vulnerables al COVID-19.[3,4] Esto incluye factores como ingresos más bajos y empleo precario,[5,6] acceso limitado a servicios de salud y sociales, presión y estrés causados por el racismo estructural y la discriminación,[7,8] dificultades para limitar la exposición al COVID-19 debido a las actividades laborales esenciales y a los desafíos en el distanciamiento físico.[9] A pesar de estos desafíos significativos, existe una falta de investigación sobre el impacto específico de la pandemia en la población latinoamericana en Toronto.

Este informe presenta los resultados de una evaluación de necesidades realizada por la Asociación Canadiense de Salud Mental (CMHA, por sus siglas en inglés) - Rama de Toronto y el Instituto Wellesley. La necesidad de investigar sobre el impacto del COVID-19 en la población latinoamericana fue identificada por primera vez por miembros del Grupo de Trabajo COVID-19 de Latinoamérica en Toronto[10] en 2021, mientras abogaban por las necesidades de los grupos y comunidades más afectados por la pandemia, incluyendo un mejor acceso a las vacunas y abordajes de salud pública, culturalmente apropiados.

Esta evaluación de necesidades explora las experiencias de los latinoamericanos que contrajeron COVID-19, tuvieron familiares y amigos enfermos por el virus y/o brindaron servicios a los latinoamericanos en GTA. El informe proporciona información sobre las necesidades físicas y mentales de los latinoamericanos durante la pandemia, incluyendo los desafíos que enfrentaron y los apoyos a los que accedieron. Además, el informe destaca las barreras que impidieron el acceso a los apoyos necesarios e identifica algunas direcciones para promover la provisión de servicios equitativos y apropiados para esta población.

ANTECEDENTES

LA PANDEMIA DEL COVID Y LAS DESIGUALDADES EN ONTARIO Y EL GTA

La pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental y el bienestar de la población en Ontario.[11,12] Además del estrés del aislamiento social debido a dos años de medidas de distanciamiento físico,[13] las personas han tenido que lidiar con el cambio de circunstancias, como la realización de trabajos esenciales a distancia o en persona,[14] y el aumento de las responsabilidades de cuidado de niños dependientes, familiares enfermos y personas con discapacidades y otras necesidades.[15]

A pesar de las dificultades compartidas, rápidamente quedó claro que los impactos en la salud y en los factores sociales y económicos variaban en toda la población. Algunas inequidades importantes se han manifestado en términos de la carga de riesgo y los resultados de la infección por COVID-19. Estas inequidades son el resultado de la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud, la información y los recursos, y la capacidad reducida de algunos grupos para acceder a estrategias de protección y tratamientos.[16]

La investigación en Canadá ha demostrado que las poblaciones racializadas y de bajos ingresos experimentan tasas más altas de infección[17] y mortalidad[18] por COVID-19. Al inicio de la pandemia, los vecindarios con mayor proporción de población de bajos ingresos, poblaciones inmigrantes y racializadas, así como viviendas más abarrotadas y en condiciones deficientes, representaron tasas desproporcionadamente altas de COVID-19 en Ontario y Toronto.[19,20,21,22] De hecho, las personas racializadas en Toronto representaron aproximadamente dos tercios de los casos y hospitalizaciones reportados de COVID-19 hasta diciembre de 2021.[23] Los trabajadores racializados están sobrerrepresentados en ciertas ocupaciones esenciales que han soportado una carga desigual de transmisión y muertes durante la pandemia.[24,25]

La pandemia ha amplificado aún más la necesidad de abordar las inequidades en la atención médica. Las barreras preexistentes para la atención médica se hicieron aún más evidentes durante la pandemia, con inequidades marcadas en las tasas de pruebas de COVID-19 y el acceso a las vacunas para las poblaciones marginadas en Ontario.[26,27] Inicialmente, las tasas de vacunación eran más bajas en vecindarios de bajos ingresos, con más residentes racializados, inmigrantes, trabajadores esenciales y que vivían en viviendas abarrotadas.[28] La investigación sobre la pandemia también ha demostrado que las poblaciones afrodescendientes y trans y no binarias experimentaron barreras considerablemente altas para acceder a una atención culturalmente segura en Canadá.[29,30] También se han documentado dificultades para acceder a otras formas de atención médica, incluida la salud mental, para algunos grupos (por ejemplo, inmigrantes racializados).[31]

Experiencias de los latinoamericanos durante la pandemia

A pesar de que los grupos racializados y de bajos ingresos han soportado la carga de las

inequidades de la pandemia en Toronto, Ontario y Canadá en general, siguen existiendo brechas en el conocimiento sobre las experiencias de subpoblaciones específicas durante este tiempo. Un ejemplo es el de la población latinoamericana, que se vio particularmente afectada con tasas más altas de infecciones, hospitalizaciones y muertes por COVID-19.[i]

Según el censo de 2021, 156.455 latinoamericanos residen en Toronto,[32] aunque algunas fuentes sugieren que el número es en realidad más alto. En Toronto, el 3% de la población se identifica como latinoamericana, sin embargo, el 8% de todos los casos de COVID-19 entre mayo de 2020 y marzo de 2021 correspondieron a este grupo.[33] Durante este tiempo, los inmigrantes latinoamericanos tuvieron la segunda tasa de mortalidad más alta entre las comunidades de inmigrantes en Canadá.[34] Los latinoamericanos, al igual que otros grupos racializados, también han tenido una tasa de vacunación más baja que los residentes no racializados en Ontario.[35]

Además del riesgo que representa el virus y las barreras para acceder a la atención médica, la pandemia representó también un momento de dificultades financieras para muchos, ya que algunos sectores despidieron empleados o redujeron las horas de trabajo. En 2020, los latinoamericanos experimentaron tasas de desempleo significativamente más altas en comparación con la población no racializada en Canadá (13,9% frente al 9,4%).[36] Otras investigaciones muestran que este grupo enfrenta mayores barreras para tener una seguridad económica en comparación con el resto de la población en Canadá.[37] Aunque las medidas de emergencia del gobierno, como el Beneficio Canadiense de Recuperación de Emergencia (CERB, por sus siglas en inglés), fueron útiles para algunos trabajadores, otros enfrentaron desafíos para acceder a estos apoyos.[38,39]

La investigación sobre las experiencias de los miembros de poblaciones racializadas en Toronto encontró que los factores estresantes de la pandemia, incluidos aquellos relacionados con la disminución de la seguridad económica (por ejemplo, bajos ingresos y vivienda inestable), tuvieron un impacto sustancial en la salud mental y el bienestar de las personas.[40,41,42] Los latinoamericanos en Canadá autoevaluaron su salud mental de manera más baja que la población no racializada durante la pandemia, con una disminución significativa en una alta calificación de salud mental desde el otoño de 2020 hasta finales de 2021 y principios de 2022 (del 68% al 43%). Esto representó una mayor disminución en comparación con otros grupos racializados en Canadá.[43]

También se tiene un conocimiento limitado de los desafíos que enfrentan grupos específicos dentro de la población latinoamericana. La investigación cualitativa sobre las muertes de trabajadores agrícolas migrantes de México, el Caribe y América Central en

---

i La población latinoamericana en Canadá es muy diversa, con personas provenientes de diferentes países de origen y antecedentes sociodemográficos. El término “latinoamericano” se utiliza generalmente para describir a grupos e individuos que rastrean sus raíces históricas, familiares, étnicas y culturales en la región geográfica colonizada por los estados españoles, portugueses y franceses, que abarca México, América Central, América del Sur y partes del Caribe. En sus definiciones, Statistics Canada y otras instituciones gubernamentales utilizan “latinoamericano” como una categoría de identidad de “minoría visible” y tienden a incluir América Central y del Sur, pero excluyen algunas naciones caribeñas, donde las personas también pueden identificarse como latinoamericanas. Para este estudio, la definición también se limita a individuos de habla hispana, debido a las habilidades lingüísticas del equipo de investigación.

Ontario en 2020-21 reveló que las condiciones deficientes de monitoreo de la atención médica, cuarentena y aislamiento, además de los desafíos para acceder a la atención médica, fueron algunos de los principales factores que contribuyeron a la mayor vulnerabilidad y muertes potencialmente prevenibles de estas personas.[44]

La investigación existente indica que los latinoamericanos han sido afectados de manera desproporcionada por la pandemia en comparación con la población general. Sin embargo, quedan preguntas sobre por qué este grupo enfrenta un mayor riesgo y peores resultados de salud y otros en comparación con el resto de la población. La investigación sigue siendo limitada sobre las perspectivas y experiencias de comunidades específicas durante la pandemia, a pesar del conocimiento sobre las inequidades en Toronto y en otros lugares. Comprender las experiencias de los latinoamericanos de habla hispana en Toronto puede arrojar luz sobre los factores que contribuyen a las inequidades, así como sobre los apoyos y servicios necesarios para responder mejor a estas desigualdades después de la pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Esta investigación explora las experiencias de los latinoamericanos de habla hispana que han contraído COVID-19 o que cuidaron a alguien con COVID-19 en Toronto durante la pandemia. Se estableció un grupo asesor comunitario al inicio del proyecto. El grupo asesor incluyó a latinoamericanos en el GTA que tienen antecedentes de participación en la prestación directa de servicios comunitarios y/o defensa relacionada con la población latinoamericana. La investigación se benefició de los aportes del grupo asesor durante etapas clave del estudio, incluyendo el diseño y reclutamiento, el análisis e interpretación de los hallazgos y la planificación para la movilización del conocimiento.

Para explorar los desafíos enfrentados por los miembros de esta comunidad para hacer frente a los impactos relevantes en la salud, lo social y lo económico del COVID-19, incluyendo la disponibilidad de apoyos y las experiencias con servicios de salud y otros, se llevaron a cabo entrevistas cualitativas semiestructuradas tanto con miembros de la comunidad como con proveedores de servicios de salud y servicios sociales que atienden a la comunidad.

Los participantes de la comunidad fueron incluidos en el estudio si se auto identificaban como latinoamericanos, hablaban español, residían en el GTA, tenían 18 años de edad o más, habían contraído COVID-19 desde principios de 2020 o habían cuidado a alguien que contrajo COVID-19. Por su parte, los proveedores de servicios fueron incluidos en el estudio si brindaron servicios de salud o sociales a la comunidad latinoamericana durante la pandemia.

Los miembros del equipo de investigación y del grupo asesor comunitario reclutaron a los participantes del estudio a través de sus redes utilizando materiales de reclutamiento como volantes. Además, para las entrevistas con proveedores de servicios, el equipo de investigación identificó posibles participantes en función de su experiencia y los invitó a participar en el estudio a través de cuentas de correo electrónico de acceso público

vinculadas a las organizaciones donde trabajaban.

Las personas interesadas en participar en el estudio se pusieron en contacto con uno de los miembros del equipo de investigación por correo electrónico o teléfono y se realizaron evaluaciones para determinar su elegibilidad. Se utilizó una estrategia de muestreo intencional para intentar aumentar la representación diversa de los participantes, según el género auto identificado, la orientación sexual, el lugar de nacimiento o la edad.

La recolección de datos fue coordinada y llevada a cabo por el Proyecto de Evaluación de Programas entre Pares (PPEP) de CMHA, el cual contrata y capacita a personas con experiencias vividas de desafíos de salud mental y adicciones (pares) para realizar evaluación de programas e investigación comunitaria.

Las entrevistas se llevaron a cabo de septiembre a diciembre de 2022. Casi todas las entrevistas se realizaron en español, mientras que dos entrevistas con proveedores de servicios se llevaron a cabo en inglés. Las entrevistas se realizaron por teléfono o video llamada y se grabaron y transcribieron de manera textual.

Las entrevistas con los participantes exploraron las necesidades de salud física y mental, los desafíos sociales y económicos que enfrentan los latinoamericanos, las experiencias de acceso al sistema de atención médica y los servicios comunitarios, y las barreras y brechas en los servicios y apoyos.

Las transcripciones de las entrevistas fueron analizadas por el equipo del proyecto utilizando un enfoque de análisis temático.[45] El análisis involucró una técnica inductiva en la que se generaron códigos emergentes utilizando un enfoque sistemático y derivados directamente de los datos. Primero, los datos se organizaron según una lista de códigos temáticos, se discutieron dentro del equipo del proyecto y los códigos se revisaron y aplicaron en todas las transcripciones. A medida que el análisis avanzaba, los códigos se agruparon en temas más amplios, que luego se organizaron y refinaron con una interacción continua con los datos.

La investigación recibió la aprobación ética de la Oficina de Ética en Investigación Comunitaria, Centro de Investigación Basada en la Comunidad, en agosto de 2022 (REB # 2022-258).

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra incluyó un total de veinticuatro participantes latinoamericanos. Quince compartieron sus experiencias de haber tenido COVID-19 o de cuidar a alguien que lo tuvo, y diez compartieron sus experiencias brindando servicios a la población latinoamericana. Un participante compartió sus experiencias como cuidador y proveedor de servicios.

La Tabla 1 proporciona un resumen de las principales características sociodemográficas de los participantes que contrajeron COVID-19 o que cuidaron a un familiar o amigo que lo contrajo. La mayoría en este grupo tenía entre 40 y 50 años, con ocho identificándose como mujeres y siete como hombres. Ninguno de los participantes se identificó fuera del espectro de género binario. La mayoría se identificó como heterosexual, con uno

identificándose como gay y otro como queer.

La mayoría de los participantes en este grupo nacieron fuera de Canadá y provenían de países como Chile, Colombia, Cuba, El Salvador, Honduras y México. En el momento de las entrevistas, cinco participantes llevaban de 1 a 5 años en Canadá (recién llegados), y ocho llevaban diez años o más en el país. La mayoría de los participantes informaron que aprendieron español en casa durante su infancia y aún entendían el idioma. Un participante informó que su lengua materna era una lengua indígena.

En cuanto a la cobertura de seguro de salud, la mayoría de los participantes estaban cubiertos por el OHIP, mientras que dos estaban cubiertos por el Programa de Salud Federal Interino (IFHP), uno por el Plan de Seguro de Salud Universitario (UHIP) y uno no tenía seguro. En cuanto a los ingresos, seis participantes informaron que sus ingresos no cubrían sus necesidades.

En cuanto a los proveedores de servicios, las áreas de servicio incluían trabajo social, cuidado de jóvenes, asistencia personal, enfermería, administración de la salud, servicios familiares, consejería, psicoterapia y trabajo clínico de salud mental.[ii]

ii El IFHP es un programa de seguro de salud temporal para refugiados, personas protegidas y solicitantes de asilo en Canadá. UHIP es el plan obligatorio para aquellos que trabajan y estudian en universidades en Ontario y no tienen cobertura.

Tabla 1: Participantes que tuvieron COVID-19 o cuidaron a alguien con COVID-19

Características		No. (%) de entrevistas Total: 15
Edad	20s-30s	5 (33)
	40s-50s	8 (53)
	70s-80s	2 (13)
Género	Femenino	8 (53)
	Masculino	7 (47)
Orientación sexual	Gay	1 (7)
	Queer	1 (7)
	Heterosexual	13 (86)
Lugar de nacimiento	Canadá	2 (13)
	Chile	1 (7)
	Colombia	2 (13)
	Cuba	2 (13)
	El Salvador	1 (7)
	Honduras	1 (7)
	México	6 (40)
Años en Canadá	Nacido en Canadá	2 (13)
	1–5	5 (33)
	10 +	8 (53)
Lenguaje aprendido en casa y aún entendido	Español	14 (93)
	Lenguaje indígena	1 (7)
Seguro de salud	OHIP	11 (73)
	IFH (Programa Federal de Salud Provisional)	2 (13)
	Plan de seguro médico universitario (UHIP)	1 (1)
	Sin seguro	1 (1)
Ingreso suficiente para cubrir necesidades	Si	9 (60)
	No	6 (40)

HALLAZGOS

A través del análisis se identificaron cuatro temas principales. Estos temas incluyeron 1) los desafíos particulares enfrentados por los cuidadores a personas dependientes, 2) el acceso limitado a servicios de salud y salud mental en línea, 3) la falta de servicios disponibles en español, y 4) las barreras experimentadas por las personas con estatus migratorio precario.[iii]

Los participantes que contrajeron COVID-19 o cuidaron a alguien afectado por él, enfatizaron los primeros y últimos temas, mientras que los temas segundo, tercero y cuarto fueron discutidos predominantemente por los proveedores de servicios.

Con el fin de representar adecuadamente las perspectivas distintas de ambos grupos de participantes, los hallazgos de cada grupo se presentan en dos secciones separadas. La primera sección se centra en las experiencias compartidas por los participantes que contrajeron COVID-19 o cuidaron a alguien afectado por él. Esta sección destaca las experiencias de los cuidadores y los participantes con estatus migratorio precario.

En la segunda sección, el enfoque se desplaza hacia el análisis de los conocimientos de los proveedores de servicios. Esta sección resalta los desafíos relacionados con el acceso a la atención virtual, la disponibilidad limitada de servicios en español y las dificultades que enfrentan los latinoamericanos con estatus migratorio precario al buscar servicios de atención médica.

En general, las experiencias y perspectivas de los participantes brindan información valiosa sobre los problemas sistémicos y las barreras que deben abordarse para mejorar el acceso a la atención médica y la equidad para las comunidades desatendidas.

1. 1. EXPERIENCIAS DE LOS PARTICIPANTES QUE TUVIERON COVID-19 O CUIDARON A ALGUIEN CON COVID-19

Los participantes del estudio compartieron algunas de las formas en que la pandemia afectó sus vidas. La mayoría se sintió desconectada socialmente de la comunidad, lo que llevó a muchos a sentirse separados de los sistemas de apoyo. Muchos participantes informaron la falta de acceso a información de salud importante y describieron la falta de información disponible en español sobre restricciones y servicios de salud disponibles.

Las medidas de confinamiento y las medidas relacionadas con la salud pública tuvieron consecuencias adicionales para las personas. Algunos participantes informaron una reducción en las horas de trabajo o la pérdida de empleo. Otros describieron tener que mudarse con familiares poco solidarios o compartir alojamiento con extraños. Además,

iii El estatus precario se refiere a individuos que tienen un estatus migratorio que no es permanente ni garantizado. En Canadá, el estatus precario incluye a trabajadores temporales, estudiantes y solicitantes de refugio que están documentados oficialmente, así como aquellos que tienen formas no autorizadas de estatus, como personas con visas y permisos vencidos, solicitantes de refugio cuya solicitud fue denegada y entradas sin documentación. [Referencia: L. Goldring, C. Berinstein y J. Bernhard's (2009). "Institutionalizing Precarious Immigration Status in Canada" en Citizenship Studies 13(3):239-265].

muchos participantes informaron un aumento en la presión y las responsabilidades en el hogar y la familia, especialmente para los cuidadores.

Los participantes también discutieron los desafíos que enfrentaron durante el tiempo en que tuvieron COVID-19 o cuidaron a familiares o amigos que estaban enfermos de COVID-19. Aquellos que estaban enfermos informaron de síntomas graves, como diarrea persistente, dolor abdominal y vómitos, lo que a menudo provocaba sentimientos de desesperanza, especialmente entre aquellos que estaban postrados en cama. Dos participantes, por ejemplo, contaron las dificultades que enfrentaron sus familiares después de contraer el virus. Sufrieron de fiebre alta, dolores de cabeza, dolor en el cuerpo y dificultad para respirar. Además, un familiar mayor de un participante, que era diabético, experimentó diarrea severa durante más de un mes, lo que dificultó aún más el proceso de recuperación:

> *"Estuvimos con mucha fiebre y como tres o cuatro días sin comer casi nada. Con mucho dolor de cabeza, mucha fiebre, dolor del cuerpo, y dolor de huesos… Nos sentíamos muy pero muy muy mal, porque llega un punto en que yo sentía que ya no podía ni respirar, o sea, me costaba hasta respirar."*
>
> *"mi papá se enfermó muy feo con el virus porque le atacó el estómago. Tuvo unas diarreas horribles que no se contenían por más de un mes. Y él es diabético y entonces nos asustamos mucho porque se descompensó muchísimo. Entonces él fue el que más tardó en recuperarse. Se demoró como un mes aproximadamente."*

La mayoría de los participantes enfatizaron la importancia del apoyo informal de familiares y amigos cercanos que brindaron ayuda con actividades cotidianas, como proporcionar alimentos cocinados, compras de comestibles, medicamentos y remedios caseros. También ofrecieron apoyo emocional durante estos tiempos difíciles.

Los participantes también discutieron el impacto de la pandemia en la salud mental y el bienestar. Describieron experiencias de estrés, ansiedad, miedo, tristeza y soledad, especialmente cuando estaban infectados con COVID-19 o cuidando a otras personas enfermas. También experimentaron preocupación por los familiares y amigos enfermos, así como sentimientos de pérdida y duelo por aquellos que fallecieron debido a COVID-19. Tres participantes, en particular, hablaron de su intensa ansiedad y miedo debido a preocupaciones sobre contraer el virus, el impacto que el aislamiento prolongado y el estrés tuvieron en su salud mental y física, y la gravedad de la depresión que llevó a pensamientos suicidas:

> *"Cuando tenía que ir a comprar o ir al súper, empezaba el ataque [de ansiedad]. Ya no podía ni entrar en la tienda porque ya sabía que no podía respirar. Y si fue muy difícil, porque yo decía 'me voy a desmayar, me voy a desmayar.' O sea, como tus sentimientos no poderlos controlar. Pues, la verdad, yo sentía que me iba a morir; se siente horrible, o sea, lo más preocupante para mí es porque un familiar mío murió de cóvid… así como muchas personas están muriendo, yo no quería ser una más de esas personas. Creo que eso fue lo más difícil."*
>
> *"Más que nada pase como con depresión y la ansiedad. Y empecé con eso por*

tanto encierro. Luego se me empezó a caer el cabello y [sentía] ansiedad, estrés y dolor de cuerpo, algo tan horrible. Y pues si fue como muy muy difícil."

"[Tuve] Muchos sentimientos de depresión como jamás había yo antes sentido en mi vida. Bastante severa la depresión, o sea, pensamientos suicidas y de ahí ya ustedes podrán imaginarse."

Los participantes del estudio informaron que siguieron las recomendaciones de salud pública de quedarse en casa durante el tiempo en que estuvieron enfermos de COVID-19. Solo una pequeña minoría que experimentó síntomas graves buscó atención médica, acudiendo a médicos de familia o departamentos de emergencia de hospitales. La mayoría de los participantes (13 de 15) ya habían sido vacunados en el momento en que contrajeron COVID-19. La mayoría informó haber accedido a la vacuna a través de clínicas comunitarias que ofrecían traducción al español y no requerían OHIP. En cuanto al apoyo formal, solo un participante informó haberse beneficiado del Beneficio Canadiense de Respuesta de Emergencia (CERB), mientras que dos accedieron a apoyo de salud mental (terapia) a través del IFHP.

Si bien la mayoría de los participantes compartieron experiencias similares, dos grupos enfrentaron desafíos específicos. En primer lugar, los cuidadores se vieron muy afectados por la pandemia. Lucharon con responsabilidades aumentadas y apoyo limitado mientras cuidaban a familiares enfermos. La mayoría de los cuidadores en el estudio se identificaron como mujeres y madres. En segundo lugar, los participantes con estatus precario también enfrentaron desafíos únicos, que incluyeron procesos de inmigración retrasados, separación de la familia y barreras para acceder a la atención médica. Las secciones a continuación brindan información sobre las experiencias de estos dos grupos durante la pandemia, destacando los diversos desafíos que enfrentaron y cómo impactó en sus vidas.

Cuidadores

La pandemia planteó desafíos significativos para los cuidadores, incluyendo responsabilidades y demandas aumentadas, apoyo y recursos limitados, y un mayor estrés y agotamiento. En el contexto de los cierres y restricciones de movimiento de salud pública, los cuidadores informaron sentirse abrumados y exhaustos por equilibrar múltiples responsabilidades, como el trabajo y el cuidado de familiares enfermos.

La pandemia agregó capas de presión a los roles y responsabilidades de cuidado existentes. Además de tener una mayor responsabilidad, algunas personas describieron experiencias de aislamiento en las que estaban desconectadas de sus redes de apoyo. Un participante que cuidaba de dos hijos experimentó aislamiento después de separarse de su pareja:

"Me separé, como la primera semana de la pandemia. Y tuve que mudarme de la casa con mis dos hijos... el COVID lo hizo más difícil porque había un elemento de aislamiento de mis compañeros de trabajo, de mis colegas y de poder visitar a la familia o que la familia viniera a visitar la casa."

El aumento de las responsabilidades de cuidado debido al cierre de escuelas y otras

instituciones se volvió más difícil debido a la repentina separación de las personas de su familia, conexiones sociales y profesionales que anteriormente podrían haber brindado apoyo importante.

La separación física también limitó la capacidad de algunas personas para cuidar a otros como solían hacerlo antes de la pandemia. Una participante describió que no podía cuidar de su madre y hermano, además de sus hijos, mientras estaba enferma:

> *"Y para mí fue muy difícil porque durante el tiempo en que estaba cuidando de mis hijos y también cuando estaba enferma, no pude ir a ver a mi mamá. Y [normalmente] la visito todos los días [ya que se encuentra] en atención compleja. Por lo tanto, cuidar de otros miembros de la familia (mis hijos que estaban afectados por COVID y luego yo misma) impactó en gran medida mi capacidad para cuidar de alguien más... También tengo un hermano inmunocomprometido."*

Los cuidadores describieron tener que lidiar con sus propias preocupaciones de salud mientras cuidaban a los demás. La mayoría contrajo COVID-19 poco antes, durante o después de cuidar a familiares enfermos, lo que añadió presión física y emocional, amplificando las dificultades existentes dentro del hogar. Una madre describió el intenso dolor físico y angustia que experimentó mientras intentaba preparar comidas para sus hijos enfermos y aliviar sus síntomas:

> *"Porque al ver a mis dos hijos enfermos y nosotros [mi esposo y yo] también… aun así, yo me levantaba y pues si no había nadie afuera en la cocina, pues yo iba con la cubre bocas y así como me sentía fatal preparaba algo para que ellos comieran... Y pues yo lo tenía que hacer, o sea, al fin de cuentas yo lo hacía y yo pues a veces ni dormía. Y así con el dolor de cuerpo, la fiebre que tenían, yo les ponía paños en la frente, en la panza, en las piernas."*

Esta madre luchó por atender las necesidades físicas de su familia enferma mientras también padecía COVID-19. También expresó que habría estado menos angustiada si hubiera recibido ayuda; en sus palabras, "al menos alguien que pudiera llevarles un plato de comida" o apoyo económico "para poder recibir alimentos entregados" a su puerta.

Los cuidadores informaron una dificultad intensificada para realizar las tareas diarias del hogar y tratar de limpiar los espacios compartidos para prevenir la propagación de la infección. Algunos cuidadores compartieron sus experiencias de tener que asumir tareas adicionales, como sacar más basura, lavar los platos con agua caliente y desinfectar los baños con frecuencia:

> *"Y entonces, para mí era agobiante porque en la medida que se iban sumando miembros de la familia me iba quedando yo sola para atender a todos los demás que estabas enfermo. Entonces era yo, sacando las bolsas llenas de papeles con los que se soplaban la nariz, todos los Kleenex… Sacando la basura. Tenía que lavar todos los platos, todo lo que ellos utilizaban los lavaba con agua súper caliente que me quemaba las manos."*

> *"Mi vida se multiplicó por no sé cuántas veces en cantidad de horas de trabajo… El baño, cada vez que iba uno de ellos al baño, yo lavaba el baño completo con todo,*

con desinfectante… pero ya se fueron sumando primero uno, después eran dos y tres, y después ya fueron los cuatro [que estaban enfermos].”

Otros desafíos incluyeron equilibrar las responsabilidades del trabajo doméstico y remoto, así como brindar apoyo emocional a los miembros de la familia. Algunos tuvieron que lidiar con los problemas de salud mental de sus familiares, especialmente los niños que se vieron afectados por el confinamiento y las medidas de distanciamiento social:

> *“Fue como difícil lidiar con todos los problemas mentales de la familia, de los hijos que estaban encerrados. La situación se hacía insostenible porque en toda la casa afectaba toda la vida social… internamente uno sentía mucho miedo al salir, al tocar una puerta, tocar la ropa, tocar todo, era como aquel miedo de que ‘no puedo tocar esto, si lo toco, me lavo incluso las manos.’ Llegamos a tener hasta cortadas de tanto líquido de alcohol que nos poníamos en la mano. Los niños, imagínate, los niños encerrados todo el tiempo.”*

Esta cita resalta el impacto que la pandemia tuvo en algunas familias, especialmente en términos de afectar negativamente la salud mental y aumentar los temores y el aislamiento social. Los cuidadores enfrentaron una mayor carga de responsabilidad en condiciones de pandemia y en general señalaron la falta de apoyo que recibieron al cuidar de sí mismos y de los demás durante este tiempo.

Participantes con estatus migratorio precario

La cuestión del estatus migratorio precario se planteó en las entrevistas como un desafío único para algunos latinoamericanos que viven en Toronto. Dos participantes que eran solicitantes de asilo describieron desafíos adicionales que experimentaron durante la pandemia. Estos incluyeron retrasos en los procesos de audiencia de inmigración, restricciones de viaje y barreras para acceder a servicios de atención médica, incluida la discriminación.

Durante los primeros años de la pandemia, hubo importantes retrasos en los tiempos de procesamiento de inmigración, refugio y ciudadanía por parte del gobierno. Esta espera significó que algunas personas que vivían sin estatus migratorio permanente quedaran en un estado de incertidumbre. Un participante informó que el retraso en su audiencia de solicitud de asilo durante más de dos años lo dejó frustrado e inseguro:

> *“Frustrado, pues porque también otro aspecto que nos frustró fue que nuestra audiencia de inmigración la suspendieron, nuestro caso se suspendió 2 años más. Porque nosotros tuvimos nuestra audiencia hasta este año [2022], hasta febrero de este año, desde que venimos en el 2018. Entonces eso nos ha tendido más frustrados todavía. Porque no podemos hacer nada, pues no podemos salir del país. No hay forma de cómo agilizar el proceso, no hay donde llamar. Cuando llamo no contestan. Estábamos como en el limbo.”*

Tener que esperar dos años adicionales para una audiencia significaba no poder hacer planes y dejó a este participante sintiéndose impotente. Otro problema que afectaba a estos participantes eran las restricciones de viaje que experimentaron. Ambos compartieron

el dolor de perder a alguien en el extranjero y experimentar separación familiar durante la pandemia debido a su estatus migratorio:

> *"Al principio del 2021 yo perdí a mi papá, él falleció de COVID en mi país…eso me afectó bastante, pues porque obviamente mi estatus migratorio es claramente refugio, entonces yo no puedo salir del país…[me sentí] agobiado, frustrado, decepcionado, porque pensé dejarlo todo y regresarme a mi país. Pero no podía porque los aeropuertos no estaban funcionando. Entonces, básicamente [estaba] con las manos atadas en todos los aspectos."*

> *"[la pandemia y el cierre de fronteras] la verdad ha sido lo más, pero lo más difícil… ver que no podía yo traer a mis hijos. Y lo más complicado, pues, era estar tan lejos y luego sin poder entrar. Ellos entraron [al país] después de casi tres años. La verdad, sí fue muy difícil, porque tanto tiempo, estar separada [de mis hijos] y sin poder hacer nada, si me fue muy difícil."*

La incapacidad para viajar a su país de origen para lamentar la pérdida de familiares y la separación prolongada de sus hijos debido a restricciones relacionadas con el estatus migratorio y los viajes durante la pandemia fue extremadamente impactante para el primer participante. Estas experiencias fueron muy difíciles de afrontar para los participantes y socavaron su salud mental y bienestar.

Los solicitantes de asilo también describieron dificultades para acceder a servicios de salud. Las personas con estatus de refugiado tienen derecho a acceder a atención médica a través del Programa de Salud Federal Interino (IFHP, por sus siglas en inglés). El acceso a los servicios de salud bajo este programa está relacionado con requisitos administrativos específicos que pueden funcionar como barreras para la atención. Como señalaron dos participantes, algunos proveedores de salud se mostraban reacios a brindar servicios bajo este programa:

> *"Es complicado, pues porque incluso cuando nosotros vamos a hacernos un examen, cuando nosotros vamos a hacernos una radiografía o cualquier procedimiento, si mostramos nuestro papel marrón [IFHP]… [a los proveedores de salud] no les gusta pues porque nos dicen 'si traen una de estas hojas, eso es más proceso para nosotros… es más tardado para nosotros."*

> *"A veces sentimos que nos atienden de mala gana porque nos han dicho así, con las palabras textuales: 'este proceso para nosotros es más complicado' o 'a veces el gobierno no nos paga, entonces por eso nosotros no aceptamos esta hoja marrón'; aquí se le dice así 'hoja marrón'…es una hoja grande, con nuestra foto y fecha de nacimiento."*

Si bien los solicitantes de asilo enfrentaron desafíos relacionados con los requisitos administrativos para acceder a servicios de atención médica a través del IFHP, aquellos sin cobertura de OHIP enfrentaron aún mayores barreras para acceder a la atención. En dos casos, por ejemplo, participantes sin cobertura de OHIP compartieron que no buscaron atención médica en el hospital, incluso cuando experimentaban síntomas graves. Una participante que desconocía la medida temporal del Gobierno de Ontario para extender

la atención médica a residentes sin seguro durante la pandemia compartió su angustia al experimentar síntomas respiratorios graves y tener acceso limitado a la atención médica:

> *"Le dije a la persona que estaba conmigo cuidándome, le dije 'llévame al doctor' y me dijo, 'es que no te puedo llevar al doctor porque pues no tiene seguro ¿cómo te van a atender?' Y yo me sentía con la respiración [corta] y se me atoraba. Me debilitaba, de hecho, me cargaban para ir al baño porque yo ya no podía ni siquiera caminar... Mi única salvación fue solo mi roommate [compañero de cuarto] y fue la única persona que me apoyó en ese momento. Cuando fui al centro de salud… me dijeron 'te puedes esperar en tu casa.' Y como no tengo seguro pues no tuve de otra que quedarme en casa…pues me hubiera gustado asistir a una institución médica y que me hubieran medicado y darme la atención que realmente yo necesitaba en ese momento."*

Esta cita también sugiere una falta de comprensión y conciencia por parte del centro de salud al que finalmente intentó acceder la participante, lo que resultó en la falta de acceso a la atención médica. Una situación similar fue descrita por un cuidador que estaba cuidando de dos familiares sin seguro:

> *"fue una experiencia un difícil… el temor de qué será sí los llevo al hospital. [Me preguntaba] '¿Será que llamo la ambulancia? ¿Cuánto me van a cobrar por no tener seguro?' Fue un dolor de cabeza y estrés porque estaban malísimos, por eso fue una preocupación muy grande y mucho dolor… Ahorita me arrepiento de que no los llevé al hospital, porque no sabíamos cuál era el proceso, porque andábamos meramente perdidos [sin conocimiento] y no sabíamos lo que nos iban a decir en el hospital."*

Estas citas sugieren barreras significativas para acceder a servicios de atención médica adecuados para personas con seguro del IFHP o que carecían de seguro por completo. Los participantes con estatus migratorio precario se sintieron especialmente angustiados por la falta de vías claras o seguras para acceder a la atención médica que necesitaban durante la pandemia. Mientras que los dos familiares mencionados en la última cita se recuperaron después de aproximadamente un mes, su compañero de cuarto, que contrajo COVID-19 de ellos (y que tenía seguro), fue llevado al hospital y falleció en pocos días.

2. EXPERIENCIAS DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

Los proveedores de servicios destacaron varios desafíos enfrentados por la población latinoamericana en Toronto. Estos incluyeron dificultades para acceder a la atención virtual, escasez de servicios de traducción e interpretación al español y falta de personal bilingüe (inglés-español). También señalaron que los latinoamericanos con estatus migratorio precario fueron particularmente afectados por la pandemia debido a las condiciones de vida y el acceso limitado a servicios de salud y sociales. Las siguientes secciones discuten estos desafíos con más detalle.

Dificultades para acceder a los servicios en línea

La transición hacia la prestación de servicios en línea resultó ser un desafío importante para

los usuarios latinoamericanos, especialmente al comienzo de la pandemia. Los proveedores de servicios que ofrecen servicios directos, como asesoramiento de salud mental o psicoterapia, compartieron los desafíos específicos experimentados por los usuarios. Estos incluyeron dificultades con la navegación web y la accesibilidad, el acceso a la tecnología y a internet, así como problemas de privacidad y seguridad.

Los latinoamericanos que tuvieron que utilizar la atención virtual por primera vez durante la pandemia enfrentaron obstáculos significativos, especialmente aquellos que no estaban familiarizados con la navegación en plataformas en línea. Las personas con barreras idiomáticas encontraron aún más dificultades para acceder a servicios esenciales, como compartió un proveedor de servicios:

> *"Una cosa sobre la accesibilidad de los servicios es que, durante la pandemia, y especialmente ahora, todo está en los sitios web de las organizaciones... es realmente difícil navegar esos servicios porque cuando llamas a un número, no encuentras respuestas. Luego tienes que llamar a otro lugar y simplemente das vueltas y vueltas y no es un proceso de referencia directo. Así que para algunos fue realmente difícil acceder a los servicios de salud mental... Y debido a la barrera del idioma, eso es aún peor."*

Los proveedores de servicios describieron nuevos desafíos en procesos como la derivación a servicios de salud mental creados por la rápida dependencia de los sistemas virtuales. El acceso limitado a la tecnología también fue una barrera significativa para la atención. Además de las barreras económicas asociadas con la compra de dispositivos y servicios de internet, algunos usuarios de servicios no podían utilizar la tecnología, lo que impedía el acceso a la atención virtual:

> *"Pero hubo un periodo de transición en donde los servicios pasaron a ser de [cara a cara] a virtual por el tema de COVID; virtual, siendo por teléfono o por video. Y un reto que tuvimos en ese momento, cuando estábamos haciendo la transición, era que muchos de los pacientes no tenían acceso a tecnología para conectarse virtualmente, bien fuera un teléfono con cámara o un computador o una tableta, esta era una barrera que había… Entonces había estas barreras de acceso por [factores] de tipo económico o de conocimiento de cómo usar los dispositivos."*

> *"Así que, para algunos, para los más jóvenes, fue más fácil. Pero para mis adultos mayores, tengo mujeres adultas mayores que no sabían cómo usar la tecnología o no tenían dispositivos o no usaban tabletas o computadoras. Así que todavía tengo algunos clientes a los que atiendo por teléfono".*

Además de las barreras económicas para adquirir equipos, las personas enfrentaron desafíos relacionados con la falta de conocimiento sobre cómo usar la tecnología, incluso si estuviera disponible. Gran parte del enfoque relacionado con el acceso digital al comienzo de la pandemia se centró en poner a disposición dispositivos, mientras que hubo comparativamente poco diálogo sobre otras barreras para su adopción, incluyendo aquellas relacionadas con el conocimiento y el idioma. Otro participante señaló que las personas no siempre tenían acceso a condiciones de vida u otros espacios que les permitieran completar las sesiones de asesoramiento en privado:

“exploramos diferentes plataformas y bueno, había todos los problemas técnicos habidos y por haber, que los clientes no se podían conectar, que no funcionaba el audio y todo eso… Y fue un proceso de adaptación fuerte, en donde bueno, pues teníamos que adaptarnos…Y de alguna manera adaptarme a que las consultas se dieran con esta privacidad requerida…y todas esas cosas que tienes que aclarar desde el inicio y que adaptar toda la documentación inicial, todos los acuerdos de terapia... [por ejemplo] que [no] se conecten en restaurantes, en gimnasios, en lugares donde no pueden garantizar una privacidad.”

Dadas estas limitaciones, los proveedores de servicios enfatizaron la necesidad de hacer que la atención virtual sea más accesible e inclusiva para la población latinoamericana.

Acceso a información y servicios en español

Los proveedores de servicios estuvieron de acuerdo en que uno de los principales desafíos enfrentados por los latinoamericanos durante y después de la pandemia fue la falta de información y servicios ofrecidos en español. Señalaron que, durante el período de confinamiento, hubo una notable ausencia de información en español sobre restricciones, pautas, medidas y servicios disponibles. Dos proveedores de servicios compartieron su experiencia de la siguiente manera:

“[E]n la etapa inicial fue difícil para la población latinoamericana conocer y comprender el virus, las pruebas, la cuarentena, porqué tenían que quedarse en casa tantos días y creo que el mayor impacto en ese sentido fue [resultado de] no hablar inglés.”

“[B]asado en mi experiencia laboral, siento que hubo un retraso en traducir, ya sabes, toda esta información para la comunidad latinoamericana; gran parte de ella al principio se basaba mucho en el inglés. Y, ya sabes, si el inglés no es tu primer idioma y estás escuchando los medios de comunicación, leyendo periódicos, ya sabes, no estás obteniendo toda la información o la estás obteniendo con bastante retraso o estás dependiendo de los miembros de tu familia para que te digan qué está sucediendo.”

Los proveedores de servicios también relacionaron la falta de información en español con preocupaciones sobre la falta de transparencia y de información confiable por parte de fuentes oficiales. Para un proveedor de servicios, la información contradictoria proporcionada por el gobierno y otras fuentes de salud, junto con la escasez de información, alimentaba el miedo, el incumplimiento de los protocolos de COVID-19 y la desconfianza general en la información gubernamental:

“Siento que había mucha información contradictoria y nadie realmente sabía qué se suponía que debía hacer. [Por ejemplo], el Departamento de Salud Pública de Toronto emitía un comunicado, luego nuestra organización hospitalaria emitía otro comunicado que no estaba de acuerdo con eso. Y así, sentí que nadie realmente sabía lo que estaba haciendo...

Mucha gente que conozco que habla español como segundo idioma, vivía con miedo porque no tenían la información correcta o no cumplían con ninguna de las

políticas [porque no confiaban en la información del gobierno]... No había realmente un punto intermedio."

Los proveedores de servicios también identificaron una escasez de servicios de traducción e interpretación en español, así como de personal bilingüe (inglés-español), en la prestación de servicios de salud y comunitarios. La mayoría señaló una escasez de trabajadores bilingües en sus organizaciones, en relación con la población latinoamericana a la que atendían. Como resultado, los usuarios de servicios latinoamericanos a menudo experimentaban largos tiempos de espera o no podían recibir servicios hasta que estuviera disponible un proveedor que hablara español. La escasez de trabajadores bilingües también fue señalada por los proveedores de servicios que trabajaban en hospitales y grandes organizaciones ubicadas en áreas con una alta población de recién llegados e inmigrantes. Un participante compartió cómo la ausencia de servicios en español afectaba no solo a los recién llegados, sino también a los latinoamericanos que han estado viviendo en el área metropolitana de Toronto durante más de cinco años:

> *"Yo pienso que los adultos mayores, les cuesta más trabajo, por ejemplo, la barrera del idioma, y que dependen muchas veces de sus hijos para que los lleven a diferentes partes, les traduzcan, para que los lleven, para que los traigan. Y muchas veces ellos me dicen, 'es que yo no quiero hablar porque yo no quiero ser un problema para mi hijo.' Entonces se quedan muchas cosas y les cuesta trabajo cubrir sus necesidades de manera más autónoma aquí, por la dependencia y por el miedo a salir a la calle, perderse, que no les tengan la paciencia de ayudarlos."*

En este contexto, los proveedores de servicios enfatizaron la necesidad de contar con más servicios de traducción e interpretación, así como de contratar a más proveedores de servicios que hablen español en hospitales y clínicas sin cita previa:

> *"Sí, sí, yo creo que el servicio de interpretación tiene que estar presente en las clínicas por ley… que el servicio de intérpretes esté en cada walk-in clinic (clínicas de paso), en todas… y que el doctor pueda entenderlos. Que la secretaria pueda entender porque muchos llegan y ni siquiera se pueden comunicar con la recepcionista… las walk-in clinics son… el primer acceso que tienen."*

> *"Sí, creo que simplemente tener acceso a la interpretación, independientemente de dónde accedan a los servicios; que no se espere que todas las personas que se identifican como latinoamericanas vayan a una organización latinoamericana, pero deberían poder acceder a servicios y atención médica en todo Toronto, en toda Ontario... y debe brindarse de manera culturalmente relevante, pero también en un idioma que comprendan y puedan comunicarse, así que creo que... sí, simplemente tener acceso a eso creo que sería útil porque entonces creo que las personas estarían dispuestas y podrían ir a cualquier lugar que esté cerca de cada, sí."*

La mayoría de los proveedores de servicios destacaron la importancia de fomentar la colaboración entre proveedores de atención médica que hablen español y promover servicios coordinados entre proveedores de atención médica y servicios sociales. Además, enfatizaron la necesidad de estrategias basadas en la comunidad para aumentar la conciencia sobre los servicios en español, como la publicidad en iglesias locales,

supermercados, negocios étnicos y otros lugares relevantes.

Algunos proveedores de servicios destacaron el éxito de las clínicas de vacunación comunitaria, que facilitaron la vacunación de manera más conveniente y accesible en el punto álgido de la pandemia, abordando no solo las barreras lingüísticas, sino también las barreras geográficas y económicas. Para estos proveedores de servicios, estas clínicas pueden servir como modelos para brindar servicios de atención médica en el área metropolitana de Toronto, especialmente en vecindarios desatendidos.

Latinoamericanos con estatus precario

Hubo cierta coincidencia entre las experiencias de los participantes con estatus precario y las perspectivas de los proveedores de servicios. Los proveedores de servicios también discutieron el acceso a los servicios de atención médica para este grupo y enfatizaron la importancia de un acceso desigual a los determinantes sociales de la salud para este grupo.

La mayoría de los proveedores de servicios estuvieron de acuerdo en que, entre los grupos latinoamericanos, los recién llegados y las personas con estatus precario fueron los más afectados por la pandemia. Los proveedores de servicios señalaron que las tasas de casos de COVID-19 eran más altas en áreas con un alto número de inmigrantes latinoamericanos con estatus migratorio precario como residentes. Muchos de estos residentes enfrentaban condiciones sociales y económicas estresantes, como vivir en hogares abarrotados donde no podían aislarse adecuadamente, realizar actividades laborales esenciales en persona y barreras para acceder a servicios de salud o sociales.

Un proveedor de servicios que trabajaba en un vecindario que tenía altas tasas de COVID-19 al comienzo de la pandemia, brindó información sobre el problema de la vivienda abarrotada:

> *“Estoy hablando de varias generaciones; abuelos, padres y los hijos [que viven juntos]… que vienen aquí a trabajar y en este sentido nos encontramos muchos mexicanos que viven en esas zonas y que vienen aquí con visas temporarias y, pues, trabajan y viven muchos juntos; por ejemplo, conocí un caso en que vivían quince personas juntas en un apartamento de un cuarto.”*

El participante señaló que las barreras económicas (por ejemplo, el alto costo del alquiler) significaban que los trabajadores con estatus migratorio precario, que a menudo tienen salarios bajos, tenían más probabilidades de vivir en condiciones que los exponían a un mayor riesgo de contraer COVID-19 y transmitirlo a otros. Otro proveedor de servicios compartió una situación similar:

> *“ Llegamos a conocer edificios completos donde sabíamos que había al menos siete u ocho unidades de apartamentos donde convivían clientes en dos dormitorios con otras 14 personas y en este caso… por supuesto trabajaban todos, salían todos a la calle diariamente, durante la pandemia, cuando todo se cerró.”*

Estas citas demuestran que los latinoamericanos con estatus migratorio precario

experimentaron un estrés elevado durante la pandemia relacionado con las condiciones sociales y económicas. Este grupo enfrentó un mayor riesgo de contraer COVID-19 porque continuaron trabajando en roles laborales esenciales (por ejemplo, panaderías, construcción, limpieza) y dependieron del transporte público para moverse.

Además, muchos se vieron obligados a trabajar mientras estaban enfermos de COVID-19 porque carecían de días de enfermedad remunerados en sus puestos de trabajo. Una proveedora que trabajaba con solicitantes de asilo expresó que la pérdida de recursos financieros era "más estresante que contraer el virus" para algunas personas. Compartió que la mayoría de las personas a las que atendía seguían trabajando mientras estaban enfermas de COVID-19:

> *"Es una población vulnerable, por lo que tienen mucho estrés financiero. Así que trabajaban en restaurantes o invernaderos. Sí, tenían que hacerlo. Tenían que trabajar. Y debido al tipo de trabajos, no tienen días completos de enfermedad. No pueden tomarse algunos días libres. Esta población, necesitan trabajar o de lo contrario no les pagan. Esa es la razón por la que descubrí que muchos seguían trabajando, aunque estuvieran enfermos."*

Los proveedores de servicios enfatizaron el papel de las malas condiciones de vida sociales y económicas en la creación de una mayor vulnerabilidad para los latinoamericanos con estatus precario durante y después de la pandemia.

Barreras para acceder a la atención médica: solicitantes de asilo latinoamericanos

Los proveedores de servicios describieron otros desafíos que enfrentaban los latinoamericanos con estatus precario, especialmente para acceder a los servicios de salud durante la pandemia. En relación a los solicitantes de asilo asegurados bajo el IFHP, coincidieron con las experiencias vividas de los participantes, descritas anteriormente, y manifestaron preocupación de que a los refugiados de países latinoamericanos se les negara el acceso a las clínicas a pesar de tener derecho a la atención médica según las políticas de inmigración y salud.

Los participantes proveedores de servicios describieron la renuencia de muchas clínicas para procesar el reembolso de reclamos del paciente por parte del gobierno federal, debido al trabajo administrativo adicional:

> *"O sea, es muy común que llegue un refugiado de… un país de Latinoamérica y nos diga 'bueno, ya me he cansado de ir a un Walk in Clinic y me dicen que no me pueden atender', cuando en realidad es muy claro en las políticas de inmigración y de salud [que tienen derecho]. La única diferencia es que el refugiado tiene una protección a nivel federal, pero las Walking Clinics no quieren tomarse el trabajo de tener que hacer ese paso extra de ver al paciente y después mandar el recibo para poder cobrar esa cita al gobierno federal. Básicamente para evitar un paso administrativo… muchas veces se le niega la asistencia de salud. Una persona puede navegar 3 o 4 lugares hasta que llega a centros como los nuestros."*

Además de los problemas administrativos, se mencionó la falta de conocimiento entre las clínicas sobre la elegibilidad para la cobertura como una barrera para los solicitantes de asilo. Un proveedor de servicios compartió que algunas clínicas se niegan a atender a pacientes que no hablan inglés o incluso les cobran por las consultas:

> *"Y solo para tener acceso a la salud mental, para poder verlos, necesitan traer una referencia del médico... Es muy complicado porque hay muchas clínicas que no los aceptan porque no hablan inglés, no tienen servicios de traducción ni de interpretación. Tenemos clientes que dicen que incluso les quieren cobrar por la consulta, lo cual no entiendo; creo que también hay falta de conocimiento dentro de las clínicas de que estos clientes pueden tener cobertura."*

Estas barreras tenían el potencial de dificultar aún más para este grupo la obtención de las derivaciones que necesitaban para acceder a servicios adicionales, como el apoyo en salud mental. Otro participante señaló que había largos tiempos de espera en entornos con menos barreras:

> *" Los centros de salud comunitarios tienen muy buen servicio, ahí sí tienen intérpretes, ahí los pueden atender enfermeras que les pueden dar el referal [la referencia] del médico para que puedan acceder a la salud mental. Pero ahí hay una [lista de espera] de tres, cuatro meses, cinco meses."*

Los proveedores de servicios describieron desafíos relacionados con el acceso a la atención médica. Por ejemplo, una preocupación adicional era que una vez que a un solicitante de asilo se le otorga el estatus, pierde la cobertura bajo el IFHP y es transferido al Programa de Seguro de Salud de Ontario (OHIP), que no brinda cobertura para el apoyo en salud mental. Como resultado, los usuarios deben interrumpir su tratamiento o pagar de su bolsillo por la atención continua, lo cual muchos no pueden permitirse.

Algunos proveedores de servicios señalaron que una opción para los usuarios de los servicios ha sido acceder a terapia en línea con profesionales fuera de Canadá, generalmente en sus países de origen, donde la terapia suele ser más asequible y se lleva a cabo en su idioma nativo. Un proveedor de servicios señaló que una limitación de acceder a la terapia en línea con proveedores basados en el extranjero es que, a diferencia de los terapeutas con sede en el GTA, estos proveedores no pueden conectar a los usuarios con servicios de emergencia (por ejemplo, servicios de refugio, apoyo en casos de violencia doméstica) en caso de necesidad. Estos ejemplos resaltan un problema más amplio de discriminación y otros desafíos que enfrentan los refugiados en el sistema de atención médica.

A la luz de la pandemia actual y los esfuerzos de recuperación, los proveedores de servicios enfatizaron la importancia de ampliar la cobertura de salud mental bajo el OHIP, uno de los proveedores expresó lo siguiente:

> *"Mi sueño es que los servicios de salud mental sean aprobados y cubiertos por el OHIP, porque hay muchos psicoterapeutas privados y es genial, pero las tarifas no son accesibles. Entonces, tener algún financiamiento del gobierno será una forma de mejorar las cosas no solo para los latinoamericanos, sino para todos. Estamos*

en una crisis de salud mental en este momento... Así que necesitamos implementar algunos servicios para poder recuperarnos, porque no se trata solo de lo físico, sino también de lo emocional y cómo lo emocional tiene un gran impacto."

Barreras para acceder a la atención médica: latinoamericanos sin seguro

Al igual que aquellos que describieron sus experiencias personales dentro del sistema de atención médica, los proveedores de servicios identificaron numerosas barreras para acceder a la atención médica para los latinoamericanos con estatus de refugiados a pesar de tener cobertura bajo el IFHP.

Los participantes proveedores de servicios también explicaron que los latinoamericanos que no tenían cobertura del OHIP enfrentaban obstáculos para acceder a la atención médica en Toronto. Por ejemplo, el miedo a la deportación o la separación de la familia es una barrera significativa que puede impedir que los latinoamericanos sin estatus busquen atención médica o pruebas en centros de salud. Estas citas ilustran cómo este miedo a menudo impedía que las personas recibieran la atención médica que necesitaban:

> *"Lo otro también era el miedo que tenían muchas de estas personas a venir a hacerse la prueba, porque en mi experiencia, muchas de estas personas eran indocumentados y tenía miedo de venir a registrarse al centro de salud y que el sistema de salud los fueras a reportar al sistema de inmigración. Era muy difícil explicarles a estas personas que la historia clínica es una cosa privada, que el hospital no puede compartir esos resultados, ni siquiera puede compartir la información demográfica de estos individuos."*

> *"La falta de información [sobre el sistema] experimentada por las personas recién llegadas, que no hablan inglés y que temen ser deportadas, dificulta mucho que accedan a la atención médica."*

> *"Hay miedo de acudir a los proveedores de servicios, especialmente si no tienen estatus migratorio. Y siento que no son usuarios principales del sistema de atención médica... Sí, creo que ese es uno de los grandes problemas, tienen que estar en el sistema para poder obtener información."*

Otro proveedor de servicios compartió un ejemplo sobre una madre mexicana que retrasó llevar a su hijo enfermo al hospital durante diez días debido al miedo a ser deportada. El miedo inicial y la falta de conocimiento sobre el sistema de atención médica presentaron un obstáculo significativo para acceder a la atención:

> *"[La madre] esperó 10 días para venir al hospital, el niño estaba muy enfermo... [ella] tenía mucho miedo de venir [al hospital] y me costó mucho trabajo enviarla a la sala de emergencias porque ella solo quería [saber qué tenía el niño]... Oh, y me costó mucho trabajo conseguir a alguien que hablara español en la sala de emergencias para recibirlos y cuidarlos... Afortunadamente, se atendió al niño y se brindaron todos los servicios... [como resultado de] la decisión tomada por el Gobierno en ese momento de no cobrarle a nadie por la atención médica."*

El proveedor finalmente derivó a la madre a los servicios de emergencia y organizó apoyo

de traducción durante la hospitalización para que el niño pudiera recibir la atención médica necesaria. Según el proveedor de servicios, la medida temporal del gobierno de extender la atención médica a los residentes sin seguro durante la pandemia fue fundamental en la hospitalización del niño y en el acceso a la atención.

En general, estas barreras tienen el potencial de tener un impacto tremendo en la salud de los latinoamericanos con estatus precario que pueden evitar buscar atención médica hasta que su condición sea más grave y más difícil de tratar. Como compartió un proveedor de servicios, pueden llegar al hospital con enfermedades que podrían haberse prevenido:

> *"Llegan tarde y cuando digo tarde, llegan con cáncer en etapa tres o diabetes descontrolada, que se podría haber detectado con atención preventiva. Tal vez han alcanzado un nivel de diabetes que ya no se puede prevenir. Entonces, la atención médica preventiva es clave y todo esto se pierde cuando la persona no llega al sistema de atención médica a tiempo."*

La mayoría de los proveedores de servicios plantearon el problema del estatus migratorio precario y la vulnerabilidad social de este grupo debido a los numerosos factores contextuales, incluidas las barreras sustanciales para acceder a los servicios de atención médica. Estas vulnerabilidades y barreras para la atención tuvieron un impacto importante en la salud de este grupo en muchos casos discutidos.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación revelaron desafíos y barreras específicas para la atención médica experimentados por los latinoamericanos en Toronto durante la pandemia. La siguiente sección aborda estos desafíos con más detalle, centrándose en: el impacto de las responsabilidades de cuidado informales, las desigualdades digitales, la falta de servicios en español como una barrera significativa para acceder a la atención médica y las barreras experimentadas por personas con estatus migratorio precario. Estos problemas se examinan a la luz de investigaciones anteriores sobre la población en general y sobre las experiencias de comunidades racializadas e inmigrantes. Se sugieren algunas vías para abordar estos desafíos.

SALUD Y BIENESTAR DE LOS CUIDADORES INFORMALES

Los resultados de esta investigación demuestran que los participantes lucharon con sus responsabilidades de cuidado informal y, en muchos casos, esto tuvo un impacto negativo en su salud y bienestar. La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en los cuidadores, especialmente en las mujeres y madres que han asumido una carga desproporcionada de estas responsabilidades.[46] Los participantes cuidadores describieron cómo las medidas de confinamiento al comienzo de la pandemia los obligaron a asumir responsabilidades adicionales con poco o ningún apoyo.

Muchos cuidadores describieron sentirse solos, aislados y abrumados. Estos hallazgos hacen eco de investigaciones emergentes sobre las experiencias de los cuidadores de manera más general. Las estadísticas de 2020 revelan que en Ontario casi la mitad (47%)

de los cuidadores lidiaban con la ansiedad y el estrés de los receptores de cuidados debido a COVID-19 y las restricciones asociadas.[47] Además, más de tres cuartas partes (77%) de aquellos que cuidaban a personas con problemas de salud mental o adicciones encontraron difícil acceder a apoyo de salud mental para la persona a la que cuidaban.[48]

En 2022, aproximadamente un tercio de los cuidadores en Ontario dedicaban al menos 10 horas a la semana brindando apoyo físico o emocional a alguien a su cargo.[49] Si bien esta cifra aumentó drásticamente durante la pandemia, no disminuyó sustancialmente con la reapertura de programas y servicios comunitarios.[50] Además, muchos cuidadores que trabajan se preocupan por perder sus empleos debido a sus responsabilidades de cuidado y reportan un empeoramiento de la salud mental desde el pico de la pandemia.[51]

Investigaciones realizadas durante la pandemia muestran que los cuidadores no remunerados en Canadá asumen un riesgo financiero relacionado con el papel de cuidado (por ejemplo, pérdida de trabajo o costos relacionados con el cuidado) y se necesitan mejores programas de apoyo para mitigar los impactos negativos en la salud.[52] Canadá introdujo un programa de apoyo económico para cuidadores durante toda la pandemia (Beneficio Canadiense de Recuperación para Cuidadores) en 2020.[53] Esta respuesta política para apoyar a los cuidadores fue discontinuada en 2022.

Las investigaciones sugieren que las necesidades de cuidado no han disminuido desde el inicio de la pandemia y hay informes de otras jurisdicciones que indican que el COVID prolongado ha aumentado enormemente la carga de cuidado para algunas familias.[54] Las políticas posteriores a la pandemia deben reconocer el valor del trabajo no remunerado diario de aquellos que cuidan de familiares y amigos, brindando apoyo financiero suficiente para aquellos que no pueden trabajar o que asumen otros riesgos financieros debido a sus responsabilidades de cuidado. Para garantizar la equidad, estos programas de apoyo económico deben ser universales y estar disponibles para todos los que los necesiten, independientemente de su situación laboral al momento de la solicitud.[55]

También se debe considerar un análisis basado en la equidad (examinando el género y otros factores sociodemográficos) de los programas y políticas de apoyo relevantes. Por ejemplo, las mujeres que se toman tiempo libre en el trabajo para el cuidado a menudo son penalizadas financieramente (por ejemplo, a través de contribuciones reducidas al fondo de pensiones) y, por lo tanto, es más probable que vivan en la pobreza. Además, se deben establecer programas de apoyo integral para cuidadores que sean culturalmente apropiados, para brindar cuidado de relevo, servicios de consejería y otras formas de apoyo que ayuden a los cuidadores a enfrentar los desafíos de salud mental y el bienestar en general.

EQUIDAD DIGITAL Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y SALUD MENTAL EN LÍNEA

La pandemia de COVID-19 aceleró el cambio hacia la prestación de servicios en línea y la atención virtual,[56] revelando disparidades existentes en el acceso a la tecnología y exacerbando las brechas digitales.[57] Como describen los proveedores de servicios

en este estudio, los latinoamericanos enfrentaron obstáculos para acceder a servicios esenciales en línea, como consejería y terapia de salud mental, especialmente aquellos que no estaban familiarizados con la navegación en plataformas en línea y que enfrentaban barreras idiomáticas. La falta de tecnología y acceso a dispositivos, así como la falta de espacios privados para las sesiones de asesoramiento, también representaron obstáculos significativos. Estos relatos destacan la conexión entre la equidad digital y las desigualdades económicas más amplias y el acceso a la infraestructura tecnológica.

Al comienzo de la pandemia, se realizó una encuesta en Toronto para evaluar la accesibilidad digital.[58] La encuesta reveló que una proporción significativa de hogares en Toronto estaban preocupados por su capacidad para pagar los servicios de internet y teléfono celular en el hogar. Se encontraron brechas en la calidad y accesibilidad de internet, en función del ingreso económico, la edad y la raza. Los niveles más altos de preocupación se encontraban entre residentes de bajos ingresos, recién llegados, hogares monoparentales e individuos de comunidades racializadas.[59] Específicamente, los encuestados de origen latinoamericano, surasiático, afrodescendiente y del sudeste asiático expresaron una mayor preocupación por su capacidad de pago. Además, el quince por ciento de los hogares que ganaban menos de $20,000 y el veinte por ciento de las personas mayores de 60 años no tenían un teléfono inteligente.[60]

Aunque algunos servicios de salud han vuelto a la prestación en persona desde la pandemia, la atención virtual sigue siendo una realidad y es necesario evaluar las inequidades en el acceso a todos los modos de atención médica. Esto incluiría examinar cómo las inequidades digitales podrían afectar a grupos específicos, como aquellos que no tienen seguro médico y que ya no tienen cobertura médica en Ontario o aquellos que requieren servicios en español. Los planes sostenibles para los servicios de atención virtual deben considerar las disparidades económicas y las realidades de las comunidades con acceso desigual a la tecnología. Ignorar este contexto perpetuará desafíos en la prestación de atención virtual. Esto incluye examinar los posibles desafíos y beneficios de poder moverse entre servicios en persona y virtuales según el contexto de cada individuo.

La literatura sobre equidad en salud y atención virtual recomienda tres líneas de acción importantes.[61] En primer lugar, es importante que los responsables de políticas y los gobiernos inviertan en acceso a internet y dispositivos digitales para aquellos que no tienen acceso, a fin de garantizar su participación en la atención médica virtual. En segundo lugar, los sistemas de salud y las partes interesadas deben desarrollar planes claros centrados en la equidad digital y brindar capacitación efectiva a los proveedores de atención médica para brindar atención virtual de manera equitativa. En tercer lugar, las organizaciones deben invertir en capacidades organizativas de equidad en salud, incluyendo el desarrollo de conocimientos y capacidades antirracistas y contra la opresión dentro de las organizaciones de atención médica que brindan atención virtual.[62]

ACCESO A SERVICIOS EN ESPAÑOL

Esta investigación destaca la falta de servicios en español como un obstáculo sustancial para acceder a la atención médica en Toronto. El problema de las barreras del idioma en el

acceso a la atención médica es un desafío constante en Canadá y Ontario.[63] Las barreras del idioma a menudo son más pronunciadas para los inmigrantes más nuevos y contribuyen a las inequidades en el acceso a la atención médica.[64] Si bien una persona puede ser competente en el uso cotidiano de los idiomas oficiales, la fluidez a menudo es más limitada en las interacciones de atención médica debido a factores como las características técnicas del idioma o diferentes contextos y comprensiones culturales.[65] Se ha observado que los servicios de atención médica en Canadá carecen de atención lingüísticamente competente y consistente.[66]

Existen pruebas de que la falta de acceso a servicios de atención médica en idiomas distintos del inglés y el francés tiene un impacto negativo en la calidad de la atención,[67] y las barreras del idioma se intersectan con otras para las comunidades desatendidas en Canadá, como la discriminación racial o la falta de seguridad cultural.[68]

Los problemas preexistentes en torno al idioma y el acceso desigual a la atención médica pueden haberse amplificado durante la pandemia.[69] Las inequidades en el acceso a información sobre servicios de salud relevantes (por ejemplo, vacunas) pueden haber contribuido a resultados inequitativos para los inmigrantes y otros grupos.[70] Se observaron tasas más bajas de pruebas de COVID-19 en los primeros años de la pandemia para los inmigrantes recientes y los refugiados en Ontario, y la falta de dominio del inglés o el francés se asoció con una menor cantidad de pruebas.[71] La atención virtual también puede ser más difícil para los pacientes que no dominan los idiomas oficiales,[72] pero también podría aumentar la disponibilidad de proveedores con habilidades en otros idiomas.[73]

Existen brechas significativas en la política de traducción formal en el sistema de atención médica de Ontario. Aunque los entornos de atención médica tienen la responsabilidad de eliminar las barreras de atención al ofrecer servicios directos o interpretación en idiomas distintos al inglés o el francés, la implementación y el seguimiento de estos estándares son inconsistentes. Ha habido una historia de defensa ante los gobiernos federal y provincial para mejorar los servicios de traducción y otros servicios lingüísticos con el fin de aumentar la equidad y la no discriminación en el acceso a la atención médica.[74] Esto ha incluido llamados a servicios consistentes y estandarizados a través de un sistema de interpretación lingüística centralizado en Ontario, similar a los financiados por otras provincias como Columbia Británica.[75] Desafortunadamente, ha habido falta de acción para implementar y hacer cumplir los cambios en la última década.

Como destacan los hallazgos de esta investigación, a menudo existen habilidades y capacidades lingüísticas diversas a nivel comunitario en organizaciones de salud y servicios sociales, incluidos los Centros de Salud Comunitarios sin fines de lucro. Una mayor inversión en redes públicas comunitarias existentes para aumentar el acceso equitativo a información y servicios en español podría ser un enfoque de política eficiente.

Otros han identificado opciones de política para reducir las barreras lingüísticas para acceder a la atención médica, que incluyen aumentar el número de intérpretes profesionales dentro del sistema y educar a los proveedores de atención médica sobre el uso de intérpretes, facilitar la inscripción de personas que hablan idiomas prioritarios

en programas de atención médica y explorar si los graduados internacionales pueden completar los requisitos para ejercer en áreas donde hay mayores necesidades lingüísticas.[76]

PERSONAS SIN SEGURO Y PERSONAS CON ESTATUS MIGRATORIO PRECARIO

Los participantes del estudio resaltaron las dificultades que enfrentaron los solicitantes de asilo y los residentes no asegurados durante la pandemia, incluyendo el acceso limitado a la atención médica. Los solicitantes de asilo enfrentaron desafíos para acceder a la atención médica a través del Programa de Atención Médica para Refugiados (IFHP, por sus siglas en inglés) debido a su falta de familiaridad con el sistema de atención médica y a la falta de información sobre el IFHP tanto entre los proveedores como entre los usuarios. Las barreras del idioma o problemas de alfabetización exacerbaban aún más las barreras existentes para este tipo de programas. La falta de consistencia, la confusión en torno a la aplicación del programa y la negación de atención médica a solicitantes elegibles debido a problemas administrativos se han documentado desde al menos 2012.[77,78]

Las personas sin seguro también enfrentaron barreras considerables para acceder a la atención médica y los apoyos relacionados en Canadá. Durante la pandemia, los migrantes sin estatus no eran elegibles para recibir programas de apoyo relacionados con la pandemia, como el Beneficio Canadiense de Respuesta de Emergencia (CERB, por sus siglas en inglés) o el apoyo general del gobierno para los trabajadores, lo que los llevó a continuar trabajando durante el confinamiento y los puso en mayor riesgo de contraer COVID, como discutieron los participantes. Esta investigación sugiere que también se necesita un análisis más profundo de cómo las diferentes políticas federales y provinciales relacionadas con la inmigración trabajan juntas para socavar la salud y el bienestar.

En 2020, el gobierno de Ontario hizo que la atención médica fuera accesible para todos, independientemente de su estatus migratorio, a través del Programa de Servicios Médicos y Hospitalarios para Personas no Aseguradas. Aunque nuestros hallazgos sugieren la necesidad de una mayor conciencia sobre el acceso a este servicio dentro de las comunidades, el programa abordó una brecha crucial en la cobertura de salud en Ontario. Investigaciones tempranas sugieren una mejora en las experiencias de atención médica para pacientes no asegurados en Toronto desde su implementación.[79,80] El gobierno provincial dejó de financiar este programa a partir del 1 de abril de 2023.[81] La discontinuación de este y otros programas provinciales similares (como los días de enfermedad remunerados)[82] es un paso regresivo que socava el apoyo a los grupos marginados, incluidos los trabajadores temporales o precarios, y perpetuará las desigualdades en salud.

En un informe reciente,[83] la Red de Salud para Clientes no Asegurados (HNUC, por sus siglas en inglés) recomienda que el Programa de Servicios Médicos y Hospitalarios para Personas no Aseguradas se vuelva permanente y se estandarice en todos los hospitales, incluyendo el establecimiento de procesos de facturación más claros y aumentando la conciencia sobre la disponibilidad del programa. Para mejorar el acceso a la atención

médica primaria para las personas no aseguradas, el informe también recomienda aumentar la financiación para centros de salud comunitarios y clínicas de salud para personas no aseguradas, así como educar a los profesionales de la salud sobre las opciones de atención médica disponibles para las personas no aseguradas. Como ciudad santuario,[84,85] Toronto tiene la responsabilidad de garantizar que todas las personas, incluidos los migrantes sin estatus, tengan acceso a servicios esenciales y programas de apoyo sin temor a la discriminación o deportación.[iv]

Para mejorar el acceso a los servicios de atención médica primaria, la investigación también sugiere la colaboración entre organizaciones locales de asentamiento de inmigrantes no médicas y socios de atención médica.[86] Estas organizaciones tienen una proximidad única a las poblaciones inmigrantes y pueden facilitar el acceso conectando a los usuarios con servicios y proveedores de atención médica, promoviendo la salud de los inmigrantes, brindando programas educativos y participando en iniciativas de movilización comunitaria y defensa destinadas a mejorar el acceso a la atención médica. Incorporar organizaciones de asentamiento de inmigrantes no médicas en la planificación y prestación de servicios de atención médica puede abordar las necesidades de atención médica de las comunidades de inmigrantes, incluidos los solicitantes de asilo y las personas no aseguradas.

LIMITACIONES DE LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES

Si bien este estudio ofrece conocimientos valiosos sobre las experiencias de los latinoamericanos de habla hispana en Toronto, es importante tener en cuenta ciertas limitaciones al interpretar los hallazgos.

Una limitación significativa de este estudio es la falta de participación de personas afrodescendientes, no binarias y otros individuos LGBTQ2S+ en la muestra. Esto resalta la necesidad de investigaciones futuras en esta área para aumentar la representación de estos grupos. Además, las entrevistas se realizaron exclusivamente en español, lo que podría haber planteado una barrera idiomática para algunos latinoamericanos que hablan otros idiomas (como lenguas indígenas, francés, portugués, etc.). Esta limitación significa que las perspectivas de las personas que no hablan español pueden haber sido excluidas de la investigación. Además, el proceso de reclutamiento, que se basó en redes, puede haber resultado en la exclusión de individuos que están más socialmente aislados dentro de las comunidades latinoamericanas, lo que podría generar brechas en los hallazgos y limitar la generalización de los resultados a la población en general.

Otra limitación importante es el tamaño reducido de la muestra de individuos con estatus precario y la exclusión de los trabajadores agrícolas migrantes en el estudio. Si bien los proveedores de servicios proporcionaron descripciones detalladas de algunas de las experiencias de los latinoamericanos con estatus precario, se necesita un tamaño de muestra más grande de individuos con experiencia vivida en esta área para desarrollar

iv Las ciudades santuario pretenden salvaguardar los derechos de los inmigrantes sin estatus permitiendo su acceso a determinados programas y servicios municipales sin riesgo de arresto, detención o deportación (Paquet et al., 2022).

una comprensión más completa de los desafíos que enfrenta este grupo. Los individuos sin seguro, en particular, enfrentan vulnerabilidades y barreras significativas para acceder a servicios esenciales. Dado que las agencias gubernamentales no recopilan datos sobre este grupo, es crucial recopilar más relatos de primera mano para obtener una comprensión más completa de sus situaciones. De manera similar, la investigación sobre las condiciones de trabajo de los trabajadores agrícolas migrantes sigue siendo insuficiente.

Por último, es importante tener en cuenta que este es un estudio instantáneo que refleja las experiencias de las personas en un punto específico en el tiempo. Algunas complejidades relacionadas con el manejo de COVID-19 pueden haber sido más pronunciadas en otros momentos.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de esta evaluación de necesidades ilustran el impacto desproporcionado de COVID-19 en las comunidades latinoamericanas en Toronto. El informe resalta algunos de los desafíos que enfrenta esta población como resultado de las desigualdades de salud, sociales y económicas preexistentes en la ciudad. Las barreras del idioma y el acceso limitado a servicios esenciales de salud y sociales han vuelto a esta población más vulnerable al virus. El informe enfatiza la necesidad de servicios de atención médica y apoyo culturalmente sensibles y completos para abordar sus necesidades físicas y mentales, incluido el apoyo a los cuidadores a personas dependientes, cerrar la brecha digital para mejorar el acceso a los servicios de atención virtual y abordar los desafíos que enfrentan los inmigrantes con estatus precario.

REFERENCES

1 CPHO Sunday Edition: The impact of COVID-19 on racialized communities. (2021, February 21). Public Health Agency of Canada. https://www.canada.ca/en/public-health/news/2021/02/cpho-sunday-edition-the-impact-of-covid-19-on-racialized-communities.html

2 Guttmann, A., Gandhi, S., Wanigaratne, S., Lu, H., Ferreira-Legere, L.E., Paul, J., Gozdyra, P., Campbell, T., Chung, H., Fung, K., Chen, B., Kwong, J.C., Rosella, L., Shah, B.R., Saunders, N., Paterson, J.M., Bronskill, S.E., Azimaee, M., Vermeulen, M.J., & Schull, M.J. (2020). COVID-19 in immigrants, refugees and other newcomers in Ontario: Characteristics of those tested and those confirmed Positive, as of June 13, 2020. ICES. https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-in-Immigrants-Refugees-and-Other-Newcomers-in-Ontario

3 Public Health Agency of Canada. (2022). Inequalities in health of racialized adults in Canada. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research-data/health-inequalities-inforgraphics/health-inequalities-racialized-adults-en.pdf

4 van Ingen, T., Akingbola, S., Brown, K. A., Daneman, N., Buchan, S. A., & Smith, B. T. (2022). Neighbourhood-level socio-demographic characteristics and risk of COVID-19 incidence and mortality in Ontario, Canada: A population-based study. PLoS ONE. 17(10): e0276507. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276507

5 Hou, F., Frank, K., and Schimmele, C. (2020, July 6). Economic impact of COVID-19 among visible minority groups. Statistics Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2020001/article/00042-eng.pdf?st=UeJisKuY

6 Statistics Canada. (2020, October 20). Impacts on Immigrants and People Designated as Visible Minorities. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s6-eng.htm

7 Cotter, A. (2022. February 16). Experiences of discrimination among the Black and Indigenous populations in Canada, 2019. Statistics Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00002-eng.htm

8 Williams, M.T., Khanna, Roy, A., MacIntyre, M.P., & Faber S. (2022). The Traumatizing Impact of Racism in Canadians of Colour. Curr Trauma Rep. 8(2):17-34.

9 City of Toronto. (2021, June 1). COVID 19: Ethno-racial identity & income. https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-pandemic-data/covid-19-ethno-racial-group-income-infection-data/

10 Toronto Latin American COVID Taskforce. https://www.latinoscovid.org/

11 Shillington, K. J., Vanderloo, L. M., Burke, S. M., Ng, V., Tucker, P., & Irwin, J. D. (2021). Ontario adults' health behaviors, mental health, and overall well-being during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health, 21(1). https://doi.org/10.1186/s12889-021-11732-6

12 Canadian Mental Health Association Ontario. (2021, March). Third poll in CMHA Ontario series indicates mental health impact of COVID-19 at all-time high. https://ontario.cmha.ca/news/third-poll-in-cmha-ontario-series-indicates-mental-health-impact-of-covid-19-at-all-time-high/

13 Moore, O. (2021, February 16). With urban loneliness on the rise, cities trying to support residents. The

Globe and Mail. https://www.theglobeandmail.com/canada/toronto/article-toronto-to-create-supports-addressing-social-isolation-a-consequence/

14 Taylor, B. (2021, June 26). 'The struggle is real': Parents and experts reflect on a tumultuous school year. CTV News. https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/the-struggle-is-real-parents-and-experts-reflect-on-a-tumultuous-school-year-1.5486896

15 Ontario Caregiver Association. (2020, December 9). Ontario Caregivers Report Shows Increase in Family Caregivers, Responsibilities and Mental Health Concerns Amid COVID-19. https://www.newswire.ca/news-releases/ontario-caregivers-report-shows-increase-in-family-caregivers-responsibilities-and-mental-health-concerns-amid-covid-19-871362743.html

16 Paremoer, L., Nandi, S., Serag H., & Baum, F. (2021). Covid-19 pandemic and the social determinants of health. BMJ. 372:n129.

17 CPHO Sunday Edition: The impact of COVID-19 on racialized communities. (2021, February 21). Public Health Agency of Canada. https://www.canada.ca/en/public-health/news/2021/02/cpho-sunday-edition-the-impact-of-covid-19-on-racialized-communities.html

18 Gupta, S. & Aitken, N. (2022, August). COVID-19 Mortality Among Racialized Populations In Canada And Its Association With Income. Statistics Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2022001/article/00010-eng.htm

19 Guttmann, A., Gandhi, S., Wanigaratne, S., Lu, H., Ferreira-Legere, L.E., Paul, J., Gozdyra, P., Campbell, T., Chung, H., Fung, K., Chen, B., Kwong, J.C., Rosella, L., Shah, B.R., Saunders, N., Paterson, J.M., Bronskill, S.E., Azimaee, M., Vermeulen, M.J., & Schull, M.J. (2020). COVID-19 in immigrants, refugees and other newcomers in Ontario: Characteristics of those tested and those confirmed Positive, as of June 13, 2020. ICES. https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-in-Immigrants-Refugees-and-Other-Newcomers-in-Ontario

20 van Ingen, T., Akingbola, S., Brown, K. A., Daneman, N., Buchan, S. A., & Smith, B. T. (2022). Neighbourhood-level socio-demographic characteristics and risk of COVID-19 incidence and mortality in Ontario, Canada: A population-based study. PLoS ONE. 17(10): e0276507. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276507

21 Mishra, S., Ma, H., Moloney, G., Yiu, K.C.Y., Darvin, D., Landsman, D., Kwong, J.C., Calzavara, A., Straus, S., Chan, A.K., Gournis, E., Rilkoff, H., Xia, Y., Katz, A., Williamson, T., Malikov, K., Kustra, R., Maheu-Giroux, M., Sander, B., & Baral, S.D. (2022). Increasing concentration of COVID-19 by socioeconomic determinants and geography in Toronto, Canada: an observational study. Annals of Epidemiology. 65: 84-92. doi:10.1016/j.annepidem.2021.07.007.

22 O'Neill, B., Kalia, S., Hum, S., Gill, P., Greiver, M., Kirubarajan, A., Eisen, D., Ferguson, J. & Dunn, S. (2022). Socioeconomic and immigration status and COVID-19 testing in Toronto, Ontario: retrospective cross-sectional study. BMC Public Health. 22 (1067): 1-9. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13388-2

23 City of Toronto. (2021, June 1). COVID 19: Ethno-racial identity & income. https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-pandemic-data/covid-19-ethno-racial-group-income-infection-data/

24 Rao, A., Ma, H., Moloney, G., Kwong, J.C., Jüni, P., Sander, B., Kustra, R., Baral, S.D., & Mishra, S. (2021). A disproportionate epidemic: COVID-19 cases and deaths among essential workers in Toronto, Canada. Annals of Epidemiology. 63: 63-67. doi: 10.1016/j.annepidem.2021.07.010.

25 Siddiqi, A., Chung, R., Ansloos, J., & Senior, P. (2021). Addressing Economic Racism in Canada's Pandemic Response and Recovery. The Broadbent Institute. https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/broadbent/pages/7831/attachments/original/1611011661/Addressing_Economic_Racism_in_Canada%27s_Pandemic_Response_and_Recovery_-_Report.pdf

26 Guttmann, A., Gandhi, S., Wanigaratne, S., Lu, H., Ferreira-Legere, L.E., Paul, J., Gozdyra, P., Campbell, T., Chung, H., Fung, K., Chen, B., Kwong, J.C., Rosella, L., Shah, B.R., Saunders, N., Paterson, J.M., Bronskill, S.E., Azimaee, M., Vermeulen, M.J., & Schull, M.J. (2020). COVID-19 in immigrants, refugees and other newcomers in Ontario: Characteristics of those tested and those confirmed Positive, as of June 13, 2020. ICES.

27 Iveniuk, J., Amberber, N. & McKenzie, K. (2021). Persisting inequities in second doses of COVID-19 vaccines. Wellesley Institute. https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2021/07/Persisting-inequities-in-second-doses-of-COVID19-vaccines.pdf

28 Iveniuk, J., & Leon, S. (2021). An uneven recovery: Measuring COVID-19 vaccine equity in Ontario. Wellesley Institute. https://www.wellesleyinstitute.com/publications/covid-19-vaccine-equity/

29 Kemei, J., Tulli, M., Olanlesi-Aliu, A., Tunde-Byass, M., & Salami, B. (2023). Impact of the COVID-19 Pandemic on Black Communities in Canada. Int J Environ Res Public Health. 20(2):1580. doi: 10.3390/ijerph20021580.

30 Tami, A., Ferguson, T., Bauer, G.R., & Scheim, A.I. (2022). Avoidance of primary healthcare among transgender and non-binary people in Canada during the COVID-19 pandemic. Preventive Medicine Reports. 27(101789):1-6.

31 Etowa, J., Sano, Y., Hyman, I., Dabone, C., Mbagwu, I., Ghose, B., Osman, M., Mohamoud, H. (2021). Difficulties accessing health care services during the COVID-19 pandemic in Canada: examining the intersectionality between immigrant status and visible minority status. Int J Equity Health. 20(1):255. doi: 10.1186/s12939-021-01593-1.

32 Statistics Canada. (2022, October 26). Visible minority by place of birth and generation status: Canada, provinces and territories, census metropolitan areas and census agglomerations with parts. https://www150.statcan.gc.ca

33 City of Toronto. (2021, June 1). COVID 19: Ethno-racial identity & income. https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-pandemic-data/covid-19-ethno-racial-group-income-infection-data/

34 Ng, E. (2021, June 9). COVID-19 deaths among immigrants: Evidence from the early months of the pandemic. Statistics Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00017-eng.htm

35 Iveniuk, J., Amberber, N. & McKenzie, K. (2021). Persisting inequities in second doses of COVID-19 vaccines. Wellesley Institute. https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2021/07/Persisting-inequities-in-second-doses-of-COVID19-vaccines.pdf

36 Statistics Canada. (2020, October 20). Impacts on Immigrants and People Designated as Visible Minorities. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s6-eng.htm

37 Hernandez, A. & Mata, F. (2021, August 3). Latin Americans face a stubborn pay gap in Canada, data shows. The Conversation. https://theconversation.com/latin-americans-face-a-stubborn-pay-gap-in-

canada-data-shows-164015

38 Edmonds, J., & Flauhault, A. (2021). Refugees in Canada during the First Wave of the COVID-19 Pandemic. Int. J. Environ. Res. Public Health 18, 947:1-16. https://doi.org/10.3390/ijerph18030947

39 Pin, L., Levac, L. & Rodenburg, E. (2022) Legislated Poverty? An Intersectional Policy Analysis of COVID-19 Income Support Programs in Ontario, Canada. Journal of Poverty. 10.1080/10875549.2022.2113590

40 Sanford, S., Um, S., Tolentino, M., Raveendran, L., Kharpal, K., Acco Weston, N., & Roche, B. (2022, March). The Impact of COVID-19 on Mental Health and Well-Being: A Focus on Racialized Communities in the GTA. Wellesley Institute & Mental Health Commission of Canada. https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2022/03/The-Impact-of-COVID-19-on-Mental-Health-and-Well-being-A-Focus-on-Racialized-Communities-in-the-GTA.pdf

41 Statistics Canada. (2022, June 7). Self-rated mental health decreases after another year of the COVID-19 pandemic. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220607/dq220607e-eng.htm

42 Evra, R., & Mongrain, E. (2020, July 14). Mental Health Status of Canadian immigrants during the COVID-19 Pandemic. Statistics Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00050-eng.htm

43 Statistics Canada. (2022, June 7). Self-rated mental health decreases after another year of the COVID-19 pandemic. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220607/dq220607e-eng.htm

44 Caxaj, S., Tran, M., Mayell, S., Tew, M., McLaughlin, J., Rawal, S., Vosko, L.F., & Cole, D. (2022). Migrant agricultural workers' deaths in Ontario from January 2020 to June 2021: a qualitative descriptive study. International Journal for Equity in Health. 21(1):1-17.

45 Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 3(2): 77-101.

46 Statistics Canada. (2022, November 8). More than half of women provide care to children and care-dependent adults in Canada, 2022 https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221108/dq221108b-eng.htm

47 Ontario Caregiver Organization. (2020, December 9). Ontario Caregivers Report Shows Increase in Family Caregivers, Responsibilities and Mental Health Concerns Amid COVID-19. https://www.newswire.ca/news-releases/ontario-caregivers-report-shows-increase-in-family-caregivers-responsibilities-and-mental-health-concerns-amid-covid-19-871362743.html

48 Ontario Caregiver Organization. (2020, December 9). Ontario Caregivers Report Shows Increase in Family Caregivers, Responsibilities and Mental Health Concerns Amid COVID-19. https://www.newswire.ca/news-releases/ontario-caregivers-report-shows-increase-in-family-caregivers-responsibilities-and-mental-health-concerns-amid-covid-19-871362743.html

49 Ontario Caregiver Organization. (2022, December). Spotlight Report: Caregiving in Year 3 of the Pandemic. https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2022/12/OCO-Spotlight-Report-English-Final.pdf

50 Ontario Caregiver Organization. (2022, December). Spotlight Report: Caregiving in Year 3 of the Pandemic. https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2022/12/OCO-Spotlight-Report-English-Final.pdf

51 Canadian Home Care Association. (2021, September). Understanding the Impact of COVID-19 on Caregivers https://cdnhomecare.ca/wp-content/uploads/2021/09/Impact-of-COVID-19-on-Caregives_Final.pdf

52 Marani, H., Allin, S., McKay, S., & Marchildon, G.P. (2023). The Financial Risks of Unpaid Caregiving During the COVID-19 Pandemic: Results From a Self-reported Survey in a Canadian Jurisdiction. Health Serv Insights. 7(16): 11786329221144889.

53 Government of Canada. (2022, November 8). Canada Recovery Caregiving Benefit (CRCB). https://www.canada.ca/en/revenue-agency/services/benefits/recovery-caregiving-benefit.html

54 McGowan, K. (2023, February 6). Family caregivers of people with long COVID bear an extra burden. NPR online. https://www.npr.org/sections/health-shots/2023/02/06/1153800857/family-caregivers-of-people-with-long-covid-bear-an-extra-burden

55 Marani, H., Allin, S., McKay, S., & Marchildon, G.P. (2023). The Financial Risks of Unpaid Caregiving During the COVID-19 Pandemic: Results From a Self-reported Survey in a Canadian Jurisdiction. Health Serv Insights. 7(16): 11786329221144889.

56 Glazier, R.H., Green, M.E., Wu, F.C., Frymire, E., Kopp, A., & Kiran, T. (2021). Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. CMAJ. 193(6):E200-E210. https://doi.org/10.1503/cmaj.202303

57 Andrey, S., Masoodi, M.J., Malli, N., & Dorkenoo, S. (2021, January). Mapping Toronto's Digital Divide. Ryerson Leadership Lab and Brookfield Institute. https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2021/07/95dc-Mapping-Torontos-Digital-Divide.pdf

58 Shahid, S., Hogeveen, S., Sky, P., Chandra, S., Budhwani, S., de Silva, R., Bhatia, R.S., Seto, E., & Shaw, J. (2023). Health equity related challenges and experiences during the rapid implementation of virtual care during COVID-19: a multiple case study. Int J Equity Health. 22(1):44. doi: 10.1186/s12939-023-01849-y.

59 Statistics Canada. (2022, November 18). Health care workers' experiences providing virtual care during the COVID-19 pandemic. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022073-eng.htm

60 Andrey, S., Masoodi, M.J., Malli, N., & Dorkenoo, S. (2021, January). Mapping Toronto's Digital Divide. Ryerson Leadership Lab and Brookfield Institute. https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2021/07/95dc-Mapping-Torontos-Digital-Divide.pdf

61 Shaw, J., Brewer, L.C., Veinot, T. (2021). Recommendations for Health Equity and Virtual Care Arising From the COVID-19 Pandemic: Narrative Review. JMIR Form Res. 5(4):e23233. doi: 10.2196/23233.

62 Shaw, J., Brewer, L.C., Veinot, T. (2021). Recommendations for Health Equity and Virtual Care Arising From the COVID-19 Pandemic: Narrative Review. JMIR Form Res. 5(4):e23233. doi: 10.2196/23233

63 Bowen, S. (2001). Language Barriers in Access to Health Care. Health Canada Report. https://www.

canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html#a3_5

64 Laher, N., Sultana, A., Aery, A., & Kumar, N. (2018). Access to Language Interpretation Services and its Impact on Clinical and Patient Outcomes: A Scoping Review. https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2018/04/Language-Interpretation-Services-Scoping-Review.pdf

65 Al Shamsi, H., Almutairi, A.G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. Oman Med J. 35(2):e122. doi: 10.5001/omj.2020.40.

66 McCalman, J., Jongen, C., Bainbridge, R. (2017). Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature. Int J Equity Health. 16:78.

67 Reaume, M., Batista, R., Talarico, R., Rhodes, E., Guerin, E., Carson, S., Prud'homme, D., & Tanuseputro, P. (2020). The impact of hospital language on the rate of in-hospital harm. A retrospective cohort study of home care recipients in Ontario, Canada. BMC Health Serv Res. 20(1):340. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05213-6

68 Etowa, J., Sano, Y., Hyman, I., Dabone, C., Mbagwu, I., Ghose, B., Osman, M., Mohamoud, H. (2021). Difficulties accessing health care services during the COVID-19 pandemic in Canada: examining the intersectionality between immigrant status and visible minority status. Int J Equity Health. 20(1):255. doi: 10.1186/s12939-021-01593-1.

69 Reaume, M., Batista, R., Talarico, R., Rhodes, E., Guerin, E., Carson, S., Prud'homme, D., & Tanuseputro, P. (2020). The impact of hospital language on the rate of in-hospital harm. A retrospective cohort study of home care recipients in Ontario, Canada. BMC Health Serv Res. 20(1):340. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05213-6

70 Bowden, O. (2021, May 7). Language can be a barrier to COVID-19 vaccine access. The Star is asking doctors to help. Toronto Star. https://www.thestar.com/news/gta/2021/05/07/language-can-be-a-barrier-to-covid-19-vaccine-access-the-star-is-asking-doctors-to-help.html?rf

71 Guttmann, A., Gandhi, S., Wanigaratne, S., Lu, H., Ferreira-Legere, L.E., Paul, J., Gozdyra, P., Campbell, T., Chung, H., Fung, K., Chen, B., Kwong, J.C., Rosella, L., Shah, B.R., Saunders, N., Paterson, J.M., Bronskill, S.E., Azimaee, M., Vermeulen, M.J., & Schull, M.J. (2020). COVID-19 in immigrants, refugees and other newcomers in Ontario: Characteristics of those tested and those confirmed Positive, as of June 13, 2020. ICES. https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-in-Immigrants-Refugees-and-Other-Newcomers-in-Ontario

72 Ariste, R., & di Matteo, L. (2021). Non-Official Language Concordance in Urban Canadian Medical Practice: Implications for Care during the COVID-19 Pandemic. Healthc Policy. 16(4):84-96. doi:10.12927/hcpol.2021.26497.

73 Hynie, M., Jaimes, A., Oda, A., Rivest-Beauregard, M., Perez Gonzalez, L., Ives, N., Ahmad, F., Kuo, B.C.H., Arya, N., Bokore, N., & McKenzie, K. (2022). Assessing Virtual Mental Health Access for Refugees during the COVID-19 Pandemic Using the Levesque Client-Centered Framework: What Have We Learned and How Will We Plan for the Future? International Journal of Environmental Research and Public Health. 19(9):5001. https://doi.org/10.3390/ijerph19095001

74 Wang, W. (2022). "Translation policy in health care settings in Ontario: Problems, challenges and

language ideologies." Language Problems & Language Planning. 46(3): 291-317.

75 Tam, V., Buchanan, F., & Lurette, C. (2018, December 13). How do we ensure that patients receive care in their own languages? Healthy Debate. https://healthydebate.ca/2018/12/topic/language-interpretation-in-health-care/

76 Canadian Mental Health Association. (2014, March 27). Researchers explore impacts of language barriers on health care in Ontario. https://ontario.cmha.ca/news/researchers-explore-impacts-of-language-barriers-on-health-care-in-ontario/

77 Marwah, S. (2013). Interim Federal Health Program: Administrative Burdens Compromise Refugee Health Care Access. The Wellesley Institute. https://www.wellesleyinstitute.com/health/interim-federal-health-program/

78 Barnes, S. (2013). The Real Cost of Cutting the Interim Federal Health Program. The Wellesley Institute. https://www.wellesleyinstitute.com/health/the-real-cost-of-cutting-the-interim-federal-health-program/

79 Siu, C., Rao, S., Hayman, K., Hulme, J., & Gajaria, A. (2022). Exploring the perspectives of healthcare providers that care for non-insured individuals utilizing emergency departments in Toronto. Canadian Journal of Emergency Medicine, 24(3), 283-287.

80 Schmidt, C., Suleman, S., Da Silva, D., Gagnon, M., Marshall, S., & Tolentino, M. (2023, May 20). A Bridge to Universal Healthcare: The Benefits of Ontario's Program to Make Hospital Care Accessible to All Residents of the Province. Health Network for Uninsured Clients. https://www.hnuc.org/reports

81 Warnica, R. (2023, March 25). Ford government cuts off medical funding for the uninsured — and a doctor finds it 'shocking'. The Toronto Star. https://www.thestar.com/politics/provincial/2023/03/25/ford-government-cuts-off-medical-funding-for-the-uninsured-and-a-doctor-finds-it-shocking.html

82 CBC News. (2023, March 22). Ontario to end paid sick days program, lift some COVID-19 measures in LTC homes. https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-end-paid-sick-days-ltc-measures-1.6787619

83 Schmidt, C., Suleman, S., Da Silva, D., Gagnon, M., Marshall, S., & Tolentino, M. (2023, May 20). A Bridge to Universal Healthcare: The Benefits of Ontario's Program to Make Hospital Care Accessible to All Residents of the Province. Health Network for Uninsured Clients. https://www.hnuc.org/reports

84 Paquet, M., Benoit, N., Atak, I., Joy, M., Hudson, G., Shields, J. (2022). Sanctuary Cities and Covid-19: The Case of Canada. In: Triandafyllidou, A. (eds) Migration and Pandemics. IMISCOE Research Series. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-81210-2_5

85 City of Toronto. (2021, August 24). City of Toronto launches new 'Toronto For All' Campaign to support undocumented residents. https://www.toronto.ca/news/city-of-toronto-launches-new-toronto-for-all-campaign-to-support-undocumented-residents/

86 Ratnayake, A., Sayfi, S., Veronis, L., Torres, S., Baek, S., & Pottie, K. (2022). How Are Non-Medical Settlement Service Organizations Supporting Access to Healthcare and Mental Health Services for Immigrants: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health. 19(6):3616.

Canadian Mental Health Association
Toronto

Wellesley Institute
advancing urban health

West Office

700 Lawrence Ave W,
Suite #480 Toronto,
ON M6A 3B4

East Office

1200 Markham Rd,
Suite #500 Scarborough,
ON M1H 3C3

416-789-7957
cmhato.org
info@cmhato.org

201 Gerrard Street E,
Toronto,
ON M5A 2E7

416-972-1010
wellesleyinstitute.com

United Way
Greater Toronto