



## Discriminación hacia las minorías sexuales de género en el personal de salud de primer nivel de atención

Discrimination against sexual gender minorities in first level health care personnel

*Discriminação contra minorias de gênero sexual entre os funcionários da atenção primária à saúde*

### ARTÍCULO DE REVISIÓN



Escanea en tu dispositivo móvil o revisa este artículo en:

<https://doi.org/10.33996/repsi.v6i16.101>

 **Erika Lourdes Morales Iguago<sup>1</sup>**  
erikalou23@hotmail.com

 **Estuardo Beethoven Paredes Morales<sup>1</sup>**  
ebparedes@uce.edu.ec

 **Silvio Fonseca-Bautista<sup>1</sup>**  
srfonseca@uce.edu.ec

 **Alex Vinicio Castro Castro<sup>1</sup>**  
vcastro@uce.edu.ec

 **Irma Jimena Gamboa Moreno<sup>2</sup>**  
ijgm79@yahoo.es

<sup>1</sup>Universidad Central de Ecuador. Quito, Ecuador

<sup>2</sup>Fundación Angiru. Quito, Ecuador

Recibido el 5 de abril 2023 / Aceptado el 26 de abril 2023 / Publicado el 29 de septiembre 2023

### RESUMEN

Las conductas de rechazo hacia las minorías sexuales de género es una problemática social. Los sujetos sexualmente activos con una orientación diferente a la heterosexual han sido excluidos y rechazados en diferentes contextos sociales, incluidos los servicios de salud. El objetivo de la investigación fue conocer las conductas sexuales discriminatorias del personal de salud hacia las minorías sexuales de género. La metodología fue del tipo cualitativa a nivel documental, bajo un método PRISMA, se utilizó como criterio de inclusión material bibliográfico (artículos, libros y tesis) que estuviera en inglés o español, entre 2013 al 2021 y aborden la temática en estudio." Se incluyeron solo 11 documentos para la selección, análisis y procesamiento de información. Se concluyó que las principales conductas discriminatorias que perciben las minorías sexuales en el personal de salud son la inequidad en la atención, las actitudes discriminatorias, la falta de sensibilidad, el trato frío y distante.

**Palabras clave:** Personal de salud; Discriminación; Minoría sexual de género; Atención primaria; Transexual

### ABSTRACT

Rejection behaviors towards sexual gender minorities is a social problem. Sexually active subjects with a non-heterosexual orientation have been excluded and rejected in different social contexts, including health services. The objective of the research was to learn about the discriminatory sexual behaviors of health personnel towards sexual gender minorities. The methodology was of the qualitative type at the documentary level, under a PRISMA method, bibliographic material (articles, books and theses) that were in English or Spanish, between 2013 to 2021 and address the subject under study were used as inclusion criteria." Only 11 documents were included for the selection, analysis and processing of information. It was concluded that the main discriminatory behaviors perceived by sexual minorities in health personnel are inequity in care, discriminatory attitudes, lack of sensitivity, cold and distant treatment.

**Key words:** Health personnel; Discrimination; Sexual gender minority; Primary care; Transsexual

### RESUMO

Os comportamentos de rejeição em relação às minorias sexuais de gênero são um problema social. Indivíduos sexualmente ativos com orientação não heterossexual têm sido excluídos e rejeitados em diferentes contextos sociais, inclusive nos serviços de saúde. O objetivo da pesquisa foi conhecer o comportamento sexual discriminatório do pessoal de saúde em relação às minorias sexuais de gênero. A metodologia foi qualitativa em nível documental, sob o método PRISMA, utilizando como critério de inclusão material bibliográfico (artigos, livros e teses) que estivesse em inglês ou espanhol, entre 2013 e 2021 e abordasse o tema em estudo. Apenas 11 documentos foram incluídos para a seleção, análise e processamento das informações. Concluiu-se que os principais comportamentos discriminatórios percebidos pelas minorias sexuais no pessoal de saúde são a desigualdade no atendimento, as atitudes discriminatórias, a falta de sensibilidade, o tratamento frio e distante.

**Palavras-chave:** Pessoal de saúde; Discriminação; Minoria sexual de gênero; Atenção primária; Transgênero

## INTRODUCCIÓN

En el mundo andino la sexualidad se ejercía abiertamente; esto, porque dicha actividad estaba relacionada con el placer y la fecundidad. Con la llegada de los conquistadores españoles en el año 1532 esa concepción cambió debido a la cosmovisión diferente, pero a la vez, censuradora desde la moralidad ejercida por los conquistadores desde una religión católica (Aguair, 2018). Por lo que, a lo largo del tiempo, los sujetos activos sexualmente con una orientación distinta a la heteronormatividad han sido excluidos de los diferentes contextos sociales, produciendo rechazos en todo lugar incluidos los servicios de salud (Rowe et al., 2017).

En el año 2013 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) publicó un estudio sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos hacia la minoría sexual de género en Ecuador, en la que se entrevistó 2805 personas de 18 años y de las ciudades principales donde se muestra que el 58% del total de personas encuestadas no tiene ningún tipo de seguro de salud; mientras que el 33,7% ha experimentado discriminación en el ámbito de salud, el 18,7% ha vivido experiencias de exclusión por profesionales de la salud y el 10.3% violencia con lo que los resultados reflejan algunos aspectos relacionados con las condiciones de vida y la situación de

discriminación, exclusión y violencia que ha experimentado la población LGBTI

Por ende, las minorías sexuales de género tienen mayor riesgo de contraer todo tipo de enfermedades aún más las de transmisión sexual, generar adicciones como: tabaco – alcohol – drogas, mayor tendencia al sobrepeso u obesidad; por otro lado, las mujeres lesbianas y bisexuales tienen menos probabilidades de realizarse exámenes preventivos de detección de cáncer cervical y mamario (Rowe et al., 2017). Aunque se vea como un escenario de múltiples patologías, este puede ser aún más complejo debido a la limitación del acceso de atención médica y las prácticas discriminatorias de los profesionales médicos derivadas de la homofobia.

Cabe destacar, que un estudio cualitativo realizado por Martínez (2015) en la ciudad de México, describe a la distinción de los profesionales de salud como uno de los abusos más reportados por la población, siendo discriminados por sus prácticas sexuales, su apariencia de género o su condición VIH positiva. Los participantes de este estudio describen a los servicios de salud como lugares exclusión y de maltrato; esto, debido a que según la experiencia de una persona transexual en el servicio de emergencia quejarse del dolor que experimentaba por su dolencia y no ser atendida por ningún profesional de salud. Se reporta que aquellos sujetos transexuales con

algún tipo de adicción, experiencia de maltratado o discriminación, no reciben la ayuda necesaria para superar su problema de adicción (Martínez, 2015).

A su vez, en Ecuador el Consejo Nacional para la Igualdad de Género y el Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2013) realizó una investigación de carácter cuanti-cualitativo sobre la situación de los Derechos Humanos de las Personas Transexual en Ecuador, en el cual se describe los motivos por los cuales esta población no acude a los servicios de salud, como razón más frecuente se encuentra: no sentirse cómodos/as en la atención de salud, no recibir cordial atención en los centros de salud, profesionales poco sensibles y amables, y haber tenido malas experiencias con los profesionales de medicina. Un grupo de participantes relatan haber tenido un acuerdo con un centro de salud para atención prioritaria, sin embargo, al momento de la atención fueron los últimos en ser atendidos, y lo que recibieron fueron una prescripción médica general para todos.

Por otro lado, el término de minoría sexual de género, (SGM – SEXUAL AND GENDER MINORITY) fue sugerido por los institutos nacionales de salud, en lugar de LGBT; de esta manera, se incluye a todas las poblaciones e individuos cuya orientación sexual no es exclusivamente heterosexual, su identidad de género difiere del sexo que se les asignó al nacer, difieran o rechacen las conceptualizaciones culturales

tradicionales de género en términos de dicotomía hombre-mujer (Ayhan et al., 2020). En Ecuador no existen cifras oficiales sobre la frecuencia de orientaciones sexuales distintas a la heterosexual; se han realizado pocos estudios sobre este tema, siendo uno de ellos, el estudio realizado por Paredes y Polanski (2016) quienes refieren en su estudio en una muestra de 94 estudiantes adolescentes en donde se demostró; que el 5.8% de los estudiantes eran homosexuales y bisexuales en la población femenina y 12.5% en la población masculina. Estos datos sugieren la presencia notable de orientaciones sexuales distintas a la heterosexual dentro de los adolescentes tardíos en esta muestra.

Partiendo de esta realidad, dentro de las políticas gubernamentales en salud se debería plantear la posibilidad de mejorar los resultados y reducir las discrepancias que existen dentro del ámbito de salud ya que son una parte importante de la función de la atención a pacientes; sin embargo, varios profesionales sanitarios carecen del conocimiento y habilidades para brindar atención objetiva a los pacientes con diferente orientación sexual (Ministerio de salud pública de Ecuador, 2016). Según la Medical Students and Interns' Knowledge about and Attitude towards Homosexuality (n.d.), los médicos de todas las especialidades coinciden en que carecen de estas habilidades necesarias para abordar los problemas relacionados con la orientación sexual de sus pacientes. El problema puede agravarse aún más por la "homofobia

del médico”, que afecta negativamente a la relación médico-paciente. Aunque hubo una reducción sustancial en la “homofobia de los médicos” durante los últimos 30 años en el mundo desarrollado, todavía esta realidad no se ha eliminado por completo.

En el mismo orden de ideas, se informa que las minorías sexuales sufren un acceso desigual a los servicios de atención médica. El estrés, la discriminación, el estigma y la falta de conocimiento sobre las enfermedades de estas personas se citan como razones por las que los proveedores de atención médica no siempre los tratan de igual manera que al resto de la población Hafeez et al., (2017). En este sentido, se realiza un estudio para analizar la discriminación hacia las personas de las minorías sexuales y de género por parte de los profesionales de primer nivel de atención, con base en evidencia de estudios anteriores. Además, se busca evidenciar las actitudes que tienen los trabajadores médicos hacia estas personas y proporcionar ayuda para mejorar la atención.

Por ello, el objetivo de la investigación es conocer las conductas sexuales discriminatorias del personal de salud hacia las minorías sexuales de género. La presente investigación se justifica dado, que en muchos mercados laborales existe segregación debido a la condición de orientación sexual (Baquero et al., 2000). Por otro lado, en la investigación de Granados-Cosme (2022) mencionan la discriminación sutil y abierta, que se expresa en; comunicación

no verbal y verbal, atenciones apresuradas o de mala calidad, violación expresa de la confidencialidad y hasta acoso. Concluyendo que existe prevalencia de prejuicios sobre el género y la sexualidad en el personal médico, el cual están estrechamente relacionados con el ejercicio de prácticas discriminatorias que permiten diagnósticos no eficaces.

De igual manera, Martínez-Causil y Ríos (2022) expresa que a pesar del avance tecnológico y las nuevas alternativas de tratamiento médico del VHI en personas homosexuales persisten representaciones sociales y estigmas por el hecho de poseer esta enfermedad, aunque sea sutil e interiorizado en el personal de salud, quizá se pueden explicar por falencias del sistema o por falta de capacitación de los sanitarios. También, en Guatemala se mantiene la discriminación y estigma por la orientación sexual, prejuicio que provoca que estas personas se mantengan en el anonimato. Por otro lado, en la cultura religioso imperante, ha prevalecido el prejuicio pues se considera esta práctica como equivoco de la persona (Obando-Campos, 2003).

## METODOLOGÍA

La metodología aplicada en la investigación fue del tipo cualitativa a nivel documental, ya que responde a una revisión sistemática y exhaustiva sobre los estudios realizados de la discriminación hacia las minorías sexuales de género. La estructura y redacción del estudio se

fundamentó en la declaración de los Elementos de Referencia para Informes de Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis modificada por los autores, PRISMA 2020. Se utilizó como criterio de inclusión que el material bibliográfico (artículos, libros, tesis) estuviera en idioma inglés o español, además publicaciones entre los periodos 2013 al 2021 y que aborden la temática de la discriminación hacia las minorías sexuales de género. Y como criterio de inclusión: las publicaciones realizadas antes del 2013, en otros idiomas, además de temáticas que no estén relacionadas con el género transexual.

Así mismo, la búsqueda se realizó en bases de datos electrónicas como PubMed, Cochrane, Google Scholar. El procedimiento que se estableció para el procesamiento del

material bibliográfico incluía la búsqueda, revisión, organización y análisis de las bases electrónicas de datos, utilizando palabras claves de la pregunta PICO, estas palabras fueron: “sexual and gender minority”, “health care discrimination”, y primary care”. De los 50 artículos encontrados se incluyeron 11 para la selección, análisis y procesamiento de la información.

Para la selección de información de los artículos que cuentan con los criterios de inclusión se utilizó la declaración modificada por la autora, PRISMA 2020, para la redacción y síntesis coherente de los resultados (Figura 1).

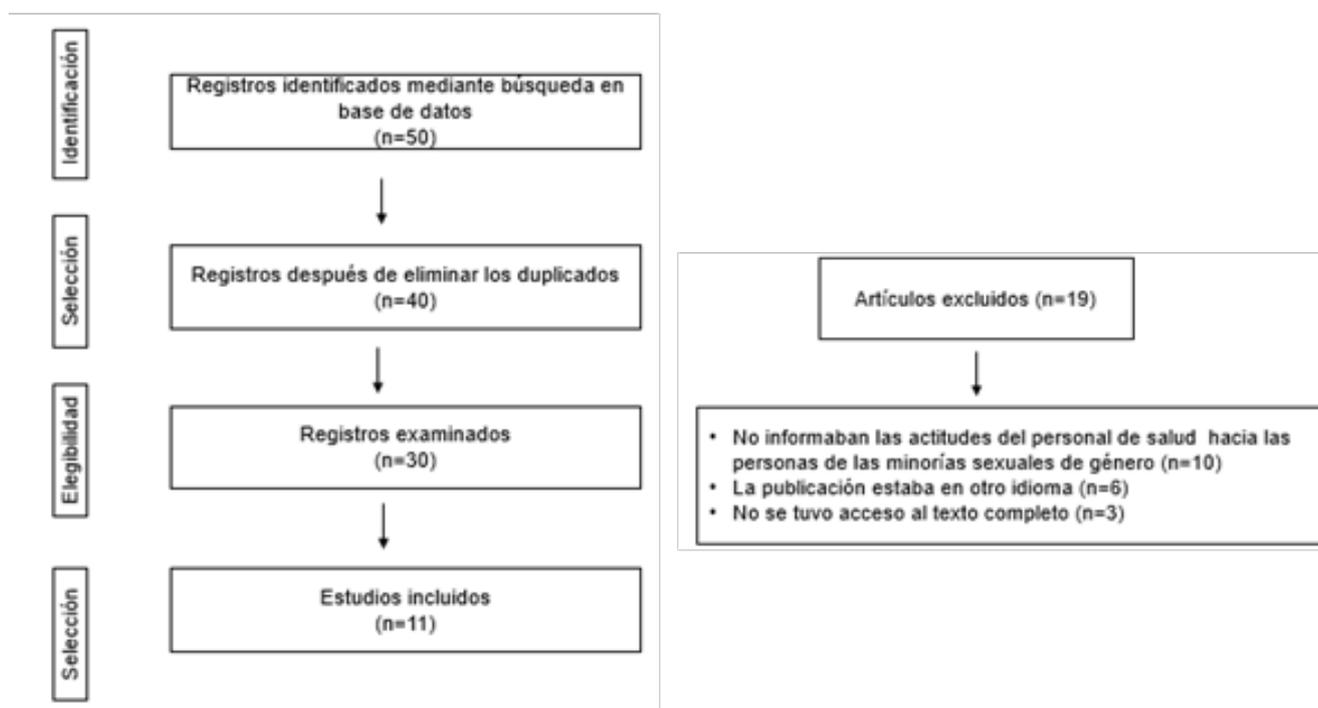


Figura 1. Diagrama PRISMA de selección de documentos.

Título	Objetivo	Método	Resultado
“Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study”	Examinar las relaciones entre los determinantes sociales de la salud y las experiencias de discriminación relacionadas con personas transgénero, reportadas por la población en Virginia.	Encuesta cuantitativa transversal única.	<p><b>Datos demográficos y otras características de la muestra:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad media de 37,08 años (DE = 12,70 años). El 38% eran minorías raciales/étnicas (25% negros; 13% otros: &lt; 1% indios americanos/nativos de Alaska, &lt; 1% asiáticos/isleños del Pacífico, 7% multirraciales, 4% hispanos).</li> <li>• Orientación sexual: la mayoría (79%) se identificó a sí misma como una minoría sexual, incluidos homosexuales, lesbianas, bisexuales, queer.</li> </ul> <p><b>Cuidado de la salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El 60% informó tener un PCP (médico de atención primaria) habitual. El 43% informó haber consultado a un médico de atención primaria no habitual.</li> <li>• Entre los participantes que informaron tener un médico de atención primaria habitual, el 15% dijo que se sentía muy incómodo al hablar sobre las necesidades de atención médica específicas de las personas transgénero; y el 20 % señaló que tenía que educar a su PCP sobre sus necesidades de atención médica.</li> <li>• La cuarta parte de la muestra informó haber necesitado pero no haber accedido al menos un servicio específico para personas transgénero en los últimos 12 meses. Los servicios necesarios pero no recibidos incluyeron terapia hormonal (31%), cirugía relacionada con personas transgénero (25%), asesoramiento o psicoterapia (25%) y atención ginecológica (19%).</li> </ul> <p><b>Comportamientos relacionados con violencia, estado serológico respecto del VIH y uso de sustancias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El 27 % de los participantes mencionaron haber experimentado violencia física durante su adolescencia y etapa adulta.</li> <li>• El 38% informó haber sido atacado físicamente desde los 13 años.</li> <li>• El 8% informó ser VIH positivos.</li> <li>• El 64% dijo haber consumido tabaco alguna vez y el 23% manifestó tener problemas de tabaquismo durante toda su vida.</li> <li>• Un 23% reportó un problema de bebida actual o pasado (alcohol); y el 6% informó un historial de uso de drogas inyectables.</li> </ul> <p><b>Factores interpersonales y discriminación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El 31% informó que tenía familias que no los apoyaban en absoluto o que no apoyaban mucho su condición de transgénero, su expresión de género o ambas.</li> <li>• El 37% vivió experiencias negativas en la secundaria, incluida la hostilidad de sus compañeros, maestros o administradores escolares.</li> <li>• El 41% reportó experiencias de discriminación relacionadas con personas transgénero en una o más áreas: atención médica, 27% (n = 94); empleo, 22% (n = 78) y vivienda 9% (n = 32).</li> </ul>

Título	Objetivo	Método	Resultado
<p>"Health Care Providers' Implicit and Explicit Attitudes Toward Lesbian Women and Gay Men"</p>	<p>Examinar las actitudes implícitas y explícitas de los proveedores de salud hacia lesbianas y gais por el género, la identidad sexual y la raza/etnia.</p>	<p>Caracterización de la muestra con estadística descriptiva y cálculo de la <i>d</i> de Cohen, medida estandarizada del tamaño del efecto.</p>	<p><b>Proveedores de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los enfermeros heterosexuales tenían fuertes preferencias implícitas por las mujeres heterosexuales (Cohen <i>d</i> = 1,06; IC del 95% = 1,00, 1,13) y los hombres heterosexuales (Cohen <i>d</i> = 1,38; IC del 95% = 1,32, 1,44). Los no proveedores mostraron un patrón similar.</li> <li>Las enfermeras heterosexuales y los médicos masculinos heterosexuales tenían fuertes preferencias implícitas por las mujeres heterosexuales (Cohen <i>d</i> = 0,93; IC del 95% = 0,91, 0,95 y Cohen <i>d</i> = 1,07; IC del 95% = 1,03, 1,11, respectivamente) y los hombres homosexuales (Cohen <i>d</i> = 1,30; IC 95% = 1,28, 1,32 y <i>d</i> de Cohen = 1,09; IC 95% = 1,05, 1,13, respectivamente).</li> <li>Las mujeres heterosexuales médicos tenían una fuerte preferencia por los hombres heterosexuales (Cohen <i>d</i> = 0,88; IC del 95% = 0,84, 0,92). Sin embargo, su preferencia por las mujeres heterosexuales fue moderada (Cohen <i>d</i> = 0,48; IC del 95% = 0,43, 0,52).</li> <li>Los proveedores de salud mental del género masculino heterosexuales y otros proveedores de salud tenían fuertes preferencias implícitas por los hombres heterosexuales sobre los homosexuales.</li> </ul>
<p>"Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland"</p>	<p>Evaluar la relación entre el miedo a buscar atención médica y la divulgación de prácticas homosexuales en una muestra de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Suiza con determinantes demográfico, socioeconómicos y conductuales.</p>	<p>Encuesta (datos sociodemográficos, orientación, comportamiento, factores de riesgo relacionados con el VIH, la discriminación, la cohesión social, el estigma percibido y el promulgado).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>323 hombres fueron reclutados y dieron su consentimiento para participar en el estudio.</li> <li>El 61,7 % (IC del 95 % = 54,0–69,0 %, <i>n</i> = 179/320) informaron temor a buscar atención médica como resultado de la orientación o práctica sexual.</li> <li>El 25,6 % (95 % IC=19,2–32,1 %, 101/323) informó haber revelado prácticas sexuales con otros hombres y ser VIH positivo a un proveedor de atención médica.</li> <li>El 44,1 % (95 % IC = 36,2–51,3 %, 149/323) de los participantes informaron algún estigma promulgado y tres cuartas partes de los participantes habían experimentado algún estigma social.</li> </ul> <p>Asociación con el miedo de buscar atención médica:</p> <p>El miedo a buscar atención médica es por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haber experimentado discriminación como resultado de la orientación o práctica sexual (OR = 2,2, IC del 95 % = 1,3–3,6).</li> <li>Querer terminar con su vida (OR = 2,4, IC 95 % = 1,5–3,8), Violación (OR=7,3, IC 95 % = 1,7–32,5).</li> <li>No usar condón con su pareja masculina (OR= 2,8, IC 95 % = 1,6–4,9).</li> <li>Sexo anal sin protección en los últimos 12 meses (OR=2,0, IC 95 % = 1,2–3,1).</li> <li>No haber recibido atención médica (OR=8,3, IC 95 % = 1,0–66,6)</li> <li>No tener nacionalidad suiza (OR = 0,23, IC del 95 % = 0,06–0,84).</li> </ul>

Título	Objetivo	Método	Resultado
“Magnet Nurse Administrator Attitudes and Opportunities Toward Improving Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgender Specific Healthcare”	Explorar las actitudes de los jefes de enfermería (CNO) del hospital Magnet hacia los homosexuales y lesbianas y el impacto que estas actitudes tienen en los pacientes y el personal médico LGBTI.	La escala moderna de homonegatividad (MHS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las puntuaciones en la escala MHS (escala de homonegatividad moderna) (F2, 100= 5,27, P =.007) mostraron un efecto significativamente alto en la variable religión.</li> <li>Los participantes que se describían a sí mismos como muy religiosos tenían puntuaciones significativamente más altas en la escala MHS (media, 68,12; intervalo de confianza [IC] del 95%, 63,08-73,16) que los que se describían a sí mismos como no religiosos (media, 68,12; 58,42, IC 95%, 53,00-63,84; P =.005).</li> <li>Con ello se evidencia mayores niveles de homonegatividad entre aquellos que se identificaron como muy religiosos.</li> </ul>
“Oncology healthcare providers’ knowledge, attitudes, and practice behaviors regarding LGBT health”	Evaluar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos prácticos de los proveedores de oncología con respecto a la salud LGBT	Encuesta de conocimientos, actitudes, prácticas y comportamientos	<p><b>Conocimiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 27% (n=29) identificó correctamente que los pacientes LGBTI evitan acceder a la atención médica debido a la dificultad para comunicarse con los proveedores.</li> <li>El 59% (n=64) de los proveedores de salud identificó correctamente que la displasia cervical asociada al HPV (virus del papiloma humano) puede encontrarse en lesbianas sin antecedentes de relaciones heterosexuales.</li> <li>El 24% (n=26) de los proveedores conocía correctamente que existe un mayor riesgo de cáncer de mama entre las mujeres lesbianas, en comparación con las heterosexuales.</li> <li>Los proveedores encuestados de 45 años o más conocían que la detección de cáncer anal en hombres homosexuales y bisexuales a través de la prueba de Papanicolaou anal puede aumentar la esperanza de vida en esta población (59 % frente a 56 %; valor P = 0,04).</li> </ul> <p><b>Actitudes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 94% (n=102) de los proveedores dijeron que se sentían cómodos al tratar pacientes LGBTI y el 87% (n=94) sintieron que esta población tenía necesidades de salud únicas.</li> <li>El 17% (n=18) no se sentía cómodos frente a esta población porque consideró que es difícil de tratar. De los cuales los mayores de 45 años se sintieron incómodos frente a la población LGBTI (73% frente a 70%; valor P = 0,02).</li> </ul> <p><b>Prácticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 26% (n = 28) de los proveedores dijeron que activamente preguntó sobre la orientación sexual de un paciente al tomar un historial.</li> <li>El 43% (n = 46) sintió que era importante conocer la orientación sexual de sus pacientes para brindarles la mejor atención.</li> <li>El 59% (n = 64) consideró necesario conocer la identidad de género de sus pacientes para brindarles la mejor atención.</li> <li>El 22% (n = 24) informó que en el primer encuentro asumen que una paciente es heterosexual.</li> <li>El 2% (n = 30) dijo que estaba bien informado sobre las necesidades de salud de los pacientes LGBTI (1% muy de acuerdo con esta afirmación). <ul style="list-style-type: none"> <li>El 36% (n = 39) sintió que debería haber eventos educativos obligatorios en este hospital, sobre las necesidades de salud LGBTI.</li> </ul> </li> </ul>

Título	Objetivo	Método	Resultado
<p>“Predictors and Consequences of Negative Patient-Provider Interactions Among a Sample of African American Sexual Minority Women”</p>	<p>Examinar las asociaciones entre la experiencia negativa en un entorno de atención médica y las reducciones posteriores en la utilización de la atención médica entre las mujeres afroamericanas de minorías sexuales</p>	<p>Utilización del modelo de Andersen del comportamiento en los servicios de salud</p>	<p><b>Experiencias en el cuidado de la salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La calidad general de la atención de la salud percibida por la muestra fue buena (M = 7.18, SD = 2.29).</li> <li>• El 36,49% informó una experiencia negativa significativa con un proveedor de atención médica dentro de los últimos 5 años. Del cual se debió por la discriminación, origen étnico, género y orientación sexual.</li> <li>• Las personas informaron que la experiencia negativa fue estresante (M = 5.90, DE = 2,68). Entre ellos, la mayoría (61,25%) exhibió comportamientos pasivos de afrontamiento cuando tuvieron una experiencia negativa con su proveedor médico (aceptaron la experiencia como un hecho desagradable o se lo guardaron para sí mismos).</li> </ul> <p><b>Factores que influyen en la reducción de la utilización de los servicios de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las variables medidas por predisponentes, habilitantes y los factores de necesidad no se asociaron significativamente con una menor utilización de la atención médica (P &gt; 0,05).</li> <li>• Sin embargo, se consideraron como predictores potenciales de la reducción del uso de atención médica la calidad percibida de la atención (OR= .57, P&lt; .01), el afrontamiento pasivo de la experiencia negativa (OR= 6,97, p &lt; 0,05) y la experiencia negativa (OR= 5.17, P &lt; .05).</li> </ul>

Título	Objetivo	Método	Resultado
<p>“Racial and Ethnic Differences in Experiences of Discrimination in Accessing Health Services Among Transgender People in the United States”</p>	<p>Examinar la prevalencia de la discriminación que enfrentan las personas transgénero/GNC (género no conforme) y comparar por raza/etnia las tasas de discriminación al acceder a servicios médicos como salas de emergencia, médicos/hospitales y ambulancias/técnicos médicos de emergencia</p>	<p>Cuestionario (compuesto por discriminación y experiencia en los servicios de salud)</p>	<p><b>Doctores y Hospitales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas transgénero/GNC (género no conforme) negras (26,1%) informaron tasas más altas de haber sufrido discriminación que sus contrapartes blancas (18,5%) al acceder a hospitales (<math>\chi^2(1, n D 4,986) D 32.831, p &lt; 0,001</math>).</li> <li>Las personas transgénero/GNC que, además, son negras/afroamericanas (11,7%) informaron tasas significativamente más bajas de discriminación basadas en su identidad/expresión de género que las personas blancas transgénero/GNC (género no conforme) (<math>\chi^2(1, n D 3958) D 6.35, p &lt; .01</math>).</li> <li>Mientras que las personas latinas transgénero/GNC (25,0%) (<math>\chi^2(1, n D 3900) D 4.13, p &lt; .05</math>) y los individuos birraciales/multirraciales experimentaron tasas más altas de discriminación que los blancos (32,8%) (<math>\chi^2(1, n D 4,439) D 72,86, p &lt; 0,001</math>).</li> <li>Ni asiáticos-isleños del Pacífico ni estadounidenses, ni indios reportaron resultados significativamente diferentes a los de los blancos.</li> </ul> <p><b>Salas de emergencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En las salas de emergencia, las personas transgénero/GNC negras (16.8%) informaron tasas significativamente más altas de haber experimentado discriminación que sus homólogos blancos ((10,1%) (<math>\chi^2(1, n D 3.655) D 31.018, p &lt; .001</math>).</li> <li>Indios americanos transgénero/GNC (18,46%) reportaron tasas más altas de discriminación que las personas blancas transgénero/GNC (género no conforme) (<math>\chi^2(1, n D 2.723) D 4,89, p &lt; .05</math>) al igual que los latinos (16.6%) (<math>\chi^2(1, n D 2.797) D 6,01, p &lt; 0,05</math>); e individuos bi/multirraciales (20,6%) (<math>\chi^2(1, n D 3.191) D 47,82, p &lt; 0,001</math>).</li> <li>Ni asiáticos-isleños del Pacífico ni estadounidenses, ni indios reportaron resultados significativamente diferentes a los de los blancos.</li> </ul> <p><b>Ambulancias/EMT:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Al utilizar ambulancias y/o interactuar con técnicos de emergencias médicas, las personas transgénero/GNC negras (8,6%) reportaron índices mayores de discriminación que los individuos blancos transgénero/GNC (3,0%) (<math>\chi^2(1, n D 2.779) D 40.523, p &lt; .001</math>).</li> <li>Los latinos (13,9%) (<math>\chi^2(1, n D 2.834) D 31,93, p &lt; .001</math>); e individuos birraciales/multirraciales (9,1%) (<math>\chi^2(1, n D 2.386) D 32,42, p &lt; 0,001</math>) informaron tasas significativamente más altas de discriminación que las personas blancas transgénero/GNC (género no conforme) (<math>\chi^2(1, n D 2152) D 6,97, p &lt; 0,05</math>).</li> <li>Ni asiáticos-isleños del Pacífico, ni estadounidenses, ni indios reportaron resultados significativamente diferentes a los de los blancos.</li> </ul>

Título	Objetivo	Método	Resultado
"Sexual Identity, Identity Disclosure, and Health Care Experiences: Is There Evidence for Differential Homophobia in Primary Care Practice?"	Explorar cómo las experiencias de atención médica de las mujeres de minorías sexuales (SMW) se comparan con las de sus contrapartes identificadas como heterosexuales (HW)	Encuesta (características demográficas, tiempo desde la última visita a una unidad primaria, calidad de experiencias de cuidado de la salud, salud preventiva, recomendaciones de cuidado y asistencia sanitaria y conocimiento de los proveedores sobre la orientación sexual de los participantes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres heterosexuales (HW) y las mujeres de minorías sexuales (SMW) tienen la misma probabilidad de haber recibido atención médica reciente (<math>p = 0,72</math>) y la misma probabilidad de informar si se sienten cómodas hablando de su salud sexual con sus proveedores de salud (HCP) (<math>p = 0,14</math>).</li> <li>Sin embargo, las mujeres de minorías sexuales (SMW) tienen menos probabilidades de informar si están satisfechas con sus proveedores de salud que las mujeres heterosexuales (HW) (<math>p = 0,05</math>).</li> <li>Las mujeres de minorías sexuales (SMW) y las mujeres heterosexuales (HW) tienen la misma probabilidad de haber recibido recomendaciones y de haberse realizado una prueba de papanicolaou cervical (<math>p = 0,99</math> prueba de papanicolaou recomendada y <math>p = 0,37</math> haberse realizado alguna vez una prueba de papanicolaou).</li> <li>Las mujeres de minorías sexuales (SMW) tenían la misma probabilidad que las mujeres heterosexuales (HW) de haber recibido recomendaciones y realizado una mamografía (<math>p = 0,94</math> y <math>p = .62</math>, respectivamente).</li> <li>Las mujeres de las minorías sexuales (SMW) que creían que sus proveedores de salud conocían su orientación sexual tenían más probabilidades de informar que están satisfechas (<math>p = 0,01</math>) y sentirse cómodas al discutir sobre temas de salud sexual (<math>p &lt; 0,001</math>), en comparación con las mujeres de las minorías sexuales (SMW) que creían que sus proveedor de salud no conocían su orientación sexual.</li> </ul>

Título	Objetivo	Método	Resultado
<p>“Substance Use to Cope with Stigma in Healthcare Among U.S. Female-to-Male Trans Masculine Adults”</p>		<p>Se analizaron los datos de la Encuesta nacional sobre discriminación de personas transgénero de EE.UU.</p>	<p><b>Correlatos sociodemográficos del estigma promulgado (rechazo de atención):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 14% de la muestra reportó estigma promulgado por parte de los proveedores de atención médica, al negarles la atención médica por ser transgénero o no conforme con el género.</li> </ul> <p><b>Vincular el estigma representado con el estigma anticipado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 33% de la muestra retrasó la atención médica cuando estaban enfermos/ lesionados; y el 39% retrasó la atención preventiva de rutina.</li> <li>Los encuestados que retrasaron la atención médica cuando estaban enfermos/ lesionados fue mayor en aquellos que experimentaron estigma representado (70%), en comparación con los que no lo experimentaron (27%, <math>P &lt; 0,001</math>).</li> <li>La proporción de encuestados que retrasaron la atención preventiva de rutina también fue mayor entre los que sufrieron estigma representado (76 %) entre los que no (33%, <math>P &lt; 0,001</math>).</li> </ul> <p>Rechazo de atención y riesgo de uso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 28% de la muestra informó sobre el uso de sustancias para hacer frente al maltrato en la atención médica.</li> <li>La proporción de encuestados que respaldaron el uso de sustancias para sobrellevar la situación fue más alta para aquellos que informaron estigma promulgado frente a los que no (40% frente a 26%, respectivamente; <math>P &lt; 0,001</math>).</li> <li>Los factores asociados con un mayor riesgo de consumo de sustancias fueron: ingresos bajos y medios, diploma de escuela secundaria y no tener seguro de salud.</li> </ul>

Título	Objetivo	Método	Resultado
<p>"Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, the general population and health care providers"</p>	<p>Comparar las actitudes hacia las personas homosexuales y transgénero entre individuos con disforia de género (GD), controles de la población general (C) y proveedores de atención médica.</p>	<p>Escala de Homofobia Moderna (MHS) y las actitudes hacia las personas transgénero. Escala ATTI (escala para evaluar las actitudes hacia hombres gay, mujeres lesbianas y hacia personas transgénero).</p>	<p><b>Comparación entre grupos en cuanto a los niveles de fundamentalismo religioso, homofobia y transfobia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los grupos mostraron diferencias significativas en términos de religión.</li> <li>• En la escala de la homofobia moderna (MHS), la muestra de las mujeres heterosexuales y los proveedores de salud masculino, mostró la existencia de una homofobia mayor, que el resto de la muestra completa (<math>F = 14.01, p &lt; 0.001</math>).</li> <li>• En las subescalas de la MHS, también revelo que en las mujeres heterosexuales y en los proveedores de salud masculinos existen actitudes negativas hacia lesbianas (MHS-L) y hombres gais (MHS-G), en comparación con los otros grupos (<math>F = 22,30, p &lt; 0,001</math> y <math>F = 42.18, p &lt; 0.001</math>).</li> <li>• Si se consideran los niveles de transfobia y homofobia, el fundamentalismo religioso (RFS) se asoció con una menor tolerancia hacia las personas homosexuales y transgénero (<math>r = 0,447</math> y <math>r = -0,412</math>), respectivamente.</li> <li>• Tanto la homofobia y la transfobia se asociaron significativamente con una mayor asistencia a servicios religiosos (<math>r = 0.429, r = -0,324</math>, ambos <math>p &lt; 0,001</math>) y mayor influencia de la religión sobre el comportamiento sexual (<math>r = 0.285, p &lt; 0.02</math>, y <math>r = -0,312, p &lt; 0,05</math>, respectivamente, para MHS y ATTI).</li> </ul>

Título	Objetivo	Método	Resultado
"An evaluation of self-perceived knowledge, attitudes and behaviours of UK oncologists about LGBTQ+ patients with cancer"	Evaluar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de los oncólogos del Reino Unido sobre los pacientes LGBTQ+	Encuesta (demografía, conocimiento, actitudes y comportamientos) con la mayoría de las respuestas en una escala de Likert.	<p><b>Conocimientos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 8% de los participantes se sintieron confiados (de acuerdo o totalmente de acuerdo) en su conocimiento sobre las necesidades de atención médica únicas de los pacientes LGBTQ+ con cáncer, mientras que el 75% sintieron que se beneficiarían de una mayor educación sobre este tema.</li> <li>Los resultados mostraron que entre el 3% y el 5% de los participantes se sintieron preparados para afrontar las necesidades de los pacientes LGBTQ+ por su formación de pregrado y posgrado, respectivamente.</li> <li>Y la mayoría concuerda en que esto debería haber sido un componente curricular obligatorio. (OR=9,5; 95% IC=3,4 a 26,2; p=0,0082).</li> </ul> <p><b>Actitudes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entre los oncólogos que estuvieron de acuerdo en que se sintieron cómodos al tratar a pacientes LGBTQ+, fueron aquellos que mencionaron haber tenido conocimientos sobre temas de sexualidad y su experiencia para comunicarse con esta población (OR=4,3; IC 95%=2,2 a 8,5; p=0,018).</li> </ul> <p><b>Comportamientos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El 59% dijo que nunca le preguntó a los LGBTQ+, su identidad de género y el 64% nunca preguntó a un paciente cuál es el pronombre con el que desea ser nombrado.</li> <li>El 43% de los oncólogos ha hecho suposiciones sobre la identidad de género de un paciente.</li> <li>El 87% continuó afirmando y asumiendo que un paciente era cisgénero</li> </ul>

## DESARROLLO Y DISCUSIÓN

Se utilizaron varias estrategias para seleccionar artículos relevantes e incluirlos en esta revisión. Los títulos de cada base de datos se seleccionaron, inicialmente, en función de su relevancia para los criterios de inclusión y las palabras clave. Al finalizar el proceso de selección se revisaron todos los artículos seleccionados y se encontró el texto completo de los artículos que cumplían con los criterios de elección.

Las investigaciones revisadas tuvieron los siguientes criterios de inclusión: texto completo de los artículos, en idioma inglés o español, documentos publicados del 2013 al 2021 y que aborden el tema de discriminación, además de obstáculos para la atención y las actitudes del personal de salud hacia las personas de minorías sexuales y de género en los entornos de atención médica. Se excluyeron los estudios en idioma distinto al español e inglés y los artículos que no fueran relevantes con respecto al tema.

Se utilizó la evaluación crítica para revisiones sistemáticas, llamada declaración PRISMA 2020 de resúmenes estructurados. Esta permite evaluar la calidad de cada estudio y determinar en qué medida un estudio ha excluido o minimizado la posibilidad de sesgo en su diseño, conducta y/o análisis. Se usaron los ítems: título, objetivos, métodos y resultados de los 11 artículos (Urrutia & Bonfill, 2010; Yepes-Nuñez et al., 2021).

Con la búsqueda electrónica preliminar en las bases de datos se hallaron 50 referencias. Los estudios fueron evaluados según su relación

con el tema y para determinar si debían ser eliminados por duplicados. Con esto se excluyeron 20 artículos. Los 19 documentos restantes se compararon con los demás criterios de inclusión y exclusión y, finalmente, 11 investigaciones (tabla 1) cumplieron con los criterios de inclusión y fueron apropiados para la extracción de datos.

Con respecto al idioma, todos los artículos encontrados son en inglés. Mientras que, en lo referente al año de publicación, 3 documentos son del año 2013, 1 es del 2014, 5 del 2015, 1 del 2016 y 1 es del 2021. Asimismo, el 80% de los estudios fue realizado en Estados Unidos; el 10% en Suiza y el 8% en Italia. La mayoría de los estudios tuvieron una muestra significativa, excepto un artículo que tuvo una muestra de 6451 porque utilizó un método de muestreo aleatorio, basado en la probabilidad.

De acuerdo (MAIS) Manual del Modelo de Atención Integral de Salud enfatiza en una promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con un reconocimiento de las necesidades particulares de la población LGBTI. (Ministerio de salud pública de Ecuador, 2016). En este contexto la OPS/OMS (2014) manifiesta que la falta de información sobre la salud en los grupos LGBT, de las Américas, oculta una situación sanitaria, y demora acciones que pueden aplicarse para combatir el estigma, con lo cual desmejora la salud de estas personas, invisibilizadas las necesidades sanitarias, llegando a la discriminación, prejuicio y maltrato.

A su vez, aparece el término de minoría sexual de género (SGM – SEXUAL AND GENDER MINORITY) el cual fue sugerido por los institutos nacionales de salud, en lugar de las siglas LGBT; de esta manera, el término resulta ser más incluyente a todas las poblaciones e individuos cuya orientación sexual no es exclusivamente heterosexual y su identidad de género difiere del sexo que se les asignó al nacer o difieran o rechacen las conceptualizaciones culturales tradicionales de género en términos de dicotomía hombre-mujer (Ayhan et al., 2020).

En el mismo orden de ideas, las minorías sexuales de género han realizado una serie de manifestaciones, tratando de evidenciar las diferencias sociales que existen en todos los servicios (incluido la salud) en comparación con la población en general. Es así como Hafeez et al., (2017) plantean que el prejuicio social impuesto a las minorías sexuales de género ha fomentado la realización de estudios científicos en torno a la homosexualidad y su relación con el proceso de salud y enfermedad. En ese sentido, las diferentes actitudes de los profesionales médicos hacia las minorías sexuales de género afectan la salud, la atención médica y la relación médico-paciente.

Por otro lado, los estudios sobre orientación sexual a nivel general son escasos y en Ecuador no es la diferencia. No existen cifras oficiales sobre la frecuencia de orientaciones sexuales distintas a la heterosexual, ni tampoco existen estudios serios que permitan establecer,

aunque sea mínimamente esta realidad de la población. En Ecuador se han realizado pocos estudios sobre esta temática y uno de los pocos estudios es realizado por Paredes y Polanski (2016); éste estudio, es realizado con una muestra de 94 estudiantes universitarios; los resultados obtenidos expresan que el 5.8% de los estudiantes investigados eran homosexuales y bisexuales en la población femenina y 12.5% con esta misma tendencia pertenecían a la población masculina; estos datos sugieren la presencia notable de orientaciones sexuales distintas a la heterosexual dentro de los adolescentes tardíos en esta muestra.

En relación con la mejora de la atención y la necesidad de reducir las discrepancias que existen a nivel salud; el Ministerio de salud pública de Ecuador (2016) encontró que varios profesionales sanitarios carecen del conocimiento y habilidades para brindar atención objetiva a los pacientes con diferente orientación sexual; en este sentido, los médicos de todas las especialidades coinciden en que carecen de estas habilidades necesarias para abordar los problemas relacionados con la orientación sexual de sus pacientes. Este problema puede verse agravado aún más por la “homofobia del médico”, que afecta negativamente a la relación médico-paciente y aunque hubo una reducción sustancial en la “homofobia de los médicos” durante los últimos 30 años; en el mundo desarrollado, todavía no se ha eliminado por completo.

En el caso de Ecuador, el Consejo Nacional para la Igualdad de Género y el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2013) realizó una investigación de carácter cuantitativo sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Trans en Ecuador, en el cual se describe los motivos por los cuales la población trans no acude a los servicios de salud, concluyendo que la razón más frecuente es no sentirse cómodos/as en la atención de salud, no recibir cordial atención en los centros de salud, profesionales poco sensibles y amables, y haber tenido malas experiencias con los profesionales de medicina. Un grupo de participantes relatan haber tenido un acuerdo con un centro de salud para atención prioritaria, pero al momento de la atención fueron atendidas al último, pasar al consultorio y recibir una sola receta de medicación para todas.

En este mismo orden, en el estudio descriptivo cualitativo realizado por Baptiste et al., (2017) señalan que las mujeres de minorías sexuales pueden dudar en revelar su orientación sexual a un proveedor de atención médica por temor a la discriminación, ignorancia del médico con respecto a los problemas de salud de las lesbianas y falta empatía por el profesional de salud. Además, se ha encontrado que esta población presenta dificultades en la realización de pruebas diagnósticas (examen clínico de mama, mamografía y colposcopia) al no realizarse a tiempo por parte de los servicios de salud, hace que las mujeres homosexuales,

sea detectadas este tipo de cánceres de forma más tardía.

Por su parte, Alencar et al., (2016) revelan dentro de sus resultados en la revisión sistemática realizada que la población homosexual tiene dificultades de acceso a los servicios de salud como consecuencia de las actitudes heteronormativas impuestas por los profesionales de la salud; según el estudio, la asistencia discriminatoria implica violaciones a los derechos humanos en el acceso a los servicios de salud. Seguido, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013) publicó su estudio sobre las “Condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de Derechos Humanos de la población LGBTI en el Ecuador” donde se evidenció que las condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos hacía la minoría sexual de género en Ecuador presentan diferencias en comparación con la población en general; así, este estudio mostró que el 58% de la muestra total de personas encuestadas no tiene ningún tipo de seguro de salud, mientras que el 33,7% ha experimentado discriminación en el ámbito de salud, el 18,7% ha vivido experiencias de exclusión por profesionales de la salud y el 10.3% ha experimentado violencia.

Por otro lado, Rowe et al., (2017) plantea que estas minorías sexuales de género, tiene mayor riesgo de contraer todo tipo de enfermedades; aún más, las de transmisión sexual; de igual manera, pueden presentar mayor tendencia a

las adicciones como tabaco, alcohol, drogas y mayor tendencia al sobrepeso u obesidad. Por ende, las mujeres lesbianas y bisexuales tienen menos probabilidades de realizarse exámenes preventivos de detección de cáncer cervical y mamario. Aunque esto se vea como un escenario de múltiples patologías, este puede ser aún más complejo debido a la limitación del acceso de atención médica que tiene esta población y a las prácticas discriminatorias de los profesionales médicos derivadas de la homofobia. Esto debido a que, como lo plantea el mismo autor, a lo largo del tiempo el sujeto con una orientación sexual diferente a la heterosexual ha sido excluido del contexto social, produciendo rechazos en todo lugar incluidos, los servicios de salud.

Respecto a la discriminación de los profesionales de salud, en el estudio realizado por Martínez (2015) realizado en México, describe a la discriminación como uno de los abusos más reportados por la población; los cuales expresan ser excluidos por sus prácticas sexuales, su apariencia de género o su condición VIH positiva. Los mismos participantes de este estudio, describen a los servicios de salud como lugares discriminatorios y de maltrato. Las personas trans se vieron quejarse del dolor en los servicios de emergencia y no ser atendidas por ningún profesional de salud; refieren que, aquellos sujetos trans con algún tipo de adicción, son maltratados, discriminados y no reciben la ayuda necesaria para superar su problema de adicción.

Por tal motivo, la investigación de Bonvicini (2017) examinó la profundidad de la educación y la formación de los estudiantes de medicina y los médicos en ejercicio en los Estados Unidos. El estudio demuestra que hay una deficiencia en la formación en cuanto al diagnóstico y tratamiento de pacientes de minorías sexuales de género por parte de los profesionales de atención médica en todas las disciplinas; existiendo claras brechas e inconsistencias en la preparación para atención eficaz de pacientes lesbianas, gais, bisexuales y transgénero.

También, el estudio realizado por Cele et al., (2015) con personas homosexuales atendidas en los servicios de atención primaria de salud en Sudáfrica, encontró informes donde revelaban insatisfacción y rechazo institucional. Los participantes de este estudio experimentaron prejuicios y conductas homofóbicas en el curso de la utilización de las clínicas de APS en Umlazi, lo que creó una barrera para la utilización de los servicios de salud. En las entrevistas realizadas por los profesionales de salud, los investigados presentaron momentos en los que la sexualidad de los pacientes parecía molestar al profesional de salud, revelando de esta forma la incapacidad de la mayoría de los profesionales para manejar temas relacionados con orientaciones sexuales y/o identidades de género, revelando además, la falta de conocimientos y habilidades necesarias por parte de los profesionales de salud para enfrentar la diversidad sexual y de género.

Todas estas falencias encontradas permiten explicar la toma de actitudes negativas del personal de salud hacia esta población. Sin embargo, se aprecia en el estudio realizado en la India sobre “Medical Students and Interns’ Knowledge about and Attitude towards Homosexuality”, el cual sustenta que los estudiantes e internos de medicina tenían un conocimiento inadecuado sobre la homosexualidad, aunque respaldaron una postura neutral en lo que respecta su actitud hacia los homosexuales.

Por otro lado, en Reino Unido, Berner et al., (2020) realizaron un estudio sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los especialistas en oncología hacia los pacientes LGBTQ; los resultados revelaron que los oncólogos de Reino Unido se sienten cómodos tratando a pacientes LGBTQ; sin embargo, es posible que no identifiquen patologías clínicas propias de estos pacientes, lo cual dificulta la atención para satisfacer las necesidades de servicio médico a la población LGBTQ. Además, se evidencia el malestar y la mala preparación que estos profesionales tienen para satisfacer las necesidades de atención del cáncer de esta población; esto, puede producir actitudes positivas y/o negativas en estas minorías sexuales de género.

En este sentido, las actitudes negativas que se han evidenciado están relacionadas con la suspensión en el seguimiento de las patologías por parte de esta población cuando consideraron

que el profesional de salud que los atiende carece de conocimientos relevantes sobre temas relacionados con su orientación sexual o la atención fue percibida como inadecuada y / o prejuiciosa. Otro tipo de dificultades en el uso y permanencia de las minorías sexuales en los servicios de salud, destaca aspectos como la “homofobia del médico”, que afecta negativamente a la relación médico-paciente.

Como lo señala Vijay et al., (2018) en su estudio realizado en Malasia, en donde los médicos que sentían miedo a las personas transgénero y vergüenza personal asociada expresaron mayor intención de discriminar a esta población; a diferencia de aquellos médicos que respaldaron la creencia de que las personas transgénero merecen una buena atención informaron una menor intención de discriminación hacia esa población. Por su parte Nieto-Gutiérrez et al., (2019) en su estudio de tipo transversal analítico realizado en las facultades de Medicina, encontraron que aquellos estudiantes con características como vergüenza personal, conductas y creencias machistas, tuvieron un aumento significativo de la frecuencia de homofobia; lo cual, repercutía en el tipo y calidad de atención en salud que brindaban a estas poblaciones.

## CONCLUSIÓN

Estudios revisados sobre discriminación hacia las minorías sexuales indican que el personal de

salud debe ser más tolerable y sensible con esta población. El no poder identificar los problemas comunes de salud que presenta esta población y la torpe comunicación, los hace vulnerables y los pone en riesgo de contraer varias enfermedades o agudizar las que tienen. Por lo que a inequidad en la atención médica a las minorías sexuales de género es un proceso que no ha tenido las garantías necesarias y ha permitido no avanzar en la educación y capacitación médica; por lo que es necesario que se inicie que desde los primeros años de pregrado hasta en los años de ejercicio profesional se considere esta temática.

Introducir en mallas curriculares de estudio la relación médico paciente en los estudiantes que se están formando en la actualidad dará paso para nuevos aprendizajes para los estudiantes y profesionales además de considerar al ser humano de forma integral independiente de cualquier prejuicio social y sexual, sería un pilar importante para la reducción de la discriminación hacia esta población y así no afectar la atención médica futura. El trato igualitario, adopción de actitudes positivas, gestos integrales y acogedores durante la entrevista y levantamiento de la historia clínica y realizar el examen físico dará una atención profesional con calidad y calidez.

**CONFLICTO DE INTERESES.** Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

## REFERENCIAS

- Aguair, J. (2018). Historia legal de la homosexualidad en el Ecuador. *Novedades jurídicas*, August, 1–12. <https://n9.cl/qj16d>
- Alencar, G., De Lima, C., Da Silva, G., Alves, M., Belém, J., Dos Santos, F., Da Silva, L., Do Nascimento, V., Da Silva, É., Valentí, V., De Abreu, L., y Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>
- Ayhan, C., Bilgin, H., Uluman, O., Sukut, O., Yilmaz, S., y Buzlu, S. (2020). A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61. <https://doi.org/10.1177/0020731419885093>
- Baptiste, K., Oranuba, E., Werts, N., y Edwards, L. V. (2017). Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(1), 71–80. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.003>
- Berner, A., Hughes, D., Tharmalingam, H., Baker, T., Heyworth, B., Banerjee, S., y Saunders, D. (2020). An evaluation of self-perceived knowledge, attitudes and behaviours of UK oncologists about LGBTQ+ patients with cancer. *ESMO Open*, 5(6), 1–11. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000906>
- Bonvicini, K. (2017). LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2357–2361. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.003>
- Cele, N., Sibiyi, M., y Sokhela, D. (2015). Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal. *Curationis*, 38(2), 1522. <https://doi.org/10.4102/curationis.v38i2.1522>

- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2017). Una aproximación a la situación de los derechos humanos de las personas trans en Ecuador. <https://qrcd.org/3ejX>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2013). Estudio sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador. <https://qrcd.org/3ejc>
- Granados-Cosme, J. (2022). La investigación sobre discriminación a LGBT en la atención médica. *Divulgare Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*, 9(17), 10-16. <https://doi.org/10.29057/esa.v9i17.8075>
- Hafeez, H., Zeshan, M., Tahir, M. A., Jahan, N., y Naveed, S. (2017). Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. *Cureus*, 9(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.1184>
- Martínez, A. (2015). La identidad sexual en clave lesbiana. Tensiones político-conceptuales: desde el feminismo radical hasta Judith Butler. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 102-132. <https://www.scielo.br/j/sess/a/kFynnVMCz6cqz59nQ478bTk/>
- Martínez-Causil, M., y Ríos, A. (2022). Representaciones sociales y su influencia en la atención del personal sanitario a hombres homosexuales seropositivos al VIH: un estado del arte. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/27934>
- Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. (n.d.). *Journal of Postgraduate Medicine*, 61,2, 95–100. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.153103>
- Ministerio de salud pública de Ecuador. (2016). Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI) (QUITO (Ed.). 52. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/manual-lgbti-29-de-nov-2016\\_mod.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/manual-lgbti-29-de-nov-2016_mod.pdf)
- Nieto-Gutiérrez, W., Komori-Pariona, J. K., Sánchez, A., Centeno-Leguía, D., Arestegui-Sánchez, L., De La Torre-Rojas, K., Niño-García, R., Mendoza-Aucaruri, L., Mejía, C., y Quiñones-Laveriano, D. (2019). Factores asociados a la homofobia en estudiantes de Medicina de once universidades peruanas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 208–214. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.01.003>
- Obando Campos, M. (2003). Homosexualidad un problema de discriminación social. (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala). <https://core.ac.uk/download/pdf/162164115.pdf>
- OPS-OMS. (2014). La OPS/OMS advierte que están invisibilizados los problemas de salud de las personas LGBT en las Américas. Washington, DC. <https://qrcd.org/3ejR>
- Paredes, E., y Polanski, T. (2016). Orientación sexual en una muestra de universitarios de Quito, Ecuador. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 3(1), 19–24. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5326>
- Rowe, D., Ng, Y. C., O'Keefe, L., y Crawford, D. (2017). Providers' Attitudes and Knowledge of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. *Fed Pract*. 34(11):28–34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370394/>
- Vijay, A., Earnshaw, V., Tee, Y., Pillai, V., White, J., Clark, K., Kamarulzaman, A., Altice, F., y Wickersham, J. (2018). Factors Associated with Medical Doctors' Intentions to Discriminate Against Transgender Patients in. *LGBT Health*, 5(1), 61–68. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0092>