



No me doblaron, voy a salir adelante: Un estudio participativo que explora el acceso a los servicios de salud y sociales en mujeres de bajos ingresos en Ontario, Canadá

Jennifer Waite, Michaela Sparringa, Lenorah Duhn,
Pilar Camargo-Plazas

Resumen: El acceso equitativo a los servicios de salud y sociales se reconoce como un derecho fundamental para la reducción de desigualdades en el Canadá. Las mujeres que viven en condiciones de pobreza y experimentan los efectos negativos de las desigualdades estructurales en el acceso a los servicios de salud y sociales son aquellas pertenecientes a grupos indígenas, inmigrantes y refugiadas, miembros de comunidades LGBTQ2S, mujeres cabeza de familia, adultos mayores, aquellas que viven con enfermedades crónicas y con discapacidades. Sin embargo, poco se ha explorado como el género y los ingresos económicos como determinantes sociales de la salud afectan el acceso a los servicios sociales y de salud. **Objetivos:** Explorar cómo el género y los ingresos afectan las experiencias de las mujeres canadienses que viven con bajos ingresos al acceder a los servicios de salud y sociales. **Métodos:** Seguimos un enfoque de investigación participativa, investigación basada en las artes y la hermenéutica fenomenológica. Como métodos de recolección de datos usamos foto voz, entrevistas y grupos focales para ilustrar las experiencias de vida de las mujeres. **Resultados:** Participan cinco mujeres. En nuestro análisis encontramos tres temas particulares: 1) Sé lo que siento, sé lo que siente mi cuerpo; 2) Falta empatía, falta compasión; y 3) No me quebraron, voy a seguir. **Conclusiones:** Aunque el acceso a los servicios sociales y de salud es considerado un derecho fundamental para todos los canadienses, es injusto que las mujeres de este estudio no experimenten ese derecho. La meta de este trabajo es sacar a la luz los problemas de acceso, elevar las voces de las mujeres que viven con bajos ingresos para luego crear soluciones sostenibles en conjunto con ellas y otros miembros de la comunidad y de esta forma crear un sistema de salud y social más compasivos e inclusivos en Ontario, Canadá.

Palabras clave: Compasión; Investigación acción participativa; Investigación basada en las artes; Mujeres que viven con bajos ingresos; Acceso a los servicios de salud y sociales.

They didn't break me, because I'm going to keep going: A participatory study exploring access to health and social services for women living on a low income in Ontario, Canada

Abstract: Equitable access to health and social services is recognized as a fundamental right in Canada. Women living on a low income experience the harmful effects of structural inequalities when accessing health and social services. Some of those women belong to minority groups such as Indigenous, immigrants and refugees, LGBTQ2S, single mothers, older adults, and those living with chronic illnesses and disabilities. However, little we know about how gender and income as social determinants of health affect access to health and social services for women on a low income. **Goals:** Our purpose in this qualitative study was to explore how the SDH affect the experiences of Canadian women who live on a low income, with accessing health and social services. **Methods:** In keeping with a participatory research approach, we are partnering with a not-for-profit organization, and are using an art-based approach (photovoice), hermeneutic phenomenology, as well as one-to-one interviews to illuminate the experiences of women living on a low income. **Results:** Five women are participating. In our analysis to date we have found three themes: 1) I know what I'm feeling, I know what my body feels; 2) There's a lack of empathy, lack of compassion; and 3) They didn't break me because I'm going to keep going. **Conclusions:** Although access to health and social services is considered a fundamental right for all Canadians; it is unfair and unjust how women in this study do not experience that right. This work aims to bring access issues to light and elevate the voices of women living on a low income to create sustainable solutions with them and other community members, including a more compassionate health system and inclusive society in Ontario, Canada.

Keywords: Compassion; Participatory research; Art-based research; Women living on a low income; Health and social services access.

1. Introducción

El acceso equitativo a los servicios de salud y sociales es considerado como un derecho fundamental y objetivo ético y político de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para la reducción de las desigualdades a nivel global (WHO & The World Bank, 2021). En Canadá, el acceso a los servicios de salud y sociales es un derecho fundamental; sin embargo, barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y el tiempo de espera impiden el acceso a los servicios médicos (Statistics Canadá, 2016). Estas barreras que crean desigualdades en el acceso son más predominantes en los grupos vulnerables (Villegas & Blower, 2019). Por ejemplo, estos grupos han reportado historias de bullying, intimidación, racismo y discriminación que limitan su acceso a los servicios de salud y sociales (Benatar et al., 2018; Cameron et al., 2014; Williamson et al., 2006).

A pesar de ser un país desarrollado, el 12% de la población en Canadá vive en condiciones de pobreza y el 33% corre el riesgo de caer en la pobreza si pierden su sustento económico durante tres meses (OECD, 2020). Según Statistics Canada (2019), más mujeres (1,9 millones) que hombres (1,7 millones) viven por debajo del umbral de la pobreza. Las mujeres que viven en condiciones de pobreza y experimentan los efectos negativos de las desigualdades estructurales en el acceso a los servicios de salud y sociales son aquellas pertenecientes a grupos indígenas, inmigrantes y refugiadas, miembros de comunidades LGTBI, mujeres cabeza de familia, adultos mayores, aquellas que viven con enfermedades crónicas y con discapacidades (Canadian Women's Foundation, 2022). A pesar de reportarse esta información, poco se ha explorado como el género y los ingresos económicos como determinantes de la salud afectan el acceso a los servicios sociales y de salud.

Es desde este contexto que nuestro trabajo participativo emerge para atender las necesidades únicas de acceso a los servicios de salud y sociales de las mujeres en Kingston, Ontario, Canadá. Las preguntas que deseamos responder en este estudio son: ¿Cómo las mujeres que viven en condiciones de pobreza experimentan el acceso a los servicios sociales y de salud? ¿Cómo el género y los ingresos económicos como determinantes de la salud afectan el acceso a esos servicios? Para responder a estas preguntas usamos entrevistas individuales, foto voz y grupos focales. En este artículo presentamos solamente los resultados de las entrevistas individuales para entender como el género y los ingresos económicos como determinantes sociales de la salud afectan el acceso a los servicios de salud y sociales de las mujeres que viven en condiciones de pobreza. En las siguientes secciones presentamos el contexto del estudio, metodologías y métodos, descripción de los participantes, el proceso de recolección de datos y análisis, resultados, discusión, limitaciones del estudio y conclusión.

2. Determinantes Sociales de la Salud

Este estudio sigue el marco conceptual descrito por Loppie-Reading y Wien (2013) quienes clasifican los determinantes sociales de la salud en: (1) distales o aquellos determinantes que a nivel macro afectan la salud de una población (ej. Aspectos estructurales, políticos, económicos y sociales de una nación); (2) intermedios son el origen de los determinantes proximales (ej. La infraestructura de una comunidad, sus recursos, sistemas y capacidades); y (3) proximales o aquellos determinantes que impactan la salud física, emocional, espiritual y mental de una población (ej. Hábitos de vida saludable, medio ambiente, educación, estatus socioeconómico). Estos determinantes de salud guiaron el proceso de análisis de datos.

3. Descripción del Estudio

3.1 Diseño del Estudio

En este estudio se usó la investigación de acción participativa (IAP) (Oetzel et al., 2018), la investigación basada en las artes (IBA) (Ottewell-Watson, 2014) y un enfoque hermenéutico fenomenológico (van Manen, 2014) para comprender como el género y los ingresos afectan las experiencias de acceso a los servicios de salud y sociales para las mujeres que viven en condiciones de pobreza en Kingston, Ontario,

Canadá. Siguiendo los principios de IAP, invitamos a siete miembros de la comunidad a hacer parte de nuestro comité asesor. Este comité asesor nos ha guiado a través de todo el proceso de investigación, por ejemplo, durante la pandemia nos ayudaron a modificar los métodos de recolección de datos siguiendo los protocolos de distanciamiento físico y protección de los participantes. IBA es una metodología que ayuda comunicar las experiencias, sentimientos y emociones más profundos de los seres humanos a través del arte (Ottewell-Watson, 2014). En nuestro estudio usamos foto voz para recolectar las experiencias de acceso a los servicios de salud y sociales de las participantes. Por último, la hermenéutica fenomenológica nos ayudó a comprender las experiencias de vida de las mujeres que viven en condiciones de pobreza en Kingston (van Manen, 2016). Este método de análisis ha ayudado a darle voz a los grupos vulnerables a través de los recuentos escritos que representan su mundo individual (Camargo Plazas et al., 2012; Camargo Plazas et al., 2019).

3.2 Descripción del Contexto y los Participantes

El estudio se realizó en la ciudad de Kingston, la cual tiene una población de 123.798 habitantes (Statistics Canada, 2017a); La prevalencia de mujeres viviendo con bajos recursos económicos en esta ciudad es de 15,6% (cerca de 19.000 personas) (Statistics Canada, 2017b). En este proyecto trabajamos en colaboración con St. Vincent de Paul Society of Kingston (SVDP), una organización sin fines de lucro, que brinda apoyo a las necesidades de la comunidad. SVDP enfatiza la compasión, el respeto y la dignidad a miembros de la comunidad que lo necesitan (SVDP, 2020). Según datos, en el 2019, SVDP sirvió 18.378 almuerzos gratis y 2.259 elementos distribuidos, incluyendo ropa, mercados y artículos para el hogar gratis. A través de un muestreo intencional, involucramos a cinco mujeres de 30 a 65 años que reciben servicios de SVDP. Usamos seudónimos en lugar de sus nombres. En la tabla 1 presentamos más detalles sobre las participantes.

Tabla 1. Descripción de los Participantes*

Características	Margaret	Claudia	Elizabeth	Jane	Gina
Edad	38 años	45 años	57 años	62 años	65 años
Estado civil	Soltera-madre cabeza de familia	Soltera	Soltera	Soltera	Casada
Lugar de vivienda, personas con las que vive	Vive con su hijo apartamento rentado	Sola en un apartamento rentado	Sola en un apartamento rentado	Sola en un apartamento rentado	Con su esposo, propio casa
Tiene médico de familia	Si	Si	Si	Si	Si
Tiene acceso a internet	Si	No sabe	Si	Depende del internet del vecino	No
Acceso a SVDP	15 años	1 año	13 años	2 años	20 años
Ingresos anuales	CN\$21.508	CN\$14.028	CN\$ 10.000	CN\$16.932	CN\$7.438
ODSP programa **	Recibe	Recibe	Recibe	Recibe	No recibe

*seudónimos fueron usados - ** Programa de Apoyo a la Discapacidad de Ontario (ODSP).

3.3 Recolección de Datos

Métodos de recolección de datos incluyeron foto voz, entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Se llevó a cabo entrevistas semiestructuradas las cuales ofrecen al investigador un margen para ser creativo y explorar a profundidad los temas abordados con los participantes (Lune & Berg, 2017).

Para las entrevistas empleamos Zoom© y el teléfono. Las conversaciones se transcribieron palabra por palabra utilizando Otter.ai©, y tres investigadores revisaron independientemente cada entrevista.

Toda la información está protegida en el servidor electrónico de nuestra universidad y solo el grupo de investigación tiene acceso a ella. Los criterios de rigor del estudio se presentan en la Tabla 2. La aprobación ética se obtuvo del comité de ética de nuestra universidad (TRAQ# 6024959).

Tabla 2. Rigor del Estudio según Lincoln & Guba (1985).

Criterio	Estrategia Utilizada
Credibilidad	Triangulación de métodos (entrevistas semiestructuradas, foto voz, notas de campo, reflexividad), comunicación frecuente con los participantes. Comprobación con los participantes; juicio crítico de los otros miembros del equipo y de otros investigadores.
Transferibilidad	Descripción detallada de los participantes, el contexto, recolección abundante de datos descriptivos.
Dependencia	Uso de diferentes métodos de recolección de datos (foto voz, entrevistas, notas de campo, etc.) Descripción detallada de los procesos de investigación.
Confirmabilidad	Triangulación, ejercicio de la reflexión (individual y como grupo).

3.4 Análisis de Datos

En nuestro análisis de entrevistas usamos el análisis temático de van Manen (2016) y el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud descrito por Loppie-Reading y Wien (2013). Nuestro estudio siguió el trabajo interpretativo de van Manen (2016), incluyendo el uso de la reducción de datos, desarrollo temático, reflexiones temáticas esenciales, así como el arte de escribir y re-escribir. En la reducción de datos, las entrevistas fueron leídas por tres diferentes miembros del equipo para verificar la información presentada y crear esos temas iniciales. Después, cada entrevista fue leída en su totalidad, luego por secciones y frases. Cada transcripción fue leída para explorar frases reveladoras que capturaron la experiencia de acceso a los servicios de salud y sociales. Seguimos con un proceso de escritura y reescritura. Nos involucramos en un proceso de reflexión en donde exploramos las estructuras de la experiencia. Continuamos con un proceso iterativo de descripción e interpretación entre cada parte y el todo con la intención de capturar las experiencias de vida de nuestras participantes (van Manen, 2016).

4. Resultados

A través del análisis de las entrevistas identificamos tres temas: Yo sé lo que estoy sintiendo, sé lo que siente mi cuerpo; Aquí no hay empatía, no hay compasión; y No me doblegaron, voy a salir adelante.

4.1 *Yo sé lo que estoy sintiendo, sé lo que siente mi cuerpo*

En las entrevistas, las participantes describen experiencias de invisibilidad, inferioridad e impotencia en el acceso a los servicios de salud y sociales. Por ejemplo, para Margaret, madre cabeza de familia, es común encontrar actitudes displicentes y groseras cuando utiliza los servicios de salud:

Desde hace dos años estoy tratando de ser vista [por un médico especialista], pero, ellos me dicen que no es nada lo que tengo. Y yo digo, ¡tengo dolor! ¡Me duele! Como pueden decir que no es nada. Yo sé lo que estoy sintiendo, sé lo que siente mi cuerpo. Pero, ellos insisten en que no es nada, que yo no siento nada. No entiendo como alguien que no vive dentro de mí puede atreverse a opinar sobre lo que yo estoy sintiendo.

Jane vive con un cáncer de pulmón metastásico que la ha dejado con discapacidad para trabajar, convirtiéndola en usuaria del programa de asistencia social para la discapacidad de Ontario (ODSP) el cual le ayuda a cubrir sus necesidades básicas. En su entrevista, Jane reflexiona acerca del trato poco digno que recibe al usar los servicios sociales. Por ejemplo, ella cuenta cómo se sintió humillada cuando se acercó a preguntar acerca de un bono extra de cien dólares que no recibió en su cheque de ODSP para comprar desinfectante de manos y otras necesidades al inicio de la pandemia. Dinero que, si fue recibido por un amigo de ella, usuario del mismo programa de asistencia social. Así Jane recuerda:

40 años trabajando, y ¿no valgo nada? Tengo que mendigar con ellos por \$100. Yo la llamé como una o dos semanas antes de que se terminara ese beneficio, pero, nunca me respondió. Yo la llamé y dejé un mensaje. ¿Para qué lo iba a usar? Pues para comprar comida fresca, comida que no está vencida. Eso sería lo que haría. Pero, no, a ellos eso no les importa.

Al igual que Margaret y Jane, para Elizabeth es difícil el hacer que otros entiendan cuáles son sus necesidades básicas de vida. Elizabeth es una mujer que vive sola, tiene diabetes y depresión. La depresión la ha llevado a pensar en suicidarse en múltiples ocasiones, ella tiene un perro que le ayuda a confrontar esos momentos bajos de depresión. Sin embargo, ella contó cómo la trabajadora social está en contra de que ella tenga un perro como mascota:

Ella me dio mucha lata por tener a Scrappy [perro], según ella porque tengo que pagar por el veterinario, comida y otros gastos, es como añadir otros gastos a mi presupuesto tan apretado. Pero ella no sabe lo mucho que me da mi perrito, me ayuda a salir adelante, a estar positiva.

La trabajadora social le ha dado problemas a Elizabeth por tener un perro, según ella el perro crea gastos innecesarios; sin embargo, esta trabajadora social no tiene en cuenta el componente de apoyo emocional que Scrappy trae a la vida de Elizabeth. Para Claudia, una mujer que vive con discapacidad sola, su gata Kahula es un apoyo importante, la gata ha estado incondicionalmente durante dos matrimonios fallidos, episodios de depresión, y diabetes: “Kahula es mi apoyo [llorando]. Ella es mi todo. Cuando tuve ideaciones de suicidio, ella estuvo ahí. Durante mis dos matrimonios y divorcios, depresión, diabetes, mis episodios de ansiedad, ella ha estado ahí. Incondicional. Ella es mi todo.” Es precisamente esa incondicionalidad y el cariño de las mascotas las que son valoradas y aprovechadas por las participantes, pero poco o nada reconocidas por los trabajadores de salud y sociales. Para nuestras participantes, los trabajadores públicos del sistema de salud y social deben “[dejar] de pensar que nos conocen y saben lo que necesitamos para sobrevivir”—Jane.

4.2 *Aquí no hay Empatía, no hay Compasión*

En las entrevistas, participantes mencionaron como el problema más grande para acceder a los servicios de salud y sociales son la falta de empatía y compasión: “Aquí no hay empatía, no hay compasión y, por supuesto, no hay suficiente ayuda, no hay suficiente dinero para vivir. Y el sistema es burócrata”—Jane. Claudia menciona cómo después de tener a su hija recibe maltrato por parte de un profesional de la salud:

Esa mujer era tan ignorante como grosera. Cuando entra empuja el carrito pequeño con mi hija y casi la bota por la ventana abierta. Le pregunté: ¿está sola en este servicio? Parecía que no le gustaba su trabajo. Entonces dije, si no le gusta su trabajo, ¿por qué diablos está aquí? A mi doctor le pregunté, ¿por qué ella está sola en este servicio? Él me respondió: ‘Es que estamos cortos de personal.’”

Para Jane, la falta de comunicación es parte del problema: “No hay comunicación con los trabajadores sociales. Nada. Y no les importa. La disculpa es se me olvidó, pero, como se les puede olvidar, si ese es su trabajo.” Margaret vivió una experiencia similar cuando consultó con una médica los problemas para dormir de su hijo:

Finalmente, el verano pasado me derrumbé, mi hijo no duerme, lo cual es común en el autismo. Yo solo quería que alguien escuchara, que me ayudaran. Simplemente no me escucharon. La pediatra me respondió: ‘se trata de educar, como madre, usted necesita enseñarle a su hijo a dormir. Usted necesita mejorar como mamá.’ Yo le dije, mire, tengo tres hijos mayores y nunca tuve estos problemas, entonces no se trata de mi rol como mamá.

Las descripciones de las mujeres resaltan claramente la distancia emocional que ejercitan los profesionales de salud y sociales ante el dolor que sienten las mujeres. Las participantes se sienten juzgadas cuando acceden a los servicios de salud. Ellas mencionan lo importante que es practicar la tolerancia y la confianza. Al igual que Margaret y Jane, Claudia narra su interacción con una enfermera durante una hospitalización: “Usé el timbre para llamar a la enfermera, la cual vino con una actitud de pocos amigos y pensé, santo dios, que actitud tan fea, la forma de hablarme y el tono condescendiente. Definitivamente, está aquí porque necesita el trabajo.” Claudia continua: “Simplemente, sentí que quería largarme de allí, simplemente no quería estar allí más tiempo del necesario.” Es por estos encuentros negativos que las participantes mencionan solo acudir a los servicios de salud cuando es estrictamente necesario, como lo menciona Gina una mujer casada adulto mayor que vive con cáncer de seno, diabetes y depresión: “Para mí ir a urgencias, tiene que ser el último recurso disponible para yo ir.” Estos encuentros han hecho tomar la decisión radical a Gina y a las otras participantes de solo utilizar los servicios de salud cuando se están casi muriendo.

En cuanto a los servicios sociales, las participantes cuentan cómo evitan molestar demasiado a los trabajadores a cargo de sus casos con llamadas innecesarias o pedidos considerados por ellas innecesarios para evitar ser castigadas o rechazadas cuando verdaderamente necesitan el servicio. Por ejemplo, Elizabeth dice:

No me gusta molestar a mi trabajadora social, ella tiene muchos clientes. Ahora mismo necesito un colchón, debería ahorrar un dinero y ella me podría ayudar con la mitad. Pero me da miedo. No quiero ni escribirle. Aunque sé que le ayudaría a mi espalda. Pero me da miedo, porque si me pongo a exigir no sé qué podría hacer ella.

4.3 No me Doblegaron, Voy a Salir Adelante

Las experiencias de abandono, por parte del sistema de salud y social, han obligado a las participantes a desarrollar estrategias dirigidas a aliviar ese sufrimiento. Cuando a Margaret le negaron la participación de su hijo en un estudio sobre autismo, ella dijo:

Lloraré, me enfadaré un poco, pero, luego, es como, ¿sabe qué? No me doblegaron, voy a salir adelante. Y buscaré otros estudios y miraré si reciben a mi hijo. Voy a seguir haciéndolo porque tengo la esperanza de que algún día recibiré una respuesta diferente.

Para Elizabeth es importante el compartir su felicidad y recursos, así sean escasos con otros: “Soy muy maternal. Siempre le daré mi mano a quien lo necesite. No tengo mucho dinero, pero, si puedo sentarme con esa persona a bromear y hacerla reír. Eso también es importante.” Margaret ya no se deja abatir por las interacciones negativas: “Me cansé de callar, sonreír y dejar que otro me maltrate. He aprendido a manejar esas situaciones.” Para Margaret es importante sentirse escuchada, está cansada de ser humillada cuando busca atención de salud o social. En sus historias las participantes indicaron anhelar que alguien tome acción y cambie el sistema. Sin embargo, ellas se sienten solas, pero, con la decisión de salir adelante y no dejarse apabullar. Claudia cuenta su historia con un médico durante el parto de su hija:

Mi doctor me conoce desde la concepción de mi hija, sus primeras ecografías, así que yo no quería que ningún otro doctor atendiera mi parto, porque ellos no saben nada de mí, mi vida, no me conocen. Ellos creen que lo conocen a uno porque leen una historia clínica, pero, no. Así que le dije: yo quiero que sea [nombre de doctor] quien reciba a mi bebé. No usted, usted no me toque, usted no me conoce.

Aunque las participantes han demostrado ser activas para proteger sus derechos y lograr la atención necesaria, es agotante el luchar solas. La voz de Jane se quebranta cuando habla de que al gobierno no le importan las personas con discapacidades cuando necesitan apoyo financiero. Su comentario muestra cómo se siente acerca de la falta de comprensión de las personas en posiciones de poder:

El sistema se necesita reformar todo, pero no, ninguno de ellos lo va a hacer. Ninguno de esos políticos. Da igual quien entre. Y da igual las promesas que dan en sus campañas, porque no lo van a cumplir. Eso todo el mundo lo sabe, pero, seguimos votando por los mismos.

Margaret expresa de manera similar su extrema necesidad de un sistema que cumpla sus promesas: “Se supone que esta gente nos está ayudando, diciéndonos qué servicios están disponibles para nosotros y no lo hacen”. Con un sistema en crisis que carece de apoyo, las participantes, se sienten defraudadas y olvidadas. Cuando le preguntamos a Gina qué les diría a los políticos, ella respondió:

No prometan cosas cuando saben que no las van a cumplir. Si prometen algo que van a hacer, háganlo. Si no lo van a hacer, cállense. No sé nada sobre los políticos, pero, no es necesario que sepa uno mucho para darse uno cuenta que prometen cosas, pero, nunca las cumplen.

Sin embargo, a pesar de todas las dificultades, ellas viven al máximo sus vidas. Para Elizabeth es importante el ser recursiva y aprovechar al máximo los recursos disponibles que le ayudan a cuidarse y salir adelante. Como ella explica: “Yo soy bendecida y tengo suerte porque tengo internet. No tengo cable, pero tengo línea telefónica e internet, lo que me ayuda a sacar recetas de ahí y aprender como arreglar, por ejemplo, mi máquina de coser. Así me ayudo.”

El ser recursivas es algo que les ayuda a salir adelante. Cada una de ellas, a través de sus historias de vida, presenta ejemplos de superación y de resiliencia a pesar de las circunstancias adversas. Como reporta Gina: “Yo hago toda mi comida desde cero, yo soy diabética, tengo hipertensión, alto el colesterol, pero me gusta comer sano, así que busco los recursos y preparo mi comida. Las sopas de lata no me gustan.”

Para Gina el vivir con enfermedades crónicas no ha sido fácil, ella fue recientemente diagnosticada con cáncer de seno, pero aun así mantiene una visión positiva de la vida. Como dice ella: “La gente no aprecia cosas como el poder caminar a la tienda, me encanta caminar. Ahora no puedo, por eso disfruto cada día al máximo.”

5. Discusión

A través de tres temas, las participantes de este estudio presentan sus experiencias de acceso a los servicios de salud y sociales. Las participantes en sus relatos expresan la realidad de ser rechazadas, e ignoradas por los prestadores de servicios. Similares patrones de invisibilidad, inferioridad e impotencia en el acceso a los servicios de salud y sociales han sido documentados en mujeres que viven con bajos ingresos económicos en otros contextos (Anaut-Bravo & Raya-Díez, 2020; Mumtaz et al., 2014).

Un ejemplo de estos patrones de invisibilidad sucede cuando las participantes asisten al médico y los síntomas experimentados son ignorados por los profesionales de la salud. En la interacción entre paciente y profesional de la salud existen tópicos identificados como problemáticos y que acarrearán conflicto entre los médicos y pacientes (Le et al., 2022; Taber et al., 2014). Cuando un paciente presenta síntomas que al investigar no parecen estar relacionados con una patología orgánica, estos síntomas suelen considerarse productos de problemas psicológicos o emocionales, y su legitimidad como asuntos ‘médicos’ a menudo es cuestionada. Para los pacientes, el considerar estos síntomas como problemas psicológicos o de ansiedad es problemático, puesto que una enfermedad grave puede pasarse por alto (Le et al., 2022; Taber et al., 2015).

Desafortunadamente, estas duras experiencias han creado una desconfianza en el sistema, obligando a las participantes a evitar usar el servicio. Lund-Nielsen et al. (2011) y Schwei et al., (2017) encontraron que las personas evitan la atención médica cuando han tenido experiencias negativas; buscando atención solamente cuando el problema de salud es completamente inmanejable. Igualmente, investigadores en Quebec, Canadá, describieron como las experiencias negativas previas con profesionales de la salud son un factor contribuyente a la desconfianza en los servicios de salud para las personas que viven en condiciones de pobreza (Loignon et al., 2015). Un sistema de salud y social que perpetúa el aislamiento en los grupos más vulnerables es insostenible e injusto, puesto que incrementa la brecha entre sus grupos poblacionales y fomenta la discriminación (Lombardo et al., 2014). Si bien, se reconoce la compasión como un indicador importante de la calidad de vida, las mujeres que viven en condiciones de pobreza a menudo experimentan la realidad de ser socialmente excluidas y discriminadas, lo cual confirma la falta de compasión que existe en la sociedad actual (Gilbert, 2021; Sinclair et al., 2017). Se necesita una mayor conciencia y compasión por parte de quienes brindan servicios para reducir estas desigualdades que enfrentan las participantes.

Otro resultado relevante de nuestro estudio es la resiliencia de las participantes cuando confrontan experiencias negativas en el acceso a los servicios de salud y sociales. Similares resultados fueron reportados por Subramanian et al (2017) en un estudio con mujeres que viven con VIH en condiciones de pobreza. En donde se reportó la necesidad de tener mejoras considerables en el sistema para facilitar la accesibilidad a las mujeres con VIH. Ajustar las estructuras institucionales y cambiar las actitudes de los proveedores podría aliviar algunos de los problemas de accesibilidad. Sin embargo, dentro de la literatura, los tópicos de dignidad, autonomía y respeto reciben poca atención (Kwan & Walsh, 2017). Estos temas deben explorarse más en la investigación del acceso a los servicios de salud y sociales para grupos vulnerables. Es crucial escuchar las voces de las mujeres que viven con bajos ingresos, para que pueda ocurrir la implementación de soluciones para un cambio sostenible y significativo. Ellas manifiestan el anhelo de que alguien ayude a cambiar el sistema y alivie las desigualdades que viven día a día. Como lo enfatizaron en sus relatos, las participantes solo esperan que los profesionales de salud y sociales cumplan con su trabajo.

6. Limitaciones del Estudio

Las metodologías cualitativas del estudio nos ayudaron a describir las experiencias de vida de las participantes. Aunque tuvimos el apoyo de los miembros de nuestro comité asesor, nos hubiera gustado tener la participación de las participantes durante el proceso de planeación e implementación del estudio. Sin embargo, la pandemia nos hizo cambiar nuestra estrategia de trabajo. Inicialmente, teníamos planeado invitar a 30 mujeres a participar en el estudio, sin embargo, la pandemia restringió nuestro acceso a la comunidad. La decisión de invitar a solo a cinco mujeres se hizo después de consultar con nuestro comité asesor. El estudio se realizó en un contexto específico urbano, en una ciudad intermedia del Canadá y con un grupo de mujeres heterogéneo, omitiendo otras voces o grupos minoritarios como las inmigrantes, refugiadas o indocumentadas o las mujeres indígenas o incluso otros contextos importantes como las áreas rurales y remotas de la provincia de Ontario, Canadá.

7. Conclusión

Los resultados de este estudio confirman que el estatus socioeconómico y el género afectan el acceso de servicios de salud y sociales. Aunque el acceso a los servicios sociales y de salud es considerado un derecho fundamental para todos los canadienses, es injusto que las mujeres de este estudio no experimenten ese derecho. Si bien se necesitan servicios más específicos y apropiados, las participantes simplemente piden que, como mínimo, el sistema y sus profesionales cumplan con su trabajo. Si bien las participantes poseen resiliencia y esperanza, se deben tomar medidas para apoyar a las mujeres en situaciones de pobreza cuando accedan a los servicios de salud y sociales para prevenir desigualdades de servicios. La meta de este trabajo es sacar a la luz los problemas de acceso, elevar las voces de las mujeres que viven con bajos ingresos para luego crear soluciones sostenibles en conjunto con ellas y otros miembros de la comunidad y de esta forma crear un sistema de salud y social más compasivos e inclusivos en Ontario, Canadá. Estas participantes nos han enseñado que en el área de la salud y los servicios sociales no se puede trabajar con indiferencia olvidándose de la persona como un ser integral y casi olvidando su humanidad.

8. Agradecimientos

Agradecemos a SVDP y las participantes. Este estudio fue financiado por el Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) - Insight Development Grants Programs (file #: 430-2018-00371).

9. Referencias


- Anaut-Bravo, S., & Raya-Díez, E. (2020). The social reality of youth and social work: between visibility and invisibility. *Social Work Education, 39*(6), 737–749. <https://doi.org/10.1080/02615479.2019.1682541>
- Benatar, S., Sullivan, T., & Brown, A. (2018). Why equity in health and in access to health care are elusive: Insights from Canada and South Africa. *Global Public Health, 13*(11), 1533–1557. <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1407813>
- Camargo Plazas, M. d. P., Cameron, B. L., & Smith, D. G. (2012). Neoliberal-oriented health care system answer to global competition or a threat to health equality for people with chronic illness. *Advances in Nursing Science, 35*(2), 166–181. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31825372a4>
- Camargo Plazas, P., Cameron, B. L., Milford, K., Hunt, L. R., Bourque-Bearskin, L., & Santos Salas, A. (2019). Engaging Indigenous youth through popular theatre: Knowledge mobilization of Indigenous peoples' perspectives on access to healthcare services. *Action Research, 17*(4), 492–509. <https://doi.org/10.1177/1476750318789468>
- Cameron, B.L., Camargo Plazas, M. del P., Salas, A. S., Bourque Bearskin, R. L., & Hungler, K. (2014). Understanding Inequalities in Access to Health Care Services for Aboriginal People: A Call for Nursing Action. *Advances in Nursing Science, 37*(3), E1–E16. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000039>
- Canadian Women's Foundation. (2022). The facts about women and poverty in Canada. Retrieved April 22, 2022 from <https://canadianwomen.org/the-facts/womens-poverty/>

- Gilbert P. (2021). Creating a Compassionate World: Addressing the Conflicts Between Sharing and Caring Versus Controlling and Holding Evolved Strategies. *Frontiers in psychology*, *11*, 582090. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.582090>
- Kwan, C. & Walsh, C. A. (2017). Seniors' disaster resilience: A scoping review of the literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, *25*, 259–273. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.09.010>
- Le, Mylopoulos, M., Bearss, E., Geist, R., & Maunder, R. (2022). Multiple symptoms and health anxiety in primary care: a qualitative study of tensions and collaboration between patients and family physicians. *BMJ Open*, *12*(4), e050716–e050716. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050716>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. A. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Loinjon, C., Hudon, C., Goulet, É., Boyer, S., de Laat, M., Fournier, N., Grabovschi, C., & Bush, P.L. (2015). Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUihealthY project. *International Journal for Equity in Health*, *14*.
- Lombardo, A. P., Angus, J. E., Lowndes, R., Cechetto, N., Khattak, S., Ahmad, F., & Bierman, A. S. (2014). Women's strategies to achieve access to healthcare in Ontario, Canada: A meta-synthesis. *Health & Social Care in the Community*, *22*(6), 575-587. <https://doi.org/10.1111/hsc.12093>
- Loppie-Reading, C., & Wien, F. (2013). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal people's health. National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAH)*. Retrieved February 4, 2022 from <https://www.nccih.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf>
- Lune, H., & Berg, B.L. (2017). A dramaturgical look at interviewing. In *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (9th ed.), (pp 55-71). United States, Pearson.
- Lund-Nielsen, B., Midtgaard, J., Rørth, M., Gottrup, F., & Adamsen, L. (2011). An avalanche of ignoring-A qualitative study of health care avoidance in women with malignant breast cancer wounds. *Cancer Nursing*, *34*(4), 277–285. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182025020>
- Mumtaz, Z., Salway, S., Bhatti, A., & McIntyre, L. (2014). Addressing invisibility, inferiority, and powerlessness to achieve gains in maternal health for ultra-poor women. *The Lancet (British Edition)*, *383*(9922), 1095–1097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61646-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61646-3)
- OECD. (2020). How's life? 2020: Measuring well-being. Retrieved from <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/aa60ebdc-en/index.html?itemId=/content/component/aa60ebdc-en>
- Oetzel, J. G., Wallerstein, N., Duran, B., Sanchez-Youngman, S., Nguyen, T., Woo, K., Wang, J., Schulz, A., Keawe'aimoku Kaholokula, J., Israel, B., & Alegria, M. (2018). Impact of Participatory Health Research: A Test of the Community-Based Participatory Research Conceptual Model. *BioMed research international*, *7281405*. <https://doi.org/10.1155/2018/7281405>
- Ottewell-Watson, S. (2014). De-mythicizing art-based research: An art therapy student's dance with a creative methodology (Démystifier la recherche par l'art : Une étudiante en art thérapie utilise une méthodologie créative par la danse). *Canadian Art Therapy Association Journal*, *27*(2), 9-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08322473.2014.11415595>
- Sarlo, C. A. (2019). *The Causes of poverty*. Fraser Institute. <http://www.fraserinstitute.org>
- Schwei, R. J., Johnson, T. T., Matthews, A. K., & Jacobs, E. A. (2017). Perceptions of negative health care experiences and self-reported health behavior change in 3 racial and ethnic groups. *Ethnicity & Health*, *22*(2), 156–168. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1244621>
- Sinclair, S., Russell, L. B., Hack, T. F., Kondejewski, J., & Sawatzky, R. (2017). Measuring Compassion in Healthcare: A Comprehensive and Critical Review. *The patient*, *10*(4), 389–405. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0209-5>
- Statistics Canada. (2016). Health at a glance: Difficulty accessing health care services in Canada. Retrieved April 22 2022 from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2016001/article/14683-eng.htm>
- Statistics Canada. (2017a). Focus on Geography Series, 2016 Census. Statistics Canada Catalogue no. 98-404-X2016001. Data products, 2016 Census. Retrieved February 18, 2021, from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-cma-eng.cfm?LANG=Eng&GK=CMA&GC=521&TOPIC=1>
- Statistics Canada. (2017b). Kingston, CY [Census subdivision], Ontario and Canada [Country] (table). Census Profile. 2016 Census. Statistics Canada Catalogue no. 98-316-X2016001. Released November 29, 2017. Retrieved February 17, 2021, from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>


- Statistics Canada (2019). *Low income statistics by age, sex and economic family type [Internet]. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2021. Table 11-10-0135-01.* <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1110013501>
- St. Vincent de Paul Society of Kingston (SVDP). (2020). *Annual report 2019.* Retrieved February 4, 2022 from <http://www.svdpkingsston.com/wp-content/uploads/2020/08/SVDP-annual-report-for-2019.pdf>
- Subramaniam, S., Camacho, L. M., Carolan, M. T., & López-Zerón, G. (2017). Resilience in low-income African American women living and aging with HIV. *Journal of Women & Aging, 29*(6), 543–550. <https://doi.org/10.1080/08952841.2016.1256735>
- Taber, J.M., Leyva, B., & Persoskie, A. (2014). Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data. *Journal of General Internal Medicine, 30*(3), 290–297. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3089-1>
- van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2nd ed.). Routledge.
- Villegas, P., & Blower, J. (2019). “Part of being Canadian is having access to healthcare”: Framing the boundaries of healthcare deservingness for non-citizens through the Interim Federal Health Benefits Program. *Canadian Journal of Communication, 44*(1), 69–88. <https://doi.org/10.22230/cjc.2019V44n1a3280>
- Williamson, D. L., Stewart, M. J., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J., Raine, K., Reutter, L., Rootman, I., & Wilson, D. (2006). Low-income Canadians' experiences with health-related services: implications for health care reform. *Health policy, 76*(1), 106–121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.05.005>
- WHO & The World Bank. (2021). Retrieved April 22, 2022 from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf?sfvrsn=fd5c65c6_5&download=true

Jennifer Waite


School of Nursing, Queen's University, Canada

 <https://orcid.org/0000-0002-7335-2176>✉ jmw11@queensu.ca**Michaela Sparringa**


School of Nursing, Queen's University, Canada

 <https://orcid.org/0000-0002-1713-1862>✉ m.sparringa@queensu.ca**Lenora Duhn**

School of Nursing, Queen's University, Canada

 <https://orcid.org/0000-0002-0401-953X>✉ duhnl@queensu.ca**Pilar Camargo-Plazas**

School of Nursing, Queen's University, Canada

 <https://orcid.org/0000-0002-8349-7723>✉ mdpc@queensu.ca**Fecha de suisión:** 02/2022**Fecha de evaluación:** 04/2022**Fecha de publicación:** 07/2022