

Representaciones sociales del personal de salud sobre Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) desde una perspectiva de géneros y diversidad (CABA, 2023-2024)



■ **Por Paula Belén Rojo**

■ Farmacéutica (UBA), Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad ISALUD), Diplomada en Salud Ambiental (UNR). Auditora de calidad en la ANMAT, área de productos cosméticos. Coordinadora del Grupo de Trabajo Tecnologías Sanitarias del Observatorio de Justicia Sanitaria y Climática. Docente e investigadora en salud pública, regulación sanitaria y políticas con enfoque de género, diversidad y derechos humanos.

■ **Directora de tesis:** Mg. María Natalia Echegoyemberry

■ **Jurado externo:** Mg. María Marta Cozarín.

■ **Jurados internos:** Mg. Romina Duarte y Mg. María Paula Esquivel.

Introducción

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), que incluyen la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, constituyen un conjunto de patologías crónicas, inmunomediadas y de curso impredecible, cuyo impacto trasciende lo biológico y abarca dimensiones psicológicas, sociales y simbólicas vinculadas al género y la diversidad sexogenérica.

En Argentina, su baja prevalencia las ubica dentro de las Enfermedades Poco Frecuentes (EPOF) según la Ley 26.689/2011, que comprende aquellas con una prevalencia igual o inferior a 1 en 2.000 personas. La investigación sobre estas patologías, también denominadas enfermedades raras, es limitada y dispersa,

con escasa coordinación y ausencia de políticas específicas, lo que genera demoras diagnósticas y barreras en el acceso a la atención (Posada et al., 2008).

Debido a su baja prevalencia, el conocimiento médico es restringido, los diagnósticos suelen ser tardíos (tras consultar entre 6 y 13 especialistas) y el inicio del tratamiento puede demorarse hasta ocho años en promedio (Cortés, 2015; Glanc & Del Prete, 2021; Eurodis, 2005).

Desde una perspectiva social y de derechos humanos, las EII deben entenderse no solo como un cuadro médico, sino como una experiencia situada en cuerpos atravesados por el género, la diversidad y la desigualdad. Las mujeres y personas LGBTTIQ⁺, enfrentan un doble con-

1. La sigla LGBTTIQ+ agrupa a Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transgénero, Transexuales, Intersexuales y personas Queer. Su forma evoluciona al incorporar nuevas identidades y orientaciones, visibilizando a quienes no se ajustan a los modelos hetero-cisnormativos. El signo (+) amplía la inclusión hacia otras expresiones de género y sexualidad, reflejando la diversidad y el carácter dinámico de estos conceptos

dicionamiento: el de la enfermedad y el de las estructuras que reproducen exclusión, sesgos, prejuicios y estigma.

Tajer (2012) advierte que el modelo biomédico, al pretender neutralidad, invisibiliza las diferencias de género y las desigualdades que atraviesan las experiencias de cuidado; Butler (2001) y Rubin (1975) muestran cómo el sistema sexo-género regula las identidades, definiendo qué cuerpos son legítimos. En salud, esta matriz se traduce en prácticas androcéntricas y heteronormativas que afectan accesibilidad, trato y continuidad del cuidado (Echegoyemberry, 2018; Lenta, 2021).

Incorporar la perspectiva de género en salud implica reconocer la salud como un proceso socialmente determinado (Menéndez, 1990; Breilh, 2003). Echegoyemberry (2018) plantea que su transversalización exige formación profesional, adecuación institucional y gestión sensible a la diversidad, incluyendo la revisión de protocolos y registros conforme a la Ley 26.743 de Identidad de Género y los compromisos internacionales asumidos (ONU Mujeres, 2020).

La diversidad, como dimensión constitutiva de la ciudadanía sanitaria, requiere reconocer la pluralidad de identidades y cuerpos. Schenck (2018) advierte que la falta de sensibilidad institucional perpetúa exclusiones; Beltrán y Flores (2022) proponen estrategias de atención respetuosas y culturalmente competentes; y Palma y Orcasita (2019) subrayan la importancia de la confianza para reducir el estigma y humanizar el cuidado.

El derecho a la salud, definido por la OMS (2001), supone disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y equidad. Comes et al. (2007) amplían la noción al incluir la accesibilidad simbólica, reconociendo que los imaginarios y representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad también pueden obstaculizar o facilitar el acceso, tanto desde los usuarios como desde los propios trabajadores de salud, aun con recursos materiales disponibles. La falta de reconocimiento o la percepción de maltrato funcionan como barreras invisibles. Fleury (2002) agrega que la “peregrinación sanitaria” implica trayectorias fragmentadas, desgaste emocional y burocrático.

Esta mirada articula la accesibilidad simbólica con los principios de equidad, dignidad y responsividad

(OMS, 2001): equidad como corrección de desigualdades, dignidad como trato respetuoso, y responsividad como sensibilidad institucional. En las EII, estas dimensiones resultan claves para superar el reduccionismo biomédico y avanzar hacia una atención integral, equitativa y centrada en el sujeto.

La teoría de las representaciones sociales (Moscovici, 1961; Jodelet, 1986; Abric, 2001) aporta una lente para comprender cómo el personal de salud construye significados sobre la enfermedad y quienes la padecen. Estas representaciones orientan prácticas y reproducen valores sociales, influyendo en si los pacientes son percibidos como sujetos activos o cuerpos problemáticos. Su análisis permite identificar sesgos y vacíos formativos que obstaculizan la humanización del cuidado.

Finalmente, la perspectiva interseccional (Crenshaw, 1991; López & Gadsden, 2016) integra los múltiples ejes que configuran la desigualdad sanitaria (género, clase, orientación sexual, discapacidad, territorio), evidenciando que las experiencias no pueden abordarse desde un único eje. Este enfoque impulsa el diseño de políticas y prácticas que garanticen justicia sanitaria, participación activa y transformación institucional, pilares para una atención verdaderamente inclusiva y con enfoque de derechos humanos, especialmente hacia mujeres y disidencias sexogénicas², quienes se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad debido a la intersección de estas desigualdades.

El problema que motiva la investigación

Las EII han sido abordadas principalmente desde una mirada biomédica; sin embargo, persisten vacíos en torno a las representaciones sociales que el personal de salud construye sobre estas patologías, especialmente

2. El término “disidencias sexogénicas” —así como sus sinónimos “diversidad sexual”, “diversidad sexogénica”, “diversidades sexuales y de géneros no normativos”, “disidencias sexuales” o “colectivo de la diversidad sexual”— suele asociarse con las personas LGTTBIQ+, aunque su alcance varía según el contexto. En algunos casos se utiliza para referir únicamente a las personas LGB (excluyendo a las identidades trans), y en otros, a las personas LGBTI, reconociendo que las personas intersex han sido históricamente invisibilizadas, incluso dentro de la literatura y los discursos sobre diversidad sexual.

cuando se entrecruzan con el género y la diversidad sexogenérica. Dichas representaciones modelan percepciones y prácticas que pueden reproducir desigualdades y condicionar la accesibilidad, calidad y equidad en la atención de mujeres y personas LGTTBIQ+, afectando el ejercicio pleno del derecho a la salud.

En el contexto argentino, particularmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el período 2023-2024, confluyen avances normativos y tensiones políticas que inciden directamente en el acceso equitativo a la salud.

Si bien el país cuenta con la mayor prevalencia de EII en la región (Kotze et al., 2020) y una red sanitaria amplia, persiste una brecha en la atención inclusiva hacia la diversidad sexogenérica, evidenciada por el reciente relevamiento nacional de 2023³, que registró altos niveles de discriminación en el ámbito sanitario. Este escenario combina logros legislativos con retrocesos institucionales que afectan especialmente a mujeres y disidencias, reforzando la necesidad de fortalecer políticas de salud con enfoque de derechos, género y diversidad.

Analizar cómo el personal de salud percibe y aborda las EII desde esta perspectiva permite evidenciar los sesgos del modelo biomédico, los vacíos formativos y las barreras simbólicas y materiales que aún obstaculizan una atención respetuosa e inclusiva, limitando la equidad sanitaria. Este análisis resulta fundamental para promover estrategias institucionales con enfoque de derechos humanos, género y diversidad que garanticen una atención más justa y sensible a las diferencias.

Objetivos

Objetivo general

Analizar las representaciones sociales del personal de salud sobre EII desde una perspectiva de géneros

3. "El Primer Relevamiento Nacional de Condiciones de Vida de la Diversidad Sexual y de Género" (2023), realizado por el CENEP, CONICET, UNComa, UNSa, UNSAM y otras instituciones, recopiló datos de más de 15.000 personas LGTTBIQ+, constituyendo el primer estudio nacional sobre acceso a la salud, discriminación y condiciones socioeconómicas de esta población.

y diversidad durante el período 2023-2024 en CABA. Asimismo, sistematizar el marco normativo aplicable. Finalmente, generar recomendaciones para garantizar el derecho a la salud de las mujeres y personas LGTTBIQ+, con EII, que asisten a los servicios y sistemas sanitarios.

Objetivos específicos

1. Sistematizar la normativa legal referida a las EII y en relación a la perspectiva de géneros y diversidad aplicable en el sector salud (decretos, normas y protocolos) internacional, nacional y de CABA.
2. Describir las características sociodemográficas del personal de salud entrevistado.
3. Analizar las representaciones sociales del personal de salud sobre EII desde una perspectiva de géneros y diversidad durante el período 2023-2024 en CABA.
4. Sistematizar los resultados obtenidos mediante una matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).
5. Generar recomendaciones para garantizar el derecho a la salud de las mujeres y personas LGTTBIQ+ con EII, que asisten a los servicios y sistemas sanitarios.

Metodología

La investigación adoptó un enfoque cuali-cuantitativo, transversal y descriptivo, orientado a comprender en profundidad las representaciones del personal de salud desde la perspectiva de los actores sociales (Cáceres, 2003; Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2016). Esta estrategia permitió captar los sentidos y significados que las y los trabajadores construyen en sus prácticas cotidianas, considerando los procesos sociales, simbólicos y profesionales que las atraviesan (Bloch, 2010; Guber, 2001).

Se implementó una triangulación metodológica que combinó entrevistas semiestructuradas, observación participante y revisión documental, con el objetivo de abordar la complejidad del fenómeno desde múltiples perspectivas y validar los hallazgos mediante distintas

fuentes (Sampieri, 2016). Este enfoque facilitó la integración de datos cualitativos y cuantitativos, enriqueciendo la interpretación del problema y su contexto.

La revisión documental incluyó normativas vinculadas a EII, género y diversidad sexual, obtenidas de fuentes oficiales (Infoleg, Boletín Oficial, Atlas de Salud).

Las entrevistas semiestructuradas (Toñón de Toscano, 2009; Guber, 2009) se dirigieron a catorce (14) profesionales de la salud vinculados con la atención de personas con EII, dado su carácter sistémico y la presencia de manifestaciones extraintestinales (médicas/os, psicólogas, enfermero, farmacéutica, nutricionista, trabajadora social, entre otros) pertenecientes a instituciones públicas y privadas de la CABA. La selección se realizó mediante muestreo teórico e intencional (Glaser & Strauss, 1967; Bertaux, 1981; Hernández Sampieri et al., 2016), complementado con muestreo en cadena o bola de nieve, hasta alcanzar saturación teórica (Fontanella et al., 2011; Neuman, 2009).

Las entrevistas semiestructuradas constituyeron la técnica principal de recolección de datos. El guion se estructuró en torno a cuatro ejes: conocimiento normativo, formación en género y diversidad, prácticas de atención y percepciones sobre accesibilidad y calidad. Este instrumento, de carácter flexible, permitió recuperar no solo palabras, sino también percepciones, emociones y experiencias subjetivas (Toñón de Toscano, 2009; Alonso, 2017).

Las entrevistas se desarrollaron entre 2023 y 2024, de forma presencial o virtual, tras la firma del consentimiento informado. Se garantizó anonimato, confidencialidad y voluntariedad, conforme a la Ley N.º 25.326 de Protección de Datos Personales, siguiendo los principios éticos de la investigación social (Valles, 1997; Alonso, 2017).

El análisis de la información obtenida se realizó mediante la técnica de análisis temático (Boyatzis, 1998), que permitió identificar patrones, significados y tensiones en los discursos, complementado con una matriz FODA para sistematizar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas institucionales. Este

enfoque permitió organizar los hallazgos de forma integral y reflexiva.

Asimismo, se efectuó observación participante en distintos espacios de trabajo y consultas, registrando en un diario de campo aspectos de infraestructura, trato, lenguaje y accesibilidad (Guber, 2009). La posición de la investigadora, en su doble rol de profesional de la salud y paciente con EII, enriqueció la comprensión del contexto observado, aportando una mirada situada y empática.

Finalmente, se reconocen como limitaciones el tamaño reducido de la muestra y la imposibilidad de generalizar los resultados, propias del enfoque cualitativo. Sin embargo, esta metodología permitió una comprensión profunda y situada del fenómeno estudiado, aportando evidencia empírica sobre cómo las representaciones del personal de salud influyen en la equidad, la accesibilidad y la calidad de la atención (Valles, 1997).

Resultados principales

1. Marco normativo y perspectiva de derechos

Se llevó a cabo un relevamiento normativo que sistematizó las principales leyes sobre derechos de las mujeres, perspectiva de géneros, diversidad sexogenérica, discapacidad y EPOF, con énfasis en su aplicación al sector salud. Este análisis abarcó normativas internacionales, nacionales y locales, destacando aquellas vinculadas con la accesibilidad y el derecho a la salud, considerando que las EII pueden generar discapacidad visceral.

El análisis del marco legal permitió identificar un conjunto amplio y coherente de normas que garantizan el derecho a la salud con enfoque de género y diversidad en Argentina. Se destacan la Ley de Identidad de Género N.º 26.743/2012, la Ley de Protección Integral contra la Violencia hacia las Mujeres N.º 26.485/2009, y la Ley N.º 22.431/1981 sobre discapacidad, entre otras normativas relevantes.

A nivel internacional, se reconocen los tratados de derechos humanos incorporados a la Constitución

Nacional, que establecen la igualdad y la no discriminación como principios rectores. El relevamiento también incluyó disposiciones y protocolos de la CABA, orientados a promover la atención con perspectiva de derechos y diversidad en los servicios de salud.

Sin embargo, el trabajo de campo evidenció que el conocimiento del personal sanitario sobre estas normativas es fragmentario y limitado a aspectos generales. Se observó una brecha significativa entre el marco legal y su aplicación práctica, lo que genera desigualdades en el acceso y en la calidad de atención para mujeres y personas LGTTBIQ+ con EII. La falta de formación institucional, la escasa difusión de las normativas y la ausencia de mecanismos de seguimiento dificultan su cumplimiento efectivo. En consecuencia, la normativa existe, pero su implementación depende del compromiso y conocimiento individual de cada profesional o equipo de trabajo.

2. Caracterización del personal de salud entrevistado

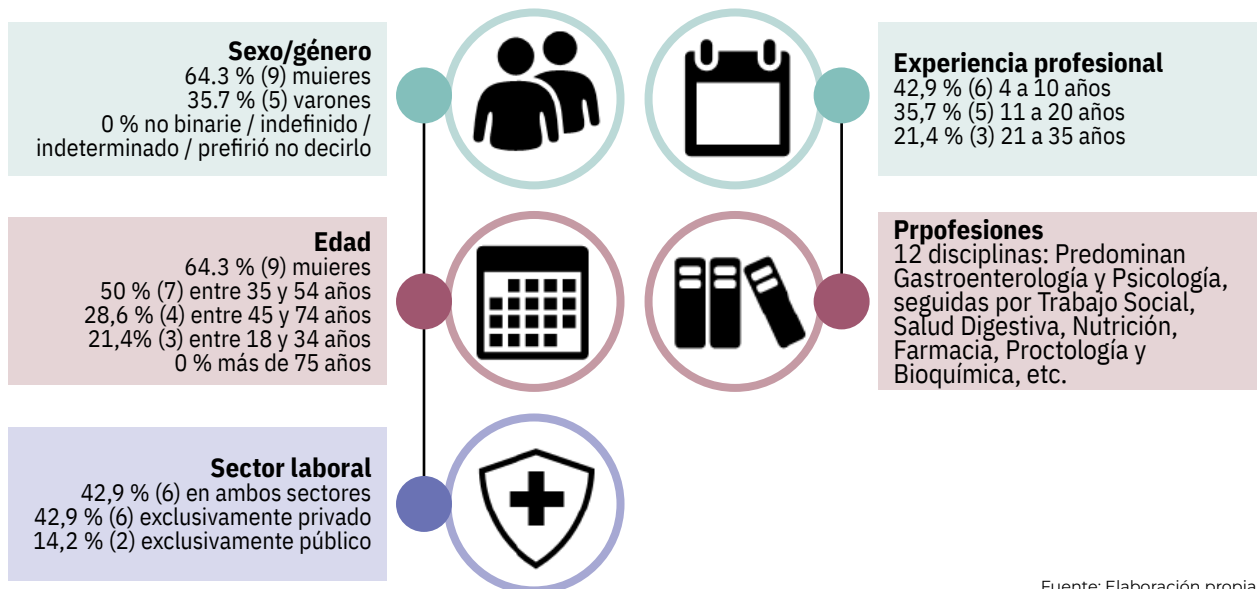
La muestra analizada (figura 1) evidencia una composición interdisciplinaria y mayoritariamente feminizada, integrada principalmente por mujeres (64,3%),

seguidas por varones (35,7%). No se registraron personas que se autopercibieran como no binarias, indefinidas o indeterminadas, ni quienes prefirieran no responder. Predominan las edades entre 35 y 54 años (50%), con trayectorias laborales medias: 42,9% cuenta con entre 4 y 10 años de experiencia, mientras que el resto se distribuye entre quienes tienen de 11 a 20 años (35,7%) y más de 20 (21,4%).

En cuanto a la formación, participaron 12 disciplinas, destacándose Gastroenterología y Psicología, junto a Trabajo Social, Nutrición, Farmacia, Proctología y Bioquímica, lo que permitió recuperar miradas clínicas, sociales y de salud mental. Respecto al ámbito laboral, la mayoría se desempeña en ambos sectores (42,9%) o en el privado (42,9%), y un 14,2% exclusivamente en el público. Los principales espacios de trabajo corresponden a consultorios y hospitales especializados en salud digestiva, además de juntas evaluadoras y atención a personas ostomizadas.

En conjunto, este perfil refleja trayectorias consolidadas y diversas, pero con un sesgo hacia contextos mixtos y especializados, lo que ofrece una mirada experta sobre la EII, aunque con menor representación de los equipos del sistema público general.

Figura 1. Composición de la muestra



Fuente: Elaboración propia

3. Representaciones sociales del personal de salud sobre las EII desde una perspectiva de géneros y diversidad: conocimientos y capacitación sobre normativa, género y diversidad sexogenérica y atención sanitaria con énfasis en accesibilidad, inclusión, capacidad de respuesta y calidad de la atención.

3.1. Conocimientos sobre normativa, perspectiva de género y diversidad sexogenérica

El análisis de las entrevistas (figura 2) evidencia un bajo nivel de conocimiento normativo y conceptual en materia de género y diversidad dentro del personal de salud. El 57 % manifestó no poseer conocimientos sobre normativas de derechos de las mujeres y un 71 % reconoció no conocer la perspectiva de género aplicada a la atención sanitaria. Solo un 7 % declaró tener un

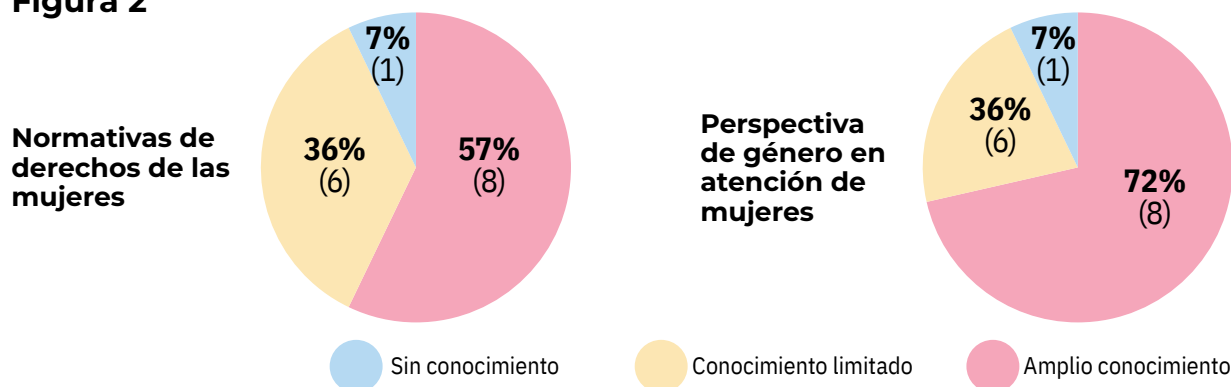
conocimiento amplio en ambos casos, lo que refleja la escasa formación específica en la materia. Una de las personas entrevistadas, expresó: *“Tengo un conocimiento básico de las leyes, pero no trabajo directamente con ellas ni las manejo al 100%; sé que existen y aplico esa perspectiva en casos de violencia y abuso, pero no es mi campo principal”*.

De modo similar, las normativas sobre derechos LGBTQ+ presentan altos niveles de desconocimiento: un 50 % sin conocimiento, un 43 % con conocimiento limitado y solo un 7 % con amplio conocimiento. Uno de los testimonios indica *“No tengo nada de idea, no trabajo con esas leyes (...), no es mi campo de acción, mi testimonio no te va a servir para tu tesis”* (figura 3).

Respecto de las herramientas para incorporar la diversidad sexogenérica, el 64 % manifestó no tener conocimiento, el 29 % señaló conocimiento limitado y apenas un 7 % indicó amplio dominio.

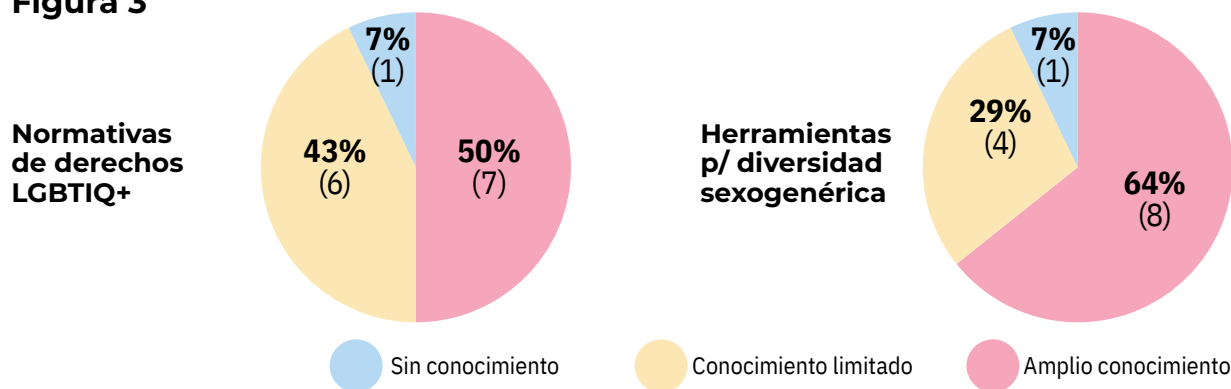
Asimismo, se constató una diferencia en el reconocimiento conceptual: mientras la sigla LGBTQ+ es

Figura 2



Fuente: Elaboración propia

Figura 3



Fuente: Elaboración propia

identificada por un 29 % con conocimiento amplio (figura 4), el término “disidencias sexogenéricas” resulta casi desconocido (87 % sin conocimiento).

3.2. Capacitación sobre géneros y diversidad sexogenérica

Los resultados obtenidos confirman que la formación en género y diversidad continúa siendo voluntaria y fragmentaria, dependiente del interés individual. La Ley Micaela aparece como principal herramienta de capacitación, aunque aún limitada en alcance. Las áreas sociales y psicológicas muestran mayor sensibilidad, mientras que las especialidades biomédicas tienden a sostener una mirada técnica.

En conjunto, los hallazgos evidencian una brecha entre el reconocimiento teórico y la aplicación práctica, donde la falta de tiempo, apoyo institucional y actualización curricular restringe la integración de estas perspectivas (figura 5).

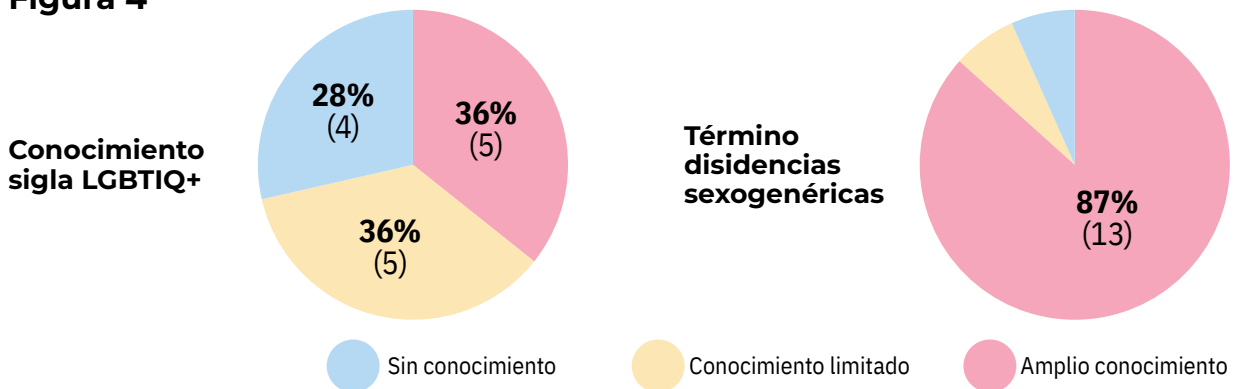
El análisis sobre la formación del personal de salud

en género y diversidad muestra una fuerte carencia de capacitación formal y continua. El 64% de las personas entrevistadas no recibió formación específica, y las que sí lo hicieron (36%) corresponden todas a menores de 45 años, sin registros de capacitación entre mayores de 50.

La formación, además, se da principalmente por iniciativa individual: solo un 21% se capacitó de manera voluntaria, mientras que el resto no lo hizo porque considera que el tema no se vincula directamente con su tarea, o por falta de tiempo y apoyo institucional (figura 6).

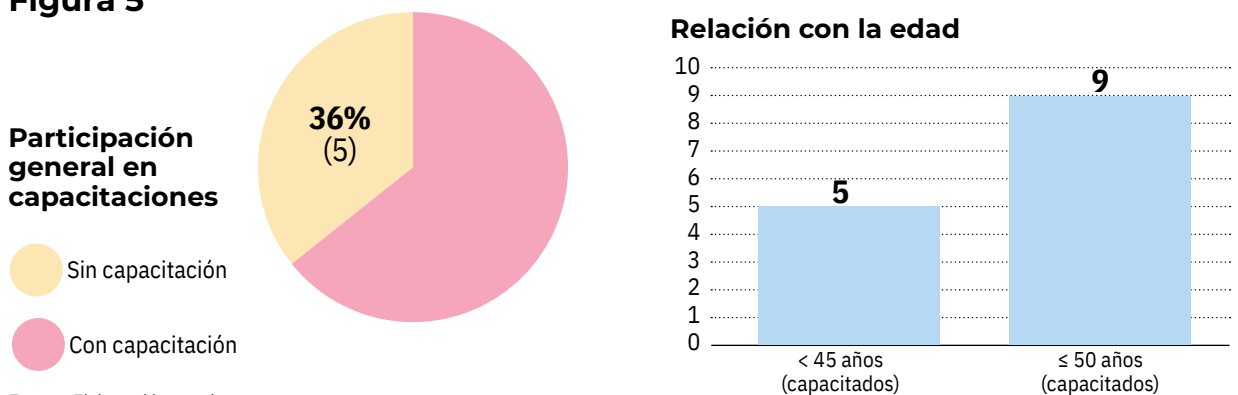
Los testimonios ilustran las brechas generacionales y estructurales identificadas. Una médica gastroenteróloga de 60 años informa que “en la facultad no se dictaban esos temas, no había tantos casos de diversidades”, mientras que un enfermero entrevistado señala que “se dedica principalmente a la técnica de colocar la bolsa de ostomía, por lo que temas como la perspectiva de género no

Figura 4



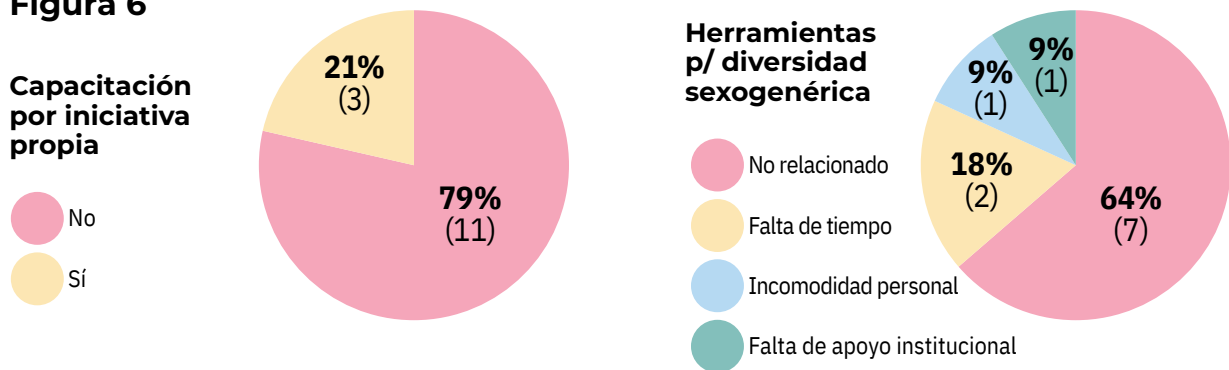
Fuente: Elaboración propia

Figura 5



Fuente: Elaboración propia

Figura 6



Fuente: Elaboración propia

forman parte directa de su labor diaria”.

En conjunto, los resultados evidencian que la capacitación en género y diversidad sigue siendo escasa, opcional y concentrada en generaciones más jóvenes, lo que reproduce desigualdades en la práctica sanitaria y limita la incorporación transversal de un enfoque inclusivo.

3.3. Atención sanitaria con un enfoque en accesibilidad, inclusión, capacidad de respuesta y calidad de la atención

El análisis evidencia que las personas con EII atraviesan trayectorias de atención extensas y fragmentadas, caracterizadas por múltiples consultas y demoras diagnósticas. Este recorrido, descrito por las y los entrevistados genera agotamiento y afecta la calidad de vida. Una médica gastroenteróloga lo sintetizó como *“una procesión para el paciente, que se debe armar de paciencia y fortaleza”*.

Entre las principales barreras identificadas se destacan la falta de conocimiento profesional, la accesibilidad económica y burocrática, las limitaciones físicas y geográficas, y la persistencia de estigmas sociales. La escasa formación sobre EII en el personal sanitario genera retrasos diagnósticos y tratamientos inadecuados. *“Los síntomas suelen confundirse con colon irritable y eso demora el diagnóstico”* expresó una profesional. A ello se suma la inaccesibilidad económica: los medicamentos biológicos, las bolsas de ostomía y las dietas especiales son de alto costo, lo que impacta en quienes carecen de cobertura médica o empleo formal. *“Los pacientes sin*

cobertura postergan la atención hasta que la enfermedad se vuelve insostenible”, sintetizó otra médica.

Las barreras burocráticas agravan la inequidad: la obtención de turnos, las autorizaciones y la fragmentación administrativa desalientan la continuidad asistencial. En el sistema público, las largas esperas y la falta de información digital reproducen desigualdades sociales. En paralelo, se evidencian obstáculos físicos (baños inadecuados, espacios laborales no adaptados, entre otros) que limitan la autonomía de las personas con ostomía. La vergüenza y el pudor en torno a los síntomas intestinales continúan siendo tabúes sociales, lo que genera aislamiento y dificultades para pedir ayuda, tal como describe una de las personas entrevistadas: *“El pudor sigue siendo un tema central y poco abordado, que repercute en la salud mental”*.

La necesidad de apoyo emocional se destacó como un eje fundamental para la adherencia terapéutica y el bienestar. Profesionales de distintas disciplinas coincidieron en que el estrés, la ansiedad y la depresión agravan los síntomas y que la intervención psicológica mejora la calidad de vida. Asimismo, se subrayó la importancia del enfoque multidisciplinario, integrando gastroenterología, nutrición, psiquiatría y trabajo social, para una atención integral y humanizada (figura 7).

Respecto de las diferencias de género, la mayoría observó que las mujeres enfrentan mayores dificultades en el manejo de la enfermedad y en el acceso a la atención sanitaria. Las responsabilidades de cuidado, las condiciones laborales precarias y las presiones culturales en torno al cuerpo y la maternidad refuerzan estas

desigualdades. “Las mujeres hacen verdaderos malabares para atenderse, entre los hijos y el trabajo”, expresó una entrevistada. Además, emergieron preocupaciones sobre la fertilidad, el embarazo y la vivencia de la sexualidad con ostomía o síntomas digestivos. En cambio, los varones tienden a postergar la consulta médica y muestran mayor resistencia a hablar de síntomas íntimos.

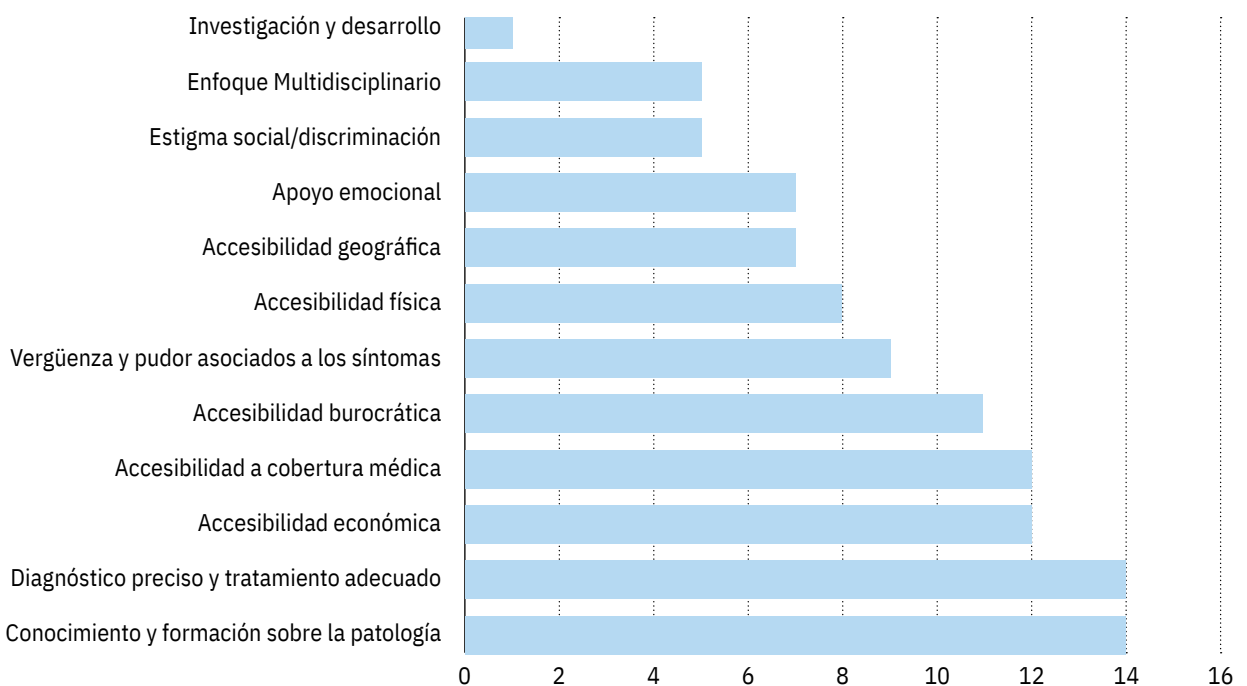
En las mujeres, la carga emocional y el estrés cotidiano agravan la vivencia de la enfermedad, con mayores niveles de ansiedad y depresión. Las presiones estéticas, la vergüenza y el estigma social por los cambios físicos o el uso de bolsas de ostomía repercuten en la autoestima y las relaciones sexoafectivas. Estas experiencias evidencian cómo los mandatos de género influyen en la salud, el cuerpo y la atención sanitaria, reafirmando la necesidad de políticas con perspectiva de equidad (figura 8).

Las personas entrevistadas también coincidieron en que las personas de diversidades sexogenéricas enfrentan barreras adicionales derivadas de la discriminación, los prejuicios y la falta de formación específica

del personal de salud. Se mencionaron actitudes estigmatizantes, suposiciones heteronormativas y comentarios inapropiados, tanto en la atención médica como en los ámbitos administrativos, como por ejemplo “Es bastante común escuchar comentarios despectivos entre colegas, lo que refleja la falta de sensibilidad y respeto”, sostiene una de las personas entrevistadas. Estos sesgos y microviolencias generan desconfianza, consultas tardías y menor adherencia terapéutica.

Asimismo, se identificó la ausencia de capacitación en diversidad sexual y de género, lo que impide ofrecer un trato respetuoso e inclusivo. Varias personas remarcaron la necesidad de adaptar la atención clínica a las particularidades anatómicas y hormonales de pacientes trans, evitando errores diagnósticos y garantizando el uso adecuado de dispositivos médicos. También se resaltó el impacto del estrés, la exclusión social y la falta de apoyo familiar sobre la salud mental y física de estas personas, así como su subrepresentación en la investigación científica y en los ensayos clínicos (figura 7).

Figura 7. Barreras en la atención a pacientes con EII según las personas entrevistadas



Fuente: Elaboración propia

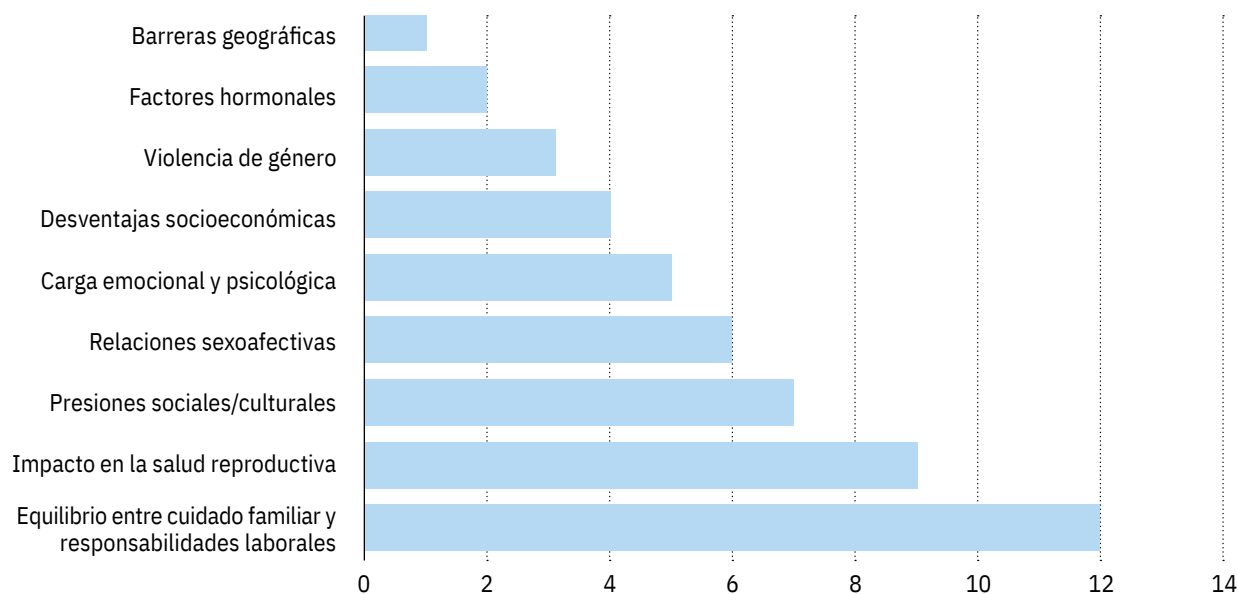
Las voces entrevistadas coinciden en que incorporar una perspectiva de género y diversidad en los servicios de salud no sólo es un imperativo ético, sino también una condición para mejorar la calidad de la atención y los resultados clínicos. Un trato respetuoso, empático y libre de prejuicios fortalece la confianza y la adherencia terapéutica, al tiempo que contribuye a reducir desigualdades estructurales. Como expresó una psicóloga entrevistada: “Un trato respetuoso mejora

la calidad de atención porque el paciente se siente comprendido y valorado, y eso influye directamente en su recuperación”.

4. Sistematización de resultados mediante matriz FODA

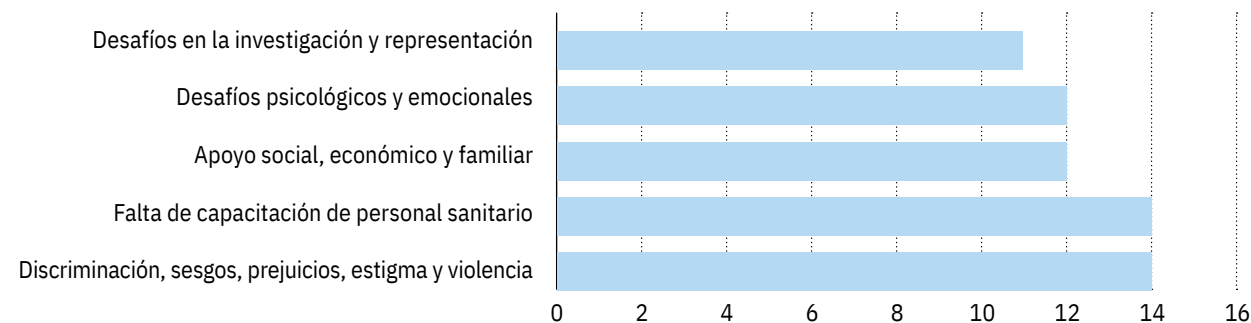
Si bien en la tesis se desarrolló una matriz FODA más amplia y detallada, en esta síntesis se presenta una versión abreviada que reúne los principales hallazgos. El análisis evidencia la necesidad de fortalecer las ca-

Figura 8. Desafíos adicionales para las mujeres en el manejo de la EII y el acceso a la atención sanitaria de calidad



Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Desafíos adicionales para las personas de diversidades sexogenéricas en el manejo de la EII y el acceso a la atención sanitaria de calidad



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1

F	<ul style="list-style-type: none"> -Marco de Derechos Humanos, Ley de EPOF y Ley de Discapacidad -Proyecto de Ley de Abordaje Integral de EII -Sistema público de salud -Creciente interés y reconocimiento de la importancia de incorporar la perspectiva de género y diversidad sexual en la atención de la EII -Entre otros 	D	<ul style="list-style-type: none"> -Marco normativo y regulatorio sobre EII poco desarrollado -Desconocimiento y falta de sensibilización sobre género y diversidad en la atención de EII -Presencia de prejuicios y estereotipos de género entre el personal de salud -Suposiciones automáticas sobre orientación sexual e identidad de género de pacientes -Entre otros
O	<ul style="list-style-type: none"> -Sanción de la Ley de Abordaje Integral de EII -Incorporar equipos multidisciplinares y unidades especializadas -Incorporación de la perspectiva de género y diversidad sexual en las políticas de formación y capacitación continua del personal de salud. -Desarrollo de guías y protocolos nacionales que contemplen las necesidades específicas de mujeres y disidencias sexogenéricas con EII -Entre otros 	A	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de avance en la Ley de Abordaje Integral de EII debido a políticas públicas regresivas -Persistencia de prejuicios y representaciones estigmatizantes sobre género y diversidad sexual en el equipo de salud -Resistencia del personal sanitario a modificar prácticas tradicionales y adoptar una perspectiva de género y diversidad -Medidas políticas, sociales y económicas regresivas que afectan derechos interrelacionados con la salud sexual y reproductiva y discapacidad -Entre otros

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

Eje	Estrategias de intervención
Formación y sensibilización del personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación obligatoria en género, diversidad y ESI. - Talleres de sensibilización y espacios de reflexión. - Mentorías y acompañamiento profesional. - Incentivos a la formación continua.
Fortalecimiento institucional y políticas inclusivas	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar género y diversidad en la formación académica. - Actualizar historias clínicas y protocolos con perspectiva de derechos. - Crear espacios de denuncia, acompañamiento y consultorías especializadas.
Participación activa de personas con EII	<ul style="list-style-type: none"> - Espacios de escucha y retroalimentación. - Encuestas anónimas y sistemas de evaluación de la atención recibida.
Acceso equitativo y descentralizado a la atención	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de telemedicina y redes de referencia inclusivas. - Unidades móviles de atención interdisciplinaria. - Becas para profesionales rurales y formación en diversidad. - Inclusión de personas con EII en congresos y espacios académicos. - Adaptación de baños y espacios sanitarios accesibles para personas ostomizadas.
Comunicación inclusiva	<ul style="list-style-type: none"> - Producción de materiales educativos accesibles. - Campañas de sensibilización y difusión con enfoque de género y diversidad.
Incidencia política y monitoreo institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Promover leyes y reformas con perspectiva de género y diversidad. - Incorporar las EII en programas de salud pública. - Crear observatorios de monitoreo y buenas prácticas.

Fuente: Elaboración propia

pacidades institucionales y profesionales para garantizar una atención equitativa, inclusiva y orientada por un enfoque de derechos (tabla 1).

5. Recomendaciones para garantizar el derecho a la salud

Del análisis de las entrevistas surgieron diversas estrategias orientadas a garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud integral de las personas con EII,

desde un enfoque interseccional, inclusivo y con perspectiva de derechos humanos. Las propuestas se organizan en seis ejes principales (tabla 2).

Conclusiones

El estudio permitió visibilizar que las representaciones sociales del personal de salud sobre las EII se construyen a partir de un entramado de saberes biomédicos, experiencias personales y contextos institucionales

atravesados por género, roles sociales y dinámicas organizacionales. Estas representaciones inciden directamente en la calidad, equidad y dignidad de la atención sanitaria.

Los hallazgos evidencian que las desigualdades no derivan solo de actitudes individuales, sino de estructuras formativas e institucionales que aún no integran plenamente la perspectiva de género y diversidad. Las prácticas sanitarias continúan influidas por estereotipos y vacíos formativos que reproducen desigualdades simbólicas y materiales, limitando la comprensión integral de las experiencias de mujeres y personas LGTT-BIQ+. Aunque se advierte una sensibilidad creciente hacia la diversidad, la falta de formación sistemática y la fragmentación institucional dificultan la aplicación efectiva del marco normativo vigente en materia de derechos humanos.

Desde una perspectiva teórica, las representaciones sociales funcionan como mediaciones entre el conocimiento técnico y la práctica cotidiana, reproduciendo, muchas veces de manera inconsciente, jerarquías y asimetrías presentes en la sociedad. Esta dinámica responde a la persistencia de un modelo sanitario tradicional, centrado en la neutralidad del cuerpo y en la hegemonía del saber biomédico, que tiende a invisibilizar las diferencias.

Incorporar el enfoque de derechos humanos supone reconocer que la atención sanitaria es también un acto político y ético: el modo de nombrar, escuchar y acompañar construye ciudadanía y garantiza derechos.

Asimismo, se constató que el personal sanitario reconoce la importancia de incorporar estos enfoques, pero enfrenta barreras estructurales (sobrecarga laboral, escasez de recursos y ausencia de políticas institucionales sostenidas) que obstaculizan su implementación. Ello refuerza la necesidad de una gestión sanitaria que asuma la equidad como principio rector y no como acción aislada o voluntarista.

Un hallazgo central de la investigación es la relevancia del marco normativo como herramienta indispensable para orientar políticas públicas inclusivas,

fortalecer la gestión institucional y promover prácticas coherentes con los principios éticos y legales que rigen el sistema sanitario. Conocer y aplicar la ley no constituye una opción, sino una responsabilidad profesional y ética que compromete tanto a los equipos de salud como a las instituciones que los respaldan.

La brecha observada entre el marco normativo y su aplicación práctica evidencia una tensión persistente entre el reconocimiento formal de los derechos y su ejercicio efectivo. Este desfase se vincula con la ausencia de políticas sostenidas de formación, acompañamiento y evaluación con enfoque de género y derechos humanos. La sensibilización individual, aunque necesaria, no resulta suficiente: se requiere un compromiso institucional capaz de traducir los principios normativos en acciones concretas, medibles y sostenidas en el tiempo.


Por otra parte, los hallazgos muestran que las condiciones laborales (sobrecarga, falta de tiempo, fragmentación de equipos) limitan las posibilidades de generar espacios de reflexión colectiva. Esto evidencia la importancia de pensar la equidad no solo en términos de atención a las personas usuarias, sino también de condiciones de trabajo y bienestar de quienes cuidan.

En función de los resultados, se recomienda fortalecer la formación y sensibilización continua del personal sanitario, implementar mecanismos institucionales de acompañamiento y evaluación, y consolidar articulaciones entre el sistema de salud, la academia y la sociedad civil. Solo la conjunción entre conocimiento técnico, sensibilidad ética y compromiso social permitirá avanzar hacia un modelo de atención integral, equitativo e inclusivo, garante del derecho a la salud para todas las personas.

A futuro, se propone ampliar el análisis hacia las experiencias de las personas usuarias de los servicios de salud, explorando cómo las representaciones profesionales inciden en sus vivencias concretas de atención, acompañamiento y accesibilidad. Asimismo, resulta fundamental profundizar los vínculos entre el sistema sanitario y las organizaciones sociales, generando espa-

cios de co-producción de conocimiento que integren la voz de quienes habitan los procesos de cuidado.

Estas proyecciones permitirán avanzar hacia una comprensión más integral de la relación entre salud, derechos y diversidad, contribuyendo a la construcción de un sistema sanitario verdaderamente inclusivo, ético y comprometido con la equidad.

En este sentido, fortalecer la formación en género y diversidad emerge como una condición indispensable para garantizar una atención con enfoque de derechos. Transformar las representaciones sociales es tan importante como modificar protocolos o aprobar leyes: sin un cambio en la mirada, las herramientas jurídicas y técnicas pierden sentido. 

Bibliografía

- ABRIC, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México, McGraw-Hill.
- ALONSO, L. E. (2017). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid, Alianza Editorial.
- BELTRÁN, M., & FLORES, C. (2022). *Salud y diversidad: Estrategias para una atención inclusiva*. Buenos Aires, Paidós.
- BERTAUX, D. (1981). *Biography and society: The life history approach in the social sciences*. Beverly Hills, Sage.
- BLOCH, M. (2010). *La observación participante en las ciencias sociales*. Barcelona, Gedisa.
- BOYATZIS, R. (1998). *Transforming qualitative information*. Thousand Oaks, Sage.
- BREILH, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- BUTLER, J. (2001). *El género en disputa*. Barcelona, Paidós.
- CÁCERES, C. (2003). *Salud, género y ciudadanía*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- COMES, Y., SOLA, A., & GARCÍA, M. (2007). *Modelos de atención y políticas públicas de salud en América Latina*. Buenos Aires, CLACSO.
- CORTÉS, J. (2015). *Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal*. Bogotá, Editorial Médica Panamericana.
- CRENSHAW, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- ECHEGOYEMBERY, M. N. (2018). *Género y salud: Desafíos en las políticas sanitarias*. Buenos Aires, ISALUD.
- EURODIS. (2005). *Rare diseases: Understanding this public health priority*. París, Eurodis.
- FLEURY, S. (2002). Equidad, derechos y reforma sanitaria. *Revista Salud Colectiva*, 2(3), 55–72.
- FONTANELLA, B. J. B., LUCHESI, B. M., SAID, M. R., & TURATO, E. R. (2011). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 389–394.
- GLANC, M., & DEL PRETE, A. (2021). Representaciones sociales sobre la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Argentina de Gastroenterología*, 48(1), 25–33.
- GLASER, B. G., & STRAUSS, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, Aldine.
- GUBER, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Norma.
- GUBER, R. (2009). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Paidós.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C., & BAPTISTA LUCIO, P. (2016). *Metodología de la investigación*. México, McGraw-Hill.
- JODELET, D. (1986). *La representación social: Fenómenos, conceptos y teoría*. París, PUF.
- KOTZE, P. G., et al. (2020). Inflammatory bowel diseases in South America: Epidemiological and clinical features. *Journal of Gastroenterology*, 55(4), 326–335.
- LENTA, L. (2021). *Cuerpos y salud en clave de género*. Córdoba, Editorial Universidad Nacional de Córdoba.
- LÓPEZ, F., & GADSDEN, V. (2016). *Intersectionality in education research*. Washington D.C., American Educational Research Association.
- MENÉNDEZ, E. (1990). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- MOSCOVICI, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. París, PUF.
- NEUMAN, W. L. (2009). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston, Pearson.
- ONU MUJERES. (2020). *Informe sobre igualdad de género y salud*. Nueva York, Naciones Unidas.
- PALMA, A., & ORCASITA, L. (2019). *Confianza y humanización en los cuidados de salud*. Bogotá, Universidad del Valle.
- POSADA, M., MARTÍN-ARRIBAS, C., RAMÍREZ, A., VILLAVARDE, A., & ABAITUA, I. (2008). Enfermedades raras: Concepto, epidemiología y situación actual en España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31(Supl. 2), 9–20. Recuperado en 06 de julio de 2022, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000400002&lng=es&tlng=es.
- RUBIN, G. (1975). *El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo*. Nueva York, Monthly Review Press.
- SAMPERI, R. (2016). *Metodología de la investigación aplicada*. México, McGraw-Hill.
- SCHENCK, E. (2018). *Diversidad y ciudadanía sanitaria*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- TAJER, D. (2012). *Género, salud y subjetividad*. Buenos Aires, Paidós.
- TOÑÓN DE TOSCANO, G. (2009). *La entrevista en profundidad en investigación social*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- VALLES, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid, Síntesis.