

SIN DERECHOS IGUALITARIOS

EL ACCESO DESIGUAL DE LAS PERSONAS LGBTQ A LA SEGURIDAD SOCIAL
EN EL ÁREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR, 2019



CON EL APOYO DE



bakea eta alkartasuna
fundación paz y solidaridad



Gipuzkoako
Foru Aldundia
Diputación Foral
de Gipuzkoa

Sin derechos igualitarios: El acceso desigual de las personas LGBTQ a la seguridad social en el Área Metropolitana de San Salvador, 2019

Roberto Zapata Ventura
Investigador principal

Gonzalo Montano, Karla Castro, Gabriel Rosales y Ester Flores
Equipo asistente de investigación

Edición
Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica – AMATE El Salvador

Portada y diagramación
Miguel Rubio

San Salvador, octubre de 2019

Prohibida su venta. Este documento puede ser reproducido todo o en parte reconociendo los derechos de autoría.

Referencia sugerida:

Zapata Ventura, R. et al. (2019). *Sin Derechos Igualitarios: El acceso desigual de las personas LGBTQ a la seguridad social en el Área Metropolitana de San Salvador, 2019*. San Salvador: Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica – AMATE El Salvador.

Sin derechos igualitarios: El acceso desigual de la población LGBTQ a la seguridad social en el Área Metropolitana de San Salvador, 2019, es una investigación realizada por el Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica – AMATE El Salvador en el marco del proyecto “Impulsando el cumplimiento efectivo de los derechos laborales desde la diversidad sexual y de género en El Salvador”, ejecutado junto a la Federación de Asociaciones y Sindicatos Independientes de El Salvador (FEASIES) y la Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA) con el apoyo de la Fundación Paz y Solidaridad de Euskadi y la Diputación Foral de Gipuzkoa.

www.amate.org.sv

info@amate.org.sv

[Facebook.com/amateelsalvador](https://www.facebook.com/amateelsalvador)

Contenido

Presentación	1
Capítulo I: Marco de referencia	2
1. El mundo del trabajo y los cuidados	2
2. La organización social de los cuidados	5
3. La precariedad en las sociedades capitalistas heteropatriarcales	8
Capítulo II: La seguridad social en El Salvador	11
4. Antecedentes históricos de la seguridad social en El Salvador	11
5. Situación del derecho a la seguridad social en El Salvador	14
6. Marco jurídico y político-institucional del actual régimen del Seguro Social en El Salvador	16
Capítulo III: Caracterización de la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la seguridad social de El Salvador	19
7. Metodología	19
8. Resultados de la investigación	21
Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones	27
Referencias bibliográficas	29
Anexos	32

Presentación

Acceder a un empleo decente es una de las preocupaciones más apremiantes para la población en edad de trabajar del país. A pesar de que las estadísticas oficiales muestran niveles bajos de desempleo (6.3% a escala nacional en 2018), dos de cada tres personas se encuentra ocupada en el sector informal de la economía, donde las condiciones de trabajo son alarmantemente precarias, sin protección social, prestaciones y al margen de la legislación laboral nacional (Argueta, 2014).

A la anterior descripción del panorama del mundo laboral en El Salvador, es necesario considerar ciertas condiciones que implican generalmente una agudización de la precariedad. El sexo, la edad, la orientación sexual e identidad de género, entre otros, son en la actualidad factores que intervienen en las trayectorias laborales de las personas trabajadoras. Aunque ha habido avances en algunos de estos ámbitos, fenómenos como la exclusión y la discriminación contra las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales y no-binarias (LGBTQ) en el mundo del trabajo no suelen ocupar muchos espacios en el debate público o en la formulación de las políticas gubernamentales, lo que deriva en el menoscabo del ejercicio pleno de los derechos de este grupo social.

Para el Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica – AMATE El Salvador, la Federación de Asociaciones y Sindicatos Independientes de El Salvador (FEASIES) y la Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA) visibilizar esta realidad oculta es vital para la construcción de un mundo del trabajo más justo, sostenible y digno para todas las personas. El presente estudio es parte del proyecto “Impulsando el cumplimiento efectivo de los derechos laborales desde la diversidad sexual y de género en El Salvador” ejecutado por las mencionadas organizaciones con el apoyo de la Fundación Paz y Solidaridad de Euskadi y la Diputación Foral de Gipuzkoa y tiene por objetivo aportar información relevante para promover cambios institucionales y estructurales que disminuyan las desigualdades, la precariedad y la exclusión social.

El documento se divide en cuatro capítulos. El primero tiene por objetivo construir un marco de referencia conceptual y teórico para el estudio de la discriminación por orientación sexual e identidad de género en el régimen de Seguridad Social de El Salvador. A continuación, el capítulo dos aborda el tema de la seguridad social en el país, sus antecedentes históricos, situación actual y marco legal y político institucional con el objeto de conocer los rasgos principales que lo caracterizan.

El tercer capítulo desarrolla una caracterización del perfil sociolaboral de la población de personas LGBTQ del Área Metropolitana de San Salvador. Esto abarcó los aspectos relacionados a su situación sociolaboral, acceso a servicios de salud y situación familiar, especialmente parejas del mismo sexo e hijos. Finalmente, el capítulo cuarto sintetiza las conclusiones centrales sobre el fenómeno investigado y, además, se incluyen recomendaciones a distintos actores sociales del país con medidas para favorecer los derechos de cada persona LGBTQ en El Salvador.

Capítulo I: Marco de referencia

Garantizar el derecho a la seguridad social de toda la clase trabajadora es una deuda del Estado en El Salvador. Tanto en lo cuantitativo (cobertura) como cualitativo (calidad de los servicios), el régimen del Seguro Social del país muestra aún grandes desafíos para cumplir con su rol de proveedor de cuidados. Estos desafíos se ven más acentuados en ciertos grupos sociales debido a condiciones objetivas, como la precariedad laboral, y subjetivas, como la discriminación por orientación sexual y/o identidad de género, que coartan el acceso a una seguridad social digna, igualitaria y equitativa.

Tradicionalmente, la literatura académica y las instituciones de Estado han abordado este último problema desde un enfoque legalista de derechos humanos o economicista de costo-beneficio para las empresas¹. Este tipo de abordajes, han derivado en propuestas de políticas públicas con impacto limitado que no solucionan una problemática que es compleja y estructural para muchas sociedades.

En el presente capítulo, el problema de la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la seguridad social es abordado desde un enfoque feminista. De esta manera, se busca aportar algunas nociones teóricas para el debate sobre la construcción de políticas de Estado que fortalezcan la función social de los cuidados y, por ende, la sostenibilidad de la vida de todas las personas y de la naturaleza. Para cumplir con este objetivo, el capítulo está desarrollado en tres partes. En la primera se hace una aproximación a la relación que hay entre el mundo del trabajo y los cuidados, incluyendo algunas conceptualizaciones básicas para entender este marco teórico. En la segunda parte, se expone el modelo de la organización social de los cuidados y su relación con el sistema capitalista y heteropatriarcal imperante; así también se plantea la intersección entre la seguridad social y los cuidados. Finalmente, en el tercer apartado se argumenta que las personas LGBTQ² experimentan una vulnerabilidad social estructural mayor que la del resto de la clase trabajadora debido a una mayor precariedad laboral, pero también debido a la precariedad de los cuidados con los que contamos.

1. El mundo del trabajo y los cuidados

A pesar de ser un término frecuentemente usado en discursos políticos y documentos académicos, no existe un concepto consensuado de lo que es el mundo del trabajo. En esta investigación, lo entenderemos como un amplio conjunto de realidades y relaciones socioeconómicas, políticas y culturales en las que intervienen la población trabajadora, los empresarios y los Estados y que configuran las dinámicas que se dan alrededor del trabajo y la producción.

¹ Ver por ejemplo Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (2015) y Lee Badgett (2014).

² Aunque en El Salvador la sigla más utilizada es LGBTI (personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales), en este documento se utiliza LGBTQ ya que no fue posible abordar personas intersexuales y, por otro lado, sí fueron abordadas personas que se identificaron como queer o género no-binario.

Debe entenderse que la población trabajadora no sólo incluye aquellas personas empleadas por la demanda laboral, sino que también involucra a quienes no son “absorbidas” por ésta (por ejemplo, personas en situación de desempleo, trabajadoras no remuneradas, etc.).

Además, se acota que, aunque están estrechamente vinculados, los conceptos de mercado laboral y mundo del trabajo son diferentes. El primer caso tiene que ver principalmente con el conflicto capital-trabajo, esto es, las relaciones dialécticas por las cuales capitalistas (demanda laboral, patronos, dueños de medios de producción) y trabajadores (oferta laboral, fuerza de trabajo) entran en “pugna por retener el valor de lo producido en forma de salario o bajo la forma de beneficio (plusvalor)” (Pérez Orozco, 2014). Mientras tanto, el concepto de mundo del trabajo engloba el de mercado laboral pero también envuelve otras formas de relación laboral no-asalariadas en las que no hay enajenación privada del valor generado, por ejemplo, el trabajo por cuenta propia, cooperativismo, organizaciones sin fines de lucro, etc.

El rol que juega el Estado en el mundo del trabajo requiere especial atención y puede verse desde dos perspectivas. Por un lado, el Estado es un demandante de fuerza de trabajo cuyo nivel de relevancia varía mucho entre un país y otro. Así hay países donde la proporción de trabajadores en el sector público es muy alta, como Cuba 68% (ONEI, 2019) o Noruega 30% (OECD, 2017), y otros donde representa apenas una proporción minoritaria, como Japón 6% o Corea del Sur 7.6% (ibídem). La otra perspectiva es la del Estado como mediador en la pugna capital-trabajo a través del establecimiento de “un marco regulatorio o legal que establece las condiciones mínimas de trabajo, formas de contratación y organización social de la oferta y demanda de la fuerza de trabajo” (Lara López, 2012). Esta segunda perspectiva suele estar influenciada por la capacidad de incidencia y presión que tiene el sector sindical en el Estado, así como la orientación político-ideológica de los gobiernos que pueden ser más flexibles o más rígidos en cuanto al cumplimiento de los derechos laborales.

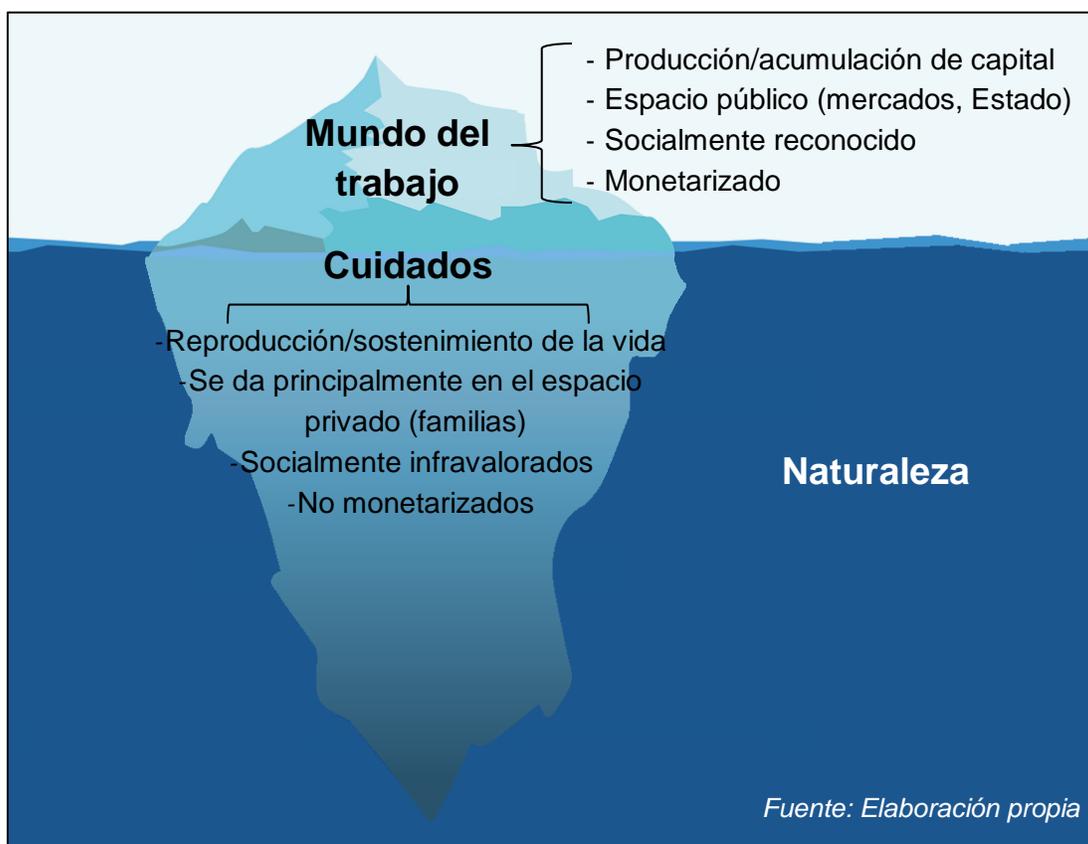
Otra característica relevante en el mundo del trabajo actual es que las actividades productivas que se realizan (agricultura, manufactura, comercio, entre otras) tienen una expresión monetaria (salarios, ganancias, tarifas, costos, etc.). La monetarización de las actividades económicas ha tenido altos y bajos a lo largo de la historia, habiendo periodos largos donde el dinero no era el principal medio de cambio disponible (García Guerra, 2001). Sin embargo, a partir del Siglo XVIII con la consolidación del capitalismo como el modo de producción dominante, se dio un proceso de monetarización de las actividades productivas que se realizaban en el espacio público (fábricas, mercados, instituciones estatales), entretanto que las actividades realizadas en el espacio doméstico (hogares, comunidades) siguieron realizándose al margen del dinero.

El proceso anteriormente descrito tuvo consecuencias trascendentales en la división sexual del trabajo, es decir, la asignación diferenciada de actividades en función del sexo y que suponen una distinta valoración social, económica y simbólica (Abasolo y Montero, 2012). Podemos ilustrar el sistema económico-social como un *iceberg* para vislumbrar la interdependencia entre dos espacios que se diferencian por sus propios procesos internos: la parte visible recoge en sí el proceso de producción, el mundo del trabajo, y la invisible es la que se encarga en su conjunto de sostener la vida, los cuidados³ (Pérez Orozco, 2014).

³ A esta metáfora del sistema socioeconómico hay que agregarle la naturaleza que es de donde el *iceberg* se nutre y sobre el cual existe.

Los orígenes del concepto de cuidados provienen de debates feministas sobre la división sexual del trabajo y aunque en un primer momento estuvo enfocado en el trabajo doméstico no remunerado realizado por las mujeres⁴, en la actualidad esta noción ha sido ampliada para abarcar otros aspectos. Para Pérez-Orozco (2014) los cuidados pueden ser conceptualizados como “todas aquellas actividades que regeneran cotidiana y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas”, lo cual incluye actividades remuneradas y no-remuneradas, como el autocuidado, el cuidado de otras personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado, la gestión del cuidado (Rodríguez, 2015) y el cuidado de la naturaleza (Martínez, 2014).

Figura 1: Metáfora del sistema socioeconómico



Todas estas actividades son determinantes en distintas dimensiones humanas, como la psicosocial (efectos sobre la autoestima y la salud mental⁵), la política (disputas entre las esferas pública y privada-doméstica) y la económica (regeneración de la fuerza de trabajo desgastada en el proceso productivo).

¿Quiénes necesitan de cuidados? A lo largo de la vida, todas las personas necesitan de cuidados en menor o mayor medida. Una parte de estos cuidados son resueltos por uno mismo

⁴ Para un desarrollo histórico del concepto ver Esquivel (2011)

⁵ Fabian (2017). *Why mental health is a feminist issue?* Disponible en <https://www.talkspace.com/blog/mental-health-feminist-issue/>

(asearse, prepararse los alimentos, etc.), a esto se le llama autocuidado. Hay otros cuidados que sólo se pueden obtener de otras personas, como recibir afecto, compañía, reconocimiento, entre otros, los cuales se dan en el marco de relaciones de reciprocidad entre amistades, parientes, etc. y se pueden denominar cuidado mutuo (Confederación General del Trabajo, 2003).

Sin embargo, hay determinadas condiciones que hacen que una persona no pueda hacerse cargo de su autocuidado. Cuando esto sucede decimos que las personas se encuentran en situación de dependencia, ya que necesitan del apoyo de otras personas para realizar actividades de la vida diaria. Esto puede darse en la infancia, en alguna etapa de la vejez, por algunos tipos de discapacidad o por enfermedad (Sistema de Cuidados, 2015). Finalmente, debemos mencionar aquellas personas, principalmente hombres, que cuentan con todas las condiciones para procurarse su autocuidado pero que no lo hacen porque no tienen ni la formación para cuidarse ni quieren hacerlo (op. cit.).

Cuando las personas trabajadoras reciben cuidados, su fuerza de trabajo se regenera. Esta función cotidiana realizada en los hogares –y principalmente por mujeres– permite que el mundo del trabajo disponga de trabajadores y trabajadoras en condiciones para emplearse (Rodríguez, 2015). De este hecho fundamental, deducimos que el proceso productivo que se da en el mundo del trabajo depende de los cuidados para asegurar su reproducción.

En el siguiente apartado, se conocerá cómo es que las sociedades se organizan para proveer cuidados a sus integrantes y cómo esta organización impacta la sostenibilidad del sistema socioeconómico y de la vida misma.

2. La organización social de los cuidados

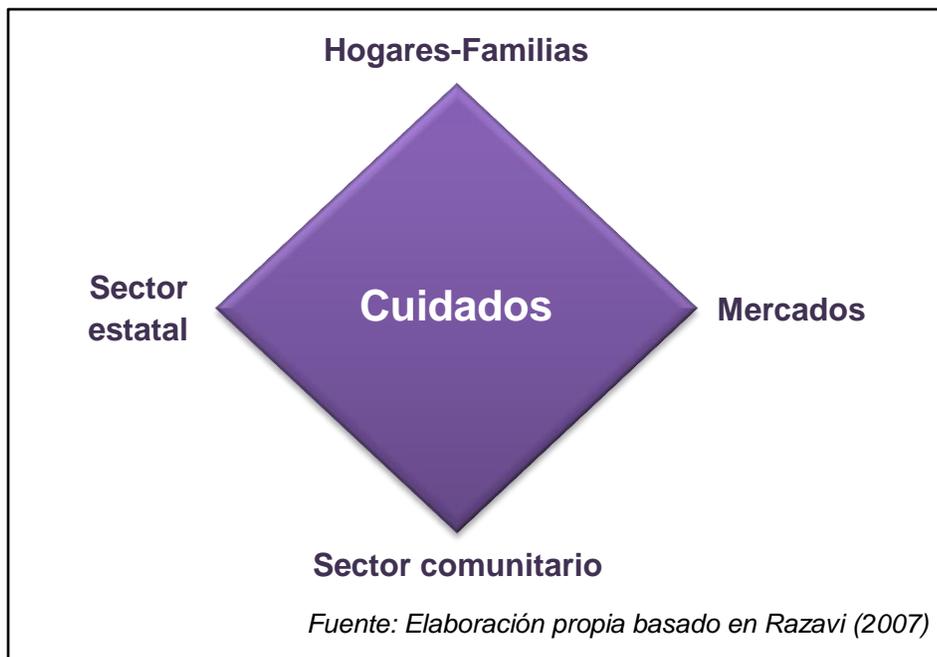
A través de la historia, la estructura socioeconómica e ideológica dominante ha determinado la organización social de los cuidados, es decir, la forma en que las sociedades proveen y reciben cuidados. Shahra Razavi (2007) propone que esta organización puede ser representada por un diamante en el que cada vértice constituye uno de los cuatro ámbitos sociales que proveen cuidados: Los hogares-familias; los mercados; el Estado y el sector comunitario⁶ (ver **Figura 2**).

De las muchas características que se podrían mencionar sobre la representación del diamante de los cuidados, destacaremos cuatro que son relevantes para los objetivos de esta investigación. La primera tiene que ver con la distribución desigual por género y estrato socioeconómico sobre el trabajo de los cuidados. En las últimas décadas, a pesar de que la tasa de empleo femenino ha ido creciendo de forma constante en muchos países, las actividades de los cuidados siguen siendo desempeñadas mayoritariamente por mujeres, ya sea por la vía de la doble jornada de trabajo (en la esfera pública y en la doméstica) o por estar ocupadas (de forma remunerada y/o no remunerada) en actividades de cuidados en los mercados, el Estado o el sector comunitario.

⁶ Incluye redes informales y organizaciones comunitarias, benéficas, iglesias, grupos de apoyo como los Alcohólicos Anónimos y otras que proveen servicios de cuidado por diversas razones (solidaridad, religión, altruismo, etc.) diferentes al lucro.

De hecho, varias autoras⁷ han argumentado que la mayor incursión de una parte de la población femenina en el mundo del trabajo ha sido a costa de que las actividades de los cuidados han sido cubiertas por otras mujeres de estratos socioeconómicos más desaventajados (migrantes, minorías raciales, adolescentes, adultas mayores, etc.). Por esta razón, es posible concluir que la desigualdad de género y la desigualdad socioeconómica están estrechamente vinculadas y son transversales a todos los ámbitos del diamante.

Figura 2: Diamante de los cuidados



La segunda característica que debemos destacar es la heterogeneidad de la organización social de los cuidados entre países. Hay unos que muestran un sesgo hacia el mercado como proveedor de cuidados, como aquellos que históricamente han sido liberales en lo económico, por ejemplo, Estados Unidos; los países con Estados del bienestar muy consolidados, como los Nórdicos, ponen el acento en el sector público; por otro lado las familias siguen teniendo un rol relevante como fuente de cuidados en los países con culturas más tradicionalistas, como Japón o China. Finalmente, para muchos países del Sur Global, como los centroamericanos, el sector comunitario cubre muchas de las necesidades de cuidados cuando las familias no pueden hacerlo.

Esta heterogeneidad en la organización social de los cuidados de unos y otros países no es casualidad. Es un producto del desarrollo desigual del capitalismo a escala global que ha requerido una estructuración de redes transnacionales que aseguren la regeneración cotidiana de la fuerza de trabajo. Como explica Rodríguez (2015):

En las experiencias de la región, sucede con frecuencia que las personas que migran y se ocupan en actividades de cuidado (mayoritariamente mujeres) dejan en sus países de origen hijos e hijas

⁷ Ver por ejemplo Rodríguez (2015) y Setién y Acosta (2010)

cuyo cuidado es entonces atendido por otras personas, vinculadas a redes de parentesco (abuelas, tías, cuñadas, hermanas mayores) o de proximidad (vecinas, amigas). Se conforman de este modo las llamadas «cadenas globales de cuidado», es decir, vínculos y relaciones a través de los cuales se transfiere cuidado de la mujer empleadora en el país de destino hacia la trabajadora migrante, y desde esta hacia sus familiares o personas próximas en el país de origen.

En otras palabras, podemos decir que existen relaciones de dependencia entre los diamantes de cuidado de distintos países y que esto pone restricciones a las dinámicas de distribución y la provisión misma de los cuidados.

Las dinámicas redistributivas son la tercera característica que destacamos sobre la organización social de los cuidados. Debido a que los ámbitos incluidos en la representación del diamante son todas las fuentes posibles que pueden proporcionar cuidados en una sociedad, podemos inferir que cuando se dan cambios en alguno de los ámbitos consecuentemente se dan afectaciones redistributivas sobre los otros y/o sobre la cantidad y/o calidad de los cuidados generados. Por ejemplo, una mayor participación del Estado a través de la implementación de una política pública de servicios de cuidados podría disminuir la carga de los hogares en estas actividades y, al mismo tiempo, suplir necesidades de cuidados que talvez no están siendo cubiertas por los mercados, los hogares o el sector comunitario. Otro escenario puede ser el de las ya explicadas cadenas globales de cuidados, donde la menor disponibilidad de las familias para dar cuidados es cubierta por el sector comunitario o el mercado (empleando a otras mujeres para cuidados), muchas veces a costa de una menor calidad y cantidad de cuidados.

Entonces, ¿qué sucede cuando se dan decrementos sostenidos de cuidados en varios ámbitos que no se pueden suplir? ¿Qué impacto tiene esto sobre la población en general, especialmente aquella dependiente o más vulnerable? Se regresará sobre este punto más adelante.

Finalmente, la cuarta característica por destacar es la intersección que hay entre los cuidados y los derechos sociales reconocidos por los Estados. A pesar de que en la mayoría de países, los cuidados, tal como los hemos definido, aún no hayan sido reconocidos como un derecho o una función social, esto no quiere decir que los Estados no estén realizando ya algún tipo de políticas públicas favorables a los cuidados, como es el caso de los sistemas de seguridad social.

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2003) la seguridad social es “la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia”. En este sentido, podemos observar que los Estados pueden procurar ciertos cuidados a las personas que están en situación de dependencia por la vía de la provisión de servicios (por ejemplo, disponiendo centros de retiro para adultos mayores o asistencia médica) pero también por medio de transferencias monetarias que pueden permitirle a las personas acceder a cuidados ofrecidos en el mercado.

Vale la pena aclarar, que con este punto no se pretende aseverar que los sistemas de seguridad social sean la solución a las deficiencias y brechas en la organización social de los cuidados. Sin embargo, consideramos que un sistema de seguridad social digno, universal, igualitario y equitativo, puede ser una oportunidad para que los Estados se encaminen a tener

una participación más relevante en la responsabilidad sobre el sostenimiento de la vida, especialmente teniendo en cuenta el mayor impacto que significaría para aquellos grupos más vulnerables a la precariedad.

Todas las características descritas anteriormente convergen en que bajo el actual orden socioeconómico e ideológico dominante (capitalismo heteropatriarcal) la organización social de los cuidados se encuentra en crisis, en otras palabras, la regeneración cotidiana de la vida está en riesgo. En el siguiente apartado se profundizará un poco más sobre la precariedad laboral y de los cuidados y sus afectaciones sobre la sociedad.

3. La precariedad en las sociedades capitalistas heteropatriarcales

Las sociedades capitalistas heteropatriarcales se han caracterizado por una tendencia generalizada a la precariedad de la vida. A pesar de que este término ha sido asociado principalmente al campo económico–laboral, lo cierto es que la precariedad se extiende mucho más allá. Para la Confederación General del Trabajo (2003) la precariedad puede ser definida como “la desigualdad institucionalizada en el reconocimiento, acceso y ejercicio de derechos, lo que supone la imposibilidad real de disponer de un modo sostenido de los recursos adecuados para satisfacer las necesidades”. Acá se puede comentar que⁸:

- i. La precariedad es un concepto multidimensional, esto es, abarca los aspectos materiales (económicos, laborales, ecológicos, entre otros) e inmateriales de la vida (apoyo emocional, afectos, reconocimiento, entre otros), y ya que las dos dimensiones son interdependientes e indivisibles, la precariedad produce efectos en ambas;
- ii. La precariedad es un concepto dinámico, vinculado a brechas en los derechos y recursos para satisfacer necesidades. En otras palabras, la precariedad no es un estado de blanco o negro sino un espectro inestable marcado por muchos matices (estrato socioeconómico, raza, sexualidad, identidad de género, etc.); y
- iii. En el actual sistema socioeconómico, la precariedad no es transitoria, es sostenida, es decir, se reproduce a través de los múltiples mecanismos de opresión del sistema (violencia, invisibilización, discriminación, estigmatización, entre otros).

En consecuencia, de lo anterior, sustentamos que la precariedad en el mundo del trabajo (como la exclusión de la seguridad social, la flexibilización laboral, la disminución del poder adquisitivo, la negación de derechos sindicales, etc.) y su contraparte en la esfera de los cuidados (menos y peores servicios de cuidados, necesidades de cuidados insatisfechas, etc.) han derivado en una crisis de reproducción social de la vida. Las muestras de esta crisis están a la orden del día: deterioro creciente de la salud mental y física de la población trabajadora; normalización de la violencia; exacerbación del racismo, la misoginia, las LGBTQ-fobias; Estados negligentes ante la degradación ambiental; y un largo etcétera.

Esta crisis de reproducción social afecta a todas las personas sin excepción. Empero, hay sectores de la población como las personas con discapacidad; las adultas mayores; la juventud

⁸ Para una argumentación más detenida, ver Del Río (2003)

que ni estudia ni trabaja; las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales y no-binarias o LGBTQ; entre otras; que por poseer uno o varios atributos socialmente estigmatizados en el orden social heteropatriarcal imperante, son mucho más vulnerables a padecer sus efectos. Analizar cada uno de estos grupos escapa las posibilidades de esta investigación, por lo que se enfocará en discernir algunos aspectos sobre la situación de las personas con orientación sexual y/o identidad de género no normativa en la mencionada crisis.

Las historias de vida de las personas LGBTQ suelen tener por denominador común experiencias múltiples de abusos y negaciones a sus derechos. Estas injusticias empiezan a darse desde temprana edad (niñez) a medida que las expectativas genéricas y sexuales se van volviendo más rígidas en las familias y en las escuelas⁹. En muchos casos, la situación de intolerancia y violencia por prejuicio a una orientación sexual y/o identidad de género no normativa puede alcanzar tales niveles que las personas LGBTQ se ven obligadas a independizarse económicamente de sus familias y romper lazos con ellas. Esta independización forzada y temprana, implica comúnmente una inserción laboral precaria en trabajos irregulares sin seguridad social y con ingresos bajos e inestables (Zapata y Estrada, 2017; OIT, 2015 y Pecheny, 2013). Esta precariedad, como es de esperar, también impacta fuerte y negativamente en lo emocional y psicosocial, y muchas personas LGBTQ sufren de secuelas psicológicas como depresión crónica, abuso de sustancias o comportamientos autodestructivos por trastorno de estrés postraumático (Shidlo y Ahola, 2013).

En países con Estados de capacidades limitadas y un alto porcentaje de la población con ingresos monetarios insuficientes para acceder a servicios del mercado, los hogares suelen cubrir buena parte de los cuidados de sus sociedades. Pero dado el escenario descrito, ¿cómo han hecho/hacen las personas de la diversidad sexual para satisfacer sus necesidades de cuidados? Una respuesta posible es a través del sector comunitario. A continuación, se deliberará un poco sobre este punto.

Como ya se ha mencionado precedentemente, el sector comunitario de cuidados abarca tradicionalmente redes informales y organizaciones comunitarias, benéficas, iglesias, grupos de apoyo (como los Alcohólicos Anónimos) y otras que proveen servicios de cuidado por razones diferentes al lucro (solidaridad, religión, altruismo, derechos, etc.).

Aunque estas distintas redes y recursos sirven de apoyo y respaldo a muchas personas, los prejuicios imperantes sobre la diversidad sexual y genérica en las sociedades heteropatriarcales se convierten en grave obstáculo para que personas LGBTQ puedan accederlos, inclusive pueden ser completamente excluidas de ellos. Como consecuencia ante la imposibilidad de obtener cuidados del Estado, del mercado, del sector comunitario tradicional y hasta de sus familias, las personas LGBTQ se han organizado históricamente para suplir en alguna medida esta privación entre ellas mismas, creando redes de apoyo esenciales donde pueden encontrar reconocimiento, consejos, afectos, albergue, solidaridad, etc. Para muchas personas con orientación sexual e identidad de género no normativas, estos espacios comunitarios entre pares se convierten en oasis que pueden incluso prevenir intentos de suicidio (Ardila, 2008 citado en Pineda, 2013).

Sin embargo, estas redes de apoyo esenciales suelen estar restringidas por las propias condiciones precarias en las que sus integrantes se han desarrollado y se encuentran. Brindar

⁹ Ver por ejemplo Mendos (2014) y Takács, J. (2006)

cuidados satisfactorios a otras personas cuando por un lado hay un contexto hostil de exclusión social, empobrecimiento y acoso y por el otro existe un historial de haber recibido cuidados precarios, es una misión que en varias ocasiones se queda a medio andar en cantidad y calidad. En la medida en que las carencias de cuidados se prolongan y profundizan, la regeneración de la vida se vuelve cada vez más complicada. Para personas como las LGBTQ, esto deriva frecuentemente en una salud física y mental pobre, inclusive en la muerte a nivel individual, pero también afecta a todo el colectivo aen lo simbólico, político y socioeconómico.

Junto a lo anterior, es necesario también mencionar brevemente los efectos que han tenido los procesos de reestructuración económica del neoliberalismo en el debilitamiento de los Estados, especialmente en los países subdesarrollados. Para Huerta (2005), desde los años 70's "la puesta en práctica de las directrices del neoliberalismo implicó la reconfiguración del Estado y el establecimiento de un esquema de racionalidad financiera que ha ido acotando las funciones y las actividades públicas, sobre todo las relacionadas con el bienestar social". En este sentido, muchos de los derechos sociales conquistados por la clase trabajadora organizada en las décadas anteriores, como la creación de sistemas de seguridad social, han experimentado una progresividad mucho más lenta o incluso retrocesos. En el modelo socioeconómico neoliberal, las familias están siendo orilladas cada vez más a obtener servicios del mercado (por ejemplo, seguros médicos privados) por precios que a veces son prohibitivos para muchas personas y que además agranda las brechas entre los grupos sociales favorecidos por el Estado y aquellos que están excluidos de los derechos o que los acceden de forma desigualitaria. Este es el caso de las personas LGBTQ y las instituciones estatales que han sido creadas con una visión heterosexista, es decir, favoreciendo a las personas heterosexuales por encima de las aquellas con una orientación sexual y/o identidad de género no normativa.

Hasta este punto el argumento central ha sido que la organización social de los cuidados en las sociedades heteropatriarcales y con Estados debilitados por el capitalismo neoliberal, no es capaz de cubrir las necesidades de cuidados de las personas que transgreden las normas sexogenéricas. A continuación, se estudiará esta situación para el caso de El Salvador, con especial énfasis en el régimen de seguridad social regulado por el Estado.

Capítulo II: La seguridad social en El Salvador

Los sistemas o regímenes de seguridad social pueden ser un instrumento clave para que los Estados fortalezcan la organización social de los cuidados. En este capítulo se abordarán los antecedentes históricos, la situación actual del régimen de Seguridad Social en El Salvador, así como su marco legal y político institucional, con el objeto de conocer los rasgos principales que lo caracterizan y tener parámetros de comparación que serán de utilidad en el Capítulo III.

4. Antecedentes históricos de la seguridad social en El Salvador

Según algunos autores, la seguridad social en El Salvador puede rastrear sus orígenes en una serie de políticas aisladas implementadas por algunos gobiernos a lo largo del Siglo XX. Estas primeras políticas se dieron en el marco de una creciente conflictividad en la relación de la clase trabajadora y las patronales de distintos sectores productivos del país.

Tales políticas se caracterizaron por no aspirar a la universalidad, sino que fueron meticulosamente selectivas respecto a sus beneficiarios, considerando principalmente aspectos como el gremio al que pertenecían las personas trabajadoras y su ubicación geográfica. La primera de estas medidas la constituye la Ley sobre Accidentes de Trabajo promulgada en 1911 bajo el mandato de Manuel Enrique Araujo. Dicha ley permitió que las personas trabajadoras contaran con el respaldo legal para realizar reclamos al empleador en caso de sufrir accidentes laborales (Portillo Cuadra, 2012).

Hacia los años 20's, se señala el estallido de movimientos de huelga por parte de gremios panificadores y zapateros (Burgos, 2004) lo que trajo consigo medidas orientadas a conceder ciertos derechos a personas empleadas. En 1927, se crearon las Juntas de Conciliación cuya finalidad era velar por el cumplimiento de los reglamentos de trabajo (Portillo Cuadra, 2012). Durante el mismo año se promulgó la Ley de Protección de Empleados del Comercio, que entre otros aspectos fijaba la jornada laboral en ocho horas para hombres y siete horas para mujeres, estipulando del mismo modo el derecho a 15 días de vacaciones anuales y horas extraordinarias remuneradas (Diario Oficial, 1927). En 1930, durante el mandato de Pío Romero se emitió la Ley de Pensiones y Jubilaciones Civiles, normativa jurídica que establecía las condiciones de jubilación de empleados públicos, así como el derecho de pensión al que eran acreedores por haber laborado consistentemente en instituciones del Estado durante cierta cantidad de tiempo (Diario Oficial, 1930).

Se puede señalar que estas leyes estaban dirigidas primordialmente a personas empleadas en las ciudades, excluyendo de su alcance a la inmensa mayoría de trabajadores rurales agrarios que sostenían la economía del país. En alguna medida, este tipo de legislaciones cumplieron con el papel apremiante de contención de las tensiones sociales inherentes a la explotación capitalista de una manera más o menos proactiva. Por el contrario, en el campo

operaban formas de contención que recurrían al uso de la violencia y represión directa mediante prácticas de cooptación y vigilancia ciudadana (véase Alvarenga, 2006).

Estas muestras de avance en la construcción de un sistema de seguridad social se vieron mermadas con el ascenso al poder del General Maximiliano Hernández Martínez, quien optó por una vía más represiva de la clase trabajadora y de los sectores más excluidos de la sociedad en detrimento de la expansión de derechos ciudadanos y laborales. Hacia la segunda mitad del Siglo XX, y acompañando una de las episódicas olas de democratización en el país¹⁰, El Salvador experimentó un despliegue amplio en las políticas gubernamentales que tuvieron en cuenta el apremio de crear un sistema de seguridad social, esto a través de un fondo común de pensiones y la prestación de servicios de salud. Esta idea era coincidente con el auge internacional de políticas de Estado de bienestar del periodo de posguerra.

El 30 de septiembre de 1949, bajo la administración de la Junta Revolucionaria de Gobierno se publica en el Diario Oficial la primera ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Entre las consideraciones contempladas sobre la necesidad de un sistema universal de seguridad social obligatorio se aducía que ello contribuiría al bienestar y tranquilidad de la nación (Diario Oficial, 1949). El enfoque de estas medidas resultaba novedoso pues se reconocía como responsabilidad del Estado el velar por la previsión social de los trabajadores. Se estableció la gradualidad de la expansión del régimen de seguridad social que quedaba a discreción del naciente ente autónomo Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), también se establecieron beneficios como atención médico quirúrgica, farmacéutica, odontológica, rehabilitación y el pago de subsidios laborales en contingencias como enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria (Diario Oficial, 1949). Estos beneficios eran extensibles a los hijos menores de 2 años y cónyuge (del sexo opuesto) dependiente de las personas aseguradas. Para el sostenimiento financiero del sistema de seguridad social se establecieron aportes provenientes de las y los trabajadores, de los patronos y el Estado.

En las siguientes décadas se crearon nuevas instituciones públicas para fortalecer el sistema de seguridad social nacional. Hacia 1975 se crea el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP) dirigido específicamente a empleados administrativos del sector público (Serpas de Portillo, 2014) que antes accedían a la seguridad social mediante sistemas exclusivos de las instituciones en las que laboraban (INPEP, 2019). Del mismo modo, en 1978 se crea el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y en 1980 el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA) que procuraba programas de previsión en contingencias de invalidez, vejez y muerte con personal empleado en el magisterio y del Ministerio de la Defensa respectivamente. Todas estas instituciones expandieron sus alcances incluso durante los años del conflicto armado. Durante 1980, se concede el derecho al goce de los beneficios por riesgos comunes a las esposas o compañeras de vida de quienes cotizaban al ISSS, sin costo adicional para estos. El 1 de mayo de 1985, el Seguro Social obligatorio es extendido a quienes laboraban de manera independiente (1ª etapa). En 1993, se aprobó la incorporación al Régimen del Seguro Social de los hijos de los asegurados, comprendidos en las edades de 2 a 6 años (Ulloa, s/f).

¹⁰ Cuyos límites fueron marcados por la falta de desmontaje de prácticas autoritarias provenientes de los miembros del ejército salvadoreño que seguían conformando el gobierno. Véase Turcios (2003)

Con el auge neoliberal de finales de la última década del Siglo XX y pese a desarrollarse un nuevo proceso de democratización de la vida política del país, ocurre un cambio de perspectiva sobre el papel del Estado respecto a su relación con la economía y el nivel de intervención que este tiene en ella. Tras al menos cuatro décadas marcadas por una fuerte intervención estatal en la regulación económica y la prestación de servicios públicos, el nuevo signo de las agendas de desarrollo internacional y las directrices de índole económica emanadas de organismos multilaterales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) optaba por una economía liberalizada, cada vez menos influenciada por el papel interventor del Estado. En congruencia con ello, se visualizaba la necesidad de reducir no sólo las funciones del Estado, sino ceder todos aquellos servicios públicos que podían ser administrados por manos privadas que a partir de ahora obtendrían lucro de servicios hasta entonces públicos.

En El Salvador, este cambio de signo se vio materializado por una ola de privatizaciones emprendidas por los gobiernos del partido ARENA que hacia finales del conflicto armado se dispuso a dismantelar las instituciones legadas de los años de políticas de bienestar. En menos de 10 años se privatizaron los servicios de telecomunicaciones, la banca estatal, la producción y distribución de energía eléctrica y finalmente, en 1998, el componente de la administración de pensiones del régimen de Seguridad Social.

La ley de pensiones, publicada en 1996 en el Diario Oficial, promulgaba entre otros aspectos que el sistema de pensiones previo, el constituido por el ISSS y el INPEP, ya había logrado su cometido, se había vuelto insostenible a largo plazo y que según las necesidades en ese momento, era necesario que el manejo de las pensiones pasara a un fondo controlado por instituciones financieras administradoras de pensiones, que propiciaran incentivos económicos y sociales adecuados (Diario Oficial, 1996).

Por su parte el Instituto Salvadoreño del Seguro Social continuó ampliando su cobertura en cuanto a personas beneficiarias y derechohabientes. En el 2004 se amplió la cobertura para los hijos de asegurados comprendidos en las edades de 6 a 12 años. En 2010, se aprobó la incorporación voluntaria de las personas trabajadoras domésticas al régimen de salud y maternidad, en 2017 se incorporaron a las personas salvadoreñas residentes en el exterior y en 2018 se amplió el régimen a las y los trabajadores independientes.

Se debe mencionar que, bajo el actual sistema de Seguridad Social, las pensiones que perciben las personas trabajadoras tras jubilarse, suelen ser precarias y no acordes al actual costo de la vida. Igualmente, los servicios de salud brindados a través del ISSS han sido denunciados por su burocracia, tiempos de atención dilatados y, en algunas ocasiones, por su falta de calidad¹¹. Todo ello deriva a que los problemas que enfrentan estos derechos sociales sean temas plenamente vigentes.

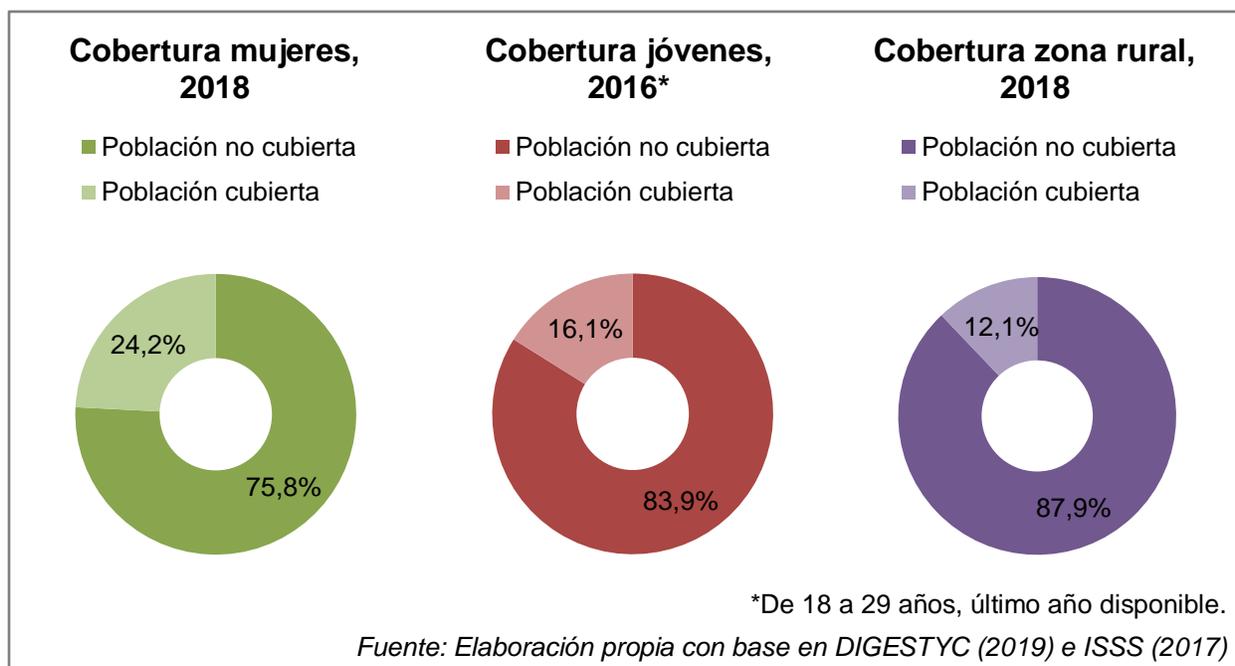
¹¹ Hernández (16-7-2018). Disponible en <<<https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/medicos-denuncian-carencias-en-el-servicio-del-seguro-social/500814/2018/>>>

5. Situación del derecho a la seguridad social en El Salvador

A pesar de los avances en la cobertura del ISSS, que es la principal institución de seguridad social en el país, en la actualidad apenas poco más de una cuarta parte de la población accede a este derecho. Esta situación se explica principalmente por la modalidad contributiva con que fue constituido el ISSS, lo que significa que para acceder al sistema una persona debe ser cotizante o beneficiaria de una cotizante. Bajo esta modalidad la prestación queda disponible casi exclusivamente para las personas empleadas formalmente¹², que sólo representan el 57.5% de la población ocupada urbana (DIGESTYC, 2019). Otro factor condicionante es la limitada participación del gobierno central en el financiamiento del ISSS (1% del total en 2018) lo cual hace que la institución dependa de sus fondos propios, generados primordialmente por las cuotas percibidas de patronos y trabajadores, dificultando las ampliaciones del sistema de seguridad social a más sectores de la población trabajadora.

De acuerdo con el Anuario Estadístico del ISSS de 2018, el 26.3% de la población accedió a su régimen de seguridad social en ese año, un 15.2% como cotizante y el 11.1% restante como beneficiaria (51% fueron cónyuges y 49% hijas e hijos menores de 12 años de las personas cotizantes). Debe mencionarse también que junto a la baja cobertura del ISSS, también se dan brechas entre grupos poblacionales. Las mujeres, la juventud o las personas que viven en zonas rurales, son algunos de los grupos sociales cuyo acceso al ISSS, ya sea como cotizantes o beneficiarias, es inferior al promedio nacional. Esta menor cobertura deriva en una mayor propensión a la precariedad y por lo tanto a cuidados deficientes e insuficientes.

Gráfico 1: Porcentaje de cobertura del ISSS para distintos sectores poblacionales en El Salvador



¹² Desde mayo de 2018 las personas trabajadoras independientes también pueden afiliarse al ISSS siempre y cuando cubran la totalidad del monto fijo calculado para su cotización.

El caso de las personas LGBTQ es especialmente preocupante ya que, además de enfrentar altos niveles de exclusión del mercado laboral formal, el ISSS no reconoce a las parejas del mismo sexo. Este hecho excluye a miles de personas LGBTQ que podrían acceder a los servicios de salud del ISSS como beneficiarias. Es importante observar que en la actualidad el Estado salvadoreño no permite el matrimonio igualitario o de personas del mismo sexo, sin embargo, el haber celebrado un contrato matrimonial no es una condición necesaria para que las personas heterosexuales cotizantes puedan inscribir a sus parejas del sexo contrario como beneficiarias del ISSS.

Según datos obtenidos para esta investigación a través de la Oficina de Información y Respuesta del ISSS, en el año 2018 un total de 316,015 personas estaban inscritas al régimen de salud de ese Instituto como parejas beneficiarias de personas trabajadoras activas, lo que quiere decir que un 38% del total de cotizantes activos hizo uso de este beneficio. De este número, 183,289 –equivalente al 58% de las parejas– estaban inscritas como esposo o esposa; mientras que 132,726 estaban inscritas como compañeras/os de vida, esto es, sin haber formalizado su estado civil, lo que equivalió al 42% restante de las parejas beneficiarias.

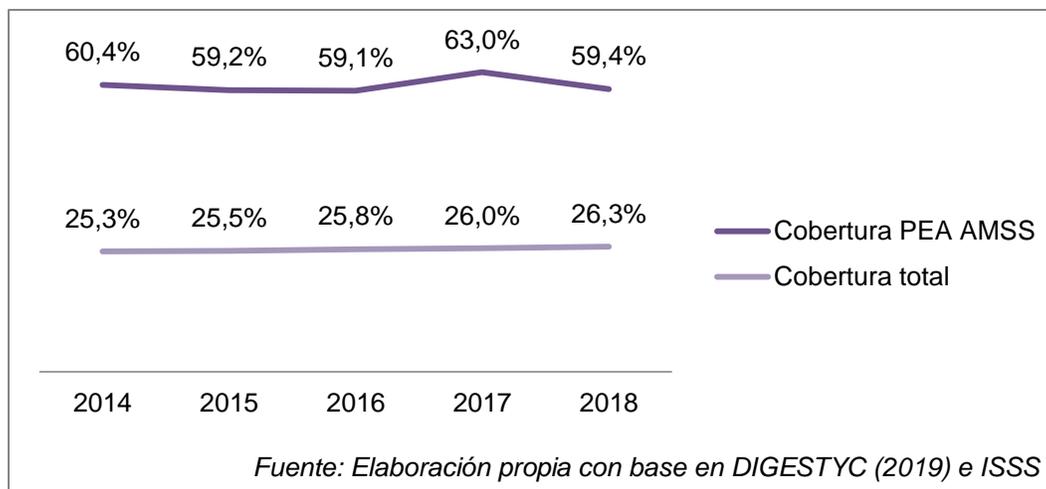
Figura 3: Distribución de las parejas inscritas como beneficiarias al ISSS por el tipo de vínculo con la persona cotizante, 2018



Ampliar la cobertura del ISSS a más sectores de la población sigue siendo uno de los mayores desafíos de esta institución. Aunque disposiciones como la que permite a las personas trabajadoras cotizantes inscribir a sus parejas sin estar casadas, contribuyeron a que el número de personas beneficiarias al régimen de salud del ISSS aumentara en 8,219 entre 2014 y 2018. En ese mismo periodo, la tasa de cobertura total del país sólo aumentó un punto porcentual, mientras que, en el Área Metropolitana de San Salvador, que tiene los mayores niveles de cobertura del país, la población que accede al Seguro Social como cotizante bajó un 1% (véase Gráfico 2).

La evolución lenta, inestable y desigual de este indicador denota la necesidad de profundizar las reformas al régimen del ISSS para volverlo un instrumento más inclusivo y eficaz para prevenir y reducir el empobrecimiento, las desigualdades, la exclusión social y la inseguridad social.

Gráfico 2: Evolución de la cobertura del ISSS en el país y en el AMSS, 2014-2018



6. Marco jurídico y político-institucional del actual régimen del Seguro Social en El Salvador

El derecho a la seguridad social en El Salvador está consagrado a nivel constitucional desde 1950. En el artículo 50 de la actual Constitución de la República (1983) se establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, contributivo y tripartito, esto es, con participación patronal, sindical y gubernamental.

En los marcos jurídicos internacionales, aun cuando el Estado salvadoreño no ha ratificado todavía el Convenio 102 sobre la seguridad social (norma mínima, 1952) de la Organización Internacional del Trabajo, sí se han ratificado otros tratados internacionales que amparan a la seguridad social como un derecho fundamental. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo, así como la Convención Americana de Derechos Humanos y su Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, representan instrumentos vinculantes ratificados por El Salvador en los que se compromete a garantizar el derecho a la seguridad social a sus ciudadanas y ciudadanos.

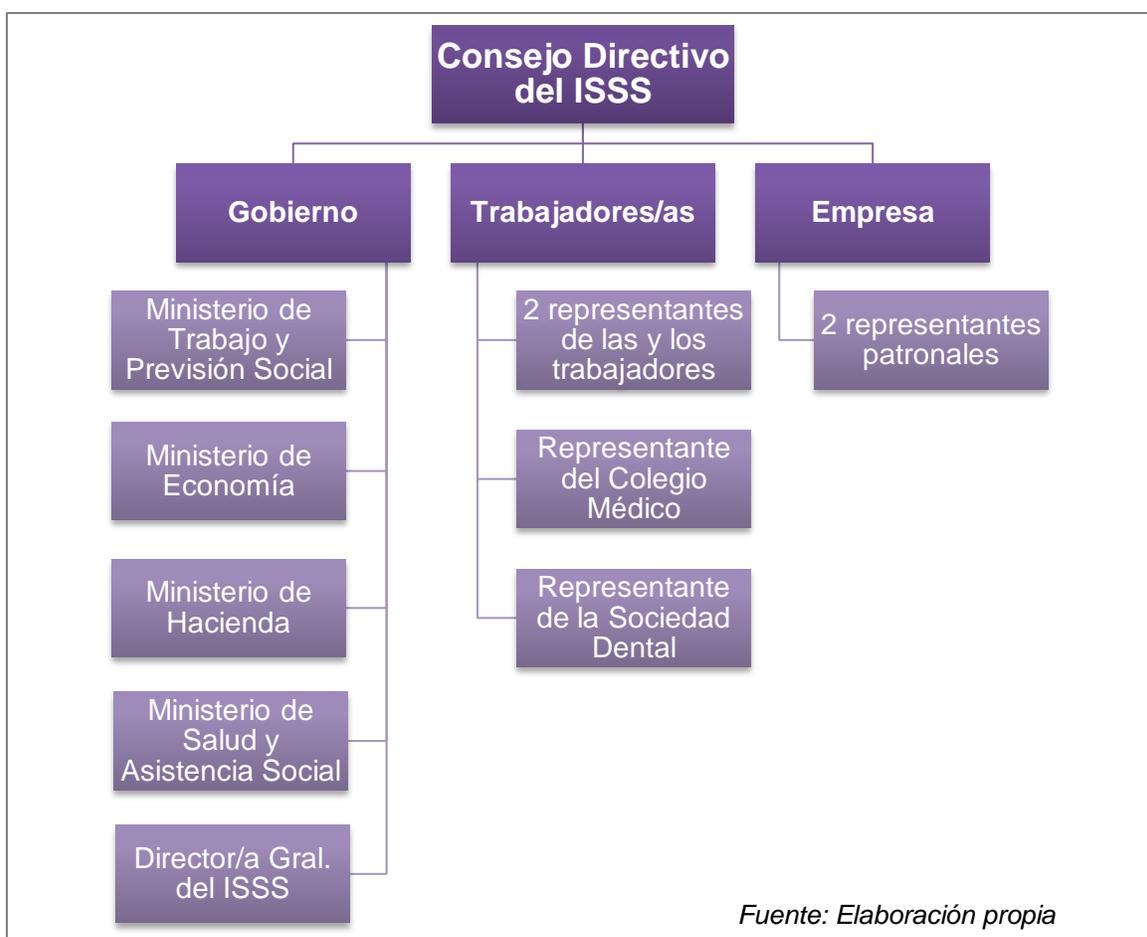
A nivel nacional, la legislación secundaria que regula la seguridad social engloba varias leyes que norman instituciones distintas. Entre estas encontramos al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño del Bienestar Magisterial (ISBM), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP) y el Sistema de Ahorro para Pensiones. Por razones de espacio y relevancia, esta investigación se ha limitado a estudiar el régimen del ISSS, que en 2018 cubrió al 91.3% de la población con acceso a seguro médico (DIGESTYC, 2019).

La Ley del Seguro Social (LSS) incorpora en su articulado distintos principios que orientan la organización, el funcionamiento y desarrollo del Instituto. Tal es el caso del tripartismo que queda manifiesto en la conformación del Consejo Directivo, que es la autoridad superior del ISSS, integrado por el Ministro/a de Trabajo y Previsión Social o el subsecretario/a del ramo; cuatro integrantes gubernamentales uno por cada ministerio: Hacienda, Trabajo y Previsión

Social, Salud Pública y Asistencia Social, y Economía; dos representantes de las y los trabajadores; dos representantes patronales; un representante del Colegio Médico de El Salvador; un representante de la Sociedad Dental de El Salvador; y la persona Directora General del ISSS (ver Figura 4). A través de esta modalidad de gobernanza, los diferentes sectores interesados tienen una participación en la toma de decisiones a nivel administrativo, financiero y técnico del ISSS.

Otro principio importante desarrollado en la Ley del Seguro Social es la gradualidad de la cobertura (capítulo III, LSS). A través de este principio queda establecido que la cobertura del ISSS aspira a extenderse a toda la población, pero lo hará atendiendo el grado de eficiencia y capacidad de la organización administrativa del mismo, la situación económica del país, las posibilidades financieras, las necesidades más urgentes de la población asegurable y las posibilidades técnicas de prestar servicios. Aunque a primera vista la finalidad detrás de la gradualidad sea prevenir el menoscabo de la cantidad y calidad de las prestaciones disponibles, este principio no debe ser usado como pretexto para ralentizar o detener el avance progresivo de la seguridad social.

Figura 4: Tripartismo en el gobierno del ISSS según su ley.



Aunque la LSS ha dado un marco legal suficiente para el desarrollo esencial de un sistema de seguridad social en el país, El Salvador aún no ha logrado cumplir con las disposiciones establecidas en la Recomendación 202 de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012. Este documento define estos pisos como garantías que buscan asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso que aseguren conjuntamente un acceso efectivo a los bienes y servicios determinados como necesarios a escala nacional.

Una meta primordial de los pisos de protección social es que sean universales, que favorezcan la inclusión social y la no discriminación como una responsabilidad principal de los Estados. Sin embargo, a pesar de que la legislación salvadoreña sobre seguridad social no hace limitaciones explícitas relacionadas a la orientación sexual o la identidad de género de las y los trabajadores cotizantes, tampoco hay salvaguardas explícitas de no discriminación por tales condiciones, lo que provoca que en la práctica, las autoridades institucionales interpreten la ley con base en criterios subjetivos, resultando en tratos y beneficios brindados de forma desigualitaria entre heterosexuales y personas de la diversidad sexual.

Con los actuales niveles de cobertura del ISSS, es indiscutible que el marco normativo nacional presenta vacíos y debilidades que dejan en la precariedad a la mayor parte de la clase trabajadora, y a ciertos grupos sociales con más hincapié que a otros. Esta situación deriva de un estado del conflicto capital-vida que restringe la participación estatal en la organización social de los cuidados a través del sistema de seguridad social. En el siguiente capítulo abordaremos cómo este fenómeno impacta en la situación sociolaboral de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales y no-binarias (LGBTQ) en el área metropolitana de San Salvador.

Capítulo III: Caracterización de la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la seguridad social de El Salvador

En este capítulo se busca caracterizar el perfil sociolaboral de la población de personas LGBTQ del Área Metropolitana de San Salvador. Para llevar a cabo este objetivo, se levantó información de fuentes primarias sobre una muestra poblacional por medio de una encuesta para obtener información sobre su situación sociolaboral, acceso a servicios de salud y situación familiar, especialmente parejas del mismo sexo e hijos.

7. Metodología

Con el objeto de contrastar teoría con datos, la presente investigación incluyó un levantamiento de información primaria de la población de lesbianas, gays, bisexuales, trans y personas no binarias (LGBTQ). Por restricciones de recursos, el estudio estuvo circunscrito a aquellas personas LGBTQ que habitan y/o laboran en los municipios de San Salvador, Soyapango y Santa Tecla que son los tres municipios con la mayor cantidad de cotizantes del ISSS en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) que permite estimar inferencias al resto del AMSS. Además de la conveniencia geográfica, los municipios estudiados se caracterizan por tener una población mayoritariamente urbana, lo que favorece inferencias más robustas de los datos obtenidos. Para responder la encuesta las personas debían manifestar ser mayores de 16 años (población en edad de trabajar).

La encuesta fue realizada a una muestra de 384 personas LGBTQ. Ya que la cifra exacta del número de personas LGBTQ en los mencionados municipios es desconocida, se utilizó la población total como universo para la determinación de la muestra. Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2018 (DIGESTYC, 2019) los municipios de San Salvador, Soyapango y Santa Tecla tienen una población conjunta de 763,542 habitantes, de los cuales se estimó que un 73.8% es parte de la población en edad de trabajar, es decir, 563,494 habitantes. Con este dato, se procedió a aplicar la fórmula de muestreo para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, dando como resultado una muestra de 384 individuos. Para favorecer la aleatoriedad de la selección de las personas a encuestar, más dos terceras partes de éstas fueron abordadas en eventos populares de la población LGBTQ (las marchas del 17 de mayo y del orgullo 2019). El resto de participantes fueron abordadas a través de las organizaciones sociales y en bares frecuentados por la comunidad.

Dado que en el país no se han realizado censos oficiales sobre la población LGBTQ, no existe conocimiento sobre la distribución que hay por orientación sexual e identidad de género al interior de este colectivo. Por ello, para promover la representatividad dentro de la muestra, se procuró asegurar una participación mínima del 33% del total encuestado para las personas trans, y de éste porcentaje al menos el 33% debían ser hombres trans.

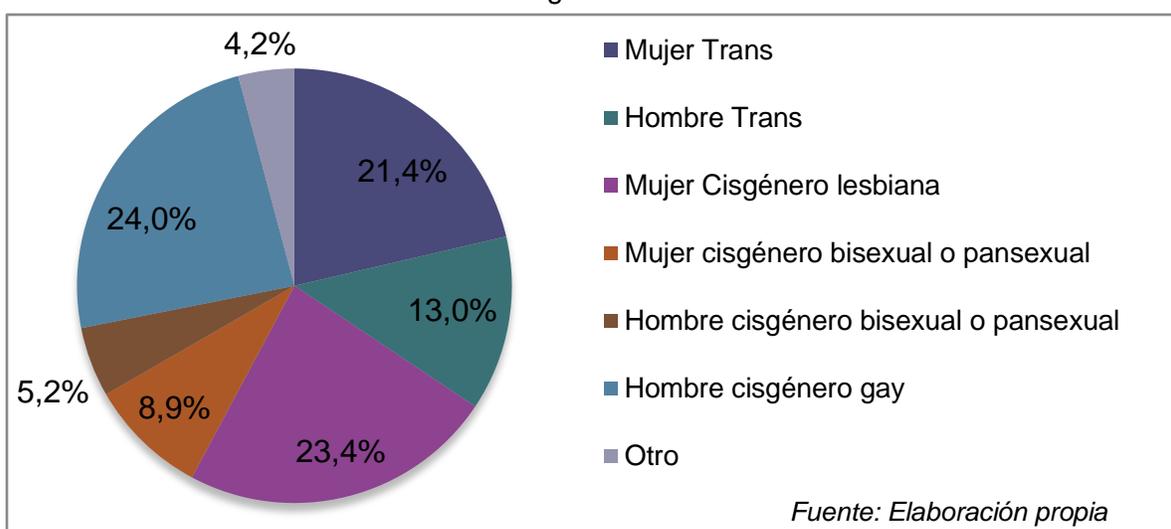
La Tabla 1 detalla la distribución final de las personas encuestadas por orientación sexual e identidad de género. Se advierte que, aunque la muestra del agregado LGBTQ cumpla con los criterios estadísticos para hacer inferencias, los resultados presentados para cada subpoblación son de tipo exploratorio y su generalización al resto de cada subpoblación no es significativa. Se considera, sin embargo, que los resultados encontrados arrojan luces importantes al respecto de lo que podría ser la situación sociolaboral actual de cada grupo.

Tabla 1: Distribución de las personas encuestadas por orientación sexual e identidad de género

Opción	Frecuencia	
	Fi	%
Mujer trans	82	21,4 %
Hombre trans	50	13 %
Mujer cisgénero lesbiana	90	23,4 %
Mujer cisgénero bisexual o pansexual	34	8,9 %
Hombre cisgénero bisexual o pansexual	20	5,2 %
Hombre cisgénero gay	92	24 %
Otro (no-binario, queer, etc.)	16	4,2 %
TOTAL	384	100,0

Fuente: Elaboración propia

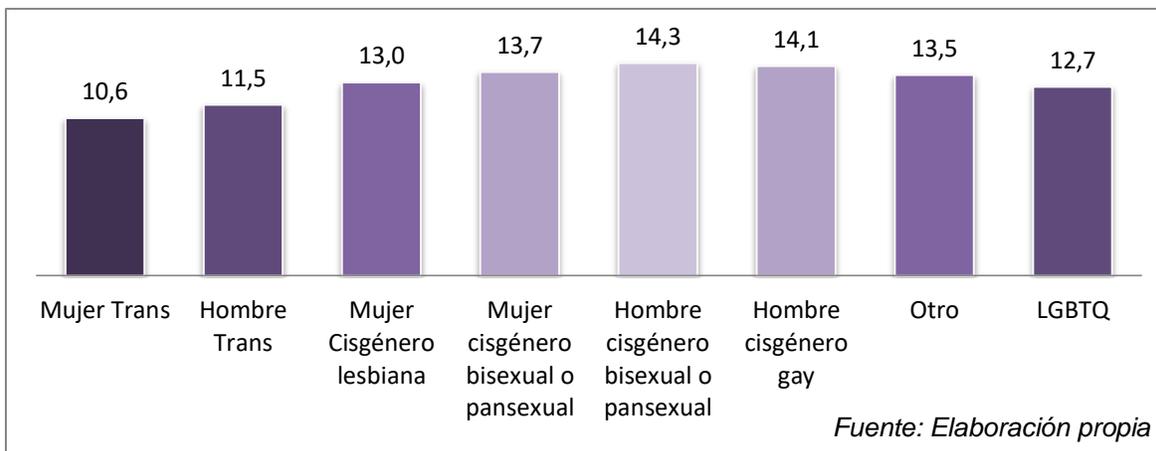
Gráfico 3: Distribución de las personas encuestadas por orientación sexual e identidad de género



8. Resultados de la investigación

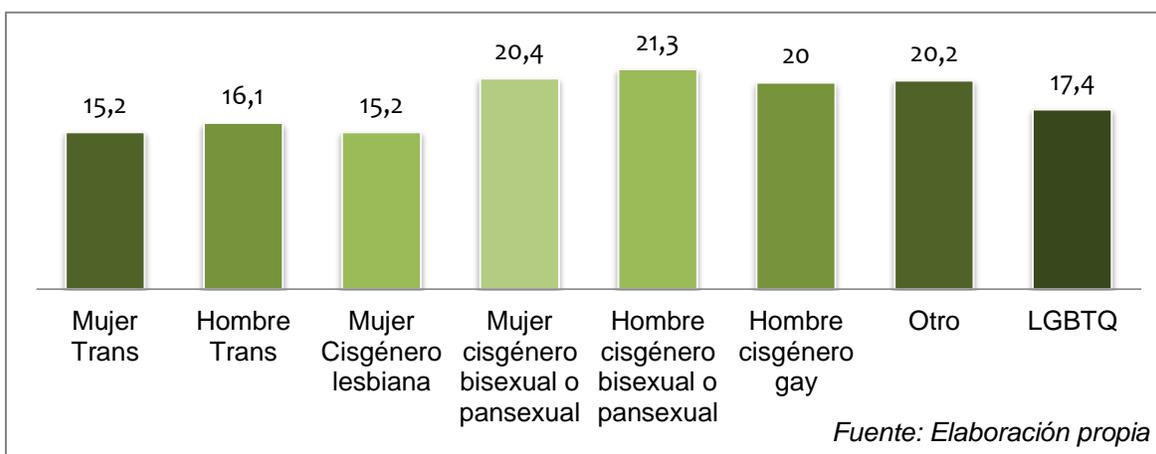
La población LGBTQ del Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) es muy joven. En promedio tienen 30 años de edad y el 61.5% se ubica en el rango de 24 a 35 años. En cuanto a la escolaridad, el número de años aprobados es de 12.7, que es equivalente a bachillerato aprobado. No obstante, lo anterior, existen disparidades entre subgrupos como las mujeres trans cuya escolaridad promedio es de 10.6 años y los hombres cisgénero (gay y bisexuales) que superan los 14 años (universidad incompleta).

Gráfico 4: Escolaridad promedio de la población LGBTQ, AMSS, 2019



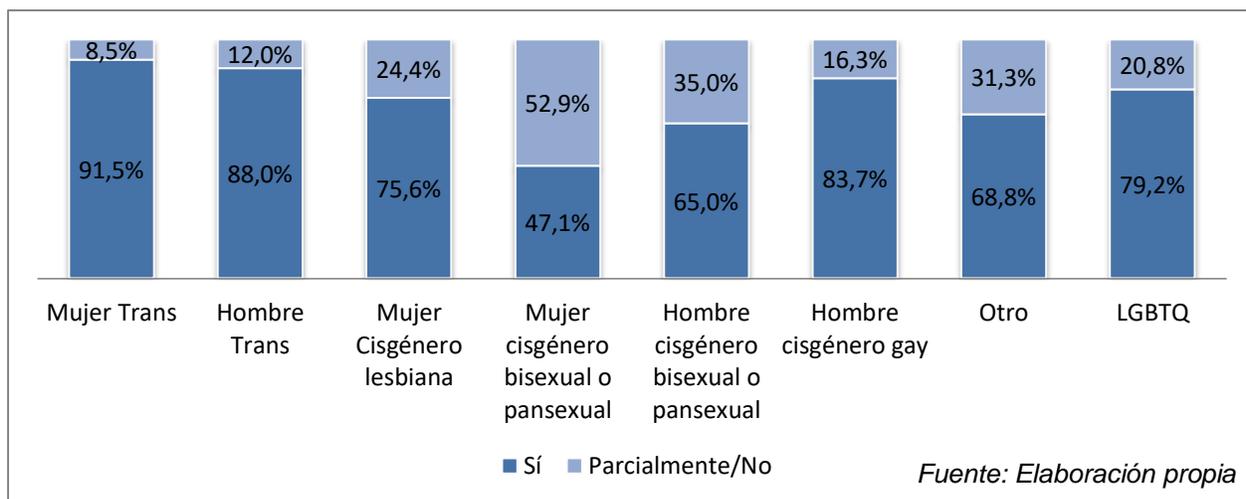
Los anteriores datos deben ser cotejados con la edad promedio a la que las personas LGBTQ “salen del clóset”, es decir, se identifican públicamente como una persona LGBTQ, especialmente con su familia. En este caso, la diferencia también es notoria ya que las mujeres trans tienen la menor edad promedio con 15.2 años mientras que los hombres cisgénero (gay y bisexuales) superan los 20 años en edad promedio. Consideramos que esto es relevante porque parece marcar una relación directa entre la edad de salir del clóset y el número de años de escolaridad, es decir, las personas LGBTQ que esperan más años en salir del clóset tienden a mostrar niveles de escolaridad mayores.

Gráfico 5: Edad promedio en la que salió del clóset con su familia, LGBTQ, AMSS, 2019



A continuación, se detallan los porcentajes entre las personas que no han salido del clóset y las que ya lo hicieron. Es oportuno mencionar en esta parte, que es casi imposible calcular la proporción real de personas LGBTQ en el closet ya que hay un porcentaje desconocido de personas que a pesar de estar seguras de su orientación sexual o identidad de género lo ocultan tanto como pueden por presiones sociales. Sin embargo, los resultados de las personas participantes de la encuesta muestran un panorama para aquellos grupos que, en general, deciden no expresar públicamente una orientación sexual o identidad de género no normativa (e.g. personas bisexuales) y aquellos que sí (e.g. personas trans). Una de cada cinco de las personas LGBTQ encuestadas en el AMSS se encontraba parcial o totalmente en el clóset a la hora de responder.

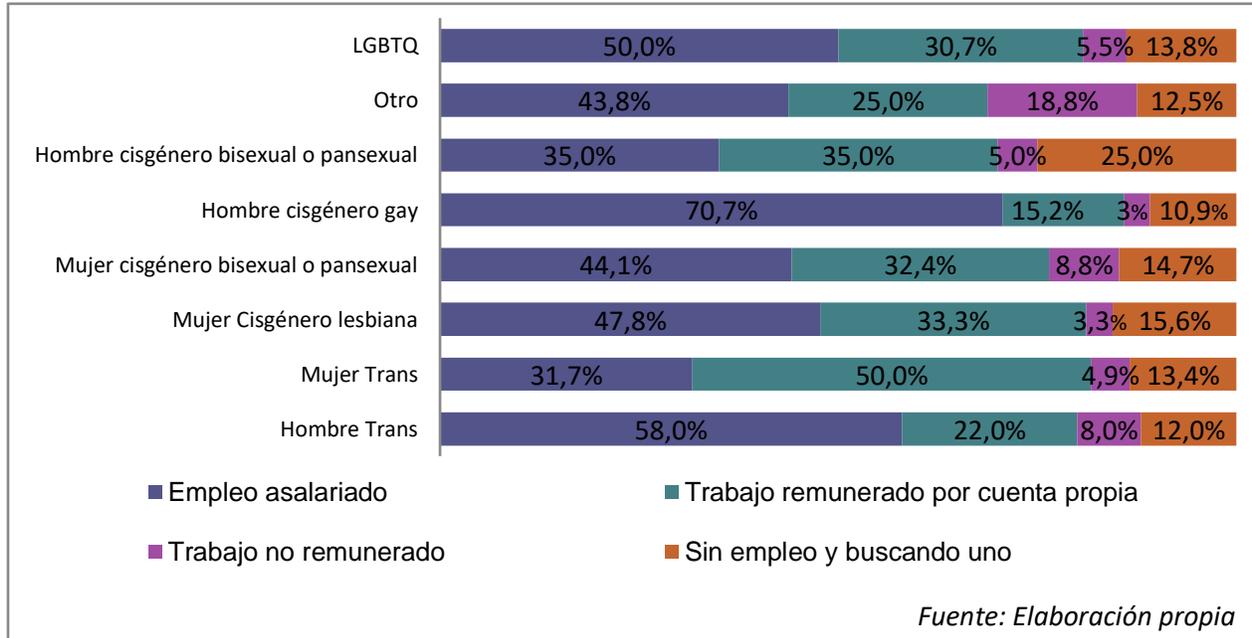
Gráfico 6: Porcentaje de personas LGBTQ fuera del closet, AMSS, 2019



Otros aspectos que fueron indagados en la encuesta tuvieron que ver con las redes de apoyo (cuidados) de las personas LGBTQ especialmente en situaciones de urgencia como abandonar el hogar por actitudes/temor a la violencia y discriminación familiar por razón de la orientación sexual o identidad de género. Ante esta indagación, una de cada tres personas LGBTQ en el AMSS contestó que había abandonado su hogar por este motivo. **Más de la mitad de estas personas también respondieron que cuando esto sucedió se apoyaron en amistades LGBTQ o en sus parejas LGBTQ hasta que su situación mejoró, mientras que un 22% respondió que al abandonar su hogar se las arregló por sí mismo, no buscando/encontrando apoyo en otras personas.** En cuanto a las personas que aún siguen en el clóset, se les consultó sobre los motivos y las respuestas más frecuentes fueron temor y pudor (piensan que es un tema privado), ambas con 26% cada una.

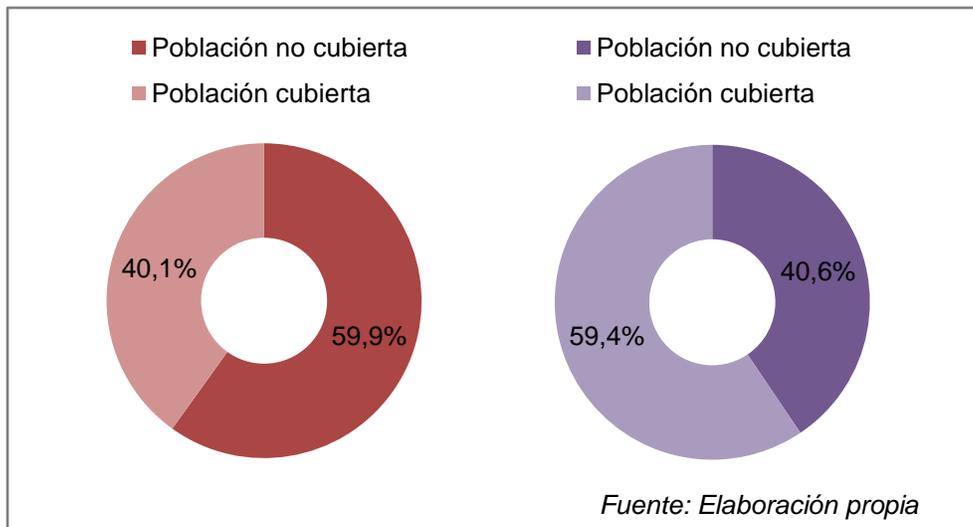
El siguiente apartado de la encuesta fue dirigido a los aspectos sociolaborales. Uno de los hallazgos principales resultó que **la mitad de las personas LGBTQ en el AMSS están en alguna forma de exclusión laboral**, siendo las mujeres trans las más afectadas con dos de cada 3 excluidas del mercado de trabajo.

Gráfico 7: Situación sociolaboral de las personas LGBTQ, AMSS, 2019



Otro resultado relevante es que sólo el 40.1% de la población LGBTQ en el AMSS está cubierta por el ISSS. En comparación, la cobertura de la Población Económicamente Activa (PEA) en la misma área geográfica alcanzó el 59.4% en 2018, lo que quiere decir que existe una **brecha de casi 20 puntos porcentuales**. Esta mayor precariedad toma formas diferentes entre las personas LGBTQ según sea su situación sociolaboral.

Gráfico 8: Comparación de la cobertura del ISSS para la población LGBTQ del AMSS en 2019 y la Población Económicamente Activa del AMSS en 2018



Del grupo de personas LGBTQ asalariadas (la mitad del total), el **29% no está cubierto por el ISSS**. Un porcentaje igual no tiene contrato firmado o su contrato es inferior a un año (asalariados temporales). Así mismo, dos de cada cuatro es remunerada con USD 400 o menos, cuando el costo de una canasta básica ampliada para la zona urbana fue de USD 369.53 en 2018 según DIGESTYC. De hecho, el 44% de las personas LGBTQ asalariadas dijo que paralelamente a su trabajo realizaba otra actividad remunerada para mejorar sus ingresos. En otras palabras, hay un porcentaje considerable de personas LGBTQ asalariadas que se encuentran en la precariedad laboral, realizando trabajo por cuenta ajena sin que se le dé cumplimiento a sus derechos laborales básicos.

El siguiente grupo analizado es de las personas LGBTQ trabajadoras por cuenta propia o autoempleadas (31% del total). En este caso el **85% se encuentran descubiertas de seguridad social**. Como se ha explicado anteriormente, uno de los principios del ISSS es la gradualidad expansiva de su cobertura. Por ello, se indagó entre los respondientes que no estaban asegurados si conocían que, desde mayo de 2018, los y las trabajadoras por cuenta propia pueden acceder a los servicios del ISSS a través del pago de una cuota de 40 USD, a lo cual la mitad contestó positivamente y de éstos el 63% respondió que tendría interés en afiliarse, lo que representa una oportunidad para el referido Instituto. El restante 37% dijo que le parecía que el precio estaba muy alto o que no valía la pena.

En cuanto a las condiciones en las que las personas LGBTQ cuentapropistas realizan su trabajo, nuevamente la precariedad es la característica predominante. Los resultados mostraron que casi un **40% se dedica al comercio informal y un 22% al trabajo sexual**, que es mayoritariamente ejercido por mujeres trans; que 37% tiene entre uno y tres años de dedicarse al trabajo por cuenta propia, un 25% labora 45 horas o más a la semana en su actividad económica y el 45% apenas logra procurarse un salario mínimo (USD 300) al mes.

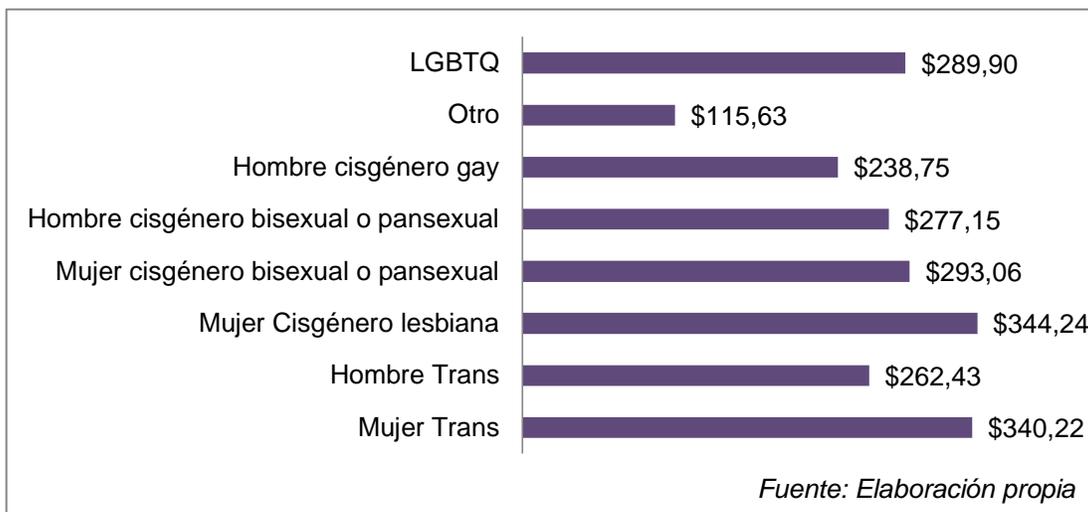
El siguiente grupo sociolaboral es el de las personas LGBTQ trabajadoras no remuneradas, que en la encuesta representó cerca del 6% del total. En este grupo están incluidas aquellas personas que se dedican al trabajo del hogar sin recibir remuneración fija, además, personas voluntarias en ONG, o pasantía/apoyo en negocio familiar, los resultados fueron 19%, 67% y 14% respectivamente. La mayoría de este grupo (81%) tiene 3 años o menos de dedicarse a esta actividad, la mayoría también dijo que trabajan todos los días de la semana, aunque relativamente pocas horas por día (cuatro o menos).

Finalmente, se encontró que un 13.7% de las personas LGBTQ manifiestan estar en situación de desempleo, es decir, que no tienen una ocupación remunerada y que buscan activamente un empleo. De este grupo, los subgrupos más afectados son los hombres bisexuales/pansexuales y las mujeres lesbianas. Comparativamente la tasa de desempleo general en el AMSS durante el año 2018 fue de 5.9% (DIGESTYC, 2019).

La siguiente sección de la encuesta indagó sobre los procedimientos más comunes de la población LGBTQ del AMSS cuando requieren servicios de salud. Aquí se indicó que cerca de un 40% acude a la red pública de salud (Ministerio de Salud), un 25% al ISSS y un 33% a clínica particular privada, así mismo cerca del 5% asisten a más de un régimen. Consultadas sobre el trato brindado por el personal sanitario, casi el 29% de las personas LGBTQ del AMSS expresaron haberse sentido discriminadas en más de una ocasión. Además, se le pidió a la población LGBTQ encuestada que diera una cifra estimada de cuántos fueron los gastos

personales en los que incurrió en el último año por razones de salud (atención médica, medicamentos, exámenes, hospitalización, etc.) y el promedio fue de USD 289.90, siendo las mujeres lesbianas y trans quienes más gastaron (Gráfico 9).

Gráfico 9: Gasto anual personal promedio de la población LGBTQ en servicios de salud, AMSS, 2019



La última sección de la encuesta tuvo como propósito conocer el perfil familiar de la población estudiada. En esta indagación, un 40% de las personas LGBTQ del AMSS manifestó que había convivido con una persona del mismo sexo¹³ manteniendo una relación estable por más de un año. De este porcentaje un 53% estaba en una pareja en la que una de las dos personas cotizaba ISSS mientras la otra no. En otras palabras, **hasta un 21% del total de personas LGBTQ del AMSS podría acceder como beneficiaria al régimen de salud del ISSS si esta institución otorgara las mismas prestaciones que gozan las parejas de sexo contrario**. Una medida así equipararía la cobertura de las personas LGBTQ con la de la Población Económicamente Activa en el AMSS, reduciendo las desigualdades y mejorando las condiciones de salud para aquel grupo social y para la población en general.

En la actualidad, la discriminación institucional que enfrentan las parejas del mismo sexo en las prestaciones del ISSS tiene afectaciones socioeconómicas en sus condiciones de vida, la de sus familias y en el Gobierno Central. La encuesta inquirió sobre el régimen de salud al que recurren las parejas no aseguradas de personas cotizantes, a lo que dos terceras partes respondieron que a la red pública del Ministerio de Salud y el resto a clínicas privadas. Esto significa que los costos de la salud de las personas excluidas del ISSS por las medidas discriminatorias en sus prestaciones, son sufragados principalmente por el Gobierno Central y en segundo lugar por las personas LGBTQ (incluidas sus parejas) y sus familias.

¹³ Teniendo en cuenta que la Asamblea Legislativa del país aún no aprueba una Ley de Identidad de Género, a las personas trans se les pidió responder acorde al sexo que se les fue asignado al nacer

Figura 5: Comparativo de la cobertura del ISSS en las personas LGBTQ del AMSS sin y con acceso igualitario a las prestaciones



Finalmente, se consultó a las personas LGBTQ en pareja si tenían hijas o hijos económicamente dependientes de ellas, que tuviesen 12 años o menos y que no estuviesen cubiertos por el ISSS y un 9% respondió afirmativamente. En este caso, la cobertura se ve limitada también por la falta de reconocimiento del ISSS a las y los hijastros cuando no hay un vínculo conyugal formal, lo que tiene un impacto negativo en lo socioeconómico para esta población.

Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones

- En la presente investigación se ha comprobado que las personas LGBTQ en el Área Metropolitana de San Salvador encaran una alta precariedad de sus condiciones materiales e inmateriales de vida. Esta situación es más marcada que en sus contrapartes heterosexuales cisgénero, debido a los procesos de rechazo, exclusión y discriminación que enfrentan a lo largo de sus vidas, por parte del Estado, del mercado y de sus familias. La mayoría de veces, cuando una persona LGBTQ se encuentran en situación de desamparo, su pareja y su red comunitaria de pares, son las únicas fuentes de apoyo con las que puede contar.
- Así mismo se observó que la situación sociolaboral de las personas LGBTQ en el AMSS muestra datos alarmantes sobre el bajo acceso a derechos laborales que experimentan. En este sentido, la mitad de la diversidad sexual se encuentra en exclusión laboral (autoempleo irregular, trabajo sin remuneración y desempleo) y un 29% de las personas LGBTQ asalariadas en la precariedad laboral (sin contrato y sin acceso a seguridad social). Así mismo, los datos segregados por orientación sexual e identidad de género muestran diferencias notorias, siendo las personas trans, especialmente las mujeres trans, quienes evidencian los indicadores más graves de precariedad laboral.
- Específicamente en el ámbito del acceso a la seguridad social, solamente el 40% de la población de la diversidad sexual en el AMSS está cubierta, en comparación con el 59.4% de la población económicamente activa en general de la misma área geográfica (dato de 2018). Se pudo comprobar que uno de los factores que influyen para que esta brecha sea tan amplia es la discriminación institucional que el ISSS ejerce a las parejas del mismo sexo, las cuales no pueden ser inscritas como beneficiarias de servicios de salud. Como consecuencia, la población LGBTQ y sus grupos familiares deben cubrir costos socioeconómicos de medicamentos y atención médica que sus contrapartes heterosexuales no tienen. Finalmente, el Ministerio de Salud a través de la red pública de hospitales y unidades de salud también es recargado económicamente con la atención de aquellas personas LGBTQ que son excluidas del régimen de seguridad social.
- Si las personas LGBTQ en el AMSS tuvieran un acceso igualitario a las prestaciones del ISSS, la cobertura podría aumentar hasta en un 21%, alcanzando a 6 de cada 10 personas de este sector poblacional, con lo que la brecha actual con respecto de la población heterosexual desaparecería. En este escenario, los servicios de salud brindados por el MINSAL también se favorecerían con una menor demanda, ya que ésta pasaría a ser absorbida por el ISSS.

- La propuesta principal tras los hallazgos de esta investigación es que el Órgano Ejecutivo debe realizar reformas al reglamento del ISSS que garanticen que las personas LGBTQ puedan tener un acceso igualitario a los beneficios del régimen a través del reconocimiento de las uniones de hecho de parejas del mismo sexo. Una medida de este tipo fortalecería el rol del sector estatal dentro de la organización social de los cuidados para las personas LGBTQ, mejorando sus condiciones sanitarias y económicas y las de sus familias, y a la vez serviría para disminuir la precariedad generalizada y las desigualdades entre personas heterosexuales y LGBTQ.
- Junto a las reformas respectivas del marco normativo, también es necesario que el Estado planifique un proceso de desarrollo de capacidades y conocimientos del personal del ISSS sobre género, diversidad sexual y derechos humanos, con el objeto de que se erradique el trato discriminatorio y pueda atenderse con la calidad y cantidad idóneas de servicios a la nueva demanda de derechohabientes LGBTQ. Así mismo, el ISSS debe capacitarse para poder llevar un registro estadístico de las personas LGBTQ que atiende, tanto para evaluar los cambios implementados como para fortalecerlos.
- Las organizaciones sindicales, en tanto que defensoras de los derechos de toda la clase trabajadora, deben apoyar las reivindicaciones de las personas LGBTQ que tienen por fin mejorar su acceso a trabajos decentes y prestaciones en igualdad de condiciones, independientemente de la orientación sexual, identidad o expresión de género de alguien.
- Las reformas planteadas, así como cualquier otra cuyo fin sea ampliar la cobertura del ISSS, significan un esfuerzo para las finanzas del Instituto. Por ello, aparejado a los cambios institucionales, el Estado salvadoreño debe promover también reformas fiscales y contributivas progresivas (a mayor ingreso, mayor aporte) que le den sostenibilidad a las medidas que se emprendan. Las organizaciones sindicales y sociales progresistas deben tener un rol protagónico en estas reivindicaciones justas para que puedan volverse realidad.

Referencias bibliográficas

- Alvarenga, Patricia (2006). *Cultura y Ética de la Violencia: El Salvador 1880-1932*. San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos.
- Álvarez Suarez, M. (2015). "Políticas públicas de cuidado con corresponsabilidad". En *Novedades en Población*, Año XI, No. 21:130-136. La Habana: CEDEM.
- Argueta, N. et al. (2014). *Economía informal: ¿Democracia a medias? Insumos para un diálogo impostergable*. Antiguo Cuscatlán: Sistema de Naciones Unidas en El Salvador.
- Badgett, M.V. (2014). *The Economic Cost of Stigma and the Exclusion of LGBT People: A Case Study of India*. Washington DC: The World Bank.
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (2015). *Investigación sobre la atención de personas LGBT en México*. Ciudad de México: Comité de Violencia Sexual.
- Confederación General del Trabajo (2003). "Precariedad y Cuidados" En *Materiales de Reflexión* No.7, sept 2003. Madrid: CGT- Comisión Federal contra la Precariedad.
- Daly, M.; Lewis, J. (2000). "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states". *The British journal of sociology*. Vol. 51, No.2:281-298. Londres.
- Decreto Legislativo No. 329. *Ley del Seguro Social*. Diario Oficial tomo 147, No. 215, con fecha de septiembre 1949.
- Decreto Legislativo. *Ley de Protección de Empleados de Comercio*. Diario Oficial Tomo 102, No. 138, con fecha de junio 1927.
- Decreto Legislativo. *Ley de Pensiones y Jubilaciones*. Diario Oficial Tomo 108, No. 129, con fecha de junio 1930.
- Decreto Legislativo No. 927. *Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones*. Diario Oficial Tomo 333, No. 243, con fecha de septiembre 1949.
- Del Río, S. (2003). *La crisis de los cuidados: precariedad a flor de piel*. Documento de trabajo. Madrid: CGT-Comisión Confederal contra la Precariedad.
- DIGESTYC (2019). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2018*. Ciudad Delgado: DIGESTYC.
- Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Atando Cabos, deshaciendo nudos. Panamá: PNUD.
- Ezquerro, S. (2011). "Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real". En *Investigaciones Feministas*, Vol. 2:175-194. Madrid: UCM.

- García Guerra, E. M. (2001). *La monetarización de las sociedades urbanas mediterráneas en los siglos XVI y XVII*. Torre de los Lujanes. No. 45:155-172. Madrid.
- Hernández (16-7-2018). "Médicos denuncian carencias en el servicio del Seguro Social" en *El Diario de Hoy*. Disponible en <<<https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/medicos-denuncian-carencias-en-el-servicio-del-seguro-social/500814/2018/>>>
- Huerta Moreno, M. (2005). "El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario". En *Política y Cultura*, No.24:121-150. México DF: UAM.
- INPEP (2019). *Reseña Histórica*. Disponible en <https://www.inpep.gov.sv/historia/> [Consultado julio de 2019]
- ISSS (2017). *Anuario Estadístico del ISSS 2017*. San Salvador: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- López Bernal, Carlos G. (2017). "De las reformas a la revolución postergada: la historia de El Salvador en el siglo XX", en *Revista Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, Vol. 14, No. 1: 1-22. San José: Universidad de Costa Rica.
- OECD (2017). *Government at a Glance 2017*. París: OECD Publishing. Disponible en http://dx.doi.org/10.1787/gov_glance-2017-en
- ONEI (2019). *Anuario Estadístico de Cuba 2018*. Oficina Nacional de Estadísticas e Información
- Pecheny, M. (2013). "Desigualdades Estructurales, Salud de Jóvenes LGBT y Lagunas de Conocimiento: ¿Qué Sabemos y qué Preguntamos?". En *Temas em Psicologia*. Vol.21, No.2:961-972. Porto Alegre.
- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Pineda Roa, C. A. (2013). "Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura". En *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 2, No. 4: 333-349. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Portillo C., René (2012). "Origen y desarrollo de la inspección en El Salvador". En *Revista Entorno*, No.50, Mar 2012: 57-67. San Salvador: Universidad Tecnológica de El Salvador.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development.
- Rodríguez Enríquez, C. (2015). "Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad". En *Revista Nueva Sociedad*. No. 256:30-44. Buenos Aires: FES.

- Serpas de P. Luz M. (2014). *Sistema de Pensiones Salvadoreño: Diagnóstico y opciones de solución a sus dilemas*. San Salvador: Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES).
- Setién M., González E. (2010). “La gestión de la crisis de los cuidados y su relación con la feminización de las migraciones. Análisis comparativo de los modelos de España y Chile”. En *Alternativas*. No. 17:63-81. Alicante: Universidad de Alicante.
- Sistema de Cuidados (2015). *¿A qué le decimos cuidados?* Disponible en <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/55685/cuidados> [Consultado mayo de 2019]
- Shidlo A. y Ahola J. (2013). “Los retos relacionados con la salud mental de los migrantes forzados LGBT”. Universidad de Alicante. *Migraciones Forzadas Revista*. No. 42:9-11. Alicante.
- Sotelo Valencia, A. (1998). “La precarización del Trabajo: ¿Premisa de la Globalización?” En *Papeles de Población*. No. 18:82-98. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Takács, J. (2006). *Social exclusion of young lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people in Europe*. Bruselas: ILGA-Europe e IGLYO
- Turcios, Roberto (2003). *Autoritarismo y Modernización: El Salvador 1950-1960*. San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos.
- Ulloa, J. C. (s/f). *Reseña sobre el estado actual de la seguridad social en El Salvador*. Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Vejar, D. J. (2013). “Trabajo, precariedad y ‘habitus precario’: Aproximaciones al estudio de la(s) precariedad(es) en América Latina”. En *Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho*, Año 18, No. 30:185-210. Buenos Aires: ALAST.
- Wandeley, F. (2011). *El cuidado como derecho social: situación y desafíos del bienestar social en Bolivia*. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario utilizado para la encuesta realizada.



Tema: El acceso desigual de las personas LGBTQ a la seguridad social en el Área Metropolitana de San Salvador, 2019

Objetivo: Recopilar información de la población LGBTQ de los municipios de San Salvador, Soyapango y Santa Tecla sobre la discriminación por orientación sexual e identidad de género en el ISSS.

Indicaciones: Encierre la respuesta que considere pertinente según su información. Toda la información obtenida será usada con fines de incidencia política por los DDHH y tratada con estricta confidencialidad.

DATOS GENERALES		
1. ¿Cuál es su edad?		
2. Municipio y departamento de residencia actual		
3. Municipio y Departamento donde trabaja (realiza su actividad principal)		
4. ¿Cuál es su identidad de género?		
a) Mujer trans	b) Hombre trans	c) Mujer cisgénero
d) Hombre cisgénero	e) Otro (no binario/queer)	
5. Usted se siente atraído/a sexualmente por...		
a) Hombres	b) Mujeres	c) Ambos
d) No siente atracción sexual por otra persona	e) Personas sin importar su OSIEG	
6. ¿Cuál fue el último grado académico que aprobó?		
ENTORNO FAMILIAR Y REDES DE APOYO		
7. ¿Su familia y amistades conocen oficialmente su OSIEG?		
a) Sí	b) Parcialmente (pase a pregunta 10)	c) No (pase a pregunta 10)
8. ¿A qué edad considera que salió del closet?		
9. ¿Cuál fue la reacción de su familia al saber su orientación sexual, identidad y/o expresión de género?		
a) Repulsión	b) Lástima	c) Tolerancia
d) Aceptación	e) Apoyo parcial	f) Apreciación y apoyo total
10. ¿Alguna vez abandonó su hogar -temporal o totalmente- por actitudes discriminatorias o temor de que su familia le discriminara por razón de su orientación sexual, identidad y/o expresión de género?		
a) Sí	b) No (pase a pregunta 13)	
11. ¿En quién o quienes se apoyó cuando esto sucedió? (pase a pregunta 13)		
a) Otros familiares	b) Pareja, novio/a	c) Amistades LGBTI
d) Amistades heterosexuales	e) Nadie, me las arreglé solo/a	f) Otro (especifique) _____ _____
12. ¿Cuál es el principal motivo por el que oculta su orientación sexual, identidad y/o expresión de género?		
a) Temor	b) Vergüenza	c) Culpa
d) Es algo privado (Pudor)	e) Es innecesario (Apatía)	f) Ellos y yo no estamos preparados (Inmadurez)
SITUACIÓN SOCIOLABORAL ACTUAL		
13. ¿Cuál de las siguientes categorías define mejor su situación laboral actual?		
a) Empleo asalariado (trabajo remunerado por cuenta ajena)	b) Trabajo remunerado por cuenta propia (negocio propio formal o informal, profesional independiente) (pase a pregunta 23)	
c) Trabajo no remunerado (Voluntariado, pasantía, trabajo doméstico-familiar) (pase a pregunta 33)	d) Sin empleo y buscando uno (pase a pregunta 38)	

GRUPO A: EMPLEO ASALARIADO			
14. ¿Se encuentra actualmente cubierta/o bajo algún régimen de seguridad social como el ISSS, ISBM o IPSFA, ya sea como cotizante o persona beneficiaria?			
a) Sí, como cotizante en (especificar) _____	b) Sí, como beneficiaria en (especificar) _____	c) No/no sé	
15. ¿A qué actividad económica se dedica la empresa/institución donde trabaja?			
16. En su actual trabajo, ¿bajo qué tipo de contrato está empleado/a?			
a) Contrato individual o colectivo por tiempo indefinido	b) Contrato temporal menor a un año de duración	c) No hay contrato de por medio	
d) Contrato temporal mayor a un año de duración	e) Otro (Especifique)		
17. De las siguientes opciones indíquenos aquellas a las que tiene acceso en su trabajo			
a. AFP.....		Sí	No
b. Vacaciones remuneradas.....		Sí	No
c. Aguinaldo.....		Sí	No
d. Horas extras remuneradas o compensatorias.....		Sí	No
18. En el lugar donde usted trabaja, ¿existe algún sindicato u otra organización que luche por los derechos de las y los trabajadores?			
a) Sí	b) No (Pase a pregunta 21)		
19. ¿Es usted parte de ese sindicato u organización?			
a) Sí (Pase a pregunta 21)	b) No		
20. ¿Por qué no es parte de ese sindicato u organización?			
a) No tengo interés	b) Me han discriminado	c) No defienden mis derechos	
21. Aparte de este empleo, ¿realiza activamente otras actividades generadoras de ingresos? (comercio de productos, venta por catálogo, servicios profesionales, oficios varios incluido el trabajo sexual, etc.)			
a) Sí, especifique _____	b) No		
22. De los siguientes rangos, ¿dónde se ubican los ingresos mensuales generados por su actividad económica principal?			
a) \$0 - \$300	b) \$301 - \$400	c) \$401 - \$500	
d) \$501 - \$600	e) \$601 - \$900	f) Más de \$900	
Pase a pregunta 41			
GRUPO B: TRABAJO REMUNERADO POR CUENTA PROPIA			
23. ¿Se encuentra actualmente cubierta/o bajo algún régimen de seguridad social como el ISSS, ISBM o IPSFA, ya sea como cotizante o persona beneficiaria?			
a) Sí, como cotizante en (especificar) _____ Pase a pregunta 26	b) Sí, como beneficiaria en (especificar) _____ Pase a pregunta 26	c) No/no sé	
24. ¿Conoce usted que a partir de mayo de 2018, los y las trabajadoras por cuenta propia pueden acceder a las prestaciones del ISSS a través del pago de una cuota mensual de \$40?			
a) Sí, algo había escuchado/leído	b) No, no sabía nada		
25. ¿Estaría interesada/o en inscribirse a este programa con el ISSS?			
a) Sí	b) Sí, si tuviera el dinero	c) Tal vez	
d) No, muy caro/no tengo el dinero	e) No, no me interesa	f) No, el ISSS no funciona, discrimina, etc.	
26. ¿A qué actividad económica se dedica?			
27. ¿Cuánto tiempo tiene de dedicarse a esta actividad?			
28. En promedio, ¿cuántos días a la semana y cuántas horas por día le dedica a su actividad económica?			
29. De los siguientes rangos, ¿dónde se ubican los ingresos mensuales generados por su actividad económica principal?			
a) \$0 - \$300	b) \$301 - \$400	c) \$401 - \$500	
d) \$501 - \$600	e) \$601 - \$900	f) Más de \$900	
30. ¿Conoce de algún sindicato u otra organización gremial que asocie personas trabajadoras de su sector de actividad económica para luchar por sus derechos/mejorar sus condiciones?			
c) Sí	d) No (Pase a pregunta 41)		

31. ¿Es usted parte de ese sindicato u organización?		
c) Sí (Pase a pregunta 41)	d) No	
32. ¿Por qué no es parte de ese sindicato u organización?		
d) No tengo interés	e) Me han discriminado	f) No defienden mis derechos/no me representa
Pase a pregunta 41		
GRUPO C: TRABAJO NO REMUNERADO		
33. ¿Se encuentra actualmente cubierta/o bajo algún régimen de seguridad social como el ISSS, ISBM o IPSFA, ya sea como cotizante o persona beneficiaria?		
a) Sí, como cotizante en (especificar) _____	b) Sí, como beneficiaria en (especificar) _____	c) No/no sé
34. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación de trabajo actual?		
a) Voluntario sin remuneración, servicio social en institución pública, ONG o iglesia	b) Pasantía sin remuneración, aprendiz de oficio, ayuda en el negocio familiar sin remuneración fija	c) Trabajo doméstico-familiar; cuidado de adultos mayores, infantes, etc.
d) Otro, especifique _____		
35. ¿Cuánto tiempo tiene de dedicarse a esta actividad?		
36. En promedio, ¿cuántos días a la semana y cuántas horas por día le dedica a esta actividad?		
37. ¿Cómo se apoya económicamente para sus gastos de vida?		
a) Mi familia me apoya	b) Mi pareja me apoya	c) Mis amistades me apoyan
d) Ahorros propios, herencia, seguro privado, etc.	e) Pensión (AFP, INPEP, etc.)	f) Otro (Especifique) _____
Pase a pregunta 41		
GRUPO D: DESEMPLEO		
38. ¿Se encuentra actualmente cubierta/o bajo algún régimen de seguridad social como el ISSS, ISBM o IPSFA, como persona beneficiaria?		
a) Sí, como beneficiaria en (especificar) _____	b) No/no sé	
39. ¿Cuánto tiempo tiene de encontrarse en situación de desempleo?		
40. ¿Cómo se apoya económicamente para sus gastos de vida?		
a) Mi familia me apoya	b) Mi pareja me apoya	c) Mis amistades me apoyan
d) Ahorros propios, herencia, seguro privado, etc.	e) Pensión (AFP, INPEP, etc.)	f) Otro (Especifique) _____
Pase a pregunta 41		
SALUD		
41. Cuando requiere atención médica, ¿a dónde acude generalmente?		
a) Red de salud pública	b) Seguridad social (ISSS, ISBM, IPSFA)	c) Clínica o profesional de salud privado
d) Organización No Gubernamental	e) Me automedico (pase a pregunta 44)	
42. ¿Alguna vez le han discriminado por su orientación sexual, identidad y/o expresión de género cuando va a este lugar a pasar consulta?		
a) Sí	b) No	
43. En el último año, ¿cuánto considera que gastó en promedio en atención médica para usted?		
44. Cuando requiere medicamentos, ¿cómo se provee de ellos?		
a) Gratuitamente en las farmacias de salud pública (pase a pregunta 46)	b) Gratuitamente en las farmacias del Seguro Social (Pase a pregunta 46)	c) Los compro en farmacias privadas
d) Los compro a través de ventas informales	e) Otro (Especifique) _____	
45. En el último año, ¿cuánto considera que gastó en promedio en medicamentos, exámenes y servicios hospitalarios?		

PERFIL FAMILIAR

46. Actualmente, ¿ha conformado un hogar con una pareja por más de un año manteniendo un vínculo afectivo y socioeconómico?		
a) Sí, pareja del mismo sexo	b) No (finaliza encuesta)	
c) Sí, pareja del sexo contrario (finaliza la encuesta)		
47. ¿Su pareja se encuentra actualmente cubierta/o bajo algún régimen de seguridad social como el ISSS, ISBM o IPSFA como cotizante?		
a) Sí, como cotizante en (especificar) _____ (Si la persona encuestada está cubierta por algún régimen de seguridad social, finalizar encuesta, sino pasar a pregunta 60)	b) No	
48. Cuando su pareja requiere atención médica, ¿a dónde acude generalmente?		
a) Red de salud pública (pase a pregunta 50)	b) Seguridad social (ISSS, ISBM, IPSFA) (pase a pregunta 50)	c) Clínica o profesional de salud privado
d) Organización No Gubernamental	e) Se automédica (pase a pregunta 50)	
49. En el último año, ¿cuánto considera que su pareja gastó en promedio en atención médica?		
50. Cuando su pareja requiere medicamentos, ¿cómo se provee de ellos?		
a) Gratuitamente en las farmacias de salud pública (pase a pregunta 53)	b) Gratuitamente en las farmacias del Seguro Social (Pase a pregunta 53)	c) Los compra en farmacias privadas
d) Los compra a través de ventas informales	e) Otro (Especifique) _____	
51. En el último año, ¿cuánto considera que su pareja gastó en promedio en medicamentos, exámenes y servicios hospitalarios?		
52. Por lo general, ¿cómo ha cubierto estos gastos su pareja?		
a) Yo apoyo a mi pareja	b) Su demás familia la apoya	c) Sus amistades la apoyan
d) Ahorros propios, herencia, seguro privado, etc.	e) Pensión (AFP, INPEP, etc.)	f) Otro (Especifique) _____
HIJXS DE LA PAREJA DEPENDIENTES Y NO CUBIERTOS		
53. Junto a su pareja, ¿tienen hijo/s/a/s que sean dependientes económicamente de ustedes?		
a) Sí, hijxs propios (consanguinidad/adopción formal) (finaliza la encuesta)	b) No (finaliza encuesta)	
c) Sí, hijxs de mi pareja (afinidad)	d) Sí, hijxs propios y de mi pareja	
54. Lxs hijxs de su pareja, ¿se encuentran actualmente cubiertas/os bajo algún régimen de seguridad social como el ISSS, ISBM o IPSFA como beneficiarios?		
a) Sí, cubiertos en (especificar) _____ (Finaliza encuesta)	b) No	
55. Cuando los hijxs de su pareja requieren atención médica, ¿generalmente a dónde lo lleva?		
a) Red de salud pública	b) Seguridad social (ISSS, ISBM, IPSFA)	c) Clínica o profesional de salud privado
d) Organización no gubernamental	e) Otro (especifique) _____	
56. En el último año, ¿cuánto considera que gastaron en promedio en atención médica por los hijxs de su pareja?		
57. Si los hijxs de su pareja requieren medicamentos, ¿cómo le provee de ellos?		
a) Gratuitamente en las farmacias de salud pública (Finaliza encuesta)	b) Gratuitamente en las farmacias del Seguro Social (Finaliza encuesta)	c) Los compra en farmacias privadas
d) Los compra a través de ventas informales	e) Otro (Especifique) _____	
58. En el último año, ¿cuánto considera que gastaron en promedio en medicamentos, exámenes y servicios hospitalarios por los hijxs de su pareja?		
59. Por lo general, ¿cómo han cubierto estos gastos?		
a) Yo cubro los gastos	b) El resto de nuestras familias nos apoya	c) Nuestras amistades nos apoyan
d) Ahorros propios, herencia, seguro privado, etc.	e) Pensión (AFP, INPEP, etc.)	f) Otro (Especifique) _____
(FINALIZA ENCUESTA)		

HIJXS PROPIOS DEPENDIENTES Y NO CUBIERTOS

60. Junto a su pareja, ¿tienen hijo/s/a/s que sean dependientes económicamente de ustedes?		
a) Sí, hijxs propios (consanguinidad/adopción formal)	b) No (finaliza encuesta)	
c) Sí, hijxs de mi pareja (finaliza la encuesta)	d) Sí, hijxs propios y de mi pareja	
61. Sus hijxs, ¿se encuentran actualmente cubiertas/os bajo algún régimen de seguridad social como el ISSS, ISBM o IPSFA como beneficiarios?		
a) Sí, cubiertos en (especificar) _____ (Finaliza encuesta)	b) No	
62. Cuando sus hijxs requieren atención médica, ¿generalmente a dónde les lleva?		
a) Red de salud pública	b) Seguridad social (ISSS, ISBM, IPSFA)	c) Clínica o profesional de salud privado
d) Organización no gubernamental	e) Otro (especifique) _____	
63. En el último año, ¿cuánto considera que gastaron en promedio en atención médica por sus hijxs?		
64. Si sus hijxs requieren medicamentos, ¿cómo les provee de ellos?		
a) Gratuitamente en las farmacias de salud pública (Finaliza encuesta)	b) Gratuitamente en las farmacias del Seguro Social (Finaliza encuesta)	c) Se le compran en farmacias particulares
d) Se Le compran a través de ventas informales	e) Otro (Especifique) _____	
65. En el último año, ¿cuánto considera que gastaron en promedio en medicamentos, exámenes y servicios hospitalarios por sus hijxs?		
66. Por lo general, ¿cómo han cubierto estos gastos?		
a) Mi pareja y yo cubrimos los gastos	b) El resto de nuestras familias nos apoyan	c) Nuestras amistades nos apoyan
d) Ahorros propios, herencia, seguro privado, etc.	e) Pensión (AFP, INPEP, etc.)	f) Otro (Especifique) _____

¡Muchas gracias por participar!

Sin derechos igualitarios: El acceso desigual de las personas LGBTQ a la seguridad social en el Área Metropolitana de San Salvador, 2019 es una investigación realizada por el Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica - AMATE El Salvador en el marco del proyecto “Impulsando el cumplimiento efectivo de los derechos laborales desde la diversidad sexual y de género en El Salvador”, que es implementado junto a la Federación de Asociaciones y Sindicatos Independientes de El Salvador (FEASIES) y la Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA), con el apoyo de la Fundación Paz y Solidaridad de Euskadi y la Diputación Foral de Gipuzkoa.



CON EL APOYO DE



bakoa eta alkartasuna
fundación paz y solidaridad



Gipuzkoako
Foru Aldundia
Diputación Foral
de Gipuzkoa

Queda autorizado el uso de este documento siempre y cuando se haga la respectiva cita.

www.amate.org.sv | info@amate.org.sv | facebook.com/amateelsalvador

El Salvador, Centroamérica, 2019