

Determinantes sociales de la salud para los HSH y mujeres transgénero en San Salvador

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo de este resumen de investigación es analizar los vínculos potenciales entre los factores sociales y económicos y la salud para los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las mujeres transgénero (MT), aparte de la influencia del estigma sexual en los procesos psicológicos internos. Para la mayor parte del análisis, utilizamos datos de un estudio transversal conducido entre HSH y MT en San Salvador; pero también, aprovechamos un conjunto de datos nacionales para estadísticas comparativas.

La primera parte del análisis es descriptiva y presenta indicadores sociales y económicos básicos para HSH, MT y la población masculina adulta en general en El Salvador. La segunda parte del resumen se enfoca en la carencia e inestabilidad de la vivienda (CIV) entre HSH y MT mediante la identificación de factores que pueden estar asociados con la CIV, incluidos los resultados de salud. En la tercera sección del resumen, analizamos factores asociados con el trabajo sexual y los comportamientos y resultados relacionados con la salud. La síntesis de esta información demostrará que la marginación social y económica que experimentan los HSH y las MT tiene interconexión con aspectos de los sectores salud, educación, trabajo y justicia social.

MÉTODOS DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal de noviembre de 2011 a febrero de 2012, con la participación de 670 HSH y MT en San Salvador, quienes fueron reclutados a través de un procedimiento de muestreo dirigido por el entrevistado (MDE).

Introducción

El análisis de los problemas de salud desde una perspectiva de los determinantes sociales es un enfoque útil para identificar áreas que se superponen a través de los sectores del desarrollo y en el logro de las metas del desarrollo en educación, gobernanza, prosperidad económica y salud (1). Los determinantes sociales de la salud son factores sociales y económicos que influyen en la vida y circunstancias de las personas en forma tal que las predispone a ciertos comportamientos relacionados con la salud y a ciertos resultados en materia de salud (2). Según la Comisión sobre Determinantes de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, estos determinantes "...son en gran parte responsables de las inequidades en la salud—la injusta y evitable condición de salud observada dentro y entre los países" e incluyen factores como la posición social, la escolaridad, la ocupación, el ingreso, el género y el origen étnico/raza (2). La distribución de estos factores ha sido demostrada empíricamente para correlacionar la forma en que los problemas de salud se distribuyen a través de las poblaciones y dentro de subpoblaciones (2–4). El hacer frente a la inequidad en estos factores tendría múltiples beneficios potenciales en términos de una mejor salud y de mejores experiencias y oportunidades de vida en general.

De manera creciente, la orientación sexual es reconocida como un determinante social de la salud (5). Diversas investigaciones han mostrado que las minorías sexuales¹ se ven afectadas desproporcionadamente por problemas de salud mental (6–8), problemas de uso de sustancias (6) y por el VIH (9, 10), comparadas con las poblaciones heterosexuales a nivel mundial. Una razón fundamental de las disparidades en salud para las minorías sexuales es el estigma sexual (11), definido como "consideración negativa, estatus inferior y relativa impotencia que la sociedad asigna en forma colectiva a cualquier comportamiento, identidad, relación o comunidad no heterosexual" (11). El estigma sexual influye en la salud al ocasionar un acceso desigual a los servicios de salud (12, 13), estrés psicológico (14) y sentimientos internos de vergüenza que influyen en el comportamiento relacionado con la salud (14, 15).

El estigma asociado a la orientación sexual puede también influir en las condiciones sociales y en las oportunidades de vida al alcance de las minorías sexuales. En su fecundo trabajo sobre las condiciones sociales como causas de la salud, Link and Phelan (1995) señalan que las condiciones sociales articulan el acceso a recursos que pueden usarse para

1) Utilizamos el término "minoría sexual" para referirnos a personas cuya orientación sexual (homosexual, bisexual, invertido, que cuestiona su sexualidad) o identidad de género (hombre, mujer, transgénero o travesti) no se ajusta a las normas heterosexuales.

MÉTODOS DE ESTUDIO *continuado*

Las cadenas de reclutamiento fueron iniciadas con cinco semillas, seleccionadas intencionalmente con base en su posición social y amplitud de sus redes sociales. Cada participante recibió hasta tres cupones de reclutamiento, para su distribución entre sus conocidos que cumplieran con los criterios de elegibilidad del estudio. Estos criterios incluyeron tener 18 años de edad o más; haber tenido relaciones sexuales anales con un hombre o MT en los pasados 12 meses; y haber vivido, trabajado o estudiado en San Salvador por un mínimo de tres meses previos a la entrevista. Este estudio fue aprobado por el Consejo Institucional de Revisión Biomédica de la Universidad de Tulane y por el Comité Nacional de Ética e Investigación Clínica en El Salvador. Para conocer más detalles sobre los métodos aplicados en este estudio, incluidas las escalas referenciadas en este informe y los resúmenes de puntos relevantes, por favor consulte el informe completo en: <http://www.measureevaluation.org/publications/tr-13-92>

ANÁLISIS

Los datos de la encuesta se ingresaron en el programa de análisis estadístico *Respondent Driven Sampling Analysis Tool* 6.01 (RDSAT) (<http://www.respondentdrivensampling.org>). Este programa facilitó el uso de factores de ponderación para tomar en cuenta la selección no aleatoria de las personas participantes en el cálculo de frecuencias. Los datos fueron entonces transferidos al paquete de software de análisis estadístico STATA SE versión 12.0. Se realizaron análisis bivariados y multivariados mediante la ponderación de la variable de resultado. Se usó un valor límite de $p < .05$ para la significancia estadística. Las probabilidades predichas basadas en modelos de regresión logística se presentan en las figuras. Las notas al pie de cada figura indican las variables de control usadas en cada modelo.

evitar riesgos o minimizar las consecuencias de los problemas de salud (18). Estos recursos incluyen el dinero, poder, prestigio, apoyo social y las redes sociales (18). El acceso a estos recursos por parte de las minorías sexuales está restringido debido a que el estigma sexual devalúa a las personas que son homosexuales, bisexuales o que mantienen identidades de género que no se ajustan a las normas heterosexuales. El acceso restringido a estos recursos puede, a su vez, influir en “estrategias de subsistencia”, o en las actividades que la gente realiza y las decisiones que toma, con el fin de satisfacer sus necesidades vitales básicas como alimento y vivienda (19). Por ejemplo, las mujeres transgénero (MT) y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con limitadas oportunidades económicas pueden ser más propensos a participar en el trabajo sexual (20). De manera similar, las MT y los HSH con limitadas oportunidades económicas y que han enfrentado el rechazo de sus familias y pares, pueden tener mayor probabilidad de experimentar situaciones de inestabilidad en su alimentación y vivienda (21). Estas circunstancias de vida—el trabajo sexual y la carencia de vivienda—también impactan la salud al aumentar la vulnerabilidad de las MT y de los HSH a los riesgos para la salud.

En este resumen de investigación analizamos los determinantes sociales de la salud para los HSH y MT en San Salvador, concentrándonos en el trabajo sexual y la carencia de vivienda como condiciones sociales que pueden influir en la salud de esta población. Análisis previos, realizados con datos de este estudio, identificaron dos vías psicológicas a través de las cuales el estigma afecta el acceso a los servicios de salud, el estrés y el bienestar (16, 22). En los análisis actuales, exploramos la vía estructural a través de la cual el estigma sexual puede influir en la salud para esta población al limitar las opciones sociales y económicas, así como las consecuencias resultantes para su salud.

Hallazgos Clave

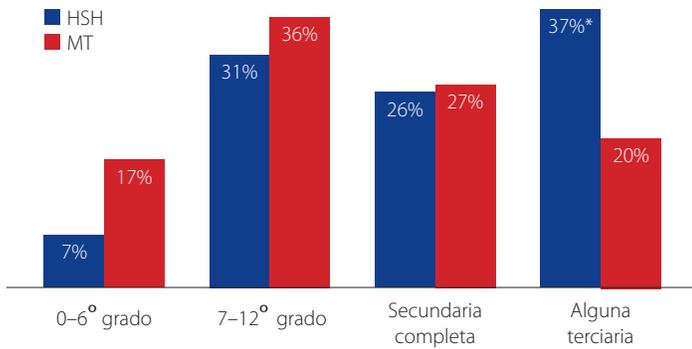
HSH que participaron en este estudio

Los HSH participantes en el estudio eran jóvenes, con 69% de ellos en el grupo de 18 a 24 años de edad. Aproximadamente, la mitad de los HSH en el estudio autoidentificaron su orientación sexual como gay u homosexual (49%), o como bisexual o heterosexual (52%). El mismo porcentaje de HSH reportaron ser ya sea solteros (43%) o estar viviendo en una relación sexual con otro hombre o mujer transgénero (43%), mientras que solamente el 13% reportó estar formando parte de una relación con una mujer en el momento del estudio.

SECCIÓN 1—Las condiciones sociales y económicas para los HSH y MT en San Salvador

Educación—La mayoría de los participantes en el estudio completaron el bachillerato o tenían algún tipo de capacitación terciaria (62%). La Figura 1 muestra el nivel de educación completado por identidad de género (HSH o MT). Siete por ciento (7%) de los HSH completaron su escuela primaria o menos (0–6° grado), 31% completaron el tercer ciclo o parte del bachillerato (7°–12° grados), 26% completaron el bachillerato y 37% tenían algún nivel de educación terciaria posterior al bachillerato. Las MT alcanzaron niveles

Figura 1: Logro educativo reportado por HSH y MT



* Las MT tuvieron menor probabilidad de reportar educación terciaria comparadas con los HSH, $p < .05$; los porcentajes para los HSH suman más de 100% debido al redondeo.

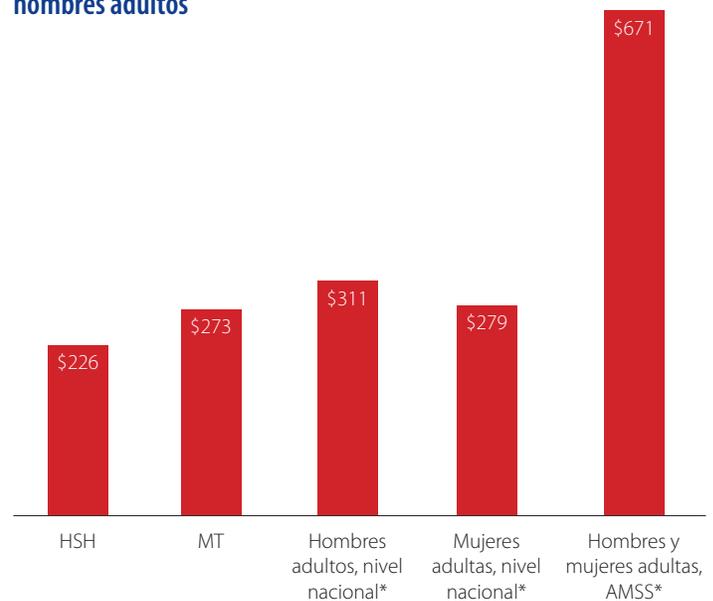
ligeramente más bajos de escolaridad. Diecisiete por ciento (17%) de las MT habían completado la escuela primaria o menos (0-6° grado), 36% completaron el tercer ciclo o parte del bachillerato (7°-12° grado), 27% completaron el bachillerato y 20% completaron el nivel de educación terciaria posterior al grado de bachillerato. El porcentaje con niveles educativos avanzados a través de algún tipo de educación terciaria tuvo menor significancia estadística para las MT en comparación con los HSH (20% comparado con 37% respectivamente).

Los datos de la *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2011 (EHPM)*, una encuesta de hogares representativa a nivel nacional conducida en El Salvador, proporciona estadísticas comparativas para hombres en la población en general y fue conducida en alrededor del mismo período que el estudio de HSH/MT (23). La EHPM proporciona información sobre el grado de estudios promedio completado en 2011 por hombres y mujeres de seis años de edad y mayores en áreas urbanas, incluido San Salvador. Las estimaciones derivadas de la EHPM indican que el grado promedio completado es de 7.6 para los hombres y 7.1 para las mujeres, lo que se traduce en haber completado parte del bachillerato pero sin haberlo terminado y obtener un certificado de estudios. En contraste, el 64% de los HSH en el estudio actual completaron el bachillerato o un mayor grado educativo, mientras que el 47% de las MT lo logró. Es importante señalar que la estimación derivada de la EHPM incluye categorías de edad más bajas y áreas urbanas fuera de San Salvador, mientras que los datos del estudio HSH/MT solamente incluyeron a personas de 18 años de edad o más en San Salvador. Por lo tanto la EHPM podría reflejar una subestimación del nivel de

grados completados por la población en general, debido a la menor edad de los participantes y la inclusión de personas fuera de San Salvador.

Ingreso, empleo y ocupación—Un número sustancial de HSH y MT participantes en el estudio vivían en condiciones de pobreza. Veintisiete por ciento (27%) reportaron no tener un ingreso mensual. Cuarenta y tres por ciento (43%) de los participantes ganaba menos de \$250 dólares por mes. En promedio, los HSH y las MT en este estudio ganaban \$266 y \$273 dólares mensuales respectivamente (ver Figura 2). Esto es menos que el ingreso mensual promedio reportado de \$311 dólares para hombres adultos y de \$279 para mujeres adultas en El Salvador (incluidas las áreas rurales y urbanas). Es también sustancialmente menor que el ingreso mensual promedio de \$671 dólares estimado para personas adultas, con base en datos de la EHPM (23).

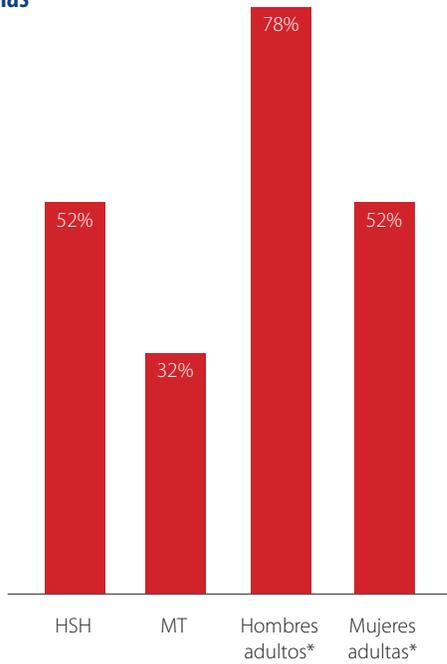
Figura 2: Ingreso mensual promedio reportado por HSH, MT y hombres adultos



* Estimación derivada de la EHPM; AMSS= Área Metropolitana de San Salvador

Los HSH y las MT en este estudio también reportaron niveles más bajos de empleo que los hombres en la población general en edad de trabajar en El Salvador (ver Figura 3). Cincuenta y dos por ciento (52%) de los HSH y 32% de la MT reportaron estar empleados por otros o autoempleados en el momento del estudio. En contraste, con base en estimaciones de la EHPM (23), el 78% de hombres y 52% de mujeres de 16 años de edad o mayores, que estaban viviendo en áreas urbanas de El Salvador, estuvieron empleados en 2011.

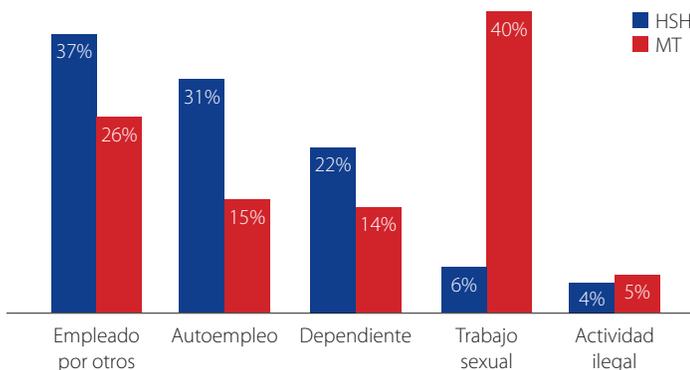
Figura 3: Empleo reportado por HSH, MT, y hombres adultos en áreas urbanas



* Estimación derivada de la EHPM.

La Figura 4 muestra los medios primarios de generación de ingreso reportados por HSH y MT en este estudio. Para los HSH, el medio primario de generación de ingreso fue estar empleados por otras personas (37%), seguido del autoempleo (31%), recepción de fondos de otras personas incluidas las remesas o dinero de los padres o pareja (22%), trabajo sexual (6%) y actividades ilegales, incluida la venta de drogas (4%). Para las MT, el trabajo sexual fue el principal medio de generación de ingreso, reportado por el 40% de las MT en el estudio. Esto fue seguido por estar empleadas formalmente por otras personas (26%), autoempleo (15%), remesas de dinero de padres o parejas (14%) y actividades ilegales incluida la venta de drogas (5%). El porcentaje de

Figura 4: Medios primarios de generación de ingreso entre HSH y MT (n=573)

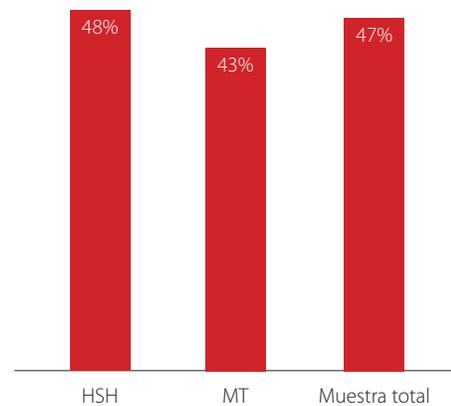


Las categorías son excluyentes; se pidió a los participantes seleccionar una sola opción de respuesta como medio primario de generación de ingreso.

MT que reportaron el trabajo sexual como su medio primario de generación de ingreso tiene una significancia estadística más alta en comparación con los HSH en la muestra (40% comparado con 6%, respectivamente).

Inseguridad Alimentaria—La Figura 5 muestra el nivel de inseguridad alimentaria entre los participantes en este estudio. Casi la mitad (47%) de los participantes reportaron que les preocupaba tener suficiente alimento para sí mismos o para sus familias en los seis meses previos a la encuesta. No hubo una diferencia en cuanto a la significancia estadística en el informe de inseguridad alimentaria entre los HSH y las MT participantes.

Figura 5—Porcentaje de HSH y MT que reportan inseguridad alimentaria durante los últimos seis meses

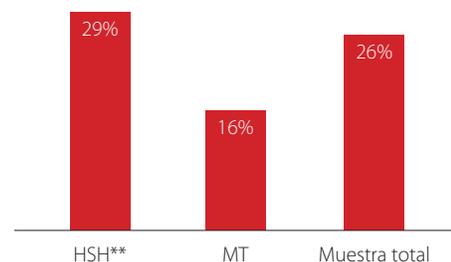


Frecuencias ponderadas calculadas en RDSAT. La significancia estadística se determinó con base en regresiones logísticas bivariadas ponderando la variable de resultado de inseguridad alimentaria en STATA.

SECCIÓN 2—Carencia e inestabilidad de la vivienda (CIV) entre HSH y MT

Veintiséis por ciento (26%) de los participantes reportaron al menos una noche en la que no tuvieron un lugar dónde dormir o que habían carecido de vivienda durante los seis meses previos a la encuesta (ver Figura 6).

Figura 6: Porcentaje de HSH y MT que reportaron carencia e inestabilidad de la vivienda durante los 6 últimos meses

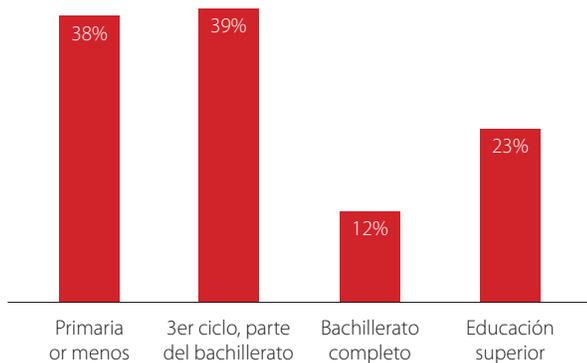


Frecuencias ponderadas calculadas en RDSAT. La significancia estadística se determinó con base en regresiones logísticas bivariadas con ponderación aplicada a la variable de resultados de CIV. **p<.01

Hubo una diferencia en significancia estadística en el informe de CIV, de tal forma que los HSH tuvieron mayor probabilidad de reportar CIV en comparación con las MT (29% versus 16% respectivamente).

El porcentaje de participantes que reportó CIV disminuyó conforme su nivel de logro educativo aumentó (ver Figura 7). Treinta y ocho por ciento (38%) de los participantes con escolaridad de nivel primaria o menor y 39% con algunos estudios a nivel bachillerato reportaron CIV en el año anterior. En comparación, solamente el 12% de los participantes con certificado de bachillerato terminado y 23% con algún nivel de escolaridad terciaria reportaron CIV en el último año. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Figura 7: Porcentaje de HSH y MT que reportaron carencia e inestabilidad de vivienda por nivel de educación completado

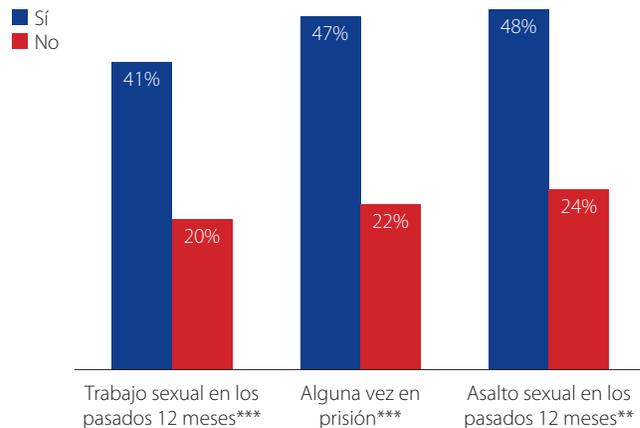


Frecuencias ponderadas calculadas en RDSAT. La significancia estadística se determinó con base en regresiones logísticas bivariadas con ponderación aplicada a la variable de resultados de CIV. Para bachillerato completo vs primaria o menos $p=.001$; bachillerato completo vs 3er ciclo y parte del bachillerato $p<.05$. Para educación superior o educación superior tecnológica vs primaria o menos $p<.001$; educación superior o educación superior tecnológica vs 3er ciclo con parte del bachillerato $p<.01$.

La CIV se asoció con otras medidas de vulnerabilidad (ver Figura 8). Cuarenta y uno por ciento (41%) de los participantes que reportaron haberse dedicado al trabajo sexual en los pasados seis meses también reportaron CIV, en comparación con 20% de los participantes que no reportaron trabajo sexual. Cerca de la mitad (47%) de los participantes que alguna vez habían estado en la cárcel o sido retenidos por 48 horas o más reportaron CIV, en comparación con 22% de los participantes que nunca habían estado en la cárcel o sido retenidos. Cuarenta y ocho por ciento (48%) de los participantes que reportaron asalto sexual en el pasado año, también reportaron CIV, en comparación con el 24% de los participantes que no reportaron asalto sexual en el mismo período. La diferencia en porcentajes entre los HSH y las MT que reportaron CIV por grupo

vulnerable tuvo significancia estadística para el trabajo sexual, el encarcelamiento y el asalto sexual.

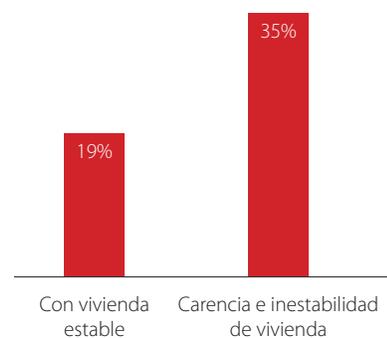
Figura 8: Porcentaje de HSH y MT que reportaron carencia e inestabilidad de vivienda por pertenencia a un grupo vulnerable



Frecuencias ponderadas calculadas en RDSAT. La significancia estadística se determinó con base en regresiones logísticas bivariadas con ponderación aplicada a la variable de resultados de CIV. ** $p<.01$; *** $p<.001$

La CIV se asoció con el resultado de salud relativo a la consideración del suicidio (ver Figura 9). Para la muestra total, el 27% de los participantes reportaron que "siempre" pensaban en la posibilidad de cometer suicidio, en comparación con "algunas veces" o "nunca" haber pensado en ello. Entre los participantes que reportaron CIV en los últimos seis meses, 35% reportó que "siempre" pensaban en la posibilidad de cometer suicidio. Este porcentaje tuvo una menor significancia estadística entre participantes con vivienda estable, 19% de los cuales reportaron que "siempre" pensaban en el suicidio.

Figura 9: Porcentaje de HSH y MT que consideraron el suicidio por situación de carencia e inestabilidad de vivienda

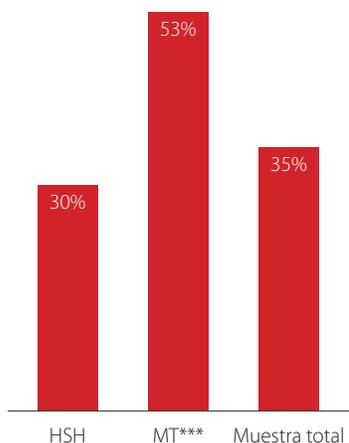


Los porcentajes son convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante el uso de modelos de regresión logística que controlaron las variables de edad, educación, ingreso, estado de la relación, identidad de género, orientación sexual, experiencia pasada de asalto sexual, haber estado encarceladas y optar por el trabajo sexual en el pasado año. $p<0.01$; $n=646$.

SECCIÓN 3—El trabajo sexual como estrategia de subsistencia y las consecuencias relacionadas con la salud

Una proporción sustancial de la población del estudio reportó trabajo sexual en los 12 meses anteriores, variable que se definió en la encuesta como: “haber recibido ropa, alimentos, dinero, drogas o lugar dónde dormir a cambio de tener relaciones sexuales con alguien” (ver Figura 10). Treinta y cinco por ciento (35%) de los participantes reportaron trabajo sexual en los 12 meses anteriores. Cincuenta y tres por ciento (53%) de las MT reportaron trabajo sexual en el año anterior, mientras que el 30% de los HSH lo hizo. Esta diferencia tuvo significancia estadística.

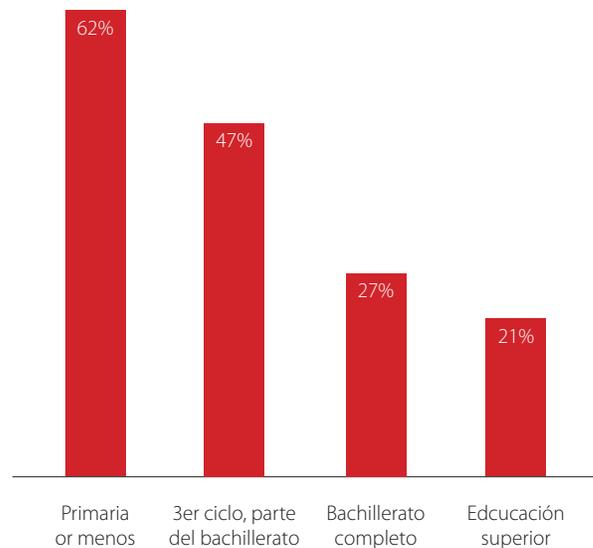
Figura 10: Porcentaje de HSH y MT que reportaron trabajo sexual en los 12 últimos meses



Frecuencias ponderadas calculadas en RDSAT. La significancia estadística se determinó con base en regresiones logísticas bivariadas con ponderación aplicada a la variable de resultado de trabajo sexual en el pasado año. *** $p < .001$.

El porcentaje de participantes que reportó trabajo sexual el pasado año disminuyó conforme fue aumentando el nivel de logro educativo (ver Figura 11). Sesenta y dos por ciento de los participantes que completaron solamente la educación primaria o menos, reportaron trabajo sexual en el año anterior, al igual que 47% de participantes con algún nivel de bachillerato. Este porcentaje disminuyó hasta un 27% para participantes con certificado de bachillerato; y a 21% de los participantes con capacitación terciaria. Las diferencias en los porcentajes de personas que reportaron trabajo sexual en el año anterior con respecto a su logro educativo tuvieron significancia estadística.

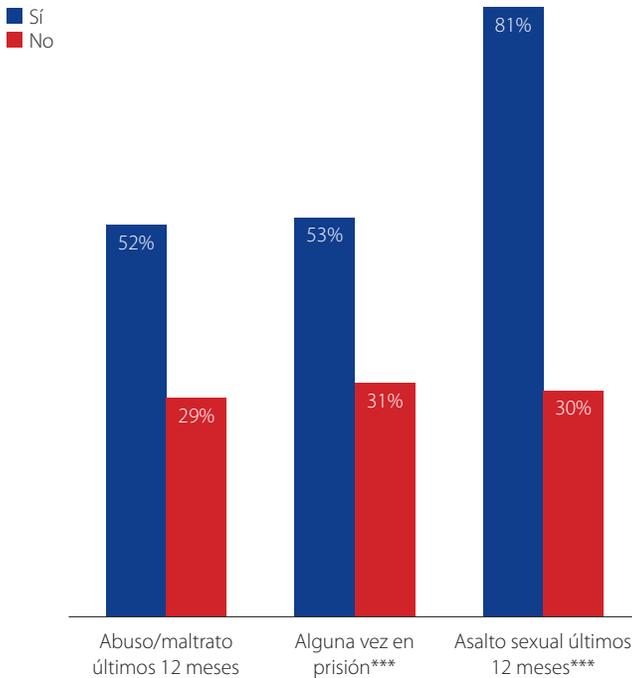
Figura 11: Porcentaje de HSH y MT que reportaron trabajo sexual en los últimos 12 meses por nivel educativo completado



Frecuencias ponderadas calculadas en RDSAT. La significancia estadística se determinó con base en regresiones logísticas bivariadas con ponderación aplicada a la variable de resultado de vivienda inestable. Para bachillerato completo vs primaria o menos $p < .001$; bachillerato completo vs 3er ciclo – parte del bachillerato, $p = .001$. Para educación superior o educación superior tecnológica vs primaria o menos $p < .001$; educación superior o educación superior tecnológica vs 3er ciclo, parte del bachillerato $p < .001$.

El trabajo sexual en el año anterior se asoció con otras medidas de vulnerabilidad (ver Figura 12). Cincuenta y dos por ciento (52%) de los participantes que reportaron abuso o maltrato debido a su orientación sexual en los últimos 12 meses reportaron también haberse dedicado al trabajo sexual el año anterior, en comparación con el 29% de participantes que no reportaron abuso. Cincuenta y tres por ciento (53%) de los participantes que habían estado alguna vez en la cárcel o sido retenidos por 48 horas o más, reportaron trabajo sexual el año anterior, comparado con el 31% de los participantes que nunca habían estado encarcelados. Ochenta y uno por ciento (81%) de los participantes que reportaron asalto sexual en el último año también reportaron trabajo sexual el año anterior, en comparación con el 30% de los participantes que no experimentaron asalto sexual en el último año. Como se señaló anteriormente, el trabajo sexual también se correlacionó con la CIV. La diferencia en porcentajes entre quienes reportaron trabajo sexual el año anterior, agrupados por su inclusión en un grupo vulnerable, tuvo significancia estadística para CIV, encarcelamiento y asalto sexual.

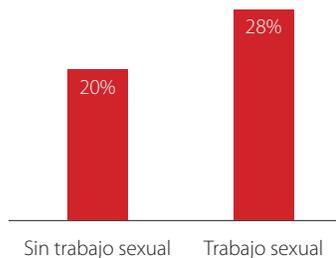
Figura 12: Porcentaje de HSH y MT que reportaron trabajo sexual en los últimos 12 meses por pertenencia a un grupo vulnerable



Frecuencias ponderadas calculadas en RDSAT. La significancia estadística se determinó con base en regresiones logísticas bivariadas con ponderación aplicada a la variable de resultado de trabajo sexual en los últimos 12 meses. *** $p < .001$.

Los participantes que reportaron trabajo sexual en el año anterior, tuvieron más probabilidad de considerar el suicidio (ver Figura 13). Entre los participantes que reportaron trabajo sexual en el año anterior, el 28% reportó haber pensado en cometer suicidio “siempre”. Este porcentaje tuvo menor significancia estadística entre los participantes que no reportaron trabajo sexual en el año anterior, 20% de los cuales reportaron tener “siempre” pensamientos sobre el suicidio.

Figura 13: Porcentaje de HSH y MT que reportaron haber considerado el suicidio por participación en trabajo sexual el año anterior



Los porcentajes son convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante el uso de modelos de regresión logística que controlaron las variables de edad, educación, ingreso, estado de la relación, identidad de género, orientación sexual, experiencia pasada de asalto sexual, haber estado encarceladas y optar por el trabajo sexual en el pasado año. $p = .05$; $n = 646$.

Resumen

En las áreas urbanas de El Salvador hay inequidad en la generación de ingreso y empleo para los HSH y las MT en comparación con los hombres en la población en general. Un bajo logro educativo entre los HSH y las MT está relacionado con el aumento a la exposición a la CIV y al trabajo sexual. El trabajo sexual afecta principalmente a las MT, mientras que los HSH son más vulnerables a la CIV. De manera similar a las investigaciones en otros contextos, las CIV y el trabajo sexual son parte de una “sindemia”² de vulnerabilidad entre los HSH y las MT, que también incluye altas tasas de encarcelamiento y asalto sexual (24). Estas experiencias dan forma a la salud y bienestar de los HSH y MT en El Salvador de un modo tal que aumenta su riesgo de contraer VIH/ITS, así como de obtener precarios resultados de salud mental, medidos en este estudio a través de la consideración del suicidio. Estos hallazgos son congruentes con la inclusión de la orientación sexual como determinante social de la salud y demuestran el impacto negativo de la posición social, el ingreso y la educación en la salud de las minorías sexuales.

Recomendaciones

Aumentar los niveles de logro educativo de los HSH y MT: Procurar que los HSH y MT puedan completar su bachillerato y, de ser posible, que alcancen una capacitación de nivel terciario, disminuiría la probabilidad de su exposición a la CIV y de su participación en el trabajo sexual. Se necesita más información para comprender los factores que influyen en las tasas de abandono escolar en el caso de los HSH y las MT en El Salvador. En otros contextos, el acoso, el hostigamiento y otras formas de estigma recibido de pares y maestros, influyen en la decisión de estudiantes lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de abandonar la escuela (25). La visibilidad de las MT que “expresan su género” o que se visten como mujeres en un ambiente escolar, puede conducir a su expulsión definitiva de las escuelas. La adolescencia es un período crítico en el desarrollo de la identidad individual y la autoestima. Puede ser un período difícil para un joven perteneciente a una minoría sexual que lucha por comprender y

2) “Una sindemia es una situación donde dos epidemias se influyen mutuamente. Se trata de dos (o más) epidemias actuando sinérgicamente en deterioro de la salud de la persona o población afectada.”

aceptar su orientación sexual o identidad de género. Es importante establecer políticas que alienten un ambiente favorable para las minorías sexuales en las escuelas y proporcionen capacitación para las y los educadores sobre cómo apoyar a la gente joven a través del proceso de formación de una identidad positiva.

Aumentar las oportunidades ocupacionales y económicas para los HSH y las MT: Es importante crear un ambiente que apoye actividades de generación de ingresos con el propósito de prevenir la CIV y de servir como alternativa al trabajo sexual para los HSH y las MT. Son necesarias las políticas para prevenir la discriminación en los centros de trabajo. Programas de mentoría y becas para capacitación también se necesitan para promover una amplia gama de “futuros posibles” para los HSH y las MT en diferentes campos. Las habilidades en manejo financiero también les protegerían contra la vulnerabilidad económica. Esto es especialmente importante para personas que se autoemplean o que ganan dinero en la economía informal y, por lo tanto, carecen de beneficios como seguro social y seguro de salud.

Proveer servicios de vivienda para HSH y MT: Es importante prevenir la carencia e inestabilidad de la vivienda entre los HSH y las MT a través de un mayor logro educativo y de oportunidades económicas. Es posible que los HSH y las MT estén en riesgo de CIV durante el proceso de revelación de su identidad, especialmente si todavía dependen de sus padres y familiares para su vivienda. En este estudio, no se encontró diferencia en CIV y edad de los participantes, lo que indica que este es un problema importante a lo largo de la vida. Los HSH pueden estar en mayor riesgo de CIV debido a sus más bajos niveles de apoyo financiero, material y logístico por parte de su red social. Por su parte, mientras que las MT pueden sufrir de formas más externas de discriminación debido a la visibilidad de su estigma, las bien articuladas

redes sociales de MT en este y otros contextos centroamericanos puede servir para protegerlas contra la CIV (26). La relación entre el ocultamiento de la orientación sexual como un posible vínculo con la CIV en el caso de los HSH debe ser explorada aún más. Debe considerarse el contacto con los HSH y las MT que estén experimentando CIV, a través de programas de intercambio con servicios establecidos de vivienda para la población en general. Esto es particularmente importante para los HSH y las MT que también estén viviendo con el VIH, dado que se ha observado que los niveles de adhesión al tratamiento son más bajos en las personas con CIV en otros contextos (27).

Establecer políticas y programas para proteger y apoyar a las personas dedicadas al trabajo sexual: El nivel de trabajo sexual reportado por los participantes en este estudio es notablemente alto, especialmente entre las MT. Mejorar el contexto dentro del cual se practica el trabajo sexual también conduciría a mejoras en el bienestar y calidad de vida de los HSH y las MT. Esto puede lograrse a través de sesiones de capacitación con la policía y el sistema de justicia criminal para prevenir el acoso y el encarcelamiento de las y los trabajadoras sexuales. Dentro del sector seguridad debe haber personal especialista capacitado para proporcionar apoyo a trabajadores sexuales que hayan experimentado asalto sexual, así como para proveerles información sobre sus derechos y opciones en caso de asalto sexual. La incidencia política para apoyar la profesionalización del trabajo sexual, incluido el establecimiento de uniones de trabajadores y su inclusión en los sistemas de seguridad social debe también considerarse. El apoyo para las y los trabajadores sexuales, a través de centros de servicios como los centros de paso que proveen un espacio seguro para trabajadores sexuales durante horas de trabajo, pueden también aminorar algunos de los retos del trabajo sexual. Otros cambios estructurales para apoyar el trabajo sexual y la salud y bienestar de las y los trabajadores sexuales deben explorarse aún más.

Referencias

1. United Nations General Assembly. (2001). *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration*. Available at URL: <http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2001.pdf?OpenElement>. Accessed June 17, 2014.
2. World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Available at URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/. Accessed June 17, 2014.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. (2010). *Establishing a Holistic Framework to Reduce Inequities in HIV. Viral Hepatitis, STDs, and Tuberculosis in the United States*. Available at URL: <http://www.cdc.gov/socialdeterminants/docs/SDH-White-Paper-2010.pdf>. Accessed June 17, 2014.
4. Galea S, Tracy M, Hoggatt K, et al., (2011). Estimated Deaths Attributable to Social Factors in the United States. *American Journal of Public Health*. Vol. 101 (8): 1456–1465.
5. Logie C, (2012). The Case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation. *American Journal of Public Health*. Vol. 102 (7): 1243–1246.
6. Diaz RM, Ayala G, Bein E, Henne J, Marin BV, (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on mental health of gay and bisexual Latino men: findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health*. Vol. 91(6): 927–932.
7. King M, Semlyen J, Tai S, et al. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay, and bisexual people. *BMC Psychiatry*. Vol. 8 (70): doi: 10.1186/1471-244X-8-70.
8. Cochran SD, Mays VM, (2009). Burden of Psychiatric morbidity among lesbian, gay and bisexual individuals in the California Quality of Life Study. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 11(3): 647–685.
9. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, et al., (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. Vol. 380:367–377.
10. Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, et al., (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. Vol. 13:214–222.
11. Herek G, (2007). Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice. *Journal of Social Issues*. Vol. 63 (4): 905–925.
12. Institute of Medicine of the National Academies (IOM). (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for a Better Understanding*.
13. Andrinopoulos K, Hembling J, Guardado ME, Hernandez FM, Melendez G, (2014). Evidence of the negative effect of sexual minority stigma on HIV testing among MSM and Transgender Women in San Salvador, El Salvador. *AIDS and Behavior*. doi: 10.1007/s10461-014-0813-0
14. Meyer I, (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*. Vol. 129 (5): 674–697. Meyer, I. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 36: 38–56.
15. Newcomb, M. Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. Vol. 30: 1019–1029.
16. Andrinopoulos, K. Hembling, J. (2014). *Internalized Homonegativity and Its Health-Related Consequences for MSM in San Salvador*. Available at URL: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/fs-14-96>. Accessed June 17, 2014.
17. Hatzenbuehler M, (2009). How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A Psychological Mediation Framework. *Psychological Bulletin*. Vol. 135 (5): 707–730.

18. Link B, Phelan J, (1995). Social Conditions as a Fundamental Cause of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 35: 80–94.
19. Department for International Development, United Kingdom. (1999). Sustainable Livelihoods Guidance Sheets Framework. Available from URL: <http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0901/section2.pdf>. Accessed June 17, 2014.
20. *Translatina*. (2010). A documentary directed and produced by Felipe Degregori. Information available from http://www.groupesida.ch/filrouge/assets/pdf/Translatina_background.pdf. Accessed June 17, 2014.
21. Center for American Progress. (2010). *On the Streets: The Federal Response to Gay and Transgender Homeless Youth*. Available from URL: <http://cdn.americanprogress.org/wp-content/uploads/issues/2010/06/pdf/lgbtyouthhomelessness.pdf>. Accessed June 17, 2014.
22. Andrinopoulos K, Hembling J, (2014). *Unlocking health service for MSM and Transgender Women in San Salvador*. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/fs-14-108-es>. Accessed August 14, 2014.
23. Gobierno de la República de El Salvador, Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC). (2012). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2011*. Available from URL: http://www.digestyc.gob.sv/phocadownload/DIVISION_DE_ESTADISTICAS_SOCIALES/Publicacion_EHPM_2011.pdf. Accessed June 17, 2014.
24. Santos G, Do T, Beck J, et al., (2014). Syndemic conditions associated with increased HIV risk in a global sample of men who have sex with men. *Sex Transm Infect*. Vol. 90: 250–253. Doi:10.1136/sextrans-2013-051318.
25. National Education Association. (2009). *A report on the Status of Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender People in Education: Stepping Out of the Closet, Into the Light*. Available from URL: <http://www.nea.org/assets/docs/HE/glbttstatus09.pdf>. Accessed June 17, 2014.
26. Barrington C, Wejnert C, Guardado ME, Nieto AL, Bailey GP, (2012). Social network characteristics and HIV vulnerability among transgender persons in San Salvador: identifying opportunities for HIV prevention strategies. *AIDS and Behavior*. Vol. 16(1): 214–224.
27. National AIDS Housing Coalition (NAHC). (2013). *Housing is HIV Prevention & Care*. Available from URL: <http://nationalaidshousing.org/PDF/FactSheet.pdf>. Accessed June 17, 2014.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento para Giovanni Meléndez por su contribución a la conceptualización del análisis y su revisión y comentarios de los borradores finales del documento. También, agradecemos a las Dras. María Elena Guardado y Flor de María Hernández de TEPHINET, Inc., y con la Dra. Ana Isabel Nieto del Ministerio de Salud y Asistencia—Social por su apoyo con el diseño e implementación de este estudio. También agradecemos a Mary Freyder por su revisión y asistencia con el formato.

Cita Recomendada

Andrinopoulos K, Hembling J, (2014). *Determinantes sociales de la salud para los HSH y mujeres transgénero en San Salvador*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation.



MEASURE Evaluation is funded by the U.S. Agency for International Development (USAID) under terms of Cooperative Agreement GHA-A-00-08-00003-00 which is implemented by the Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill in partnership with Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, and Tulane University. The views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of USAID or the United States government. fs-14-108b-es