



Iatreia
ISSN: 0121-0793
Universidad de Antioquia

Valenzuela-Valenzuela, Amanda Victoria; Cartes-Velásquez, Ricardo
Ausencia de perspectiva de género en la educación médica.
Implicaciones en pacientes mujeres y LGBT+, estudiantes y profesores**
Iatreia, vol. 33, núm. 1, 2020, Enero-Marzo, pp. 59-67
Universidad de Antioquia

DOI: 10.17533/udea.iatreia.32

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180562760005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Ausencia de perspectiva de género en la educación médica. Implicaciones en pacientes mujeres y LGBT+, estudiantes y profesores

Amanda Victoria Valenzuela-Valenzuela¹, Ricardo Cartes-Velásquez^{2,3}

RESUMEN

La Salud corresponde a un estado de bienestar completo, donde interactúan factores biológicos, socioculturales y psicosociales. El género es uno de ellos. Actualmente está demostrado que las diferencias entre sexos y géneros tienen efectos en múltiples enfermedades, diferencias que tienden a omitirse en la educación médica. Entre las principales consecuencias a dicha omisión se encuentra la atención inadecuada a pacientes y la existencia de distintas discriminaciones dentro de la enseñanza médica.

La siguiente revisión bibliográfica abordará cómo la ausencia de perspectiva de género en la educación en la salud afecta a los pacientes y estudiantes de medicina, sean femeninas o LGBT+. Se concluye que han existido mejoras tanto en la atención como en la enseñanza, pero debe continuarse el trabajo, en particular, en la formación inicial de los profesionales de la medicina.

PALABRAS CLAVE

Discriminación; Educación Médica; Género y Salud; Minorías sexuales y de género

SUMMARY

Absence of gender perspective in medical education. Implications in female and LGBT+ patients, students and professionals

Health is a state of complete well-being, where biological, sociocultural and psychosocial factors interact with each other; gender is one of them. Nowadays, it has been proven that

¹ Investigadora y coordinadora de proyectos en la Fundación Kimntrum, Chile.

² Profesor asociado de la Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Chile.

³ Profesor asistente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile.

Correspondencia: Amanda Victoria Valenzuela-Valenzuela; avalenzuelav@kimntrum.org

Recibido: enero 21 de 2019

Aceptado: mayo 14 2019

Cómo citar: Valenzuela-Valenzuela AV, Cartes-Velásquez R. Ausencia de perspectiva de género en la educación médica. Implicaciones en pacientes mujeres y LGBT+, estudiantes y profesores. Iatreia. 2020 Ene-Mar;33(1):59-67. DOI 10.17533/udea.iatreia.32.

differences between sexes and genders have effects on many diseases; these differences are not usually addressed in medical education. Some of the main consequences are the inadequate attention of patients and the existence of various types of discrimination within medical education.

The following review will examine how the absence of gender perspective in health education has effects on female patients and medical students, and on LGBT+ patients and medical students. In conclusion, there have been improvements, both in the attention of patients as well as in medical education, but the efforts on the subject must continue, especially in initial training of medical professionals.

KEY WORDS

Education, Medical; Gender and Health; Sexual and Gender Minorities; Social Discrimination

INTRODUCCIÓN

En la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁾, esta es vista como un estado de bienestar completo, es decir, físico, mental y social, que no es afectado únicamente por las enfermedades. De acuerdo con lo anterior, la salud va más allá de lo somático, por lo cual está claro que para evaluar la salud de las personas no solo importan los factores biológicos, sino que deben considerarse las características socioculturales y psicosociales. Entre estas, encontramos el género, que debe distinguirse de sexo. Para ello se utilizará la definición presentada por Chin et al., ⁽²⁾ quienes definen sexo como el constructo biológico en el cual se caracteriza a seres vivos como machos o hembras de acuerdo con su genética u órganos reproductivos. Se utiliza el término de sexo biológico al hablar de macho, hembra o intersexualidad. Las personas *intersex*, o intersexuales, son aquellas que tienen una combinación de elementos biológicos que se asocian con el sexo macho o hembra.

Género por su parte corresponde a la representación propia de una persona y su comportamiento como masculino o femenino, de acuerdo con la estructura sociocultural en la que se encuentra insertada ⁽²⁾.

El concepto de género se asocia estrechamente a la identidad de género, que corresponde al constructo multidimensional en el cual un individuo se identifica como miembro de una de las categorías de género de su determinada cultura ⁽³⁾. Esta identidad de género puede corresponder o no al género asociado al sexo biológico, generando identidades femeninas, masculinas o no binarias. Las identidades no binarias corresponden a aquellas que no se ajustan exactamente a lo esperado de lo masculino y femenino en cada grupo cultural.

Además de estos conceptos claves, nos encontramos con la orientación sexual, que se define como un patrón de atracciones emocionales, sexuales y románticas de un individuo hacia otros, ya sean de un sexo distinto al propio o no ⁽⁴⁾. Aquí se incluyen las categorías de heterosexualidad, homosexualidad (gay o lesbiana), bisexualidad, pansexualidad y asexualidad, por nombrar algunas.

Actualmente, está demostrado que las diferencias entre sexos y géneros de las personas tienen efectos en enfermedades que no están en relación con el factor reproductivo, como lo son las enfermedades cardiovasculares, inmunológicas, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), diabetes y síndrome de colon irritable, entre otras ⁽⁵⁾. Estos efectos se deben a las interacciones entre factores biológicos, culturales, psicológicos y sociales que se manifiestan como diferencias en la salud y enfermedad entre personas de distintos géneros ⁽⁶⁾, puesto que las vivencias de las personas en torno a su género tienen efectos en su biología.

Pese al abordaje de estos puntos a través de la salud de la mujer, la medicina de género y la medicina basada en género y sexo ^(2, 5, 7-10), lo anterior sigue sin ser parte del conocimiento general de los profesionales de la medicina. Esto se debe a que los conceptos de sexo y género como aspectos diferentes de la realidad humana son considerados relativamente nuevos en la medicina. Se mantiene la priorización de algunas enfermedades que afectan mayoritariamente a las mujeres, sin concentrarse en mejorar el bienestar de ellas en todos los ámbitos de la salud que corresponden ⁽¹¹⁾.

La investigación sobre género en la educación médica revela la existencia de grandes debilidades por corregir, como los prejuicios de género presentes en la

literatura recomendada de escuelas médicas o en los estudios de casos, el ignorar el género en asuntos de índole no reproductiva y la falta de cursos sobre la salud de la mujer, con una medicina basada en género y sexo en la mayoría de las escuelas de medicina⁽⁵⁾. Esto se vincula con la ausencia de perspectiva de género, la cual refiere reconocer las diferencias (conscientes o inconscientes) causadas por la existencia de dichas identidades.

La falta de perspectiva de género tiene efectos negativos en toda la población. Sin embargo, el énfasis de este artículo es evidenciar cómo se han dejado de lado a dos grandes grupos humanos en la educación y práctica médica. El primer grupo consiste en las mujeres, es decir, personas que se identifican como pertenecientes al género femenino. El segundo grupo corresponde a la diversidad sexual, compuesta por personas con orientación sexual distinta a la heterosexual o con una identidad de género que difiere de su sexo biológico asignado al nacer. En este grupo, se encuentran personas lesbianas, gais, bisexuales y trans, entre otros, por lo cual serán referidos como LGBT+ durante el resto del artículo. Debe aclararse que, a menos que se especifique lo contrario, al hablar de profesionales de la medicina, se incluyen tanto a médicos de género masculino, médicas de género femenino o profesionales de género no binario (personas agénero o personas de género fluido, entre otras). Asimismo, cuando se hable de "mujeres", se refiere a personas que se identifican con el género femenino, sin importar su sexo biológico. Esto también aplica al hablar de "hombres", personas que se identifican con el género masculino.

En la siguiente revisión bibliográfica, se abordará cómo la perspectiva de género en la educación médica tiene distintos impactos, tanto en la salud de los pacientes como en el hecho de cursar carreras de la salud, en particular Medicina. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos de revistas científicas que abordasen problemáticas de género en la práctica médica, en la formación en medicina y en las distintas repercusiones de dichas problemáticas. Los artículos fueron localizados a través del motor de búsqueda de Web of Science, se utilizaron los términos *gender medicine*, *LGBT medicine*, *gender health* y *LGBT health*. En total, se incluyeron 28 artículos que se encontraron disponibles en texto completo,

además de cinco referencias que fueron incluidas para contextualizar la temática en distintos puntos del texto.

En cuanto a la revisión de los artículos, estos fueron leídos desde la perspectiva de la hermenéutica como paradigma interpretativo comprensivo, donde se identificaron los tópicos de interés: mujeres y personas LGBT+ en la formación médica, mujeres y personas LGBT+ como pacientes.

MUJERES, FORMACIÓN Y PRÁCTICA MÉDICA

En general las inequidades de género son las responsables de daños en la salud de millones de niñas y mujeres a lo largo de todo el mundo, puesto que a ellas "se les priva de los recursos [económicos] necesarios, del poder, la autoridad y del control de su vida diaria, tanto en el hogar como en el trabajo"⁽⁵⁾. Lo anterior tiene efectos directos en el acceso a la salud. Por su parte, la enseñanza médica no cuenta con ninguna diferenciación entre hombres y mujeres en su currículum⁽¹⁰⁾, con lo cual persisten los prejuicios⁽⁷⁾. Como modelo para las enseñanzas médicas se utiliza al "hombre promedio" o *everyman*, causando que los profesionales de la medicina tiendan a no considerar aquellas variables que son propias de las mujeres en su salud⁽⁸⁾. La norma debe corresponder al hombre en base al cual aprenden, ignorándose cómo las diferencias entre hombres y mujeres afectan en diversos niveles, tanto en la manifestación de los síntomas, la prevalencia de las enfermedades y los factores de riesgo como en los resultados de tratamientos, sin integrar las diferencias entre sexo y género en la salud y la enfermedad^(5, 9).

El porqué de estas diferencias puede deberse a múltiples motivos, pero parecen relacionarse con circunstancias psicosociales no biológicas que afectan a la salud y el bienestar de hombres y mujeres, donde se incluyen las condiciones de vida diaria, las experiencias ambientales, los comportamientos de riesgo y las respuestas dadas a eventos⁽⁵⁾. Un ejemplo de cómo los factores no biológicos afectan la forma en que se tratan distintas enfermedades corresponde a la malaria en Ghana, donde los comportamientos socioculturales llevan a las madres a ser responsables de la salud de los hijos, pero dependiendo siempre de las

decisiones del padre de los mismos. Esto tiene efectos directos en la recuperación o no de sus hijos, llegando a provocarse la muerte de los mismos si el padre no apoya la atención en la salud⁽¹²⁾. Otro ejemplo se ve en el caso del síndrome coronario agudo, donde se presentan diferencias en la descripción del dolor y de los síntomas asociados entre pacientes de género femenino y masculino⁽²⁾.

En cuanto a la atención en la salud, está demostrado que las mujeres tienden a revelar más información en la consulta, tanto desde el punto de vista médico como psicosocial⁽⁵⁾, lo cual realza la necesidad de reconocer el género en la comunicación entre el médico y el paciente, variable que suele no ser tomada en consideración y que afecta tanto a esta⁽¹³⁾ como a la atención en salud misma⁽¹⁴⁾. Adicionalmente, las mujeres tienden a buscar atención para síntomas que no aparecen descritos en los libros de medicina. Esto lleva a que sean percibidas como pacientes difíciles de ayudar, generando estereotipos negativos por parte de los profesionales de la salud⁽⁵⁾, quienes acaban por tener una reacción negativa ante estas pacientes.

Así, las mujeres se encuentran como personas de menor importancia en los escenarios de salud. El énfasis en la atención puesto en unas pocas enfermedades que afectan a las mujeres, no tomando en consideración el bienestar general de las mismas⁽¹¹⁾. Un claro ejemplo se ve en los proveedores de salud, que tienden a beneficiar más a hombres que mujeres en la oferta de sus planes⁽⁷⁾.

Con base en lo anterior, son diversas las falencias detectadas en la atención de mujeres en los contenidos curriculares de distintas escuelas y en los conocimientos impartidos hacia futuros profesionales de medicina. Estas falencias tienen efectos directos en la práctica médica y, por tanto, son percibidas por las mujeres de una forma u otra al buscar atención en la salud. Como primer punto, se encuentra la escasez de evidencia de investigación médica realizada por mujeres y la falta de oportunidades para la misma, debido a que las mujeres son impulsadas a seguir las mismas áreas en función de su género. Esto impide que desarrollen la investigación necesaria para mejorar la atención en la totalidad de salud del género femenino^(7, 15), puesto son pocas las mujeres que logran

desarrollarse en el área de investigación, predominando su presencia en otros sectores como pediatría. Como ejemplo, tenemos el caso de España, donde el 64 % de los profesionales de la medicina menores de 34 años son mujeres, pero solo el 4 % de los directores de centros de investigación o catedráticos de medicina son mujeres, situándose las mujeres mayormente en puestos de asistente de investigación⁽¹⁶⁾.

Un segundo punto es la falta de espacios en el currículum médico para que se integren las pocas investigaciones que sí son realizadas, ya que se aprecia la perpetuación de los estereotipos y prejuicios en la formación, sin incorporar lo investigado en el total de los materiales de enseñanza, como los libros de texto, los perfiles de egreso y casos de estudio, entre otros^(7, 8, 10, 14).

Un tercer aspecto corresponde a la construcción de la medicina alrededor del hombre como modelo sin incorporar en la enseñanza las diferencias entre hombres y mujeres, ignorando totalmente las necesidades reales de las pacientes mujeres^(7, 8, 10). Esto se asocia con el cuarto punto, las deficiencias en la presentación del desarrollo y funcionamiento normal de la mujer, puesto que los problemas que son únicamente de mujeres o, mayoritariamente de mujeres, tienden a no ser abordados por los profesionales de la medicina en su enseñanza o práctica^(7, 10).

El quinto y último punto corresponde al énfasis existente en el sistema reproductivo, donde suelen incluirse actitudes prejuiciosas hacia la mujer y se perpetúan los estereotipos negativos sin considerar enfermedades de otros ámbitos que se ven afectadas por las características socioculturales, como el género de una forma u otra^(5, 7, 9, 14). La salud de la mujer se asocia con la reproducción y planificación familiar, lo cual puede confirmarse al hacer una búsqueda de qué es lo que el Ministerio de Salud chileno y el Ministerio de Salud argentino consideran como temas relevantes en la salud de las mujeres^(17, 18), o los tópicos de interés para la revista de salud de la mujer de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) Estadounidense⁽¹⁹⁾.

Si bien esta revisión se enfoca principalmente en las consecuencias que tiene la falta de enfoque de género en la salud de los pacientes, no pueden dejarse de lado los efectos que tiene esta en la enseñanza

misma de la medicina. Para contextualizar, al igual que en muchas otras profesiones, en medicina las mujeres se encontraban relegadas a un segundo plano, lo cual continuó hasta el último tercio del siglo XX. En la actualidad, tras una serie de prácticas de acción afirmativa en los Estados Unidos, en conjunto a los movimientos de derechos de la mujer en las décadas de los 60 y 70⁽¹⁵⁾, las mujeres son el grupo que más ingresa a las carreras de salud, representando la mayor parte de estudiantes de medicina a nivel internacional⁽¹⁴⁾. Su desempeño está al mismo nivel que los estudiantes masculinos, sin mayores dificultades académicas que los mismos⁽²⁰⁾, apreciándose que la medicina se encuentra en un periodo de feminización, existiendo la posibilidad de que las mujeres sean la mayoría de la fuerza de trabajo en medicina en un futuro próximo⁽¹⁴⁾.

Sin embargo, pese a ser mayoría, las mujeres continúan percibiendo un mayor efecto del género en su experiencia educativa en comparación con sus compañeros masculinos⁽¹⁵⁾, lo cual sugiere que existen factores específicos vinculados al género que contribuyen directamente a la formación inicial y a la práctica de la medicina de hombres y mujeres⁽²¹⁾. Así, se ve que persisten segregaciones de distintos tipos en la práctica médica⁽²²⁾. Entre ellas se encuentra la concentración de mujeres en algunas especialidades por sobre otras, falta de equidad en cuanto a recompensas e ingresos monetarios, diferencias entre horas trabajadas y diferencias en el desempeño general, entre otras^(14, 15, 21, 22).

La que se aborda con mayor recurrencia corresponde a la concentración de mujeres en distintas áreas de trabajo por sobre otras^(14, 22). Estas especialidades corresponden a medicina interna, pediatría y medicina familiar, siendo escasos los casos en que se especializan en cirugía^(14, 21).

Esto genera una segregación de distintos alcances entre hombres y mujeres en cuanto a sus especialidades de preferencia, del tipo explícita, implícita o, incluso, autosegregación. Lo anterior puede deberse a distintos factores como la diferencia de intereses y expectativas de vida, o a la presión de cumplir con ciertos roles esperados sobre qué especialidades son masculinas o femeninas. Un ejemplo particular de estas diferentes expectativas de vida lo enuncia Zimmerman⁽⁷⁾, donde se ve que las mujeres tienden a

encontrar como problemático el cuidado familiar; aspecto no considerado como conflictivo por los médicos masculinos. Esto se traduce en un menor número de horas trabajadas por mujeres que por hombres y la elección de especialidades que se adecúan a esto.

En cuanto a la falta de equidad y justicia existente para mujeres médicas, Bleakley⁽¹⁴⁾ plantea que las mujeres reciben menos recompensas que los hombres en su misma posición laboral y menos ingresos en puestos académicos. Por otro lado, tienen menos oportunidades de llegar a asumir puestos directivos o de liderazgo. Esto tiene un efecto directo en la autopercepción de las mujeres, quienes terminan por verse como menos capaces que los hombres que desempeñan su mismo trabajo. Además, a lo largo de su formación, las mujeres suelen ser víctimas de humillaciones y menosprecios en público⁽²³⁾, acoso sexual, actitud condescendiente de parte de docentes, imágenes o materiales sexistas y una menor cantidad de oportunidades que sus pares masculinos⁽⁷⁾.

Por último, al hablar de horas de trabajo y desempeño general, existen diferencias entre hombres y mujeres⁽²¹⁾. Por un lado, se considera que las mujeres tienen mejores habilidades de comunicación con pacientes y colegas, prefiriendo la atención centrada en el paciente y el trabajo colaborativo en lugar del competitivo y riesgoso⁽¹⁴⁾. Además, es usual que le den una mayor relevancia a la educación sobre los factores socioculturales y psicológicos que afectan la salud de las personas, en contraste con los médicos hombres⁽²¹⁾, por lo cual se enfocan más en estos aspectos psicosociales que sus contrapartes masculinas. Además, el género del profesional de la medicina tiene efectos importantes en la relación médico-paciente, donde está demostrada la diferencia entre el tiempo, contenido y patrón comunicativo que se da con médicos masculinos y con médicas femeninas. Los primeros se considera que son más dominantes en la conversación, dándose una comunicación más instrumental. Las segundas se considera que tienen encuentros más largos con los pacientes, dando un mayor apoyo emocional y afectivo^(5, 13).

Las variables mencionadas relacionadas con la práctica médica deben ser consideradas al diseñar los planes de estudio de las distintas facultades de medicina del mundo, para poder encontrar soluciones a estas diferencias.

PERSONAS LGBT+, FORMACIÓN Y PRÁCTICA MÉDICA

Otro grupo que históricamente ha quedado sin ser considerado por los profesionales de la salud corresponde a las personas que se identifican como LGBT+. El término viene a utilizarse para incorporar a todos los grupos que existen en los rangos de identidad de género y de orientación sexual⁽²⁴⁾. Si bien este grupo se ha visibilizado desde las últimas décadas del siglo XX, persiste el hecho de que la información sobre la población LGBT+ es limitada⁽²⁵⁾, solo pudiendo aproximar que la población LGBT+ de los Estados Unidos corresponde al 7 % del total nacional⁽²⁶⁾, cercano al 6 % estimado de población LGBT+ en Europa⁽²⁷⁾. En Chile no existen estudios que comprendan el total del país, pero se estima que la población LGBT+ está entre el 7 y el 10 % del total nacional⁽²⁸⁾.

En la atención en salud a personas LGBT+, el énfasis se limita a la salud sexual, con lo cual se dejan de lado otros temas relevantes para esta población⁽²⁹⁾, sin considerar el total de disparidades en salud que perciben las personas LGBT+. Lo anterior genera que este grupo pueda verse afectado por distintos problemas de salud, como desórdenes de salud mental (prevalencia de depresión, ansiedad, uso y abuso de sustancias, autolisiones, suicidios o ideaciones e intentos del mismo), cánceres (como cáncer de mamas, cervíouterino o de próstata detectados tardíamente por la falta de la realización de exámenes preventivos), obesidad de mujeres lesbianas y la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH en personas LGBT+^(24, 25, 29, 30).

Estos desórdenes pueden deberse a múltiples causas, inclusive los aspectos psicosociales que afectan particularmente a la comunidad LGBT+. Un claro ejemplo es el estrés de minoría, causado por los prejuicios, las discriminaciones y la homofobia, bifobia o transfobia internalizadas⁽³⁴⁾. Este aspecto se evidencia al momento de incorporar preguntas de orientación sexual e identidad de género en encuestas de salud, entre otros formularios y plataformas existentes⁽³¹⁾.

Actualmente en Estados Unidos existe un compromiso de eliminar las disparidades en la atención en salud de personas LGBT+⁽²⁵⁾. No obstante, los y las profesionales de la salud argumentan que son pocas las oportunidades disponibles para aprender temáticas de género y salud en personas LGBT+⁽²⁹⁾, lo cual conlleva

a la persistencia de las brechas existentes, tanto en la atención como en la formación y preparación de profesionales de la medicina⁽²⁴⁾. La educación formal no prepara a los futuros profesionales de la medicina para superar las actitudes negativas de la sociedad, ni para hablar de género y sexualidad con sus pacientes⁽³¹⁾, puesto que falta una estandarización de la educación médica en estas temáticas⁽³²⁾. Esta falta de conocimientos y habilidades lleva a que no se sientan preparados o brinden una atención con incomodidad. Los profesionales sienten que no pueden realizar una historia clínica completa del paciente ni saber cuál es el examen físico apropiado para evaluar preocupaciones pertinentes para la población LGBT+, siendo incapaces de hacer las preguntas rutinarias de rigor^(30, 31, 32). A su vez, los y las pacientes LGBT+ consideran que los profesionales de medicina no se encuentran capacitados para realizar su atención⁽²⁶⁾.

De esto deriva, tal como plantean Eliason *et al.*,⁽³¹⁾ que los profesionales de la salud tiendan a no considerar la importancia de la orientación sexual de los pacientes, sin indagarla y sin considerar las prácticas sexuales particulares de sus pacientes, asumiendo la heterosexualidad.

En la literatura consultada, algunas fuentes sugieren que las relaciones entre personas del mismo sexo son un error, además de proponer que es limitado el número de profesionales de la salud quienes incorporan en su rutina de atención el hablar de identidad de género u orientación sexual con pacientes adolescentes⁽³¹⁾. Esto genera que los pacientes LGBT+ se sientan discriminados o tratados inadecuadamente, con lo cual se reducen las posibilidades de que vuelvan a acudir a los servicios de salud⁽³⁴⁾.

La atención por profesionales poco capacitados se vincula directamente con la evasión del sistema de la salud por personas LGBT+, dada las experiencias negativas previas⁽²⁹⁾, lo cual tiene una relación directa con el número de cánceres mencionados anteriormente, que no son detectados a tiempo por la falta de revisiones continuas, entre otras enfermedades.

La temática de pacientes LGBT+ es importante y se considera que ya está siendo estudiada; sin embargo, no es el caso de los profesionales de la medicina LGBT+ en quienes aún falta investigación⁽³³⁾. En la actualidad existen agrupaciones de profesionales de

la medicina LGBT+, pero más de un tercio de las personas que pertenecen a estas reconocen haber sido víctimas de abuso verbal e insultos por parte de compañeros de trabajo^(32, 33).

Otros estudios profundizan en la discriminación sufrida tanto en su formación como en su práctica. Aquí se incluye la negación de ciertos privilegios (ascensos y referencia de pacientes, entre otros), acoso verbal y aislamiento social, prácticas realizadas tanto por superiores, pares y pacientes; se ha realizado un menor número de estudios que se preocupen por la discriminación sufrida por parte de los pacientes^(31, 33). En el caso particular de los profesionales de la medicina que se identifican como personas trans, se considera que las dificultades presentadas y las discriminaciones sufridas en su contexto laboral, son debido a la falta de conocimiento en el tema y a la carencia de regulación en el caso de ciertos puntos específicos de la transición, como lo es el cambio de nombre legal^(34, 35).

Al hacer una aproximación mayor a la educación médica, se confirma que el desempeño académico de personas LGBT+ se ve afectado por la estigmatización, intolerancia, discriminación y estrés⁽³⁶⁾. No siendo suficiente el sortear estas dificultades, los profesionales de la medicina LGBT+ se sienten con la responsabilidad de tratar con las actitudes homofóbicas de sus colegas, no por su propio beneficio, sino para proteger el trato de potenciales pacientes LGBT+⁽³²⁾. Por otro lado, se considera que existen especialidades menos discriminatorias hacia la comunidad LGBT+, como medicina general y psiquiatría⁽³²⁾.

Es clave entonces la educación para los profesionales de la salud, en la cual se debe implementar un ambiente inclusivo en las escuelas médicas para reducir las disparidades de género percibidas por las personas LGBT+ y por los profesionales de la medicina que se identifican como LGBT+^(29, 31, 36), ya que es necesario contar con profesionales de la salud informados y capacitados para entregar una atención óptima y no discriminatoria⁽²⁴⁾.

CONCLUSIÓN

Pese a que durante los últimos años han existido mejoras en la atención médica de pacientes mujeres y LGBT+ y en la enseñanza médica de ambos grupos,

persiste la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la práctica médica. Dado que la evidencia apunta a que la atención no es óptima por la falta de conocimiento de los profesionales de la salud, es posible concluir que la intervención debe realizarse en la formación inicial de estos profesionales, es decir, en los currículums educativos de las facultades de medicina del mundo. Para ello se requiere la presencia de profesionales expertos en las distintas facultades, que logren generar los cambios necesarios. Además, deben contar con el apoyo de la institucionalidad para lograr que dichos cambios se mantengan en el tiempo y de manera transversal en la enseñanza. Solo así podrán combatirse los efectos negativos de la falta de una perspectiva de género que se comentó durante la presente revisión, como se pretende lograr con la integración de esta temática en los planes de estudio. Esto se ha desarrollado en los últimos años⁽³⁷⁾, pero queda trabajo pendiente por realizar.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno por declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos [internet]. [Consultado 2018 dic 22]. Disponible en: <http://cort.as/-IqDk>
- 2 Chin E, Hoggat M, McGregor A, Rojek M, Templeton K, Casanova R et al. Sex and Gender Medical Education Summit: a roadmap for curricular innovation. Bio Sex Differ. Biol Sex Differ. 2016;7(Suppl 1):52. DOI 10.1186/s13293-016-0091-9.
- 3 Egan S, Perry D. Gender Identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. Dev Psychol. 2001;37(4):451-63. DOI 10.1037/0012-1649.37.4.451.
- 4 American Psychological Association [internet]. Washington, DC, Estados Unidos: APA; c1996. [Consultado 2019 Mayo 03]. Disponible en: <http://cort.as/-It1b>
- 5 Hamberg L, Larsson M. Still far to go – An investigation of gender perspective in written cases used at a Swedish medical school. Med Teacher. 2009;31(4):e131-8. DOI 10.1080/01421590802516806.

- 6 Verdonk P, Mans L, Lagro-Janssen A. Integrating gender into a basic medical curriculum. *Med Educ.* 2005;39(11):1118-25. DOI 10.1111/j.1365-2929.2005.02318.x.
- 7 Zimmerman M. Women's health and gender bias in medical education. 17 nd. [internet]. Minnesota: Emerald Group Publishing Limited; 2000 [consultado 2018 dic 22]. Disponible en: <http://cort.as/-It3X>
- 8 Verdonk P, Benschop V, De Haes H, Mans L, Lagro-Janssen T. 'Should you turn this into a complete gender matter?' Gender mainstreaming in medical education. *Gend Educ.* 2009;21(6):703-19. DOI 10.1080/09540250902785905.
- 9 Donoghue G. Women's health: a catalyst for reform of medical education. *Acad Med.* 2000;75(11):1056-60.
- 10 Hochleitner M, Nachtschatt U, Siller H. How do we get gender medicine into medical education? *Health Care Women Int.* 2013;34(1):3-13. DOI 10.1080/07399332.2012.721419.
- 11 Cain J, Donoghue G, Magrane D, Rusch R. Why is it so important to ensure that women's health, gender-based competencies are woven into the fabric of undergraduate medical medical education? *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(3):S1-3.
- 12 Tolhurst R, Nyonator F. Looking within the household: gender roles and responses to malaria in Ghana. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2006;100(4):321-6. DOI 10.1016/j.trstmh.2005.05.004.
- 13 Dielissen P, Bottema B, Verdonk O, Lagro-Janssen T. Attention to gender in communication skills assessment instruments in medical education: a review. *Med Educ.* 2001;45(3):239-48. DOI 10.1111/j.1365-2923.2010.03876.x.
- 14 Bleakley A. Gender matters in medical education. *Med Educ.* 2013;47(1):59-70. DOI 10.1111/j.1365-2923.2012.04351.x.
- 15 Bright C, Duefield C, Stone V. Perceived barriers and biases in the medical education experience by gender and race. *J Natl Med Assoc.* 1998;90(11):681-8.
- 16 Menendez C. El papel de la mujer en la investigación científica y médica en el siglo xxi: un debate necesario. *Aten Primaria.* 2011;43(7):331-2. DOI 10.1016/j.aprim.2011.06.001.
- 17 Chile. Ministerio de Salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud, 2015. [Consultado 2018 dic 22]. Disponible en: <http://cort.as/-IqWP>
- 18 Chile. Ministerio de Salud y Desarrollo Social [internet]. Buenos Aires: Ministerio de salud y Desarrollo Social; 1999. [Consultado 2019 may 03]. Disponible en: <http://cort.as/-IsOu>
- 19 Centers for Disease Control and Prevention [internet]. Washington: Centers for Disease Control and Prevention; c1996. [Consultado 2019 may 03]. Disponible en: <http://cort.as/-IsW6>
- 20 Bickel J. Gender equity in undergraduate medical education: a status report. *J Womens Health Genet Based Med.* 2001;10(3):261-70. DOI 10.1089/152460901300140013.
- 21 Hojat M, Gonnella J, Xu G. Gender comparisons of younger physician's perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College Graduates. *Acad Med.* 1995;70(4):305-12.
- 22 Kilminster S, Downes J, Gough B, Murdoch-Eaton D, Roberts T. Women in medicine – is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Med Educ.* 2007;41(1):39-49. DOI 10.1111/j.1365-2929.2006.02645.x.
- 23 Tsouroufli M, Rees C, Monrouxe L, Sundaram V. Gender, identities and intersectionality in medical education research. *Med Educ.* 2011;45(3):213-6. DOI 10.1111/j.1365-2923.2010.03908.x.
- 24 McCann E, Brown M. The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: a systematic review. *Nurse Educ Today.* 2018;64:204-14. DOI 10.1016/j.nedt.2018.02.028.
- 25 Cahill S, Makadon H. Sexual orientation and gender identity data collection in clinical settings and electronic health records: a key to ending LGBT health disparities. *LGBT Health.* 2014;1(1):34-41. DOI 10.1089/lgbt.2013.0001.
- 26 Awosogba T, Betancourt J, Conyers F, Estapé E, Francois F, Gard SJ et al. Prioritizing health disparities in medical education to improve care. *Ann N Y Acad Sci.* 2013;1287(1):17-30. DOI 10.1111/nyas.12117.
- 27 Dalia Research [internet]. Berlin: Dalia Research; c2013 [Actualizado 2016 oct 18]. [Consultado 2018 dic 22]. Disponible en: <http://cort.as/-IsbS>
- 28 Movimiento de Liberación Homosexual [internet]. Santiago: MOVILH, c 2006 [Actualizado 2018 mar]. [Consultado 2018 dic 22]. Disponible en: <http://cort.as/-IsnT>

- 29 Braun H, García-Grossman I, Quiñones-Rivera A, Deutsch M. Outcome and impact evaluation of a transgender health course for health profession students. *LGBT Health*. 2017;4(1):55-61. DOI 10.1089/lgbt.2016.0119.
- 30 Ufomata E, Eckstrand K, Hasley P, Jeong K, Rubio D, Spagnoletti C. Comprehensive internal medicine residency curriculum on primary care of patients who identify as LGBT. *LGBT Health*. 2018;5(6):375-80. DOI 10.1089/lgbt.2017.0173.
- 31 Eliason M, Dibble S, Robertson P. Lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) physicians' experiences in the workplace. *J Homosex*. 2011;58(10):1355-71. DOI 10.1080/00918369.2011.614902.
- 32 Brill D. How life has changed for gay doctors in the UK over the past 20 years. *BJM*. 2015;351.
- 33 Grabovac I, Mustajbegović J, Milošević M. Are patients ready for lesbian, gay and bisexual family physicians - A croatian study. *Coll Antropol*. 2016;40(2):83-90.
- 34 Kamaruddin K. What it's like to be a transgender patient and a GP. *Br J Gen Pract*. 2017;67(660):313. DOI 10.3399/bjgp17X691433.
- 35 NicAllen J. The reality of being transgender in medicine. *BMJ*. 2016;352.
- 36 Lapinski J, Sexton P. Still in the closet: the invisible minority in medical education. *BMC Med Educ*. 2014;14:171. DOI 10.1186/1472-6920-14-17.
- 37 Valenzuela-Valenzuela A, Cartes-Velásquez C. Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2019;84(1):721-7. DOI 10.4067/S0717-75262019000100082.

