

Artículo de Revisión

Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar

Amanda Valenzuela V.^{1a} y Ricardo Cartes V.^{2b}

¹ Fundación Kimntrum

² Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello

^a Antropóloga con mención en Antropología Sociocultural, Universidad de Concepción; Magíster (c) en Lingüística Aplicada, Universidad de Concepción

^b Cirujano Dentista, Universidad de Concepción; Psicólogo, Universidad del Desarrollo; Interno de Medicina, Universidad de Concepción; Magíster en Salud Pública, Metropolitan Manchester University; Magíster (c) en Filosofía, Universidad de Concepción; Doctor en Ciencias Médicas, Universidad de La Frontera.

RESUMEN

La ausencia de una perspectiva de género incorporada en la enseñanza médica genera múltiples desigualdades en la atención de salud, en particular a las mujeres y a las personas LGBT+. Para contrarrestar esto, se han realizado múltiples intervenciones en distintas facultades de salud, desde la aproximación de la salud de la mujer, la medicina de género y la medicina basada en sexo y género. No obstante, pese a que se valoran positivamente las intervenciones realizadas, la mayoría tiende a no perdurar en el tiempo debido a obstáculos comunes entre distintas instituciones de enseñanza en salud. Así, se concluye que la incorporación de una conciencia de género en la formación inicial de profesionales médicos es de suma urgencia.

PALABRAS CLAVE: perspectiva de género, educación médica, LGBT+, discriminación.

ABSTRACT

The lack of a gender perspective within medical education generates various types of inequalities on people's health care, particularly of women and LGBT+ people. As a response to this, there have been many interventions at faculties of health, from the approaches of women's health, gender medicine and medicine based on sex and gender. However, even though these interventions are regarded as positive, most of them don't last through time, due to common obstacles between different institutions of medical education. Thus, the incorporation of gender awareness in initial training of medical professionals is of the utmost importance.

KEYWORDS: gender perspective, medical education, LGBT+, discrimination.

INTRODUCCIÓN

El género es un término que describe las características de hombres y mujeres, basadas en factores sociales (1). Esto se traduce como los comportamientos propios de una persona respecto a lo masculino o femenino, según el contexto de su propia estructura social y cultural (2). Dicho aspecto psicosocial tiene efectos en la salud de la persona, debido a la interacción entre lo psicosocial y lo biológico, expresada en diferencias en la salud y enfermedad de personas de distintos géneros (3). Sexo, por su parte, refiere a aquellas características determinadas biológicamente.

A pesar de lo anterior, sexo y género son temáticas de relativa novedad en medicina, manteniéndose distante de futuros médicos que se encuentran en formación (4), puesto que la mayoría de las escuelas de medicina no cuentan con una integración formal de género y sexo en su currículum (2). Actualmente, son las mujeres quienes más ingresan a las carreras de salud (5), posterior a los movimientos de derechos de la mujer en Estados Unidos (6). Esto difiere de la baja participación femenina hasta el último tercio del siglo XX, llegando a hablarse de una feminización de la medicina en el presente (5). Pese a esta mayoría femenina, continúa considerándose como modelo en la enseñanza de salud al "hombre promedio", dejándose de lado las variables propias de quienes no son hombres (7). Las mujeres pasan a un segundo plano en la atención de salud (8), causando que los futuros profesionales de salud no estén preparados para relevar la importancia de los contextos sociales de hombres y mujeres en la salud de las personas (9).

En base a lo expuesto anteriormente, se ve necesaria la integración formal del sexo y género en el currículum de enseñanza médica, para generar el cambio de paradigma requerido (2, 3). Si bien la conciencia de género debe ser inculcada en el total de profesionales de salud, el énfasis se le dará a la formación médica, debido a que es el grupo de profesionales que atiende a un mayor número de pacientes de la población total y juegan un rol de claro liderazgo del equipo de salud.

En esta revisión, se comentarán algunos de los enfoques con que se aborda la conciencia de género en la enseñanza médica, sus intervenciones y resultados principales, y qué queda por superar, para el mejorar el trato y el aprendizaje de los dos grupos mayormente afectados: Las mujeres y las personas LGBT+ (lesbianas, gays, bisexuales y trans, entre

otras identidades que se consideran de la diversidad sexual).

Incorporación conciencia de género en educación en salud

En la actualidad, tras años de trabajo en el tema, se considera relevante la incorporación de temáticas culturales y étnicas en la salud. Esta permite que los futuros médicos puedan comunicarse de manera efectiva con personas de distintos trasfondos socioculturales, creando herramientas que permitan a profesionales trabajar con aquellos grupos humanos considerados como más heterogéneos (10). Así, se toma en consideración la biología en conjunto a las diferentes condiciones de vida de hombres y mujeres, como lo son sus estilos de vida, posiciones en la sociedad y expectativas sociales vinculadas al género (11). En relación a este último, las creencias personales de los profesionales de salud tienen importantes efectos, tanto en sus elecciones profesionales como el trato a sus pacientes, de acuerdo a lo planteado por Verdonk et al. (7). Los autores prosiguen enunciando que la conciencia de género permite enmarcar dichas creencias, además de permitir la superación de prejuicios en base a género. Para esto se requiere que la medicina incluya 1) la habilidad de percibir inequidades y diferencias de género; 2) conocimientos en torno a temáticas de salud y género; y 3) conciencia sobre los estereotipos de género, y sus posibles impactos en salud y enfermedad.

De esta forma, incorporar la conciencia de género en el currículum formal y permanente de la educación médica, permite la apertura a responder las necesidades de mujeres y personas LGBT+ en salud. Así, estudiantes y médicos podrán trabajar con pacientes hombres, mujeres, heterosexuales o LGBT+ por igual, con seguridad y confianza en sus conocimientos, consiguiéndose así la innovación en salud. (7, 12)

La integración de medicina de género en la formación inicial influye directamente en un mejor trato, diagnóstico y tratamiento de pacientes en la práctica clínica, formando a profesionales capaces de identificar las diferencias biomédicas y psicosociales relevantes entre hombres y mujeres en distintas enfermedades, entendiendo el rol de su propio género en la profesión médica (7, 13, 14). Estos profesionales tendrán la capacidad de crear estrategias y acciones con sensibilidad de género (14), beneficiando a grupos que históricamente han sido discriminados o dejados de lado en los escenarios de salud, como las mujeres (3) y las personas LGBT+. Así, el currículum

aprovecha su función de construir la identidad de médico (5), sensibilizando a médicos en temáticas socioculturales (8).

En general, las respuestas a las necesidades de la salud de género pueden enmarcarse en distintos acercamientos. El primero, corresponde al surgimiento de la salud de la mujer, una rama de la medicina que se basa inicialmente en problemas médicos que afectan únicamente a mujeres, que afectan mayoritariamente a mujeres, o cuyos efectos sean distintos en mujeres y hombres (13). Esta rama médica actúa, finalmente, como un catalizador de las reformas al currículum médico (15). Se espera que, al incluir la salud de la mujer en la enseñanza médica, se logre mejorar la atención en salud y, a largo plazo, la calidad de vida de las mujeres (8).

Una segunda aproximación es la medicina de género, la cual se considera una nueva ciencia médica, en la que se estudian las diferencias en las vivencias de hombres y mujeres ante una enfermedad (13). En esto no se considera sólo la enfermedad, sino que también la salud de las personas, considerando las diferentes experiencias de personas de distintos géneros. Sólo puede hablarse de género cuando las condiciones socioculturales de hombres y mujeres son consideradas, generándose la discusión de las diferencias biológicas en su contexto social (11).

Un tercer y último acercamiento a abordar incluye la discusión sobre las semejanzas y diferencias existentes entre sexos y géneros de quienes acuden a la atención en salud. Esto corresponde a la llamada Medicina basada en Género y Sexo. Esta medicina, de acuerdo a Chin et al. (2), reconoce las similitudes y diferencias de la biología humana de hombres y mujeres, considerándose más allá del hombre estereotípicamente blanco que se utiliza en los casos de estudio. Para ello, continúan los autores, debe considerarse la etiología, los factores de riesgo, la prevención, la presentación y respuestas a tratamientos en todas las condiciones de salud posibles, considerando también los factores psicosociales que conllevan a estas diferencias. La conciencia de género convierte a la medicina basada en género y sexo en un medio para lograr la igualdad entre ambos géneros, a través de su currículum.

Intervenciones con conciencia de género

En base a lo anterior, se han realizado varias intervenciones a través de programas curriculares y programas de enseñanza de educación médica. En Estados Unidos, en el contexto de salud de la mujer, a partir del año 1987 comienza el aumento del abordaje de la

violencia intrafamiliar, debido a que la violencia a mujeres en relaciones íntimas es una de las tantas desigualdades de género que amenaza la salud femenina (11). Desde 1995 comienza la inclusión de la salud de mujeres en la educación médica estadounidense, respaldada por la encuesta de Women's Health in the Medical School Curriculum y las guías para facultades publicadas para escuelas médicas de Estados Unidos por la National Academy of Women's Health Medical Education (15).

Ya fuera de los Estados Unidos, y abordando el género en general, Verdonk et al. (7) relatan el plan nacional holandés para incorporar temáticas de género en el currículum médico de universidades de país, desarrollado por tres años desde el 2002. Posteriormente, los autores revisaron el material educativo diseñado para el programa, donde se consideró que aún quedaba trabajo por realizar, para lo cual desarrollaron y entregaron material educativo en género por medio de una plataforma digital, destinado a docentes y coordinadores de las facultades. Hamberg y Larsson (11), a su vez, revisan los estudios de caso en la escuela de medicina de la Universidad de Umeå, detectando que varios casos no incluyen guías para tutores, ni resaltan la perspectiva psicosocial, continuando con la priorización de lo biológico. Hochleitner et al. (13) comentan sobre la Medical University in Innsbruck, Austria, que incorporó dentro del currículum la medicina en género como un medio para establecer la igualdad entre ambos sexos, alcanzando la aceptación generalizada el año 2011, superando las dificultades iniciales. Por otro lado, entre el 2010 y 2012, siete universidades europeas desarrollaron un módulo de Medicina de Género (14)

En temáticas específicas de LGBT+, se destaca la existencia de materiales educativos en salud LGBT+, creados por grandes instituciones no gubernamentales que trabajaban en la salud de las personas de esta comunidad, como el Fenway Institute (10). Por otro lado, la University of Louisville creó un programa para integrar la salud LGBT en el currículum, diseñado por voluntarios y lanzado como un electivo extracurricular a desarrollarse durante las horas de almuerzo (16). También en los Estados Unidos, Ufomata et al. (17) crean módulos escritos para estudiantes y docentes sobre atención primaria a pacientes LGBT+, donde se espera que profesionales de salud entiendan las problemáticas LGBT+.

Con una visión más general que la adoptada anteriormente para enunciar algunas de las

intervenciones realizadas, podemos ver que las primeras medidas en la enseñanza médica corresponden al acceso de mujeres a la carrera de medicina. En la actualidad, el trabajo a realizar debe enfocarse en mejorar los conocimientos en salud de la mujer (8), mediante la priorización de la misma. Entre las intervenciones puntuales realizadas para esto se incluyen la innovación en temas de salud femenina en psiquiatría, medicina interna, medicina familiar y en los internados de obstetricia y ginecología; intervenciones sobre violencia doméstica; y la actualización de los currículums para que se incluya la salud femenina (15).

En general, las experiencias positivas de intervención y abordaje de estas temáticas destacan la enseñanza a base de casos que integren el sexo y género en escenarios clínicos complejos, el uso de materiales creados por organizaciones externas, y mantener el acceso de las facultades a la información emergente en salud de la mujer y otras ramas que trabajen el género directamente (15). También se recomienda el desarrollo de programas de investigación multidisciplinarios, donde se incluyan tutorías, colaboraciones y la formación de equipos de investigación (10). Además, está demostrado que los factores que afectan la sustentabilidad en el tiempo corresponden a las actitudes de coordinadores y profesores ante la sensibilidad de género, las demandas de tiempo, la disponibilidad de material educativo, la presencia de género y sexo en objetivos de aprendizaje, exámenes y evaluaciones, y el apoyo organizacional y las revisiones curriculares (14). Esto concuerda con las formas en que se realizaron las intervenciones comentadas previamente.

En cuanto a las percepciones de profesionales de salud hacia otros médicos LGBT+, se aprecia que los comportamientos discriminatorios están disminuyendo en cantidad (18), reconociéndose una mayor conciencia generalizada sobre temáticas de personas LGBT+ (19), lo cual se atribuye a los cambios en actitudes públicas, en la legislación y la forma en que se percibe a la medicina misma hoy en día (20). En el caso de las percepciones hacia pacientes LGBT+, el porcentaje de homofobia de parte de los profesionales de salud ha disminuido en las últimas décadas, de un 58% en 1982 a un 19% en 1999 (21), pero esta cifra no llegará a cero sin un trabajo continuo con los futuros médicos. Por ello, es necesario el trabajo en la formación inicial de estos profesionales, recalándose la necesidad de incorporar las temáticas LGBT+ en el currículum, en

conjunto con aquellas más generales de género. La base de la educación médica debe incluir formas de atender apropiadamente a cualquier paciente, considerando sus vivencias personales de género u orientación sexual, integrando efectivamente la conciencia de género en la mentalidad de los profesionales de salud (7).

Dificultades y obstáculos en la innovación curricular

Las anteriores intervenciones corresponden a una muestra de las realizadas en el mundo. No obstante, a pesar de la cantidad de estas, persisten las barreras para la modificación curricular. Hochleitner et al. (13) detectan 1) la resistencia de los profesionales encargados de la confección del currículum, 2) la resistencia de los docentes y 3) la falta de presupuesto para nuevos cursos en las universidades. También debe considerarse lo mencionado por Chin et al. (2), donde 4) existe una competencia entre qué contenidos incorporar como nuevas asignaturas. Zimmerman (8) añade que 5) gran parte del aprendizaje clínico se realiza por imitación de docentes en los campos clínicos, docentes que tienen sus ideas de género ya forjadas.

Entre las posibles causas de estas barreras se encuentra la asociación del género a connotaciones político ideológicas, y la creencia que la "objetividad científica" de la educación médica implica ignorar las diferencias entre sexo y género (7). Esto se asocia a las dificultades preexistentes a generar grandes modificaciones a los currículums, siendo más factible la incorporación de las temáticas de sexo y género en asignaturas ya existentes transversalmente, por sobre la creación de nuevas asignaturas que traten esta temática de manera exclusiva y exhaustiva (2).

No puede dejarse de lado la ausencia de docentes informados en temáticas de género, y la falta de reconocimiento de dichas temáticas de parte de las jefaturas de facultad. Esto lleva a que se refuercen las resistencias mencionadas, y las barreras institucionales (11), en particular al no existir una persona que cumpla el rol de agente de cambio. Este agente de cambio corresponde a una persona capaz de guiar la integración en el currículum, un rol considerado necesario en cualquier modificación que perdure al largo plazo (2). Así, se superará el clima desfavorable de la educación médica y sus facultades para conseguir que las mejoras curriculares surtan efectos, dejando atrás los prejuicios y estereotipos de género (8).

Cabe destacar que, aquellas iniciativas que logran sortear las barreras y se implementan exitosamente, tienden a no perdurar en el tiempo, por lo que no llegan a institucionalizarse en los lugares de implementación, ni a formar parte del currículum permanente (14). Hochleitner et al. (13) plantean que los pocos casos exitosos que perduran en el tiempo deben considerarse como iniciativas aisladas. Los autores continúan enunciando que, en casos donde se han realizado intervenciones, se ha detectado que los textos de enseñanza médica continúan sin integrar el género en la práctica, por lo que debe considerarse un seguimiento a las intervenciones.

De esto se desprende la necesidad de un diagnóstico previo y una evaluación posterior, para asegurar que sea el abordaje sea el correcto y haya generado los cambios que se deseaban inicialmente en los conocimientos y actitudes de futuros médicos (4). Van der Meulen et al. (14) revisaron múltiples intervenciones, concluyendo que la elaboración de un buen plan evaluativo permite consolidar la permanencia en el tiempo de las modificaciones curriculares. Awosogba et al. (10), por su parte, proponen que la estrategia de enseñanza o corrección debe abordarse considerando la recepción de los futuros médicos, para que sea recibida de manera positiva, reconociéndose que esto requiere de un mayor esfuerzo en la planificación y destinación de recursos.

Otro aspecto a considerar es la forma en la que se realiza la modificación al currículum. Esta puede darse por integración (responsabilidad compartida por el total de integrantes de la facultad para integrar sexo y género en sus asignaturas) o por colaboración interdisciplinaria (donde se incluyen distintas disciplinas en el comité de reforma y planificación curricular, considerando la perspectiva de alumnos) (15). De cualquier forma, se requiere un compromiso del total de los participantes, sin el cual los cambios no se sustentarán a lo largo del tiempo.

En cuanto a conseguir una buena atención de personas LGBT+, este tema debe ser incluido en la modificación y elaboración de currículums, ya que se tiende a invisibilizar la orientación sexual e identidad de género en la formación. Eliason et al. (21) plantean que sólo se nombran estos conceptos al hablar de patologías, enfermedades o expresiones exóticas de la sexualidad. Sin la enseñanza explícita de temáticas LGBT+, docentes y estudiantes tendrán a reflejar la homofobia y heterosexismo que predomina en la sociedad. El objetivo debe ser la implementación de un ambiente inclusivo en escuelas

médicas, con lo cual se mejore el trato a pacientes, y disminuya los niveles de depresión u otros problemas psicosociales de los estudiantes de medicina LGBT+ (18).

Por lo tanto, la innovación curricular para incorporar la conciencia de género en la formación de futuros médicos es de gran urgencia, puesto que traerá beneficios a la población. Por ejemplo, en el caso de las mujeres, Zimmerman (8) plantea que ellas dispondrán de: 1) un ambiente de apoyo que atienda necesidades tanto de hombres como mujeres; 2) mujeres como ejemplo y en rol de mentoría en la formación médica; 3) programas académicos y currículum, balanceados para cubrir de forma respetuosa e inclusiva las diferencias existentes entre género y sexo; y 4) nuevas oportunidades para que mujeres entren a roles de liderazgo. Además, se pondrán en evidencia los prejuicios de género existentes, que se encuentran basados en las concepciones y expectativas asociadas a lo que es ser hombre o mujer, causando que se realicen distintos tratamientos para los mismos síntomas entre hombres y mujeres (11). La importancia de reconocer estos prejuicios radica en que sólo así podrán ser eliminados.

No puede dejarse de lado la realidad chilena: Estudios confirman que la situación ha mejorado considerablemente desde la década de los '90, existiendo mayor apertura a las temáticas de género y diversidad (22). Sin embargo, la inclusión de dichas temáticas en mallas curriculares es baja, ejemplificado en un estudio de mallas curriculares de universidades de la provincia de Concepción (23, 24). Del anterior estudio, se extrae que las carreras de obstetricia de la provincia de Concepción tienen un mayor número de ramos que trabajen temáticas de género y diversidad sexual, en comparación a las carreras de medicina y enfermería de la misma provincia. Esto se relaciona a las múltiples barreras que deben ser superadas en orden de conseguir la formación de profesionales de salud adecuada (22).

Finalmente, debe señalarse que la excelencia en salud debe ser una meta en la mentalidad de todos los involucrados en ella, y debe considerarse al total de la población, no sólo a algunos grupos prototípicos (10). Por ello, con la incorporación de la conciencia de género en el currículum de forma permanente, podrá aspirarse a alcanzar la salud de excelencia que la población necesita. Para esto, se propone la inclusión de estas temáticas de manera transversal y general, para que el total de estudiantes tengan acceso a los conocimientos básicos. Debe añadirse al menos un

electivo en la temática, para quienes quieran ampliar sus conocimientos. Ambas aproximaciones deben incluir casos clínicos donde el género cobre relevancia, además de incluir instancias para el debate y la reflexión entre estudiantes y docentes. Por último, estos temas deben ser impartidos por docentes con experticia en el tema. De no contarse con un docente experto entre los profesionales de la facultad, debe considerarse el invitar a docentes de otras facultades o, incluso, universidades.

CONCLUSIONES

Actualmente, la perspectiva de género en la educación médica comienza a ser considerada como parte importante en la formación inicial de los profesionales de salud. En cuanto a la realidad de aquellas especialidades que se dedican a la salud de la mujer, la literatura confirma que hay un mayor trabajo en temáticas de género y diversidad sexual. De todas maneras, es necesario un abordaje continuo en el tema, con el fin de asegurar una atención positiva a todas las personas que reciban atención en salud, sin importar su identidad de género u orientación sexual.

En base a lo anterior, es necesario realizar mayor investigación nacional para poder plantear formas de intervención que respondan a las necesidades locales y superen las falencias detectadas en intervenciones extranjeras. La incorporación permanente de esta perspectiva en la formación de profesionales de salud asegurará la atención médica con perspectiva de género y sin discriminación para el total de la población, respetando así los aspectos éticos pertinentes a toda atención en salud.

BIBLIOGRAFIA

- Organización Mundial de la Salud. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS: Política de la OMS en materia de género. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 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* 2016; 7(Suppl 1:52): 1 – 9.
- Verdonk P, Mans L, Lagro-Janssen A. Integrating gender into a basic medical curriculum. *Med Educ* 2005; 39(11): 1118 – 1125.
- 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 – S3.
- Bleakley A. Gender matters in medical education. *Med Educ* 2013; (47): 59 – 70.
- Bright C, Duefield C, Stone V. Perceived barriers and biases in the medical education experience by gender and race. *J Natl Med Assoc* [Internet]. 1998 [citado 22 Dic 2018]. 90(11):681-688. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2608378/>
- Verdonk P, Benschop Y, 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 – 719.
- Zimmerman M. Women's health and gender bias in medical education. *Res Sociol Health Care* 2000; 17: 121 – 138.
- Lent B, Bishop J. Sense and Sensitivity: Developing a Gender Issues Perspective in Medical Education. *J Womens Health* 1998; 7(3): 339 – 342
- Awosogba T, Betancourt J, Conyers F, Estapé E, Francois F, Gard S et al. Prioritizing health disparities in medical education to improve care. *Ann N Y Acad Sci* 2013; 1287: 17 – 30.
- Hamberg L, Larsson M. Still far to go – An investigation of gender perspective in written cases uses at a Swedish medical school. *Med Teacher* 2009; (31): e131 – e138.
- 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 – 214.

13. Hochleitner M, Nachtschatt U, Siller H. How do we get gender medicine into medical education? *Health Care Women Int* 2013; 34(1): 3 – 13.
 14. Van der Meulen F, Fluit C, Albers M, Laan R, Lagro-Janssen A. Successfully sustaining sex and gender issues in undergraduate medical education: a case study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2017; 22(5): 1057 – 1070.
 15. Donoghue G. Women's health: a catalyst for reform of medical education. *Acad Med* 2000; 75(11): 1056 – 1060.
 16. Sawning S, Steinbock S, Croley R, Combs R, Shaw A, Ganzel T. A first step in addressing medical education curriculum gaps in lesbian-, gay-, bisexual-, and transgender-related content: The University of Louisville Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Certificate Program. *Educ Health (Abingdon)* 2017; 30(2): 108 – 114.
 17. 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): 1 – 6.
 18. Lapinski J, Sexton P. Still in the closet: the invisible minority in medical education. *BMC Med Educ* 2014; 14(171): 1 – 8.
 19. Kamaruddin K. What it's like to be a transgender patient and a GP. *Br J Gen Pract* 2017; 67(660): 313.
 20. Brill D. Out at work: being a gay doctor. How life has changed for gay doctors in the UK over the past 20 years. *Student BJM* 2015; 23: h4103.
 21. Eliason M, Dibble S, Robertson P. Lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) physicians' experiences in the workplace. *J Homosex* 2011; 58(10): 1355 – 1371.
 22. Valdés T, Olavarría J, Molina R. Toward an Egalitarian and Non-Discriminatory Order: Teaching Gender and Sexuality at Universities in Chile. *Int J Sex Health* 2009; 21(4): 253 – 266.
 23. Valenzuela A. Perspectiva social y trato al usuario en carreras de salud: Análisis a Mallas Curriculares de Pregrado. En: Congreso Internacional de Educación en Ciencias de la Salud editores. Resúmenes de Trabajos Presentados. Concepción: CIECS; 2019. p. 128
 24. Valenzuela A. Desafíos de la atención en salud a personas de la comunidad LGBT+: La perspectiva de estudiantes de enfermería, obstetricia y medicina de la provincia de Concepción [Tesis]. Concepción: Universidad de Concepción; 2017.
-