

BARRERAS, FACILITADORES Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD A POBLACIÓN LGBTIQ+: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alejandra Benavides^a

Belén Carrasco^{a*}

Constanza Chávez^a

Valentina Garrido^a

María Javiere Orellana^a

^aEstudiante de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 20 de agosto, 2020. Aceptado en versión corregida el 14 de diciembre, 2020.

RESUMEN

Introducción: La población LGBTIQ+ se ve obstaculizada por una sociedad heteronormada que los ha invisibilizado a lo largo de la historia. Esto se ve reflejado en la falta de información disponible en registros nacionales e internacionales que caracterizan a esta población. Por lo mismo, distintas instituciones han impulsado cambios sociales y legislativos, sin embargo, esto no se evidencia en la atención de salud. **Objetivo:** Identificar barreras, facilitadores y buenas prácticas para la atención de salud de la población LGBTIQ+. **Metodología:** Se realizaron búsquedas bibliográficas durante mayo del 2020 a través PubMed, utilizando términos MeSH. Se seleccionaron 13 artículos científicos y se agregaron 2 de otras fuentes. **Resultado:** Se describe como principal barrera la discriminación. Se describen como facilitadores la capacitación de los profesionales y la competencia cultural. Se consideran buenas prácticas para la atención de salud aquellos programas que permitan la adaptación de los centros de salud acorde a las necesidades de la comunidad. **Discusión:** Se describe vacío de conocimiento sobre las necesidades de cada subgrupo de la población LGBTIQ+, junto a las barreras en la atención y acceso de salud como la discriminación. **Conclusión:** A pesar de los esfuerzos por realizar una atención integral, esto no es reflejado en las atenciones de la población LGBTIQ+. Es esencial incluir estas temáticas en el ámbito educativo y así disminuir las diferencias en la atención. **Palabras clave:** Minorías sexuales y de género, Accesibilidad a los servicios de salud, Personal de salud, Equidad en Salud.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio expone una revisión bibliográfica que se origina a partir de la necesidad de indagar en la población LGBTIQ+ (lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex, queer y más) y su atención de salud.

Desde los años 70 se ha impulsado el movimiento por los derechos de la población LGBTIQ+, lo que ha generado repercusiones tanto en leyes como en políticas públicas en Chile y el mundo¹.

En Chile, se han logrado importantes avances, como la obligatoriedad del uso del nombre social para identificar y registrar a les pacientes trans o la Ley de identidad de género^{2,3}. Sin embargo, los derechos de atención de salud aún no están garantizados para un porcentaje de la población trans e intersex dado que carecen de una asistencia sanitaria especializada⁴. Además, las temáticas relacionadas a la atención de salud respecto a la población LGBTIQ+ no han sido ampliamente estudiadas en Chile⁵ y, por lo tanto, se carece de información sobre cómo se percibe la atención a esta población⁶.

Heteronormatividad y género

Para entender la temática es fundamental visibilizar dos conceptos que rigen la sociedad: género y heteronorma. El género es entendido por el Instituto Nacional de Mujeres como “un proceso sociopolítico que articula las representaciones y

significados sociales atribuidos a mujeres y hombres con la estructura material y con las normas y reglas que ordenan y regulan el acceso y control de los recursos”⁷. Este se relaciona con la heteronorma, la cual se define como la obligatoriedad cultural por la opción de la heterosexualidad, que se considera como la orientación sexual adecuada, normal, deseable y única⁸. Esto genera actitudes diferenciales frente a las personas LGBT, en donde se asocia ser homosexual como algo negativo⁹.

La población LGBTIQ+ en el mundo

Se considera que la población LGBTIQ+ se constituyó como tal en 1969 en Estados Unidos¹⁰. En Chile, el movimiento se impulsó con la creación del Movimiento de Liberación Homosexual (MOVILH) en 1991, con el objetivo de “visibilizar la realidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros y transexuales (LGBT) en los espacios públicos y privados, diseñar acciones jurídicas, legislativas, culturales, sociales y económicas destinadas a erradicar la violación a los derechos humanos de las minorías sexuales”¹¹.

Dentro de esta comunidad, las personas transgénero informan barreras en acceso y atención de salud, evidenciando discriminación e invalidez de identidad, resultando en el deterioro de salud mental o salud física⁸. Si bien la heteronormatividad social es transversal para los subgrupos de la comunidad

*Correspondencia: bcarrasco@udd.cl
2020, Revista Confluencia, 3(2), 108-113



LGBTIQ+, la mayor parte de las investigaciones están enfocadas en la división “No LGBTQ” y “LGBTQ” sin indagar en los subgrupos de la comunidad misma ni tampoco en sus necesidades, dificultando el acceso, uso y atención de salud, a diferencia de la población “No LGBT”⁸.

Por otro lado, la población transgénero presenta signos de disconformidad del sexo¹¹, debido a lo cual, a futuro, tienden a tener bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, trastornos psiquiátricos, ideación suicida y suicidio, siendo uno de los problemas de salud importante para ellos (término inclusivo para referirse a la diversidad de género)¹¹.

Caracterización de la población LGBTIQ+ en Chile

En Chile no existe literatura específica respecto a la caracterización de la población LGBTIQ+, y la información escasa y poco precisa, especialmente en la población trans debido a que se identifican como “hombre” o “mujer” en vez de transgénero, además de que usualmente no se incluye la categoría “no binario”⁵. Aun así, la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2017, incluyó preguntas específicas con el fin de caracterizar a esta población relacionadas con orientación sexual e identidad de género¹².

Barreras y facilitadores en la atención de salud

Existen modelos teóricos relacionados con la atención de salud que buscan ilustrar el acceso a esta y contemplar las necesidades en diversas poblaciones. Hirmas¹³ expone la identificación de elementos que impiden el logro de una atención efectiva siendo denominados barreras, donde se incluye el estigma social, creencias y mitos, desconfianza en los equipos de salud y tratamientos, temor de atenderse en un servicio y valor de consulta, exámenes y tratamientos. Por otro lado, se analizará aquellos que ayudan denominados facilitadores, comprendiendo las redes de apoyo, reducción de riesgo, adaptación de los servicios y comunicación profesional-paciente¹³. Además, expone el “Modelo de cobertura efectiva” de Tanahashi, el cual establece que existe una interacción dentro del proceso de acceso, dada por provisión de servicios hacia la población influenciada, por características del sistema de salud y recursos según el reconocimiento de necesidades y búsqueda de atención¹³.

Por otro lado, el proceso de una salud efectiva consta de cuatro dimensiones, siendo estas: i) disponibilidad, entendida como disponibilidad de servicio del centro de atención, recursos humanos, equipos e infraestructura; ii) accesibilidad, asociada a la distancia o conectividad, organizacional según requisitos y modalidades para obtener la atención y financiera según gasto de bolsillo de la persona; iii) aceptabilidad, la cual depende de la percepción de las prestaciones, esto se ve influenciado por factores

sociales, culturales, creencias, normas y trato; y iv) contacto con el servicio, la cual se entiende como continuidad de atención mediante adaptación de los servicios de salud, sumado a la calidad de atención. Todo esto se traduce a “cobertura efectiva”¹³.

Este modelo facilita analizar la equidad en el acceso a la atención de salud e identificar las necesidades de grupos específicos, objetivando las barreras y facilitadores hacia una cobertura efectiva¹³.

Dadas las definiciones y etapas mencionadas, surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son las barreras, facilitadores y buenas prácticas para la atención de salud de la población LGBTIQ+?, desprendiéndose el objetivo general: Identificar barreras, facilitadores y buenas prácticas para la atención de salud de la población LGBTIQ+.

Se presentará la metodología, luego el desarrollo donde se expondrá el análisis de resultados junto a la discusión y finalmente las conclusiones.

METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica se realizó a través de plataforma de búsqueda PUBMED con estrategias de búsquedas basadas en términos MESH, el objetivo general busca identificar barreras, facilitadores y buenas prácticas para la atención de salud de la población LGBTIQ+. A partir de este se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Describir las barreras para la atención de salud de la población LGBTIQ+
- Describir los facilitadores para la atención de población LGBTIQ+
- Identificar buenas prácticas para la atención de salud de la población LGBTIQ+

Se realizaron cuatro búsquedas bibliográficas donde se utilizaron los términos MESH “Sexual and Gender Minorities” y “Health Personnel” para abarcar las poblaciones a estudiar; “Health Services Accessibility” para barreras y facilitadores, y “Health Equity” y “Attitude of Health Personnel” para buenas prácticas.

Se empleó el operador booleano AND, obteniendo 1045 artículos, y se aplicaron los filtros “10 years”, “review” and “systematic review”, obteniendo 141 estudios, de los cuales se incluyeron 13 artículos leídos a texto completo para esta revisión. Se describe en la Figura 1 el diagrama de búsqueda.

Se incluyeron artículos con temáticas de población LGBTIQ+ y profesionales que fueran del área de la salud, además de seleccionar aquellos que abordan barreras, facilitadores y buenas prácticas para la atención de salud de esta comunidad. Se excluyeron aquellos que tuvieran enfoque en la patología del paciente LGBTIQ+, abordaje de población cis-heterosexual y menores de 18 años.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda en otras fuentes y literatura gris, recopilando 15 textos e



incorporando 2 artículos en el análisis de resultados. También se realizó una búsqueda aislada con el término “Chile”, sin embargo, no surgieron resultados, lo que evidencia la falta de estudios sobre esta temática en el país.

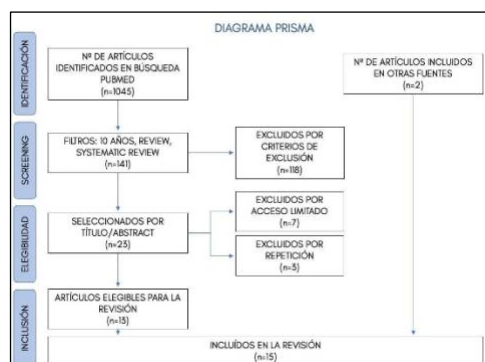


Figura 1. Diagrama de búsqueda PRISMA

RESULTADO Y DISCUSIÓN

A partir de las estrategias de búsqueda realizadas durante el mes de mayo del 2020 en la plataforma PubMed, se obtuvo un total de 141 artículos, siendo seleccionados 13 estudios. Sumado a esto, desde otras fuentes se agregan 2 estudios, quedando un total de 15 artículos incluidos en este análisis.

La totalidad de los artículos encontrados a través de la búsqueda en PubMed se encuentran en idioma inglés, poseen una antigüedad máxima de 10 años y mayoritariamente trataron de revisiones sistemáticas donde el foco de estudio era la atención de salud de la población LGBTIQ+.

A continuación, se describen los principales resultados derivados del análisis de los artículos, ordenados de acuerdo con los objetivos específicos planteados.

Barreras en el acceso y en la atención de salud de la población LGBTIQ+

Existen barreras tanto en el acceso como en la atención de salud a la población en estudio.

La primera barrera de acceso evidenciada expone la falta de seguros en salud que cubran atenciones e intervenciones a esta población, lo que se traduce en un retraso al acceso oportuno a los servicios de salud preventivos¹⁴.

La segunda barrera es el conocimiento sobre las intervenciones en personas trans como el proceso de reasignación sexual en Chile. Estas prácticas no se realizan en todos los hospitales del país. Por último, existe temor de parte de las personas asexuales y queer a que su orientación sexual sea patologizada por parte de los profesionales y en consecuencia prefieren no consultar cuando lo necesitan^{15,16}. Se describe en la Tabla 1 los artículos seleccionados y los principales hallazgos.

Respecto a la atención, se identifica como principal barrera la discriminación por parte de los profesionales de la salud hacia la comunidad debido

a prejuicios religiosos y culturales^{16,18}.

Tabla 1: Barreras para la atención de salud de la comunidad LGBTIQ+

Autor (año)	Resultados principales descritos en el artículo
Albuquerque et al (2016)	Los estudios revelan que la población homosexual tiene dificultades de acceso a los servicios de salud como resultado de las actitudes heteronormativas impuestas por los profesionales de la salud. La asistencia discriminatoria implica violaciones de los derechos humanos en el acceso a los servicios de salud.
Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards L (2018)	Se evidencia una desventaja en la población LGBTIQ+ respecto a la comunidad heterosexual en cuanto a temáticas de salud mental, siendo mayor en ellos los niveles de abuso de sustancias, depresión, violencia y suicidio.
Corcoran N (2017)	Se destaca la importancia de cambiar las áreas de práctica en las organizaciones de atención médica para apoyar más a las mujeres lesbianas y bisexuales y sus necesidades de salud.
Crispi F, et al. (2018)	Aportar con herramientas para que estudiantes y profesionales de la salud puedan incidir en la creación de políticas públicas con enfoque de género. Sin embargo, el objetivo más importante está en abrirnos a deconstruir la práctica tanto profesional como cotidiana.
Dorsen C (2012)	Los mejores predictores de positivismo en las actitudes de la enfermera hacia los pacientes de minorías sexuales son una mayor educación aumento del contacto personal o profesional con personas LGBT, disminución religiosidad o pertenecer a una denominación más "aceptable".
Jones C, Hayter M, Jomeen J (2017)	Evidencia anecdótica, sugiere que varias personas asexuales autoidentificados eligen no revelar su orientación sexual a los profesionales de la salud por miedo a ser patologizados, problematizado o juzgado, dada su orientación sexual.
Snyder M (2018)	Al momento de atender a una persona lesbiana y se le pregunta por su esposo, asumiendo que es una persona heterosexual, lo que genera distanciamiento entre los centros de salud y las minorías sexuales, siendo esta una invisibilización de las necesidades de la comunidad misma.
Stewart K, O'Reilly P (2017)	Hay que eliminar la heteronorma en la salud y se debe incluir las necesidades en salud de la comunidad LGBTIQ+ en la educación superior.

Esto se asocia a la heteronorma ejercida por parte del personal, donde se asume que el paciente es cisgénero y heterosexual, traduciéndose en disminución de la percepción de riesgo por parte de los profesionales a que esta población contraiga enfermedades de transmisión sexual^{14,16,19,20}.

Además, se describe como barrera dentro de la población trans, los profesionales de salud se niegan a examinar los genitales de ellos producto del estigma asociado²¹.

Existe una desventaja en la población LGBTIQ+ respecto a la comunidad heterosexual en cuanto a salud mental, donde existe un aumento en abuso de sustancias, depresión, violencia y suicidio¹⁴.

Finalmente, por las malas experiencias previas, se reduce la frecuencia de las consultas de las atenciones de salud²².

Retomando el modelo de Tanahashi de “cobertura efectiva” expuesta en la introducción, se puede relacionar el objetivo específico de barreras a dos dimensiones del modelo. Primero, en cuanto a la



dimensión de aceptabilidad, el profesional se puede ver limitado por una estructura social heteronormada que no le permite velar por una atención integral a sus pacientes LGBTIQ+ y, por lo tanto, no es capaz de proveer un entorno seguro libre de discriminación²².

Respecto a la dimensión de accesibilidad, se ve limitada la cobertura efectiva dada la mala percepción de la calidad de la atención, lo que podría generar complicaciones de salud a esta comunidad.

Facilitadores para atención de salud de la población LGBTIQ+

Dentro de los facilitadores identificados para la atención de salud de la población LGBTIQ+, se expone la competencia cultural, entendida como el “conjunto de actitudes, conductas y políticas que de forma coherente permiten a una institución o un profesional trabajar eficazmente en comunidades diversas”²³.

Se considera una herramienta para una atención efectiva, ya que al estar presente dentro del perfil del profesional que atiende, existe una mejoría en la experiencia de atención percibida por el paciente, promoviendo la equidad en salud para esta población²⁴.

Los estudios indican la existencia de recursos curriculares educativos que podrían ser utilizados por los profesionales de salud para tener más competencias, pero estos no están siendo integrados en la práctica, por lo que se desprende que la educación existente no es suficiente²⁵. Es por esto que se propone incorporar estos recursos dentro de la malla curricular de las universidades, donde se entreguen conceptos básicos, actitudes positivas y la habilidad para brindar atención médica inclusiva a través de estrategias educativas e implementación clínica. También es importante que exista una capacitación a los docentes sobre estas temáticas²⁵. Para que estas propuestas den resultados positivos en diferentes partes del mundo se requiere de enfoques personalizados que respondan las necesidades particulares de cada lugar²⁵.

Respecto a este objetivo, se relaciona con dos dimensiones del modelo de Tanahashi, en primer lugar, existe una relación entre el concepto de competencia cultural y la dimensión de aceptabilidad, desprendiendo que, al entregar herramientas a los profesionales que amplíen sus competencias culturales serán capaces de entregar atenciones de salud más atingentes a las necesidades de la población con mayor enfoque integral¹³.

Es importante la enseñanza a estudiantes de pregrado, ya que al existir esta instancia en el proceso formativo, es más probable la interiorización de estos conocimientos²⁴.

Según la dimensión de disponibilidad, existe una relación con la educación al tener capacitaciones sobre varias temáticas o procesos como, por ejemplo, la reasignación sexual en Chile⁶.

Si bien la existencia de estos procesos es algo positivo y facilita la atención de esta población, es escaso y se realiza solo en algunas partes de Chile lo que genera una dificultad para personas que vivan en una región donde no exista el servicio, considerando que necesitará obtener información sobre el tema, lugares donde asistir y costos de traslado y alojamiento. Se describe en la Tabla 2 los artículos incluidos en el análisis a modo de facilitar la comprensión de los resultados.

Tabla 2: Facilitadores que poseen los profesionales de salud para la atención de población LGBTIQ+

Autor (año)	Resultados principales descritos en el artículo
Keuroghlian A, Ard K, Makadon H. (2017)	Los conceptos básicos, el lenguaje y las actitudes positivas pueden inculcarse junto con la habilidad para brindar atención médica inclusiva, a través de estrategias educativas y la implementación clínica. Se puede enseñar a los estudiantes de pregrado del área de la salud a: (1) no hacer suposiciones sobre la identidad de género u orientación sexual de una persona en función de su expresión de género; (2) reconocer los términos de uso común dentro de la comunidad LGBTIQ+ que varían según la persona, lugar y hora (3) tener una comprensión del proceso de afirmación de género para las personas transgénero, así como las intervenciones médicas que los pacientes pueden buscar. Se requiere la capacitación de docentes del área de la salud que pueden carecer de experiencia en el área LGBT. Cuidar las necesidades de salud de los pacientes LGBT también implica la creación de entornos de atención médica que responda a las necesidades, sensibilidades y desafíos culturalmente específicos que varían en todo el mundo.
Radix A, Maingi S. (2018)	La capacitación sobre la atención de estas personas es una herramienta para una atención efectiva, ya que al estar presente dentro del perfil profesional que atiende, existe una mejoría en la experiencia de atención percibida por el paciente LGBTIQ+, promoviendo la equidad en salud para esta población.

Buenas prácticas para la atención de salud de la población LGBTIQ+

Las buenas prácticas son una acción, proyecto, programa o proceso que genera resolución de un problema. Estas generan nuevos conocimientos, permitiendo realizar una comparativa de las prácticas de distintos centros sobre las acciones que toman frente a una deficiencia que pueda existir²⁶. Se considerarán buenas prácticas las experiencias concretas que han acercado la salud a esta comunidad y mejorado la atención en salud, considerando protocolos, programas, material educativo y espacios amigables dentro de los centros de salud. Estas se relacionan con la dimensión de “contacto con el servicio” de Tanahashi.

En primer lugar, se analizan intervenciones sobre necesidades de la población LGBTIQ+ tales como capacitaciones, focus group y charlas donde se demostró que hubo un cambio de actitud en los profesionales que recibieron esta intervención, generando mejores anamnesis, dejando los juicios de valor de lado y con un aumento en los niveles de



comodidad al atender a los pacientes^{18,27}. También se observó un mayor impacto cuando hay capacitaciones para profesionales, donde puedan abordar dudas y temores que existiesen dentro de las atenciones, estableciendo espacios para que estos también aprendan sobre la comunidad en sí misma^{18,28}. Esto se ve reflejado en estudios donde se demuestra la disminución de factores de riesgo en personas de la misma comunidad, al recibir una atención integral por parte de los profesionales²⁹.

Existen programas que son utilizados por centros de salud en donde hay espacios protegidos que hacen sentir más cómodo a los pacientes⁴, aunque estos son escasos y están dirigidos a la población trans con intervenciones quirúrgicas destinadas a un mejoramiento de su calidad de vida.

Existe un vacío de conocimientos sobre buenas prácticas, donde no se ahondan en acciones concretas que pudiesen ser aplicadas ni tampoco en experiencias de programas específicos para la población LGBTIQ+. Además, es poca la evidencia de centros que aseguren una atención continua a los pacientes, pues no se aplican las escasas herramientas que poseen los profesionales de la salud en cuanto al trato de estas personas, distanciando la relación entre el paciente y el centro asistencial, interfiriendo directamente en la calidad y cobertura efectiva de la salud de la población LGBTIQ+. En la Tabla 3 se presentan los artículos seleccionados para el análisis.

Tabla 3: Buenas prácticas para la atención de salud de la población LGBTIQ+.

Autor (año)	Resultados principales descritos en el artículo
Hunt R, et al (2019)	Personal de salud y futuros estudiantes que sean culturalmente competentes, empáticos, sin prejuicios ni discriminación, se ocupe lenguaje adecuado y entregue información completa.
Morris et al. (2019)	Las intervenciones educativas centradas en el sesgo fueron efectivas para aumentar el conocimiento de los problemas de salud LGBTQ. Las intervenciones de aprendizaje experimental fueron efectivas para aumentar los niveles de comodidad al trabajar con pacientes LGBTQ.
Ruben M, Livingston N, Berke D, Matza A, Shipherd J (2019)	La mayoría de los veteranos LGBT informaron haber experimentado discriminación basada en LGBT en la atención médica, lo que se asoció con tasas más altas de consumo de tabaco y menos comodidad para revelar su identidad LGBT a los proveedores. También encontramos evidencia de moderación, de tal manera que la comunicación con el proveedor de alta calidad pareció amortiguar estas asociaciones.
Sekoni A, Gale N, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K (2017)	Es necesario incluir salud sexual y necesidades en salud de la comunidad LGBTIQ+ en la malla curricular de los estudiantes del área de la salud para entregar los conocimientos y habilidades adecuadas para tener una salud equitativa.

CONCLUSIÓN

Este estudio logra identificar las principales barreras, facilitadores y buenas prácticas para la atención de población LGBTIQ+, obteniendo información para responder la pregunta de investigación y cumplir los objetivos. A partir de los

textos analizados, se puede decir que, si bien se trata de educar de manera integral a los profesionales de salud, esto no se ve reflejado a la hora de atender a un paciente perteneciente a la comunidad.

Es por esto que se deben incluir estas temáticas en las mallas curriculares de universidades para poder entregar una atención integral con la información correspondiente, junto a más estudios que analicen la situación de esta formación de pregrado en Chile, cómo se están llevando a cabo las intervenciones y cómo se han sentido los pacientes con estas.

Por otro lado, se considera necesario realizar más cambios de tipo administrativos para que puedan acceder a las prestaciones de salud, disminuir la prevalencia de enfermedades como ITS o trastornos psiquiátricos, logrando una salud equitativa y de calidad para toda la población, ya que si bien ha habido cambios en la ley, continúa fallando la atención manteniendo las barreras descritas anteriormente.

Por último, la enfermería es la profesión que se encarga de velar por el cuidado de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, donde debemos pesquisar alteraciones de salud psicosociales y biomédicas y existe la responsabilidad de estar preparadas para atender las necesidades específicas de la comunidad. Es fundamental la implementación de buenas prácticas tanto asistenciales como actitudinales para pesquisar de manera temprana alteraciones de salud psicosociales y biomédicas, acorde a las necesidades de la población.

Respecto a las limitaciones del estudio, "barreras y facilitadores" no tienen términos MeSH o DeCS, por lo que fue necesario adaptarlos. También, fue imposible encontrar información respecto a la situación en Chile, por la escasez de información, lo que demuestra que es necesario indagar más del tema a nivel país.

Por otro lado, la información encontrada es específica y acotada, donde habla en su mayoría de homosexuales, bisexuales y trans, por lo tanto, falta indagar en las experiencias y necesidades específicas otros subgrupos de la comunidad, tales como queer, asexuales y travestis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Movimiento de Liberación Homosexual. Historia [Internet]. 2019 [citado el 16 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.movilh.cl/quienes-somos/historia/>
- Lagos R, Perez L, Escalona C, Rincon X, Letelier JP. Reconoce y da protección al derecho a la identidad de género [Internet]. 2018. Disponible en: <http://bcn.cl/2bbfk>
- Movimiento de Liberación Homosexual. Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas. [Internet]. 2010 [citado el 16 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.movilh.cl/documentacion/educando_en_la_diversidad_2da_edicion_web.pdf
- Álvarez J, Del Pino S, Saavedra MB, Vial T. Informe Anual Sobre Derechos Humanos en Chile en 2017. Centro Derechos Humanos Universidad Diego Portales [Internet]. 2017 [citado el 16 de agosto de 2020];419-63. Disponible en:



- <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/imagenes/InformeAnual/2017/10-derechos LGTBI.pdf>
5. Zapata Pizarro A, Díaz Díaz K, Barra Ahumada L, Maureira Sales L, Linares Moreno J, Zapata Pizarro F. Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Rev Med Chil* 2019;147(1):65-72.
 6. Crispi F, González F, Franz N, Viveros G, Catalán M, Pantoja de Prada V, et al. Manual de formación. Género y Salud [Internet]. 2018 [citado el 16 de agosto de 2020];1-112. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual_Genero_Final.pdf
 7. Instituto Nacional de Mujeres. Glosario de género [Internet]. México DF; 2007 [citado el 16 de agosto de 2020]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf
 8. MacApagal K, Bhatia R, Greene GJ. Differences in Healthcare Access, Use, and Experiences Within a Community Sample of Racially Diverse Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Emerging Adults. *LGBT Heal*. 2016;3(6):434-42.
 9. García Suárez CI. Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia. *Colomb Divers* [Internet]. 2007 [citado el 16 de agosto de 2020];72. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45318/1/9789584421685.pdf>
 10. Bateman GW. Gay Liberation Font. In: GLBTQI [Internet]. 2015 [citado el 16 de agosto de 2020]. p. 1-2. Disponible en: http://www.glbqtarchive.com/ssh/gay_liberation_front_S.pdf
 11. Vance SR, Ehrensaft D, Rosenthal SM. Psychological and Medical Care of Gender Nonconforming Youth. *Pediatrics*. 2014;134(6):1184-92.
 12. Ministerio de Desarrollo Social. Chile. Diversidad sexual. Orientación sexual e identidad de género. [Internet]. 2017 [citado el 16 de agosto de 2020]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php
 13. Hirmas Aduy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepulveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33:223-9.
 14. Baptist-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards L. Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017;44(1):71-80.
 15. Jones C, Hayter M, Jomeen J. Understanding asexual identity as a means to facilitate culturally competent care: A systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):3811-31.
 16. Stewart K, O'Reilly P. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Educ Today*. 2017;53:67-77.
 17. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Henrique Alves MJ, Moreira Belém J, Figueiredo, Winter dos Santos F, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual and transgender person: Systematic Literature Review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016;16(2).
 18. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21624.
 19. Corcoran N. Promoting health in lesbian and bisexual women: it is not just about behaviour change. *J Clin Nurs*. 2017;26(21-22):3742-50.
 20. Snyder M. Health Care Experiences of Lesbian Women. *Adv Nurs Sci*. 2019;42(1):E1-21.
 21. Dorsen C. An integrative review of nurse attitudes towards lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Can J Nurs Res [Internet]*. 2012 [citado el 16 de agosto de 2020];44(3):18-43. Disponible en: <https://europemc.org/article/med/23156190>
 22. Lerner JE, Robles G. Perceived Barriers and Facilitators to Health Care Utilization in the United States for Transgender People: A Review of Recent Literature. *J Health Care Poor Underserved*. 2017;28(1):127-52.
 23. Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs MR. Towards a culturally competent system of care. EEUU: Georgetown University Child Development Center; 1989 [citado el 16 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://spu.edu/~media/academics/school-of-education/Cultural-Diversity/Towards-a-Culturally-Competent-System-of-Care-Abridged.aspx>
 24. Radix A, Maingi S. LGBT Cultural Competence and Interventions to Help Oncology Nurses and Other Health Care Providers. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34(1):80-9.
 25. Keuroghlian AS, Ard KL, Makadon HJ. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sex Health*. 2017;14(1):119.
 26. Piqué Prado E. Guía de buenas prácticas en Atención Primaria con perspectiva de género. *Index Enferm [Internet]*. 2011 [citado el 16 de agosto de 2020];20(4):267-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300012&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300012
 27. Morris M, Cooper RL, Ramesh A, Tabatabai M, Arcury TA, Shinn M, et al. Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):325.
 28. Hunt R, Bates C, Walker S, Grierson J, Redsell S, Meads C. A Systematic Review of UK Educational and Training Materials Aimed at Health and Social Care Staff about Providing Appropriate Services for LGBT+ People. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(24):4976.
 29. Ruben MA, Livingston NA, Berke DS, Matza AR, Shipherd JC. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Veterans' Experiences of Discrimination in Health Care and Their Relation to Health Outcomes: A Pilot Study Examining the Moderating Role of Provider Communication. *Heal Equity*. 2019;3(1):480-8.

Cómo citar

Benavides A, Carrasco B, Chávez C, Garrido V, Orellana MJ. Barreras, facilitadores y buenas prácticas en la atención de salud a población LGBTIQ+: Una revisión bibliográfica. *Rev. Conflu [Internet]*. 30 de diciembre de 2020 [citado 22 de enero de 2025];3(2):108-13. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/472>