

Principales barreras de acceso a servicios de salud para personas lesbianas, gay y bisexuales

Main barriers in access to healthcare services for lesbian, gay and bisexual people

Manuel Catalán Águila ¹

RESUMEN

Esta revisión teórica está dirigida a hacer visibles algunas dificultades encontradas en los servicios de salud de nuestro país para una población no mayoritaria, como lo es la población LGBT (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales) y para fines de este estudio, específicamente, la población LGB.

Palabras clave: *discriminación, minorías sexuales y de género, accesibilidad a los servicios de salud.*

ABSTRACT

This revision attempts to make visible some of the difficulties found in our country in relation to healthcare services access of a non-majority population, such as the LGBT population (lesbian, gay, bisexual, transgender) and for the purposes of this study, specifically of the LGB population.

Key words: *discrimination, sexual and gender minorities, health services accessibility.*

INTRODUCCIÓN

Históricamente, se han marcado diferencias entre poblaciones con determinadas características consideradas mayoritarias y poblaciones carentes de éstas, o poseedoras de características diferentes, constituyendo las denominadas minorías. Existe una teoría expuesta por Ian Meyer, denominada “estrés de las minorías” (*minority stress*), la cual se refiere al estrés crónico (aditivo al estrés vivido por las personas en general) que sufren los individuos pertenecientes a grupos minoritarios, debido a la estigmatización y discriminación derivada de procesos sociales, con repercusiones negativas en la salud mental de estos individuos (1, 2).

Los derechos de estas minorías han sido muchas veces vulnerados, como se ha visto a lo largo del tiempo, teniendo como causa distintas razones dependiendo de la minoría; sin embargo, manteniendo la intolerancia y discriminación como factores comunes transversales. Dentro de esta categoría, las minorías, encontramos entonces grupos de distintas: nacionalidades, religiones, etnias, niveles socioeconómicos, orientaciones sexuales, discapacidades físicas, entre otros (3).

En otra arista, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) en su Constitución define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, siendo esta definición aún vigente (4). La salud es también un derecho para todos los seres humanos, como expone la Organización de las Naciones Unidas en su Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 2015): “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (5). Tomando esto en cuenta, no deberían existir dificultades o barreras que condicionen el acceso a la atención de salud por parte de las poblaciones con características no dominantes.

Recibido el 29 de mayo de 2018. Aceptado el 21 de junio de 2018

¹ Médico Cirujano, Universidad de Chile. Comisión de Género y Salud COLMED. Correspondencia a: mcatalanaguila@gmail.com

La población LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales), cuya calidad de minoría últimamente es controversial gracias a su visibilización, ha sufrido discriminación a raíz de su orientación sexual y/o identidad de género a lo largo de las últimas décadas. Esta discriminación también ha estado presente en el acceso a servicios de salud.

Existen diversas organizaciones anti-discriminación para proteger y seguir visibilizando a dicha población en nuestro país (2). No obstante, hay muchos ámbitos que quedan fuera del objetivo o del alcance directo de estas organizaciones o agrupaciones, a pesar de que algunas pudieran tener mayor influencia o impacto en ellos; y la atención de salud, es un ejemplo de ello. Cabe destacar que, para fines de este estudio el foco de las barreras de salud estará en población LGB.

¿QUÉ BARRERAS DE ACCESO A SALUD TIENE HOY EN DÍA LA POBLACIÓN LGB?

En nuestra sociedad actual, en los establecimientos de salud se cometen en ocasiones errores u omisiones de importancia variable (incluso violencia física o emocional) con repercusiones que pueden llegar a ser incluso fatales, en lo que respecta a atención de población LGB (6). Puede ser por parte de cualquier persona que integre el establecimiento de salud, sea o no profesional, y cuyo rol sea no necesariamente clínico, refiérase administrativo, gestión u otros. A pesar de ello, este estudio se centra principalmente en las dificultades que se presentan en una entrevista clínica, donde se debe indagar acerca de los antecedentes del paciente con fines determinados. Esta atención es generalmente otorgada por profesionales (médicos/médicas, enfermeros/enfermeras, matrones/matronas, entre otros).

De este modo, una barrera transversal de acceso al sistema de salud es la discriminación en sí misma, en sus diversas formas, relacionada con los aspectos socioculturales heteronormativos propios de la sociedad actual. Esto se evidencia principalmente a la hora de revelar o no la orientación sexual y/o identidad de género en una primera consulta, en lo que concierne a atención clínica. El/la profesional de salud muchas veces no pregunta al respecto, ya sea por haber asumido que toda persona consultante es heterosexual, por no encontrarlo relevante o por no querer abordar el tema. Para adolescentes LGB es más complejo si van acompañados de algún familiar, ya sea madre, padre u otro, y ellos desconocen su orientación

sexual, puesto que la consulta médica no es el mejor lugar para dar a conocer su orientación a la familia (7).

Además de la asunción de la heterosexualidad, se dejan de lado problemas que a priori parecerían ser de personas heterosexuales, como lo son temas de índole legal, reproducción asistida y adopción (y lo que éstas conllevan: paternidad, maternidad) y violencia de pareja; esta última siendo incluso igual o más frecuente que en parejas heterosexuales en estudios internacionales (8, 9). En este contexto, estudios demuestran que la adherencia a tratamientos y el nivel de satisfacción es mayor en pacientes que son atendidos por profesionales que no asumen la heterosexualidad como única sexualidad y se muestran cómodos al trabajar con población LGB (10).

Otra barrera individual surge en las dificultades que los/las profesionales de salud pueden tener al hacer un acercamiento respetuoso en adolescentes que aún no hacen una aceptación de la propia identidad sexual. No tener este proceso solucionado puede traducirse en: autoestima baja, dificultades para mantener relaciones, autoflagelación y otras conductas de riesgo, que no son exploradas a menos que se sospechen dentro del contexto de la entrevista clínica (11). Esto puede llegar incluso al grado del suicidio. Estudios muestran que en la población LGBT los procesos relacionados con el suicidio, tanto ideación como e intento, son más prevalentes que en la población heterosexual (12). Si no es preguntado, no se genera la instancia para que estos problemas se verbalicen y tomen la importancia que realmente tienen. Existe una escasa confianza, debido al débil vínculo formado entre profesional y paciente; la comunicación no es fluida y se pasa por alto información muchas veces relevante en la historia clínica (10).

La actitud del/la profesional al sospechar o tener la certeza de la homo- o bisexualidad del paciente se percibe también como barrera. Dicha actitud se sustenta en base de la propia visión, prejuicios o ideas preconcebidas que posee acerca de las orientaciones sexuales no mayoritarias; pudiendo adoptar una actitud distante, lejana e incómoda, llegando a la evitación del contacto físico, y consecuentemente, traduciéndose en un examen físico incompleto o inexistente. Un ejemplo de ello sería evitar el examen genital o contacto físico en general por miedo a contagio de alguna infección o simplemente repulsión (13, 14).

Los/las profesionales pueden utilizar expresiones verbales o paraverbales que no son apropiadas o que son utilizadas de manera errónea, incluso

inapropiadas o peyorativas. Por ejemplo, el uso de adjetivos calificativos negativos, como “marica” o “marimacho” o el mal uso de terminología, como llamar “travesti” a un hombre de orientación homosexual con características asociadas al género femenino (13). En algunos casos, incluso pudieran negar la atención, cualquiera sea la razón, por ejemplo, temor al contacto con la sangre del paciente en toma de muestra o cirugía; o violencia en distintos grados, por ejemplo, al sugerir fuertemente la conversión a una orientación heterosexual. De hecho, existen psicólogos, psiquiatras y personas relacionadas con la iglesia y religión, entre otros, que realizan este tipo de tratamiento con fines curativos o correctivos, patologizando la identidad de género o la orientación sexual no heterosexual, al cual muchos jóvenes LGB acuden por obligación familiar o incluso por iniciativa propia, para poder sentirse aceptados por sus seres queridos y encajar en la sociedad de hoy en día. Esto constituye las denominadas “terapias de conversión o reorientación sexual” (15).

Dentro de las barreras más específicas encontramos las mencionadas a continuación, descritas en su mayoría por Mejía et al (13) y en la “Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud” del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) (16).

Para hombres gay, es una barrera la estigmatización asociada a la feminización y portación de VIH/SIDA. Se orienta y limita la atención de salud a prevención o detección de VIH e infecciones de transmisión sexual, tomándolo como elemento central y característica inherente a la homosexualidad masculina. Todo esto deriva en una inapropiada oferta de servicios (13, 16).

Para mujeres lesbianas, una de las principales barreras es la orientación de la consulta ginecológica a fines netamente reproductivos, más que a una lograr una salud sexual óptima. Además, hay menor número de consultas porque ellas no requieren anticonceptivos ni atención prenatal con la misma frecuencia que las mujeres heterosexuales; por ende, se realizan menos exámenes ginecológicos de rutina (examen físico, PAP, mamografía), lo que puede derivar en mayor incidencia de cáncer de mama o cervicouterino. Existe un desconocimiento generalizado de la transmisión de infecciones por vía sexual en relaciones sexuales lésbicas, y sus métodos de prevención (13, 16).

Para personas bisexuales es complejo el hecho de su invisibilidad social y política, y el pensamiento

colectivo que es una orientación “de transición” o intermedia, puesto que no es completamente hetero- ni completamente homosexual, lo cual pudiera considerarse como indecisión o confusión, instando a que ellos mismos tengan que elegir uno de los dos extremos, dejando de lado el aspecto dinámico de la sexualidad (13, 16).

Finalmente, existen barreras propias de los servicios que, en cierta medida, son aplicables no solo a la población LGB, si no, en muchas otras situaciones. Estas barreras son de índole logística e incluyen, por ejemplo: demoras en la atención, dificultad en toma de horas, factores económicos, tiempo de espera prolongado, carencia de sistema de salud en extranjeros, y falta de confidencialidad. Esta última debiere resguardarse en todas las prácticas al interior del establecimiento de salud, evitando comentarios inadecuados en espacios comunitarios, generando temor a la exposición y estigmatización (16). Por último, es preciso señalar que estas barreras se acentúan al contrastar el sistema de salud público con el privado (17).

¿ESTÁN CAPACITADOS LOS/LAS PROFESIONALES DE SALUD PARA ATENCIÓN DE POBLACIÓN LGB?

En nuestra cultura, existe aún un modelo patriarcal de enseñanza en ámbitos de salud con una visión heterosexista predominante (14, 16). Esto, en gran parte debido a que la visibilización y la relativa despatologización del estatus de la comunidad LGB ha sido más bien reciente. El inculcar o incorporar paradigmas nuevos, distintos, es siempre difícil y requiere planificación y tiempo para desarrollar estrategias que permitan acoger las ideologías LGB y validarlas como parte del conocimiento básico exigido en el ámbito de la sexualidad, educación sexual y sociocultural. Y esto incluso puede extrapolarse a educación escolar o valores familiares.

Englobando el contexto político, las posturas de los profesionales pudiesen estar influidas también muchas veces por éste, adoptando posiciones variables, políticamente correctas o socialmente aceptadas, como parte de su arsenal de conocimiento personal, las cuales muchas veces son discriminatorias o faltas de conocimiento empírico y son utilizadas sin cuestionamiento alguno, pues son internalizadas y parte del pensamiento colectivo que obedece a este contexto (14).

La generalización está también presente. Un ejemplo de ello es la tendencia a incluir a las personas del sector LGB dentro de grupos marginados

de la sociedad. Esto conlleva a un cambio de actitud que refleja posibles prejuicios, o directamente juicios de valor a la hora de atender a personas. Dentro de los prejuicios existentes encontramos: temor de seducción, higiene deficiente, entre otros (13).

Existen profesionales de salud que están plenamente capacitados/as para enfrentar una entrevista con sujetos LGB. Sin embargo, no es la situación mayoritaria, dado que una gran parte de los miembros de los establecimientos de salud no recibe una adecuada formación de pregrado en lo que respecta a diversidad y sexualidad, a excepción de las que pudiesen ser más afines por su relación con salud mental u órganos genitales (16).

Los profesionales que no se dedican a sexualidad propiamente tal, no cuentan con una educación satisfactoria otorgada, derivado en información limitada e imprecisa. Muchas veces no utilizan los términos adecuados y no siempre están conscientes de las necesidades de la comunidad LGB, lo que refleja una oferta insuficiente de servicios de salud para ellos (6,13,16).

Si el profesional no indaga u orienta la atención hacia estas necesidades particulares (además de las necesidades más generales por el hecho de ser persona), muchas veces se sesgan las recomendaciones de salud, llevando a diagnósticos incompletos y tratamientos inadecuados o innecesarios. Todo esto, sumado al funcionamiento del sistema de salud, hace difícil que se pueda lograr una atención clínica idónea.

Es importante señalar, por el contrario, que muchos/as profesionales si cuentan con las herramientas efectivas y necesarias para enfrentar una consulta o atención de personas LGB; debido a su interés personal en informarse sobre el tema, recibiendo educación de postítulo o postgrado, cambiando paradigmas previamente asimilados.

¿CÓMO SE PUEDEN DERRIBAR ESTAS BARRERAS MENCIONADAS?

Lo principal es, en primera instancia, visibilizar la situación. Estas barreras existen y están sucediendo en nuestra sociedad, en los establecimientos nacionales de salud. En segundo lugar, informar. Existe información en internet sobre discriminación, sobre las comunidades LGBT, sobre las minorías en general. Como en todo orden de cosas, es de responsabilidad del lector (en este contexto, el miembro del equipo de salud) discernir entre la información útil y la que no lo es tanto, y dejar de lado la que no es verídica o confiable.

Durante la formación profesional de pregrado en carreras de la salud, las mallas curriculares deberían incluir más asignaturas relacionadas con la sexualidad. En los establecimientos de salud se podrían generar instancias multidisciplinarias de educación, idealmente en forma de capacitaciones por personal habilitado; pero también realizando actividades entre los mismos miembros del equipo. A modo de ejemplo, el desarrollo de nuevos protocolos, manuales o afiches informativos pudiera ser útil e inclusivo a la vez, cumpliendo un rol de difusión. Es a su vez importante, que sean todas las personas que allí trabajen las que participen, independiente de su función específica como parte del establecimiento (16).

A nivel más global, la realización de campañas de difusión de información sobre discriminación y sexualidad a distintos niveles: junta de vecinos, comunidad, comunas, e incluso país; con el fin de generar una conciencia colectiva sobre la importancia que tiene cambiar las conductas poco inclusivas y discriminadoras hacia la población LGBT y minorías en general.

CONCLUSIONES

Para tener una postura afirmativa acerca de diversidad sexual en salud, hay que informarse al respecto. Los/las profesionales de la salud son los que están en contacto con este tópico constantemente, al momento de atender pacientes de diversas sexualidades. Hay, entonces, responsabilidad por parte de ellos y ellas para cambiar la situación actual en relación a las barreras que tiene la comunidad LGB en el acceso a los servicios de salud de nuestro país, en cuanto son agentes de salud y, por tanto, deben promoverla mediante comunicación y educación efectiva, sin importar a quién. No basta solamente con decir que no se discrimina, si no, intervenir con actitudes positivas, respeto e inclusión para lograr un cambio favorable, en lo que respecta a la atención en salud y muchos otros aspectos.

REFERENCIAS

1. Meyer I. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995, Vol. 36, n° 1, p. 38-56.
2. Gómez F, Barrientos J. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. ISSN 1984-6487 / n.10 - abr. 2012 - pp.100-123.

3. Derechos de las minorías: Normas internacionales y orientaciones para su aplicación. © 2010 Naciones Unidas. [Documento en línea]. Disponible: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MinorityRights_sp.pdf
 4. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948. [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf.
 5. Declaración universal de Derechos Humanos. © 2015 Naciones Unidas. [Documento en línea]. Disponible: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
 6. Bernal M. Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas). Bogotá, Colombia: Colombia Diversa, 2010. [Documento en línea]. Disponible <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/documentos/otros-documentos/provision-de-servicios-salud.pdf>
 7. Peña F, Rodríguez J. Orientaciones generales de atención a niños, niñas y adolescentes LGBTI para profesionales de salud mental. Chile: Fundación Todo Mejora, 2013. [Documento en línea]. Disponible: <https://todomejora.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-TM-2-logo-nuevo.pdf>
 8. Black M C, Basile K C, Brieding M J, Smith S G, Walters M L, Merrick M T. et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2011. [Documento en línea]. Disponible: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_report2010-a.pdf
 9. Neville S, Henrickson M. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *J. Adv Nurse.* Aug. 2016, 55(4): 407-15.
 10. Taylor B. 'Coming out' as a life transition: homosexual identity formation and its implications for health care practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30, 520-525.
 11. Hatzenbuehler M. The Social Environment and Suicide Attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Pediatrics*; 2001, 127(5): 896-903.
 12. Tomicic A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J et al. Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Rev. méd. Chile.* Jun 2016; 144(6): 723-733.
 13. Mejía A, Benavides L. Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C. Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría de Planeación, 2008.
 14. Barón Vioque S, Cascone M, Martínez Valle C. Estigma del sistema de género: aprendizaje de los modelos normativos, bullying y estrategias de resiliencia. *Política y Sociedad*, 2013, Vol.50 Núm. 3 837-864.
 15. Shidlo A, Schroeder M, Drescher J & editors. *Sexual conversion therapy: ethical, clinical and research perspectives.* New York: Haworth Medical Press; 2001.
 16. Montero A, González MI. Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2016. [Documento en línea]. Disponible: <http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2017/02/GUIA-DE-ORIENTACIONES-Y-RECOMENDACIONES.pdf>
- Olavarría Gambi M. Acceso a la Salud en Chile. *Acta Bioética*, Año XI, 2005, N° 1, 2005, pp. 47 – 64.