

Desbloqueo de los servicios de salud para HSH y mujeres transgénero en San Salvador

Objetivos del estudio

La meta de este informe de investigación es proporcionar información descriptiva sobre el comportamiento saludable y la revelación de la orientación sexual a los proveedores de servicios de salud por parte de los HSH y MT en San Salvador. El primer objetivo es examinar las dimensiones tradicionales del acceso, que podrían influir potencialmente en la decisión de buscar los servicios de salud (ej., distancia, seguro de salud, contar con una fuente de atención habitual), así como los factores específicos de la experiencia de las minorías sexuales (ej. temor a la discriminación). El segundo objetivo es describir el uso de servicios públicos versus los privados y la preferencia para los HSH y las MT, incluido un análisis de factores que influyen en la preferencia por los servicios en cada sector. El objetivo final es describir la frecuencia de la revelación de la orientación sexual a un proveedor de servicios de salud, así como los factores asociados con la revelación en el entorno de servicios de salud.

Métodos aplicados en el 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). Las cadenas de reclutamiento fueron iniciadas con cinco semillas, seleccionadas intencionalmente con base en su posición social y amplitud de sus redes sociales. Se administró hasta tres cupones de reclutamiento a cada participante, para su distribución entre sus conocidos que cumplieran con los criterios de elegibilidad del estudio.

Continúa en la página 2

Introducción

Las minorías sexuales, incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y las mujeres transgénero (MT) están en un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental y física (Baral, S. Sifakis, F. Cleghorn, F. et al. 2007; King, Semlyen, Tai et al. 2008). Para mitigar estos problemas sanitarios se requiere que el sistema de salud preste una atención apropiada a los HSH y las MT. Las actividades programáticas y la investigación en América Central relacionadas con el uso de los servicios de salud se ha enfocado principalmente en las actitudes de los proveedores de servicios hacia las minorías sexuales y la calidad de atención asociada (Ortiz 2008; URC 2008). También es importante comprender el comportamiento saludable desde la perspectiva de los clientes potenciales, así como los factores que afectan la forma de “atraer clientes” del sistema de salud para la detección, atención y tratamiento de los problemas de salud. Además, la investigación en contextos internacionales demuestra que los proveedores de servicios que están conscientes de la orientación sexual de sus pacientes tienen mayor probabilidad de proveer consultas apropiadas específicas a sus necesidades de salud (Bernstein et al 2008; Mimiaga, Reisner y Bland 2009). Sin embargo, entre los HSH y MT hay una brecha de información sobre el comportamiento saludable y la revelación de la orientación sexual a los proveedores de salud en entornos de bajos y medianos ingresos como El Salvador.

Hallazgos Clave

HSH que participaron en este estudio

Los HSH participantes en el estudio eran mayormente jóvenes, con 69% de ellos en el grupo de 18 a 24 años de edad. La mayoría de los participantes en el estudio había completado la escuela secundaria o tenía educación posterior a la secundaria (62%). Un número sustancial de participantes en el estudio vivían en condiciones de pobreza, de los que el 27% reportó carecer de ingreso mensual; y 43% reportó ingresos menores a US\$250 dólares al mes. 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 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.

Acceso a servicios de salud para los HSH y las mujeres transgénero

La utilización de los servicios de salud se asocia comúnmente con dos

Métodos aplicados en el estudio

continuado

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

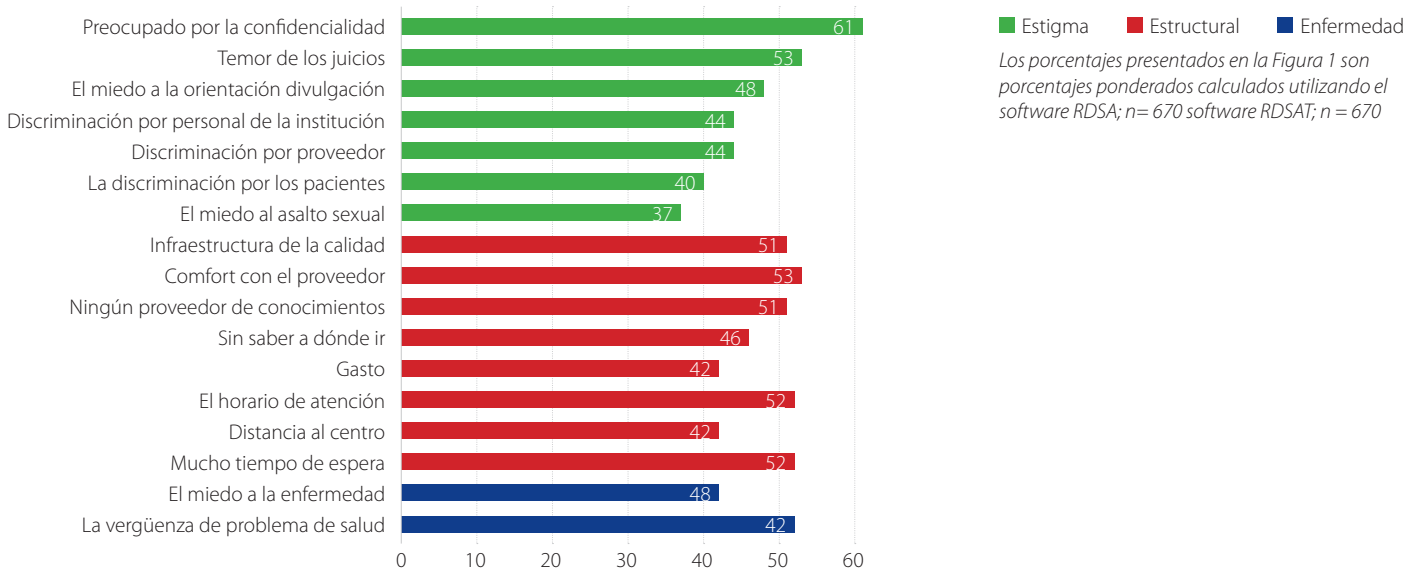
Los datos de la encuesta se ingresaron en el programa de análisis estadístico Respondent Driven Sampling Analysis Tool 6.01 (RDSAT) (www.respondentdrivensampling.org). Este programa facilitó el uso de factores de ponderación para tomar en cuenta la selección no aleatoria de las personas participantes 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 más adelante. Las notas al pie de cada figura indican las variables de control usadas en cada modelo .

factores que incluyen el contar con un seguro de salud y tener una fuente habitual de servicios sanitarios. Como se señaló en el informe completo, el 22% de los participantes estaban afiliados o eran beneficiarios de un seguro de salud público o privado. Un total de 24% tenía un médico, una enfermera u otro proveedor de servicios de salud habitual; y 30% tenía acceso a una fuente habitual de atención a través de una institución de salud. Los participantes que reportaron haber usado servicios de salud en los últimos 12 meses tuvieron mayor probabilidad de contar con un seguro de salud, con una fuente habitual de atención, con un ingreso mensual y ser solteros (versus vivir en unión con un hombre o MT). Los participantes tuvieron mayor probabilidad de contar con un seguro de salud si tenían entre 25 y 34 años de edad (vs 18 a 24 años), tenían un ingreso y eran HSH (vs MT). Los participantes tuvieron mayor probabilidad de tener una fuente habitual de atención (proveedor de servicios o institución) si tenían más de 24 años, eran HSH, o eran solteros. En términos de la condición de salud, las personas que usaron los servicios de salud en el último año reportaron, en general, un estado de bienestar físico ligeramente mejor. El bienestar mental en general, fue ligeramente menor para los participantes que tenían una fuente habitual de atención a su salud.

Se pidió a los participantes dar respuesta a una serie de preguntas sobre factores que podrían influir potencialmente en su decisión de buscar servicios de salud. Estas preguntas comprenden tres categorías de factores que incluyen aspectos estructurales, estigma y enfermedad. Las barreras estructurales se refieren a las barreras tradicionales al acceso (ej., largos períodos de espera, capacidad técnica percibida del proveedor, calidad percibida de la institución, costo del servicio, etc.). Las preguntas sobre el estigma como barrera potencial se refirieron específicamente al temor de maltrato debido a la orientación sexual, como críticas, discriminación, falta de confidencialidad y otras preocupaciones acerca de la revelación de la orientación sexual y discriminación por parte de los proveedores de servicios, del personal de la institución de salud y de otros pacientes. Las preguntas relacionadas con la enfermedad se refirieron a aspectos de la condición de salud que podrían influir en la decisión de buscar atención médica, como la vergüenza asociada con el programa de salud o temor a la gravedad de la condición.

Se preguntó a los participantes si cada factor influía en su decisión de buscar atención médica “mucho”, “un poco”, “nada en absoluto”. En la Figura 1, se presenta el porcentaje de participantes que reportaron que el factor influenciaba “mucho” su decisión de buscar atención a su salud. La preocupación más comúnmente citada que afecta la decisión de buscar atención médica fue la confidencialidad (61%), seguido del temor a la crítica (53%) y a la falta de comodidad en su relación con el proveedor de servicios (53%). Las preocupaciones menos comúnmente citadas que afectan la decisión de buscar atención a su salud fueron el temor al asalto sexual (37%), temor a la discriminación por otros pacientes (40%), el gasto (42%), distancia a la institución de salud (42%) y vergüenza debido a su problema de salud (42%).

Figura 1: Factores que influyen en la decisión de buscar atención a la salud entre HSH y MT

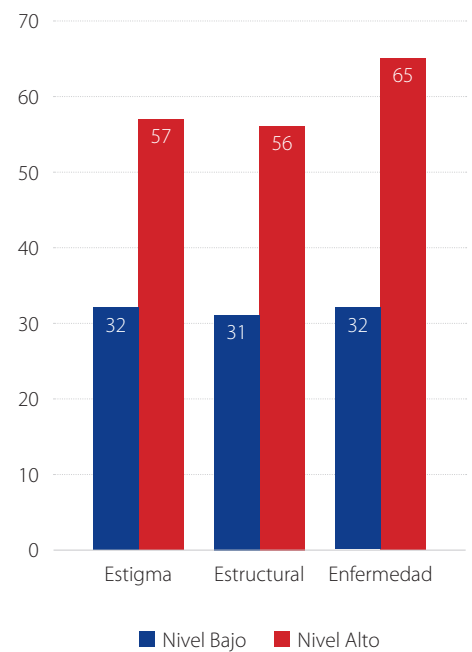


Los porcentajes presentados en la Figura 1 son porcentajes ponderados calculados utilizando el software RDSA; n= 670 software RDSAT; n = 670

Se crearon medidas combinadas de factores estructurales, de estigma y de enfermedad, de tal forma que las personas que reportaran más factores como aspectos que afectan su decisión de buscar atención a su salud tuvieran un puntaje más alto para cada categoría de barrera. Los participantes se categorizaron como poseedores de un nivel “alto” o “bajo” de la barrera de acceso relativo a otras personas participantes en el estudio, usando una separación mediana. Se examinó cada categoría en relación con el hecho de si la persona participante pospuso la atención a su salud cuando lo necesitaba en el año pasado. Treinta y tres por ciento (33%) de los participantes necesitaron atención a su salud el año pasado. De quienes necesitaron atención a su salud, 48% la pospusieron, pero eventualmente la obtuvieron.¹

La Figura 2 muestra la relación entre cada tipo de barrera al acceso y la posposición de la atención a su salud por parte de los participantes, entre los que necesitaron atención en el año previo. Cada tipo de barrera se relacionó de manera estadísticamente significativa con la posposición de la atención a la salud después de controlar las características sociodemográficas. Cincuenta y siete por ciento (57%) de los participantes que reportaron un alto nivel de barreras de estigma pospusieron la atención, en comparación con solamente el 32% de participantes que reportaron un bajo nivel de barreras de estigma. Cincuenta y seis por ciento (56%) de los participantes que reportaron un alto nivel de barreras estructurales pospusieron la atención, en comparación con solamente el 31% de los participantes que reportaron un nivel bajo de barreras estructurales. Finalmente, el 65% de los participantes que reportaron un alto nivel de barreras por enfermedad pospusieron la atención a su salud, en comparación con solamente el 32% de los participantes que reportaron bajos niveles de barreras por enfermedad.

Figura 2: Porcentaje de HSH y de MT que pospusieron la atención a su salud por nivel de barrera al acceso



Los porcentajes presentados están convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante modelos de regresión logística que controlaron por edad, educación, ingreso, estado de la relación, identidad de género y orientación sexual. p<=.05; n=212

1) Solamente 34 participantes reportaron haber necesitado atención y no haberla recibido en el año anterior. Por esta razón, la posposición de la atención se seleccionó como al variable de resultado a ser examinada

Servicios de salud públicos y privados

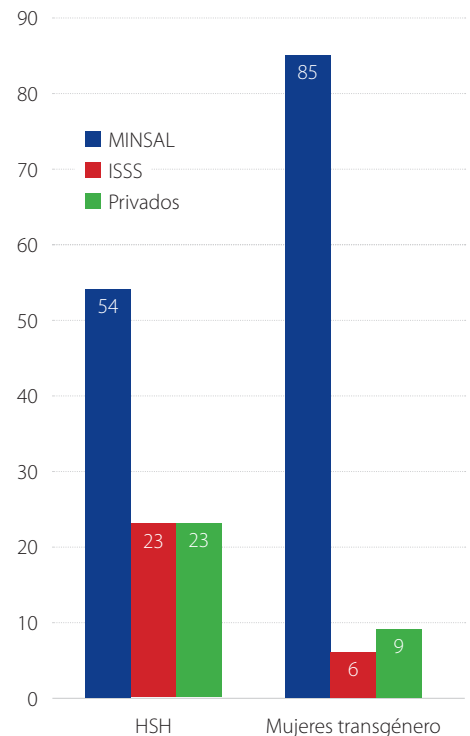
Se examinó el uso de los servicios de salud públicos y privados (Figura 3). Se pidió a los participantes que usaron servicios de salud en los últimos 12 meses que reportaran el tipo de centro de servicios al que acudieron. Las categorías de centros de servicios de salud incluyeron hospitales/clínicas del MINSAL, hospitales/clínicas del ISSS, hospitales/clínicas privadas u otros tipos (como farmacias y unidades móviles). Para la actual valoración, el análisis se restringió a los participantes que reportaron el uso de servicios de salud del MINSAL, ISSS o privados.

Las instituciones de salud del MINSAL fueron el tipo más común de instituciones utilizadas tanto por los HSH como por las MT (ver Figura 3). Sin embargo, el porcentaje de MT (85%) que usaban las instituciones del MINSAL fue significativamente más alto comparado con los HSH (54%). Entre los HSH, aproximadamente uno de cada cuatro reportó estar usando los servicios del ISSS (23%) y los privados (23%). Entre las MT, solamente el 6% usaba los servicios del ISSS; y, el 9%, usaba instituciones privadas en los últimos 12 meses. La diferencia porcentual en el uso de los servicios del MINSAL comparado con los del ISSS y privados entre los HSH y las MT fue estadísticamente significativo después de controlar por características socioeconómicas.

Comúnmente se considera que el ingreso es un factor que influye en el uso de servicios públicos versus los privados. En este estudio se comparó el uso de servicios de salud del MINSAL, ISSS y privados por nivel de ingreso, incluidas las personas que no tenían ingreso mensual; aquellas que ganaban US\$250 dólares o menos al mes; y aquellas que ganaban más de US\$250 dólares mensuales. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en el uso por tipo de servicio en el análisis bivariado. La excepción fue una diferencia estadísticamente significativa marginal tal que los participantes que ganaban más de US\$250 dólares mensuales comparados con los que no tenían ingresos, tuvieron mayor probabilidad de usar servicios privados que los del MINSAL. Cuando se controló por identidad de género, edad, educación y estado de la relación, los participantes que tenían ingresos y niveles más altos de ingreso, tuvieron mayor probabilidad de usar servicios privados y del ISSS, que los servicios del MINSAL.

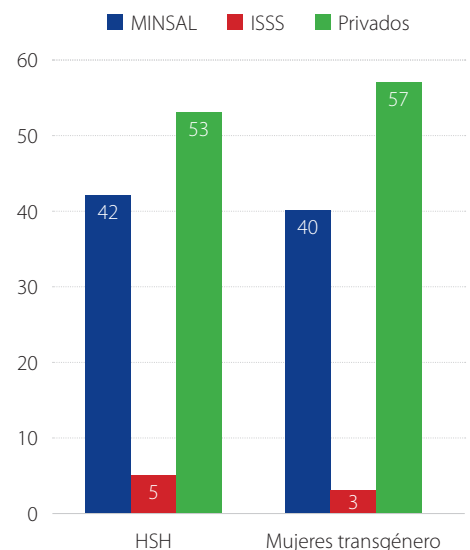
Se pidió a todos los participantes que reportaran el tipo de centro de servicios que preferían para recibir servicios de salud (ver Figura 4). Se aplicaron las mismas categorías de respuesta que las descritas para el uso de servicios de salud. Ligeramente más de la mitad, tanto de HSH (53%) como de MT (57%), reportaron que preferían un centro de servicios de salud privado. Poco menos de la mitad de los HSH (42%) y de las MT (40%) reportaron que prefieren los servicios del MINSAL. Unos pocos HSH (5%) o MT (3%) expresaron su preferencia por los servicios del ISSS. La diferencia porcentual en preferencia por los servicios del MINSAL versus las clínicas privadas entre HSH y MT fue estadísticamente significativa después de controlar por características socioeconómicas. Varios factores se asociaron con una preferencia por un tipo específico de centro de servicios de salud. Los participantes que habían tenido un proveedor habitual

Figura 3: Porcentaje de HSH y MT que usaron los servicios de salud del MINSAL, ISSS, or privados en los últimos 12 meses



Los porcentajes presentados están convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante modelos de regresión logística multinomial que controlaron por edad, educación, ingreso y estado de la relación. $p < .05$; $n = 240$

Figura 4: Porcentaje de HSH y MT que prefieren acudir a centros de servicios de salud del MINSAL, ISSS o privados



Los porcentajes presentados están convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante modelos de regresión logística multinomial que controlaron por edad, educación, ingreso y estado de la relación. $p < .05$; $n = 624$

tuvieron mayor probabilidad de preferir los servicios de los hospitales/clínicas del MINSAL. La familiaridad con un determinado tipo de centro de servicios de salud también fue importante. Los participantes que reportaron haber usado los servicios del MINSAL en los pasados 12 meses tuvieron más probabilidad de reportar una preferencia por un hospital/clínica del MINSAL. De manera similar, los participantes que usaron servicios de salud privados tuvieron mayor probabilidad de preferir un hospital/clínica privada. Estas asociaciones fueron estadísticamente significativas después de controlar por características socioeconómicas.

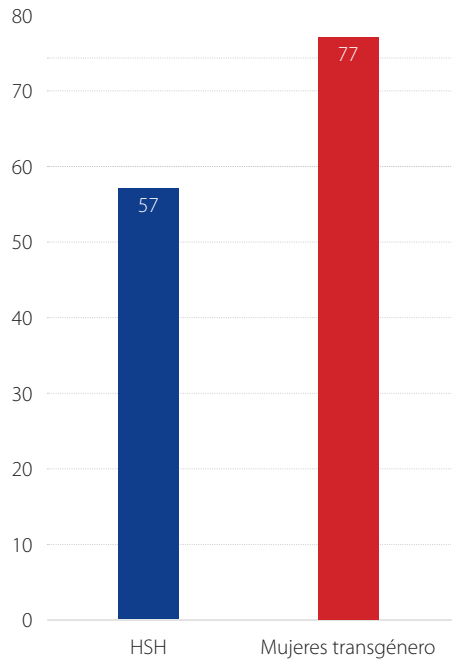
Revelación de la orientación sexual a los proveedores de servicios de salud

En este análisis, la revelación de la orientación sexual a un proveedor de servicios de salud se midió usando la respuesta de los participantes a la pregunta: “¿Cuándo usted ha recibido atención médica, con qué frecuencia informó al proveedor de servicios de salud que usted había tenido relaciones sexuales con hombres o MT?”. Las categorías de respuesta incluyeron “siempre”, “algunas veces” y “nunca”. Sesenta por ciento (60%) de los participantes respondieron que “siempre” o “algunas veces” informan a su proveedor de servicios de salud acerca de su orientación sexual. Este porcentaje fue significativamente mayor para las MT en comparación con los HSH, después de controlar por características sociodemográficas. Solamente el 57% de los HSH revelaron su orientación sexual “siempre” o “algunas veces” a su proveedor de servicios de salud, mientras que el 77% de las MT lo hizo (ver Figura 5).

Se asociaron varios factores con la revelación de la orientación sexual de los participantes a un proveedor de servicios de salud.² La revelación fue más probable entre los participantes que reportaron tener acceso a un proveedor de servicios de salud que tuviera al menos una característica solidaria con las minorías sexuales (ver Recuadro 1). Entre los participantes con acceso a un proveedor de servicios de salud con al menos una de estas características, el 69% había revelado su orientación sexual a un proveedor de servicios de salud. En contraste, solamente el 53% de los participantes sin acceso a un proveedor con estas cualidades había revelado su orientación sexual (ver Figura 6).

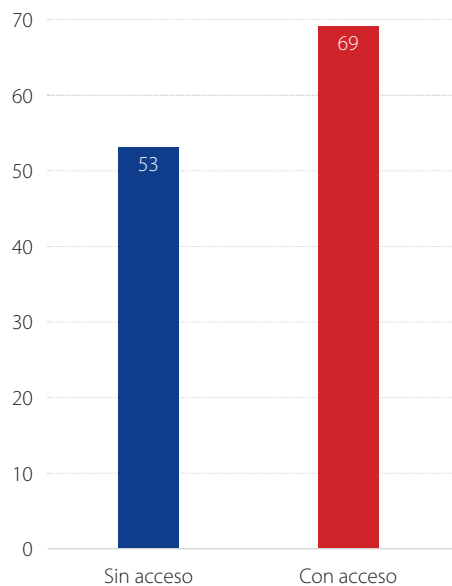
2) Se condujo un análisis por separado que se limitó a participantes HSH y produjo resultados similares en términos de los factores identificados como importantes y la dirección de su asociación con la revelación de la orientación sexual a un proveedor de servicios de salud.

Figura 5: Revelación de la orientación sexual a un proveedor de servicios de salud por identidad de género (%)



Los porcentajes presentados están convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante modelos de regresión logística que controlaron por orientación sexual, edad, educación, ingreso y estado de la relación. $p < .05$; $n = 661$

Figura 6: Porcentaje de HSH y MT que había revelado su orientación sexual a un proveedor de servicios de salud, por acceso a un proveedor solidario con las minorías sexuales



Los porcentajes presentados están convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante modelos de regresión logística que controlaron por edad, educación, ingreso, estado de la relación, así como por identidad de género y orientación sexual. $p \leq .01$; $n = 661$

Recuadro 1: Resumen de aspectos para medir el acceso de HSH y MT a un proveedor solidario

Descripción: Se pidió a cada participante que respondiera a una serie de preguntas después de haber leído lo siguiente: "Si usted necesitara atención, tiene acceso a un proveedor de servicios de salud que..." Las categorías de respuesta fueron "sí" y "no". Los porcentajes de quienes respondieron "sí", se presentan enseguida

Aspecto individual	% Ponderado (intervalo de confianza del 95%)
le trata con dignidad y respeto	58 (49-65)
no le juzga de manera negativa	57 (48-65)
tiene suficientes conocimientos sobre las necesidades de salud de los HSH y las MT	67 (50-93)
mantiene la confidencialidad de sus pacientes	51 (43-59)
mantiene un ambiente en el que el paciente se siente cómodo al hacer preguntas sobre comportamiento sexual	51 (43-59)
tiene al menos una característica solidaria	50 (43-57)

Los participantes que "siempre" o "algunas veces" revelaron su orientación sexual a su proveedor de servicios de salud, también tuvieron mayor probabilidad de reportar un alto nivel de discriminación de parte de un proveedor,³ después de controlar por características socioeconómicas. Ochenta y un por ciento (81%) de los participantes con un alto nivel de discriminación percibida del proveedor había revelado su orientación sexual a un proveedor de servicios de salud. En contraste, solamente el 39% de los participantes con un bajo nivel de discriminación percibida del proveedor la había revelado (ver Figura 7). También, se asociaron niveles más altos de homonegatividad internalizada con la revelación de la orientación sexual a un proveedor de servicios de salud.⁴

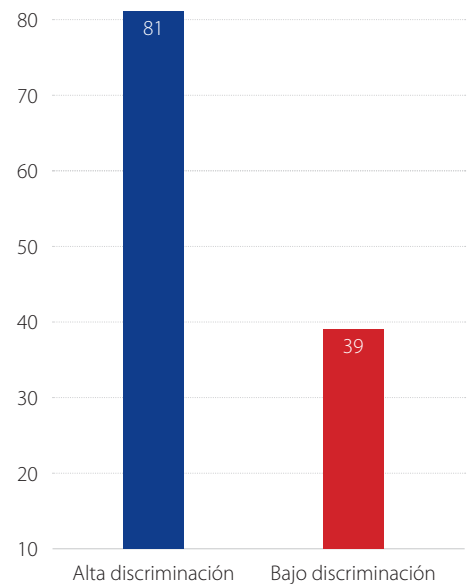
La revelación de la orientación sexual también se relacionó con el tipo de servicio utilizado, después de controlar por características sociodemográficas. Entre los participantes que usaron los hospitales/clínicas del MINSAL en los últimos 12 meses, el 81% había revelado su orientación sexual a un proveedor de servicios de salud. En contraste, solamente el 61% de quienes usaron los servicios del ISSS y 44% de los que usaron centros de servicios de salud privados revelaron su orientación sexual a un proveedor de servicios de salud (ver Figura 8).

No hubo diferencia en la historia de pruebas de VIH por estado de la revelación de la orientación sexual (ver Figura 9). Tanto para los participantes que se habían sometido a la prueba de VIH, como aquellos que nunca se hicieron la prueba de VIH, el 63% reportó haber revelado su orientación sexual "siempre" o "algunas veces" a un proveedor de servicios de

3) La discriminación percibida del proveedor se basó en el reporte de los participantes acerca de las siguientes situaciones enfrentadas debido a su orientación sexual, cuando buscaban servicios de atención a su salud: haber sido tratados con menos respeto, haber recibido servicios de menor calidad, haber sido discriminados, haberseles negado un servicio y haber sentido que tuvieron que fingir ser heterosexuales. Las categorías alta y baja relativas a otros participantes en la muestra se crearon mediante separación mediana.

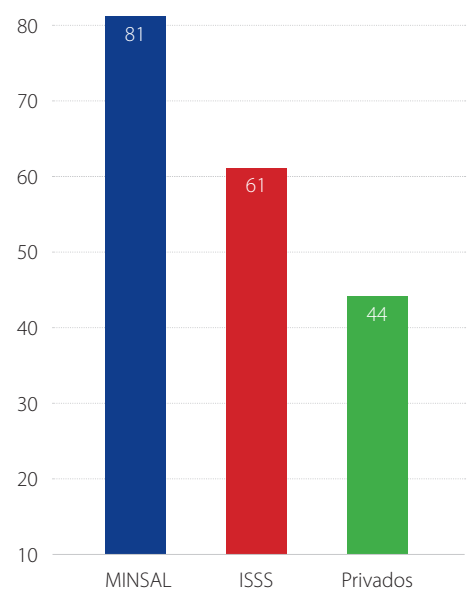
4) Para un mayor detalle sobre la homonegatividad internalizada y sus correlatos estadísticos, por favor consulte el informe de investigación "Homonegatividad internalizada y sus consecuencias relacionadas con la salud para los HSH en San Salvador", disponible en la URL: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/fs-14-96-es>.

Figura 7: Revelación de la orientación sexual por nivel de discriminación percibida del proveedor (%)



Los porcentajes presentados están convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante modelos de regresión logística que controlaron por edad, educación, ingreso, estado de la relación, así como por identidad de género y orientación sexual. $p < .001$; $n = 646$

Figura 8: Revelación de la orientación sexual por tipo de centro de servicios de salud utilizado en los últimos 12 meses (%)



Los porcentajes presentados están convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante modelos de regresión logística que controlaron por edad, educación, ingreso, estado de la relación, así como por identidad de género y orientación sexual. $p < .01$ para privados versus MINSAL; $n = 240$

salud. Se encontraron resultados similares cuando se examinó la revelación de la orientación sexual en personas que se hicieron la prueba de VIH en los últimos 12 meses.

La revelación de la orientación sexual a un proveedor de servicios de salud fue significativamente más común entre los participantes que reportaron haber tomado parte en al menos una actividad educativa sobre VIH en los últimos 12 meses, después de controlar por características socioeconómicas (ver Figura 10). Sesenta y seis por ciento (66%) de estos participantes “siempre” o “algunas veces” revelaron su orientación sexual a un proveedor de servicios de salud, en comparación con solamente el 55% de los participantes que no habían asistido a una actividad educativa sobre VIH.

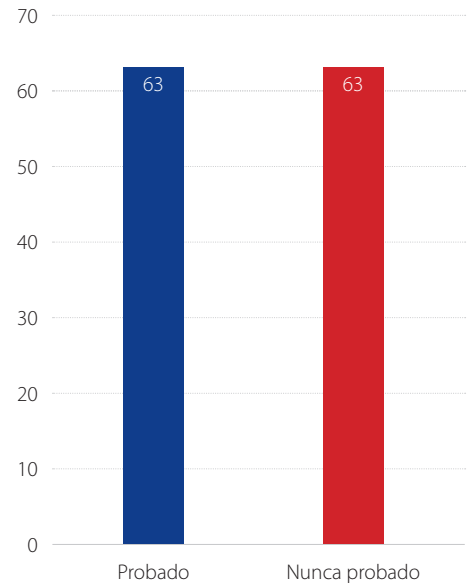
Resumen

La utilización de servicios de salud fue más común entre los participantes en el estudio que contaban con seguro de salud y acudían habitualmente a un centro de servicios de salud o con un proveedor determinado. Las preocupaciones relacionadas con la confidencialidad, la crítica y la comodidad en su relación con el proveedor de servicios de salud, destacaron como factores importantes que influyen en la decisión de buscar los servicios de atención. Las barreras estructurales y las relacionadas con el estigma y la enfermedad estuvieron todas relacionadas con la posposición de la búsqueda de los servicios de salud. La mayoría de los participantes usan hospitales/clínicas del MINSAL cuando necesitan servicios de salud. Esto es especialmente el caso de las MT. Sin embargo, poco más de la mitad de los participantes reporta una preferencia por los servicios privados. La revelación de la orientación sexual a un proveedor de servicios de salud fue más común entre las MT en comparación con los HSH. También, fue más común entre los participantes con acceso a un proveedor de servicios solidario con los HSH y las MT; y entre los participantes que usaron los servicios del MINSAL versus los privados. Fue alarmante observar que la revelación de la orientación sexual a un proveedor de servicios de salud estuvo asociada con un más alto nivel de discriminación de los proveedores percibido por los participantes. No hubo diferencia en el uso de servicios de VIH (medido con base en la historia de pruebas de VIH) entre los participantes que habían revelado su orientación sexual a un proveedor de servicios de salud. Sin embargo, los participantes con vínculos establecidos con la comunidad para la prevención del VIH (medidos por la asistencia a una actividad educativa sobre VIH en el año anterior) tuvieron más probabilidad de haber revelado su orientación sexual a un proveedor de servicios de salud.

Recomendaciones

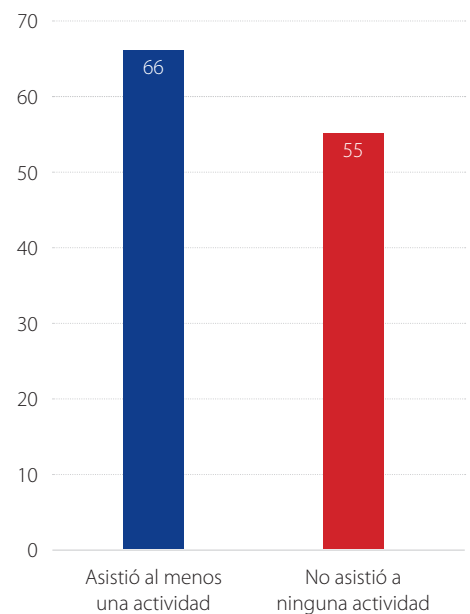
Los factores tradicionales que influyen en el uso de los servicios de salud entre la población heterosexual (seguro de salud, tener un proveedor de servicios habitual, etc.) también son importantes al considerar las poblaciones de HSH y MT. Sin embargo, además de estos factores

Figura 9: Revelación de la orientación sexual por historia de pruebas de VIH (%)



Los porcentajes presentados están convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante modelos de regresión logística que controlaron por edad, educación, ingreso, estado de la relación, así como por identidad de género y orientación sexual. n=638

Figura 10: Porcentaje de participantes que revelaron su orientación sexual a un proveedor de servicios de salud por asistencia a una actividad educativa sobre VIH en los últimos 12 meses



Los porcentajes presentados están convertidos a partir de las probabilidades predichas calculadas mediante modelos de regresión logística que controlaron por edad, educación, ingreso, estado de la relación, así como por identidad de género y orientación sexual. $p < .05$; n=640

tradicionales, este estudio indica que las minorías sexuales enfrentan barreras singulares relacionadas con el temor a la discriminación debida a su orientación sexual. Los esfuerzos para mitigar el efecto dañino del estigma relacionado con la orientación sexual deben promoverse al nivel de HSH y MT individuales, de sus redes sociales y de las características estructurales y culturales del ambiente social en San Salvador.⁵ Debe también dirigirse especial atención hacia el sistema de salud. Dado el nivel de uso de los servicios y preferencia a través de los tipos de centros de servicios de salud, es necesario abordar las barreras en el sector público (MINSAL/ISSS), a la vez que se apoya concurrentemente el acceso a los servicios de salud privados.

Los hallazgos de este estudio refuerzan las conclusiones de varios documentos de referencia sobre la provisión de servicios de salud para las minorías sexuales (OPS 2010; IDM 2011). Desafortunadamente, los datos de este estudio indican que los cambios en el sistema de salud están evolucionando lentamente y que los HSH y las MT continúan enfrentando muchas de las mismas barreras que documentos previos han puesto de relieve. Los datos provenientes de otros entornos internacionales indican que la revelación de la orientación sexual a un proveedor de servicios de salud es un paso positivo hacia el mejoramiento de los servicios para clientes que pertenecen a minorías sexuales (Bernstein et al 2008; Petroll y Mosack 2007). Sin embargo, en este estudio los participantes que habían revelado su orientación sexual tuvieron mayor probabilidad de reportar discriminación por parte de los proveedores y no tuvieron mayor probabilidad de haberse hecho la prueba de VIH alguna vez. Si a los eventos de revelación siguiera una atención apropiada a las necesidades de salud específicas de los HSH y MT, esperaríamos ver tasas más altas de pruebas de VIH entre quienes han revelado su orientación sexual. Una limitación del estudio es su diseño transversal, lo que hace imposible discernir si los participantes percibieron niveles más altos de discriminación por parte del proveedor como resultado de la revelación de su orientación sexual o viceversa. No obstante, la asociación entre estos dos factores es preocupante y amerita mayor investigación.

5) Para recomendaciones detalladas sobre un enfoque de múltiples niveles para reducir el estigma de la minoría sexual vea el informe de investigación "Homonegatividad internalizada y sus consecuencias relacionadas con la salud para los HSH en San Salvador", disponible en la URL: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/fs-14-96-es>

Además de apoyar el uso de los servicios privados de salud, los esfuerzos para reducir la discriminación por parte de los proveedores de servicios de salud a través de capacitaciones ha ocurrido a nivel regional y, más recientemente, en El Salvador, con un enfoque en la población transgénero (Corona y Arango 2013). Estas capacitaciones son importantes y deben continuar, e incluir un enfoque en los HSH así como en las MT. El desarrollo e integración de currículos en las universidades y programas de capacitación específicos para las necesidades de servicios de salud de los HSH y MT, debe ser promovido para profesionales de la medicina, enfermería, farmacia y otras especialidades relacionadas con la salud. Los recursos existentes para este tipo de capacitación y desarrollo de currículos podrían adaptarse para América Central a partir de los que están disponibles a través del Instituto Fenway (<http://thefenwayinstitute.org/>) y otras fuentes internacionales.

Además de eliminar la abierta discriminación por parte de los proveedores de servicios de salud, es también importante que los proveedores estén equipados con las habilidades que les permitan proveer atención y referencias apropiadas para los HSH y las TM, que son quienes están en mayor riesgo que las poblaciones heterosexuales de cometer suicidio, así como de ansiedad y trastornos depresivos, VIH, ITS y hepatitis B y C (Baral, S. Sifakis, F. Cleghorn, F. et al. 2007; King, Semlyan, y Tai et al., 2008). Un importante recurso para cumplir con esta meta es el documento "Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe" (OPS 2012). Este documento incluye anexos con diagramas de flujo que indican los pasos apropiados para proveer asesoramiento a un cliente que es HSH y que está en un mayor riesgo para ciertas condiciones de salud.

Hay varios hallazgos de este estudio que ameritan una mayor exploración y deben incorporarse como parte de una agenda de investigación para los HSH y MT en la región de América Central. Primero, los participantes que usaron los servicios del MINSAL tuvieron mayor probabilidad de revelar su orientación sexual a su proveedor de salud. Las razones para un mayor grado de revelación en el sector público que en el privado necesitan un mayor examen. Una posibilidad es que las personas que buscan algunos tipos especiales de servicios (por ejemplo, las pruebas de VIH

gratuitas) pueden tener mayor propensión a utilizar los servicios públicos. Estas personas pueden tener mayor probabilidad de revelar su orientación sexual debido a que el comportamiento sexual se relaciona con el problema de salud específico que esté motivando el uso del servicio. Sin embargo, en este estudio, no hubo diferencia en la historia de pruebas de VIH con base en el uso del servicio o preferencia del lugar de atención. Segundo, la asociación entre el hecho de haber experimentado discriminación por parte del proveedor y la preferencia por los servicios privados debe ser sujeta a un mayor examen. Si bien es posible que las personas tengan mayor probabilidad de revelar su orientación sexual en el sector público, lo que puede conducir a una mayor discriminación y la posterior preferencia por los servicios privados, esto no puede determinarse debido a la naturaleza transversal de los datos. Estudios longitudinales cuantitativos y etnográficos que capten eventos importantes en la secuencia de la toma de decisiones, la revelación de la orientación sexual y la búsqueda de comportamientos saludables ayudarían a cerrar esta brecha en la explicación. Finalmente, la investigación en el desarrollo de técnicas innovadoras y novedosas para disminuir la discriminación por parte de los proveedores está garantizada. Si bien bibliografía de los entornos internacionales sugiere que la revelación a un proveedor de salud conduce a un ambiente solidario para los HSH y MT, los datos para este estudio indican que lo contrario puede estar ocurriendo en El Salvador.

Referencias

- Baral, S. Sifakis, F. Cleghorn, F. Breyer, C. (2007). Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review. *PLoS Med*, 2007. 4(12): p. e339.
- Bernstein, K.T. Liu, K. Begier, E. et al. (2008). *Same-Sex Attraction Disclosure to Health Care Providers Among New York City Men Who Have Sex With Men: Implications for HIV Testing Approaches*.
- Corona, E. Arango, M. 2013. *Ampliándonos hacia lo diverso: manual de capacitación sobre salud sexual y diversidad sexual para profesionales de atención primaria en salud*. Arlington, VA: Recursos de asistencia técnica y apoyo para SIDA de USAID, AIDSTAR-One, Orden de Trabajo 1.
- 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*.
- 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.
- Mimiaga, M. Reisner, S. Bland, S. et al. (2009). *Health System and Personal Barriers Resulting in Decreased Utilization of HIV and STD Testing Services among At-Risk Black Men Who Have Sex With Men in Massachusetts*.
- Ortiz, Olivia. July 2008. *Stigma and Discrimination in HIV Counseling and Testing Services in the Private Health Sector in Guatemala: A Qualitative Study*. Bethesda, MD: Private Sector Partnerships-One project, Abt Associates Inc. Available at URL: www.psp-one.com
- Pan American Health Organization (PAHO) (2010). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care to Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men (MSM) in Latin America and the Caribbean*.
- Petroll, A. Mosack, K. (2011). Physician awareness of sexual orientation and preventative health recommendations to men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*. Vol. 38: 63–67.
- University Research Co. (URC). (2008). *STI/HIV stigma and discrimination of health providers towards high-risk groups in Guatemala: A study of knowledge, attitudes and practices*. Proyecto USAID | Calidad en Salud.

Agradecimientos

Estamos agradecidos con Giovanni Meléndez por su contribución a la conceptualización del análisis y su revisión y comentarios de los borradores finales del documento. También agradecemos a la Dra. María Elena Guardado y la Dra. Flor de María Hernández de TEPHINET, Inc., y a la Dra. Ana Isabel Nieto del Ministerio de Salud y Asistencia Social, por su apoyo en el diseño e implementación de este estudio.

Cita Recomendada

Andrinopoulos, K. Hembling, J. (2014). *Desbloqueo de los servicios de salud para 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-14-108-es