

# Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Maestría

Autora: Paula Belén Rojo

## **REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNEROS Y DIVERSIDAD (CABA, 2023-2024)**

2025

Directora de Tesis: Mg. María Natalia Echevoyemberry

*Citar como:* Rojo, P. B. (2025). Representaciones sociales del personal de salud sobre Enfermedades Inflamatorias Intestinales desde una perspectiva de géneros y diversidad (CABA, 2023-2024). [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3046>



---

## RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) han sido ampliamente abordadas desde una perspectiva biomédica; sin embargo, persiste un vacío en torno a las representaciones sociales que el personal de salud construye sobre estas patologías, especialmente cuando se intersectan con el género y la diversidad sexogenérica. Estas representaciones influyen directamente en las prácticas clínicas, afectando la calidad, accesibilidad e inclusión en la atención de mujeres y personas LGTTBIQ+ con EII.

Por ello, el presente trabajo propone analizar las representaciones sociales del personal de salud sobre EII desde una perspectiva de géneros y diversidad, durante el período 2023-2024 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Se abordaron cinco objetivos específicos: análisis normativo, caracterización del personal de salud, relevamiento de percepciones sobre la atención, análisis de fortalezas y debilidades institucionales, y formulación de recomendaciones para garantizar el derecho a la salud con perspectiva de derechos, género y diversidad.

La investigación aquí presentada, de enfoque cuali-cuantitativo, transversal, se realizó mediante triangulación metodológica, que incluyó entrevistas semiestructuradas a catorce (14) trabajadoras/es de salud, observación participante y revisión documental. La información fue analizada mediante análisis temático y sistematizada a través de una matriz FODA.

Los hallazgos revelan un amplio desconocimiento sobre el marco normativo vigente en materia de género y diversidad, junto con una escasa formación específica, especialmente en disciplinas biomédicas. A pesar de una actitud general de apertura hacia la diversidad, persisten representaciones estereotipadas y prácticas atravesadas por supuestos heteronormativos. Las barreras estructurales y simbólicas limitan el acceso a una atención equitativa, lo que evidencia la necesidad de capacitaciones obligatorias y dispositivos institucionales con enfoque interseccional.

Esta tesis aporta evidencia empírica sobre las desigualdades que enfrentan mujeres y personas LGTTBIQ+ con EII en el sistema de salud, y propone líneas de acción orientadas a la transformación de prácticas profesionales. Como proyección futura, se plantea la necesidad de investigar las trayectorias de atención desde la perspectiva de las personas usuarias, y de fortalecer las articulaciones entre el sistema de salud, la academia y las organizaciones sociales.

Palabras clave: Enfermedades inflamatorias intestinales, derecho a la salud, representaciones sociales, género, diversidad sexogenérica, interseccionalidad, capacitación, salud inclusiva.

---

## ABSTRACT

Inflammatory Bowel Diseases (IBD) have been widely addressed from a biomedical perspective; however, there remains a significant gap regarding the social representations constructed by healthcare personnel about these conditions, particularly when intersecting with gender and sex-gender diversity. These representations directly influence clinical practices, impacting the quality, accessibility, and inclusiveness of care provided to women and LGTTBIQ+ individuals living with IBD.

This study aims to analyze the social representations held by healthcare personnel concerning IBD from a gender and diversity perspective, during the period 2023–2024 in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Five specific objectives were addressed: a regulatory framework analysis; characterization of healthcare personnel; survey of perceptions regarding healthcare provision; analysis of institutional strengths and weaknesses; and formulation of recommendations to ensure the right to health from a human rights, gender, and diversity-based perspective.

This research adopted a qualitative-quantitative approach through methodological triangulation, including semi-structured interviews with fourteen (14) healthcare workers, participant observation, and document review. The data were analyzed through thematic analysis and systematized using a SWOT matrix.

The findings reveal a broad lack of awareness regarding the current legal framework on gender and diversity, alongside limited specific training, particularly within biomedical disciplines. Despite a generally open attitude towards diversity, stereotypical representations and practices shaped by heteronormative assumptions persist. Structural and symbolic barriers continue to hinder equitable access to healthcare, underscoring the urgent need for mandatory training and institutional mechanisms with an intersectional focus.

This thesis provides empirical evidence of the inequalities faced by women and LGTTBIQ+ individuals with IBD within the healthcare system and proposes action-oriented strategies to transform professional practices. As a future projection, it highlights the need to investigate healthcare trajectories from the perspective of service users and to strengthen the articulation between the healthcare system, academia, and social organizations.

Keywords: Inflammatory Bowel Diseases, right to health, social representations, gender, sex-gender diversity, intersectionality, training, inclusive healthcare.

---

## **AGRADECIMIENTOS**

A la vida por permitirme recorrer los caminos y derivas alrededor de la enfermedad inflamatoria intestinal y la discapacidad.

A mi familia por apoyarme incansablemente siempre, más aún en las adversidades de la vida.

A mis amigas y amigos, pilares de mi vida, por compartir valores y acompañarnos en este camino.

A otras personas con enfermedad inflamatoria intestinal, motores de este proyecto, por sujetarme en las dificultades y oportunidades de la enfermedad.

A las personas entrevistadas que amablemente compartieron sus experiencias para permitirme continuar con mi recorrido académico.

A mis compañeras/os y amigas/os de la maestría, por los momentos compartidos, los debates enriquecedores y el amor por la Salud Pública.

A Natalia Echegoyemberry, mi directora de tesis, gran amiga, fuente de inspiración, por su compromiso y pasión en la lucha de las causas sanitarias, y motivación para creer en que nuestro aporte puede cambiar el mundo.

A Juan Pablo Muñoz y Silvina Goncalves, por ser mis médicos ángeles de la guarda, quienes me salvaron en la vida y me acompañan en este duro proceso. Mi admiración y agradecimiento eterno.

A todas y todos quienes lo hicieron posible, infinitamente gracias.

---

## **DEDICATORIAS**

A un sinnúmero de pacientes resilientes que convivimos diariamente con una enfermedad inflamatoria intestinal y enfrentamos a diario difíciles desafíos en el sistema de salud.

A todas las poblaciones minoritarias que se esfuerzan por obtener el reconocimiento de sus derechos en un mundo hostil que las excluye.

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN	2
ABSTRACT	3
ESTRUCTURA DE TESIS	7
LISTADO DE ABREVIATURAS / SIGLAS	9
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
1.1. Presentación	11
1.2. Descripción del Problema	13
1.3. Contexto	17
1.3.1. Contexto Geográfico	17
1.3.2. Contexto Temporal	20
1.3.3. Utilidad, relevancia y justificación	21
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>22</b>
2.1. Formulación del problema	23
2.2. Objetivos	25
2.2.1. Objetivo general	25
2.2.2. Objetivos específicos	25
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>26</b>
3.1. La enfermedad inflamatoria intestinal	26
3.2. La EII en mujeres y disidencias sexogenéricas	29
3.3. El sistema sexo-género y la perspectiva de género	31
3.4. La perspectiva de géneros en los servicios de salud	35
3.5. Perspectiva de diversidad	38
3.6. Incorporación de la perspectiva de diversidad en los servicios de salud	43
3.5. Conceptos clave asociados al derecho a la salud en pacientes con EII	49
3.5.1. Accesibilidad en servicios de salud	50
3.5.2. Calidad de atención en salud en servicios	52
3.5.3. Dignidad en atención en salud	54
3.5.4. Equidad en salud	54
3.5.5. Cobertura universal de salud	58
3.5.6. Responsividad en salud	59
3.6. Representaciones sociales	59
3.6.1. Origen y Contexto Teórico	60
3.6.2. Elementos de las RS	60
3.6.3. Funciones de las RS	60
3.6.4. Influencia de las RS en la Realidad	61
3.6.5. Relevancia en las Ciencias Sociales	61
3.6.6. Formación de las RS	61
3.6.7. Dimensiones de las RS	62
3.6.8. Enfoques de las RS	62
3.7. La EII desde una perspectiva interseccional	62
3.7.1. Interseccionalidad entre EII y condición socioeconómica	65
3.7.2. Interseccionalidad entre EII y condición laboral	66
3.7.3. Interseccionalidad entre EII y migrantes	67
3.7.4. Interseccionalidad entre EII y ubicación geográfica	67
3.7.5. Interseccionalidad entre EII y vulnerabilidad	68
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>70</b>
4.1. Tipo de estudio	70
4.2. Técnicas de relevamiento según objetivos específicos	70
4.3. Muestra	71

---

4.4. Unidad de análisis	71
4.5. Guión de entrevista	71
4.6. Tipo de muestra	71
4.7. Aspectos éticos	72
4.8. Triangulación metodológica	72
4.9. Criterios de inclusión	73
4.10. Análisis de la información	73
4.11. Limitaciones al alcance	74
4.12. Conflicto de intereses	74
4.13. Integridad	74
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>75</b>
5.1. Resultados sobre el objetivo 1	75
5.2. Resultados sobre el objetivo 2	88
5.3. Resultados sobre el objetivo 3	92
5.4. Resultados sobre el objetivo 4	123
5.5. Resultados sobre el objetivo 5	126
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>132</b>
6.1. Conocimientos normativos	132
6.2. Capacitación profesional	132
6.3. Representaciones sociales y prácticas profesionales	133
6.4. Análisis institucional: fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades	133
6.5. Recomendaciones para garantizar el derecho a la salud	133
Aportes y limitaciones	133
Líneas futuras de investigación	134
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>135</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>160</b>
ANEXO I	161
ANEXO II	175
ANEXO III	178
ANEXO IV	180
ANEXO IV	185

---

## ESTRUCTURA DE TESIS

El desarrollo de la tesis se organiza de la siguiente manera:

En primer lugar, se presenta un listado de abreviaturas y siglas con el fin de simplificar y agilizar la lectura.

En la introducción, *capítulo 1*, se presenta una descripción general del tema de estudio, incluyendo el contexto, utilidad, relevancia y justificación de la problemática analizada.

En el *capítulo 2* se detalla el problema a abordar y los objetivos de investigación de la tesis.

En el *capítulo 3* se describen los elementos conceptuales para pensar el abordaje de la EII desde un enfoque de interseccionalidad de género, con el aporte de conceptos teóricos de varios autores.

En el *capítulo 4* se puntualizan las principales características metodológicas de la investigación.

El *capítulo 5* exhibe los resultados de la investigación.

El *capítulo 6* expone las conclusiones derivadas de los principales hallazgos. Además, se habilita un espacio para la reflexión crítica, la formulación de recomendaciones y el planteamiento de futuras líneas de investigación.

El *capítulo 7* describe las referencias bibliográficas utilizadas en el trabajo.

Finalmente, el *capítulo 8* reúne los anexos, entre los cuales se incorpora un glosario destinado a clarificar los principales conceptos abordados en el estudio (ANEXO I), el guión de entrevistas (ANEXO II), el consentimiento informado (ANEXO III), tablas de resultados (ANEXO IV) y la guía de observación participante (ver ANEXO V).

---

## LISTADO DE ABREVIATURAS / SIGLAS

<b>AMBA:</b>	Área Metropolitana de Buenos Aires
<b>APM:</b>	Agentes de Propaganda Médica
<b>Art.:</b>	Artículo
<b>ATTA:</b>	Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina
<b>CABA:</b>	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
<b>CADH:</b>	Convención Americana sobre Derechos Humanos
<b>CDB:</b>	Convenio sobre la Diversidad Biológica
<b>CDPD:</b>	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
<b>CEDAW:</b>	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
<b>CEIDI:</b>	Consultorio de Enfermedades Inflamatorias Del Intestino
<b>CENEP:</b>	Centro de Estudios de Población
<b>CI:</b>	Colitis Indeterminada o inclasificable
<b>CIDH:</b>	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
<b>CIDPM:</b>	Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
<b>CIPPEC:</b>	Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento
<b>Conv.:</b>	Convención
<b>IDPCD:</b>	Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
<b>CONICET:</b>	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
<b>CP:</b>	Colectivo de pacientes
<b>CU:</b>	Colitis Ulcerosa
<b>CUCI:</b>	Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática
<b>CUD:</b>	Certificado Único de Discapacidad
<b>CVRS:</b>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
<b>DADDH:</b>	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
<b>DEVAW:</b>	Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer
<b>DDS:</b>	Determinantes Sociales de la Salud
<b>DUDH:</b>	Declaración Universal de Derechos Humanos
<b>Dr.:</b>	Doctor
<b>EC:</b>	Enfermedad de Crohn
<b>ECCO:</b>	Organización Europea de Crohn y Colitis
<b>EFQM:</b>	European Foundation Quality Management
<b>EII:</b>	Enfermedad Inflamatoria Intestinal
<b>EIDAES-UNSAM:</b>	Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín
<b>EPOF:</b>	Enfermedad Poco Frecuente
<b>ER:</b>	Enfermedad Rara
<b>FODA:</b>	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

---

<b>IBD:</b>	Inflammatory Bowel Disease
<b>IIGHI:</b>	Instituto de Investigaciones Geohistóricas
<b>INADI:</b>	Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo
<b>INDEC:</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censos
<b>IIPsi:</b>	Instituto de Investigaciones Psicológicas
<b>IRAMUTEQ:</b>	Interfaz de R para el Análisis Multidimensional de los Textos y Cuestionarios
<b>LGTTBIQ+:</b>	Lesbianas, Gays, Transexuales, Transgéneros, Bisexuales, Intersexuales, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores
<b>LGBTTTIQ:</b>	Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti, Intersexual y Queer
<b>MAC:</b>	Medicamentos de Alto Costo
<b>MMH:</b>	Modelo Médico Hegemónico
<b>PAP:</b>	Prueba de Papanicolaou
<b>PIDCP:</b>	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
<b>PIDESC:</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>PMO:</b>	Programa Médico Obligatorio
<b>PS:</b>	Personal de Salud / Personal Sanitario
<b>ODS:</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OEA:</b>	Organización de los Estados Americanos
<b>OIT:</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU:</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OPS:</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>RFIPC:</b>	Formulario de Evaluación de Preocupaciones de Pacientes con EII
<b>RS:</b>	Representaciones Sociales
<b>SIDA:</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>TS:</b>	Trabajadores de Salud /Trabajadores Sanitarios
<b>UNComa:</b>	Universidad Nacional del Comahue
<b>UNSa:</b>	Universidad Nacional de Salta
<b>VIH:</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
<b>VPH:</b>	Virus Papiloma Humano

---

# INTRODUCCIÓN

## 1.1. Presentación

La presente investigación se desarrolla como parte del Plan de Tesis para la obtención del título de Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social otorgado por la Universidad ISALUD.

Situada dentro del ámbito de sistemas y servicios de salud, el citado estudio aborda el derecho a la salud desde los enfoques de accesibilidad, equidad y calidad de atención, con énfasis en perspectiva de géneros y diversidad sexogenérica.

Este trabajo se realiza en el marco del proyecto de investigación, denominado "*Representaciones sociales del personal sanitario sobre los servicios de salud con perspectiva de género y diversidad sexual*", contó con el financiamiento de las Becas de Investigación Isalud 2022 'Mario González Astorquiza', bajo la dirección de la Mg. María Natalia Echegegoyemberry.

El propósito de la mencionada iniciativa fue examinar las representaciones sociales (RS) del personal sanitario que opera en los sectores público, privado y de la seguridad social, respecto a los servicios de salud con enfoque de género y diversidad sexual en el AMBA durante el año 2022.

En ese proyecto intervinieron distintos profesionales relacionados con la temática, que contribuyeron con el trabajo de campo. Se utilizó la técnica de evocación libre de palabras con términos inductores relacionados con género y diversidad sexual, aplicada a 123 trabajadores de la salud. Los datos fueron procesados mediante el software IRAMUTEQ, identificando el núcleo central, la periferia y la zona de contraste de las RS.

El grupo de trabajo cumplió con los objetivos del proyecto y presentó en octubre del año 2022 los avances durante la Semana de la Ciencia y la Tecnología de la Universidad ISALUD, en el contexto de la iniciativa impulsada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación<sup>1</sup>.

Asimismo, los hallazgos del proyecto se expusieron mediante la presentación de un póster titulado "*Perspectivas de Género y Diversidad en los Servicios de Salud: Fundamentos y Propósitos*", en el marco del IV Congreso Argentino de Derecho Sanitario (organizado por la Red Argentina de Derecho Sanitario - Red Iberoamericana de Derecho Sanitario) llevado a cabo en CABA durante junio de 2023. Esta presentación recibió un certificado de distinción lo que resalta el valioso aporte y trascendencia de esta temática.

---

<sup>1</sup> Link de youtube de presentación de Semana de la Ciencia y Tecnología: <https://www.youtube.com/watch?v=WQSYdraafDg>

---

Además, como complemento a lo anterior, se publicó un artículo titulado "*Perspectiva de géneros y diversidades en los servicios de salud ¿Por qué y para qué?*" (Echegoyemberry et al., 2023) en la Revista ISALUD, Volumen 18, Número 88<sup>2</sup> de agosto de 2023, consolidando la relevancia científica de los resultados.

En octubre del año 2022, este proyecto de tesis fue presentado al Comité de Evaluación de Proyectos, que aprobó la iniciativa con recomendaciones para mejorarla, que fueron incorporadas

Para responder a estas indicaciones y diferenciar esta tesis del proyecto original, se actualizó el relevamiento normativo hasta 2024, incorporando, además de los aspectos de género y diversidad, cuestiones relacionadas con la discapacidad y las Enfermedades Inflamatorias Intestinales, y se rediseñó la estrategia metodológica, centrando el análisis en el personal de salud que atiende a personas con EII, señalando los aspectos diferenciales de la línea principal de investigación.

Así, esta tesis, se enfoca en el análisis detallado de entrevistas semiestructuradas, adoptando un diseño metodológico cuali-cuantitativo que permite profundizar en los significados, experiencias y acciones de los actores implicados, desde una perspectiva subjetiva y contextual. La información se organiza a través de un análisis temático y la aplicación de una matriz FODA, complementados con técnicas de observación participante y revisión documental.

Se entrevistaron a 14 trabajadores de salud entre el segundo semestre de 2023 y el primero de 2024, seleccionados de las 123 personas encuestadas en la etapa inicial, dando preferencia a aquellos cuya labor esté directamente relacionada con la atención de pacientes con EII.

Como indica Abric (2001), las RS, por su complejidad, no pueden capturarse completamente con un único método, siendo ideal adoptar un enfoque plurimetodológico para superar las limitaciones.

En el proyecto original (2022), se utilizó la técnica de evocación libre de palabras, valorada por su rapidez y capacidad para captar la jerarquización de ideas en torno a un objeto representacional (Abric, 2001; Banchs, 2000), dentro del enfoque estructural.

En contraste, esta tesis adopta el enfoque procesual, desarrollado a través de entrevistas semiestructuradas (Rateau & Lo Monaco, 2013), lo que permite considerar las RS como productos culturales y sociales, reconstruidos mediante valores, creencias y significados compartidos (Cerrato & Palmonari, 2007), logrando así una comprensión más integral del fenómeno.

---

<sup>2</sup> Disponible en: <https://ftp.isalud.edu.ar/news/links/revista/88/mobile/index.html>

---

Dado que la EII afecta tanto aspectos gastrointestinales como extraintestinales, se justificó la inclusión en el estudio de profesionales de especialidades como gastroenterología, psiquiatría, proctología, asistencia social, oftalmología, psicología, enfermería, odontología, nutrición, farmacia, miembros de la Junta Evaluadora de Discapacidad y personal administrativo de un consultorio de gastroenterología, con el fin de abarcar un amplio espectro de perspectivas en el ámbito de la salud.

La investigación presentada tiene como objetivo identificar cómo las dificultades inherentes a la convivencia con una Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se interrelacionan con los desafíos específicos que enfrentan las mujeres y las personas de la comunidad LGTTBIQ+, evidenciando limitaciones en el acceso a la salud.

Desde una mirada centrada en las RS del personal sanitario, se propone visibilizar cómo estas percepciones influyen en la atención brindada y en la reproducción —o superación— de desigualdades, promoviendo así transformaciones en los servicios dirigidos a poblaciones históricamente vulneradas.

El presente trabajo se basa en testimonios del personal sanitario de instituciones públicas y privadas con los que la investigadora tiene un vínculo profesional desde hace más de una década. El interés por la temática surge de su doble condición: como trabajadora de la salud inmersa en la problemática abordada y como paciente con colitis ulcerosa, una EII que le ha generado una discapacidad visceral durante 13 años.

A lo largo de su experiencia, la tesista convivió con una ostomía, múltiples internaciones y cirugías, enfrentando demoras diagnósticas y barreras de tratamiento. Actualmente, bajo terapia con anticuerpos monoclonales, gestiona reclamos constantes a su prestadora de salud para garantizar su cobertura, lo que le otorga un profundo conocimiento del sistema de salud y sus actores.

Resulta importante destacar que este estudio se inscribe en una línea de investigación que la maestranda viene desarrollando desde trabajos previos. En particular, retoma y profundiza los aportes del trabajo titulado "*Análisis de la accesibilidad al diagnóstico en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales desde la perspectiva de integralidad en salud (2011-2021, Argentina)*", presentado en 2021 como Trabajo Final Integrador de la Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad ISALUD. En esta oportunidad, el enfoque se amplía al incorporar la perspectiva de géneros y diversidad sexual desde la mirada del personal de salud, con el objetivo de analizar nuevas dimensiones de la accesibilidad y equidad en la atención de personas con EII.

## **1.2. Descripción del Problema**

Este trabajo aborda la compleja situación de acceso y cumplimiento efectivo del derecho a la salud para personas con EII, en particular mujeres y personas LGTTBIQ+.

---

Mediante el análisis de las RS del personal de salud que las atiende, se explora el nivel de conocimiento, la capacitación y las actitudes hacia estos grupos, así como los obstáculos específicos que enfrentan en el sistema sanitario.

Las EII, consideradas raras, poco frecuentes (EPOF o EPF) o minoritarias, afectan a un número reducido de personas y están asociadas con tasas de mortalidad elevadas (Posada et al., 2008). Su baja prevalencia genera un conocimiento limitado entre los profesionales de la salud, lo que conlleva diagnósticos tardíos y poco precisos, incrementando costos y afectando la calidad de vida de pacientes y sus familias, quienes suelen buscar múltiples evaluaciones antes de un diagnóstico certero (Cortés, 2015).

Entre las principales barreras para las personas con EII se encuentran el acceso limitado a servicios especializados, la desinformación en el ámbito sanitario y problemas de comunicación, que derivan en rechazo, estigma, exclusión, frustración, hostilidad y discriminación. Adicionalmente, otros desafíos significativos incluyen la falta de reconocimiento en políticas públicas, la ausencia de medicamentos específicos y de cobertura legal para la investigación y nuevos tratamientos (Cortés, 2015).

Las personas con EII constituyen una comunidad invisibilizada que enfrenta diariamente las consecuencias de la enfermedad, luchando por sus derechos a la información, inclusión y atención sanitaria adecuada. La segregación y el trato desigual en los servicios de salud perpetúan la heterogeneidad en los procesos de enfermedad. Los diagnósticos tardíos o inexistentes deterioran la identidad social de los individuos, promoviendo la estigmatización o discriminación interseccional y limitando el reconocimiento de su condición (Lobato González et al., 2022).

La falta de preparación de los sistemas de salud para abordar las necesidades de pacientes con enfermedades raras se manifiesta en forma de inequidad (Rosselli & Rueda, 2011). A estas limitaciones inherentes a la EII y el cuadro incapacitante producto de ésta se suman los desafíos específicos que enfrentan las mujeres y las diversidades sexuales que conviven con esta patología. En este contexto, el género es un factor relevante que tiene que ser tenido en cuenta en la producción de conocimiento científico (Echegoyemberry, 2018).

Por un lado, el acceso de las mujeres a la atención sanitaria se ve dificultado por factores sistémicos y socioculturales, como las desigualdades socioeconómicas y el estigma de género naturalizado en el sistema de salud, lo que incrementa su vulnerabilidad. Además, de estereotipos de género profundamente arraigados en la sociedad (Castañeda Abascal, 2007).

Houghton et al. (2023) destacan que las mujeres enfrentan barreras sociales, culturales, económicas y legales que limitan su autonomía y capacidad de decisión en el cuidado de su salud, debido a responsabilidades domésticas, el cuidado de hijos y condiciones laborales, lo que reduce su tiempo para acceder a atención médica.

---

Según la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER, 2023), el 76% de las personas con enfermedades raras enfrentan discriminación, siendo las mujeres doblemente afectadas por su enfermedad y su género, lo que las coloca en una situación de alta vulnerabilidad, especialmente si tienen discapacidad. Además, las mujeres con EII experimentan mayores niveles de estrés, menor apoyo social, más recaídas y síntomas persistentes a largo plazo, junto con la asignación de pensión por invalidez (Simian & Quera, 2016).

En esta línea, la presente investigación se enmarca en una perspectiva que concibe la salud como un fenómeno atravesado por relaciones sociales y de poder, recuperando los aportes de Tajer (2007, 2012), quien ha advertido cómo el modelo biomédico tiende a invisibilizar las experiencias de las mujeres.

Por otro lado, en el contexto de las personas disidentes sexuales, el acceso a los servicios de salud se ve gravemente afectado por el discurso heterocentrista dominante, lo que agrava sus problemas de salud y perpetúa la invisibilización de sus necesidades específicas (Schenck, 2018).

Hernández-Valles y Arredondo-López (2020) destacan que la comunidad LGBTTTIQ es particularmente vulnerable al enfrentar dificultades en el acceso a la salud, agravadas por la discriminación durante la crisis del VIH/SIDA en los años 80. En particular, las personas trans, travestis y no binarias experimentan discriminación extrema y violencia en los centros de salud, lo que aumenta su deserción en la búsqueda de atención (Barzani, 2022).

El sesgo actitudinal y la falta de formación integral sobre diversidad sexual entre los profesionales de la salud resultan en discriminación, prejuicios, negativa de atenciones y un enfoque predominantemente heteronormativo, lo que lleva a un acceso inadecuado y a la infrautilización de los servicios sanitarios por parte de personas LGBTIQ+, agravando las inequidades y poniendo en riesgo su salud y bienestar (Beltrán & Flores, 2022).

Algunos estudios identifican diversas barreras en la atención sanitaria a personas LGBT, tales como la falta de entrenamiento en diversidad sexual, habilidades de comunicación deficientes, miedo de ofender a los pacientes, creencias heteronormativas, y obstáculos estructurales como la ausencia de políticas inclusivas, así como la percepción de poca confidencialidad y confianza en la relación con los profesionales (Palma & Orcasita, 2019).

Además, investigaciones sobre las RS del personal de salud hacia la población sexogénero diversa han revelado desinformación sobre conceptos clave de sexualidad y género, así como actitudes homofóbicas, segregación, estigmatización, discriminación, burlas y diversas formas de violencia y maltrato en los servicios de salud, conductas justificadas en base a consideraciones morales que contradicen los principios de

---

atención equitativa y respetuosa (Villasana & Licon, 2013; Ottosson, 2009; Infante et al., 2006).

A esto se añade, que gran parte de las personas disidentes sexuales, frecuentemente enfrentan el riesgo de ser excluidas económicamente y socialmente, lo que puede afectar su bienestar y salud (Beltrán & Flores, 2022). La discriminación hacia quienes expresan diversidad sexual conlleva consecuencias como el aislamiento, el rechazo social, el hostigamiento, la exclusión percibida, la persecución y dificultades para acceder a servicios de salud, entre otras manifestaciones de exclusión (Rubio Aguilar, Villagra Acosta & Wilson LLanos, 2022).

La discriminación, el maltrato, el estigma y la falta de confidencialidad hacia personas de la diversidad sexual y de género en el sistema de salud afectan la accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, elementos esenciales para garantizar el derecho a la salud como un derecho humano (Lukomnik, 2013).

El derecho a la igualdad y a la no discriminación está profundamente arraigado en el sistema internacional de derechos humanos, como lo demuestran tratados y acuerdos internacionales (ONU, 1979). En este contexto, Argentina posee un sistema normativo robusto que respalda los derechos de mujeres y personas LGTTBIQ+. Sin embargo, a pesar de los avances, la implementación efectiva de la equidad de género sigue siendo un desafío (ONU Mujeres, 2020), con importantes brechas en su aplicación práctica (Echegoyemberry, 2018).

El estigma estructural, como proponen Mora Rios y Bautista (2014), es clave para entender las desigualdades en el acceso a la atención médica de grupos vulnerables, como las personas no heterosexuales. Estas inequidades surgen de determinantes sociales interrelacionados, donde el género se configura como una variable estructural crucial que explica las disparidades de salud entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta el contexto sociocultural y las relaciones entre los colectivos.

Bunch (citado por Yuval-Davis, 2006) argumenta que la discriminación no puede ser atribuida a un solo elemento, sino que surge de la interacción de múltiples factores, que incluyen género, raza, casta, clase, etnia, cultura, nacionalidad, orientación sexual, religión, edad, idioma, condición indígena, estado de salud, discapacidad, condición de refugio/desplazado, entre otros.

Desde un enfoque de derechos, las mujeres y poblaciones LGTTBIQ+, enfrentan factores comunes de vulnerabilidad y pobreza, los cuales, en el contexto de la EII, se combinan con otras desigualdades que afectan su calidad de vida. Condiciones económicas precarias, presencia de una discapacidad, baja escolaridad, vivir en zonas rurales y pertenecer a ciertos grupos sociales amplifican las barreras en el acceso y calidad de la atención sanitaria.

---

Por todo lo expuesto, esta investigación tiene como objetivo analizar las representaciones sociales del personal de salud de la CABA que atiende a personas con EII, desde una perspectiva de género y diversidad sexogenérica.

Se busca indagar cómo estas RS, atravesadas por estereotipos y sesgos, inciden en la accesibilidad, calidad de atención y ejercicio del derecho a la salud, así como evaluar el conocimiento del equipo sanitario sobre la EII, la legislación vigente y su formación en género y diversidad. El estudio también apunta a identificar brechas y promover transformaciones en los servicios de salud que garanticen una atención más equitativa e inclusiva, especialmente para mujeres y personas LGTTBIQ+.

La inclusión de la perspectiva de género en salud plantea retos éticos y metodológicos que requieren una reestructuración de la investigación en salud (WHO, 1998). Según Gómez Gómez (2002), un enfoque sin esta dimensión es insuficiente para comprender la realidad y carece de coherencia en la lucha contra las disparidades en salud.

Asimismo, la interseccionalidad, al integrar diversos factores sociales, es clave para reducir las desigualdades en salud y promover la equidad (López & Gadsden, 2016). Es crucial también la formación continua en diversidad sexual para los profesionales de salud y la integración de normativas que garanticen una atención de calidad y sin discriminación, respaldada por el Estado (Beltrán & Flores, 2022).

Se deben diseñar programas inclusivos para eliminar barreras de acceso a los servicios de salud (Palma & Orcasita, 2019) y aseguren servicios de salud equitativos, respetuosos, integrales, de calidad y accesibles para todas las personas con EII, especialmente mujeres y disidencias sexogenéricas, que se encuentran vulnerabilizadas por la intersección de estas disparidades.

### **1.3. Contexto**

El contexto geográfico y temporal de esta investigación, centrada en Argentina, específicamente en la CABA durante el periodo 2023-2024, revela una intersección compleja entre avances legislativos, desigualdades estructurales y tensiones políticas. Analizar la atención sanitaria desde una perspectiva de género y diversidad en este marco geográfico y temporal permitirá identificar las barreras y oportunidades para garantizar un acceso equitativo a la salud, especialmente para personas con EII que, además, son mujeres o pertenecen a la comunidad LGTTBIQ+.

#### **1.3.1. Contexto Geográfico**

- **Situación general en Argentina**

La incidencia y prevalencia de las EII han ido aumentando constantemente en América Latina y el Caribe, siendo Argentina el país con la prevalencia más alta reportada en 2007, con 15 y 82 casos por 100,000 personas-año para Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU), respectivamente (Kotze et al., 2020).

---

El Grupo de EII del Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo de Argentina, compuesto por seis gastroenterólogos desde 1990, ha creado un registro de más de 4000 pacientes, con un promedio anual de 140 hospitalizaciones y más de 4000 consultas ambulatorias (Sambuelli et al., 2019). Este registro, establecido en 1996, recopila datos clínicos y sociodemográficos mediante un sistema computarizado, facilitando el análisis estadístico y la evaluación de la evolución y tratamiento de los pacientes.

Aunque en Argentina no se dispone de datos poblacionales, en este hospital, que actúa como centro de referencia, dos tercios de los pacientes registrados tienen colitis ulcerosa, aunque la relación entre colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn ha disminuido en los últimos años, situándose por debajo de 2:1 debido al aumento de casos de enfermedad de Crohn (Sambuelli et al., 2019). Los datos epidemiológicos indican que la EII afecta de manera equitativa a ambos sexos (Sambuelli et al., 2019).

Aunque existen estudios específicos sobre mujeres con EII, especialmente en etapas de embarazo y lactancia, persiste una notable ausencia de datos integrados que consideren la intersección entre las EII y la comunidad LGTTBIQ+. Esta carencia de información limita la capacidad de los profesionales de la salud para ofrecer un abordaje inclusivo y efectivo que responda adecuadamente a las necesidades de toda la población afectada.

El contexto de las personas LGTTBIQ+ en Argentina, especialmente en lo relacionado a la salud, es complejo y se encuentra marcado por desigualdades y falta de acceso adecuado. Se detecta una histórica falta de información sistemática y confiable sobre datos cuantitativos precisos de las personas que se identifican como LGTTBIQ+ en Argentina.

Históricamente, no existían datos integrados que permitieran conocer las necesidades y barreras de esta población en su acceso a la salud. Sin embargo, el "Primer Relevamiento Nacional de Condiciones de Vida de la Diversidad Sexual y de Género", realizado en 2023, representa un avance significativo en la recopilación de información sobre esta población, abordando temas como el acceso a la salud, la discriminación y participación en el mercado laboral.

La encuesta fue ejecutada por una agrupación de instituciones, incluyendo el Centro de Estudios de Población (CENEP), la Universidad Nacional del Comahue (UNComa), el Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPsi - CONICET/UNC), el Instituto de Investigaciones Geohistóricas (IIGHI - CONICET/UNNE), la Universidad Nacional de Salta (UNSa), la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (EIDAES-UNSAM) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Estas instituciones trabajaron en conjunto para llevar a cabo el relevamiento, asegurando un enfoque multidisciplinario y riguroso en la recolección de datos. La encuesta se realizó entre mayo y agosto de 2023, recolectando datos de más de 15.000 personas que se identifican como parte de la comunidad LGTTBIQ+.

---

La muestra de ese estudio fue intencional y no probabilística, con el objetivo de garantizar la inclusión de diversas identidades de género y orientaciones sexuales. La encuesta se difundió a través de redes sociales, medios de comunicación y encuentros presenciales en regiones específicas, incluyendo poblaciones travestis y trans.

Estadísticamente, el relevamiento muestra que aproximadamente el 15% de la población encuestada se identificó como lesbiana, un 35.7% como gay, un 18.2% como bisexual (con una distribución casi equitativa entre hombres y mujeres bisexuales), un 4.1% como trans femenino y un 5.3% como trans masculino, y un 13.2% como no binario. Estas estadísticas subrayan la diversidad dentro de la comunidad LGTBI+ en Argentina y la importancia de considerar cada grupo en el diseño de políticas y servicios de salud inclusivos.

Según el "Primer Relevamiento Nacional de Condiciones de Vida de la Diversidad Sexual y de Género" en 2023, un 30% de las personas LGTBI+ reportaron haber sufrido discriminación en el ámbito laboral, y un porcentaje significativo experimentó agresiones en espacios educativos y de salud.

En términos sanitarios, la población LGTBI+ enfrenta barreras de acceso a servicios adecuados, lo que se traduce en una mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, así como a enfermedades físicas. La discriminación y el estigma social contribuyen a la falta de confianza en los servicios de salud, lo que resalta la necesidad de políticas públicas inclusivas y un enfoque de atención que considere la diversidad sexual y de género, garantizando el derecho a la salud de todas las personas.

El estudio también señala que la situación económica de la población LGTBIQ+ es preocupante. Un 23.1% de los varones gays y un 19.3% de las masculinidades bisexuales viven en hogares con ingresos de \$450.000 o más, en contraste con las mujeres travesti/trans que reportaron menores ingresos, lo que refleja una desigualdad económica que dificulta el acceso a servicios básicos, incluida la salud.

Este contexto expuesto sobre la población LGTBIQ+ y la falta de información disponible es fundamental para comprender la realidad y las dificultades que enfrentan en el acceso a la salud, y aunque no existe bibliografía que aborde la intersección entre EII y población sexogenérica permite vislumbrar la complejidad de las barreras existentes.

### ● **Situación en CABA**

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), con una población de 3.121.707 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2022), representa aproximadamente el 25 % del Producto Bruto Geográfico Nacional (Dirección General de Estrategia Productiva, 2020).

Este contexto económico favorable ha permitido consolidar una red robusta de salud, que incluye 33 hospitales públicos y 46 Centros de Salud y Acción Comunitaria

---

(CeSAC), además de políticas inclusivas como la "Casa Trans" y consultorios especializados para la población LGBTIQ+ (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017; Fundación Huésped, 2019).

Sin embargo, persisten desafíos en la integración de políticas de salud que aborden de forma adecuada las necesidades específicas de las personas LGBTIQ+.

### **1.3.2. Contexto Temporal**

- **Situación desde 2022 hasta diciembre de 2023**

Durante este período se avanzó en la promoción de derechos de mujeres y personas LGBTQ+ mediante políticas como el Decreto 721/2020 sobre cupo laboral trans en el sector público y la Ley 27.636 (2021) para fomentar el acceso al empleo formal para personas trans.

Además, en 2022 se incluyeron tratamientos hormonales y quirúrgicos para personas trans en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y se desarrolló el Primer Relevamiento Nacional de Condiciones de Vida de la Diversidad Sexual y de Género, lanzado en 2023. Sin embargo, la implementación desigual de estas políticas en distintas provincias limitó su alcance, afectando especialmente a comunidades vulnerables, incluidas mujeres y disidencias sexogenéricas con EII.

- **Situación desde diciembre de 2023 hasta la actualidad**

Según el Informe 2023 del Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT+ de la Defensoría LGBT -dependiente del Instituto contra la Discriminación-, de la Defensoría del Pueblo de la CABA, se identificaron varias medidas y situaciones alarmantes: la prohibición del lenguaje inclusivo y la perspectiva de género en la administración pública, reflejando un posicionamiento discriminatorio y negacionista de la diversidad sexual; un aumento de la violencia hacia la comunidad LGBT+ vinculado al discurso de odio presente en la campaña electoral y las políticas del nuevo gobierno; y la oposición a la Educación Sexual Integral, afectando derechos esenciales de estas comunidades.

Además, se ha observado un incremento de los despidos y la precarización laboral en el sector público, con un impacto particular en personas trans, lo que pone en riesgo la implementación del cupo laboral trans. El cierre del INADI deja a los grupos vulnerables sin un organismo clave para denunciar actos de discriminación.

Estas medidas, junto con políticas regresivas, evidencian un retroceso en derechos humanos, amenazando la igualdad e inclusión de sectores vulnerables. Es crucial fortalecer la defensa de las conquistas sociales y garantizar un marco de equidad para todos.

---

### 1.3.3. Utilidad, relevancia y justificación

Para comprender la relevancia del presente estudio, se abordan cinco ejes que se detallan a continuación.

El **primer eje** respecto a la importancia de esta investigación se enfoca en el derecho a la salud y explora las dimensiones relacionadas, a saber: accesibilidad, equidad, responsividad, calidad y cobertura de salud, así como las barreras de acceso en los sistemas sanitarios, conceptos adquiridos durante la cursada de la maestría. Esto se vincula con la desigualdad en la atención, especialmente para mujeres y personas LGTTBIQ+ con EII, quienes enfrentan desafíos múltiples y complejos.

El **segundo eje** del estudio analiza las RS del personal de salud (PS) respecto a la atención de EII desde una perspectiva de género y diversidad sexual. Estas representaciones, entendidas como conocimientos compartidos que construyen la realidad social (Jodelet, 1986), influyen en prácticas que pueden perpetuar sesgos y desigualdades. Investigar estas percepciones permite identificar brechas en el acceso a recursos y oportunidades para pacientes con EII, especialmente mujeres y personas con identidades sexogenéricas diversas.

El **tercer eje** de análisis que sustenta el presente estudio se relaciona con el incumplimiento de la normativa vigente en materia de salud y derechos humanos en el contexto de las mujeres y personas LGTTBIQ+, que enfrentan EPOF.

Aunque existe un marco legal contra la violencia y discriminación en salud, persiste el desafío de promover cambios socioculturales e institucionales, ya que el modelo biomédico dominante mantiene una perspectiva androcéntrica y patriarcal que perpetúa prácticas estigmatizantes, sexistas y discriminatorias (Lenta, 2021).

Este marco de interpretación ineludible está vinculado con compromisos y obligaciones que el Estado adquirió a través de tratados internacionales de derechos humanos (según el artículo 75 incisos 22 y 33 de la Constitución Nacional) y que emanan de la propia normativa nacional, de las jurisdicciones provinciales y de la CABA.

En el contexto abordado, es imperativo cumplir de manera efectiva con la normativa vigente, asegurando un acceso equitativo, una atención respetuosa y un cuidado apropiado para las mujeres y disidencias que padecen EII. Asimismo, es necesario enfatizar la importancia de contar con profesionales de la salud que combinen su conocimiento sanitario con una comprensión sólida del marco jurídico.

Un **cuarto eje** se centra en la escasez de investigaciones que aborden la EII desde una perspectiva de género y diversidad sexual, junto con la ausencia de estudios que respalden la relación entre la teoría de las RS y estos aspectos. Esto habilita a considerarla como un área de vacancia.

---

A tal fin, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diversos repositorios académicos y revistas científicas, como Google Académico, SciELO, PubMed, LILACS y REDALYC, utilizando descriptores clave como "representaciones sociales", "perspectiva de géneros", "diversidad sexual", "diversidad sexogenérica", "LGTTBIQ+" y "enfermedades inflamatorias intestinales", entre otros conceptos clave relacionados.

Aunque existen estudios sobre mujeres con EII, no se han abordado específicamente las experiencias de disidencias sexogenéricas con EII. Esto resalta la necesidad urgente de investigar y desarrollar políticas públicas inclusivas que integren la perspectiva de géneros y diversidad sexual en los servicios de salud.

Por último, el **quinto eje** que respalda el presente estudio busca promover acciones afirmativas para mejorar la gestión de los servicios de salud en la atención de las EII. Esto incluye fortalecer las competencias del personal sanitario mediante capacitaciones en perspectiva de género y diversidad sexual, así como el conocimiento y aplicación de la normativa vigente, con el objetivo de erradicar prácticas discriminatorias y violentas normalizadas en el ámbito sanitario, garantizando así el derecho universal a la salud.

---

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 2.1. Formulación del problema

De acuerdo a lo expuesto previamente, resulta necesario indagar acerca de las RS del personal de salud, dado que estas podrían perpetuar prácticas sanitarias excluyentes en la atención y tratamiento de personas con identidades sexogénicas diversas y mujeres, en ambos casos con una EII, incidiendo en la calidad de vida y accesibilidad al sistema de salud y por ende en su derecho a la salud.

De ahí surge el interrogante principal que orienta la escritura del presente trabajo: *¿Cuáles son las representaciones sociales del personal de salud sobre Enfermedades Inflamatorias Intestinales desde una perspectiva de géneros y diversidad durante el período 2023-2024 en CABA?*

A partir de este eje central, emergen otras inquietudes específicas que motivan la realización del estudio y permiten profundizar distintas dimensiones de análisis, tales como: ¿Cuánto conocen las y los trabajadores de salud (TS) respecto a la existencia de un marco jurídico que establece la obligatoriedad de eliminar todas las formas de violencia y discriminación en las prácticas de los servicios de salud? y ¿El personal de salud tiene en cuenta la perspectiva de géneros y diversidad sexogénica en sus abordajes sanitarios?.

En la misma línea: ¿La historia clínica cuenta con campos para registrar el género?; ¿Los formularios que deben completar las personas con EII, consideran las distintas opciones que escapan a la binariedad (hombre/mujer)?; ¿Las y los TS están capacitados para atender adecuadamente a mujeres y personas disidentes sexuales, teniendo en cuenta sus necesidades específicas de género y diversidad?; ¿El personal de salud reconoce sus propias limitaciones o prejuicios a la hora de atender personas LGTTBIQ+?; entre otros interrogantes.

Del mismo modo, surgen otras preguntas para la maestranda, relacionadas con las mujeres que conviven con esta patología, a saber: ¿Cuál es el impacto subjetivo, social y emocional de transitar una EII en la vida de una mujer que enfrenta el desafío de vivir con un ano contranatura y además cuida de sus hijos y se ocupa de las responsabilidades del hogar?; ¿Qué dificultades enfrentan aquellas que utilizan una bolsa de ileostomía al realizar actividades cotidianas en un entorno social que estigmatiza el cuerpo enfermo, la excreción y la pérdida de control sobre funciones biológicas?; ¿El sistema de salud reconoce estas vivencias como parte de la atención integral o se limita al abordaje biomédico? y otras tantas.

Además, se indaga: ¿Qué tipo de dispositivos existen, o deberían existir, para acompañar a mujeres con EII que atraviesan situaciones de violencia por motivos de género?; ¿Cómo impacta la EII en el deseo de maternar, y de qué manera es abordado

---

este deseo en los servicios de salud?; y así sucesivamente otros interrogantes vinculados.

Por otro lado, la investigadora se plantea una serie de cuestionamientos vinculados a la diversidad sexogenérica: ¿Cómo afronta un varón gay con EII la consulta en un servicio de proctología?; ¿Recibe un trato respetuoso y libre de prejuicios en relación con su orientación sexual? y ¿Cómo experimenta una persona con EII que no realizó el trámite de cambio registral, la llamen en la sala de espera por el nombre asignado al nacer y no por su nombre autopercebido?.

También se explora: ¿Cómo se aborda la vida sexoafectiva de una persona ostomizada dentro de los espacios de atención?; ¿Existen prácticas clínicas que incorporen preguntas o recomendaciones específicas sobre este aspecto, o se asume la heterosexualidad por defecto?; ¿De qué manera viven las mujeres lesbianas con EII las consultas ginecológicas?; ¿Los equipos de salud respetan su identidad y orientación, o promueven discursos heteronormativos que obstaculizan una atención adecuada?; ¿Se considera el deseo, el placer y la expresión de la sexualidad como parte del bienestar integral de las personas con EII, o estos temas son sistemáticamente omitidos en la práctica clínica?, y otras preguntas relacionadas.

En consonancia con lo anterior, surgen otros interrogantes, tales como: ¿Sienten vergüenza las personas al expresar síntomas asociados con la enfermedad, como la urgencia defecatoria, incontinencia, durante las consultas médicas?; ¿Qué lugar se le da a estas manifestaciones en el vínculo entre profesional y paciente?; ¿Se valida el impacto emocional de estos síntomas o se minimizan en función del tratamiento biomédico?; ¿Qué tan accesibles son los espacios de sanitarios o zonas de espera para personas ostomizadas?, entre varios cuestionamientos más.

Contar con las experiencias de las y los trabajadores de salud, relacionados con la patología en cuestión, moldeadas por diferentes realidades y contextos, permitirá indagar los imaginarios sociales de estudio, bajo la confluencia de distintos ejes o categorías como género, diversidad sexogenérica y una enfermedad poco frecuente y reconocer las múltiples formas de opresión y discriminación que pueden habitar en un sujeto o colectivo de personas.

---

## **2.2. Objetivos**

### **2.2.1. Objetivo general**

Analizar las representaciones sociales del personal de salud sobre enfermedades inflamatorias intestinales desde una perspectiva de géneros 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.

### **2.2.2. Objetivos específicos**

1. Sistematizar la normativa legal referida a la enfermedad inflamatoria intestinal 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 enfermedades inflamatorias intestinales 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.

---

## 3. MARCO TEÓRICO

Para abordar el problema de investigación, es esencial analizar los conceptos teóricos fundamentales que estructuran la problemática. Este enfoque permitirá construir una base sólida para la interpretación del objeto de estudio.

### 3.1. La enfermedad inflamatoria intestinal

Las EII en Argentina, al igual que en el resto de la región latinoamericana, son enfermedades que afectan a una cantidad reducida de personas, considerándolas bajo la definición de Enfermedad Poco Frecuente (EPOF).

En nuestro país, la Ley Nacional Nº 26.689/2011, reglamentada por el Decreto 794/15, reconoce como EPOF aquellas *"cuya prevalencia en la población es igual o inferior a uno en 2 mil personas (1 en 2000), referida a la situación epidemiológica nacional"*, con el objetivo de su atención integral y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

La investigación sobre enfermedades raras (ER) es limitada y a menudo dispersa, con equipos de investigación poco coordinados. La falta de políticas de salud específicas para estas enfermedades, junto con la escasa experiencia en el área, provoca demoras en el diagnóstico y obstáculos para acceder a la atención médica (Posada et al., 2008). Mientras que algunos pacientes enfrentan negligencia médica, otros son sometidos a procedimientos innecesarios, lo que reduce la confianza en el sistema de salud y lleva a un uso ineficiente de los recursos (Eurodis, 2005).

La baja prevalencia de las ER genera un conocimiento médico limitado, lo que ocasiona diagnósticos tardíos y poco específicos, llevando a los pacientes a consultar entre 6 y 13 especialistas antes de obtener un diagnóstico definitivo (Cortés, 2015). Estas demoras, que pueden extenderse hasta 8 años en promedio (Glanc & Del Prete, 2021), dificultan el inicio de tratamientos efectivos.

Para abordar estas enfermedades, es necesario un enfoque interdisciplinario centrado en reducir la morbilidad, prevenir la mortalidad prematura, mitigar la discapacidad y mejorar la calidad de vida y el bienestar socioeconómico de las personas afectadas (Posada et al., 2008).

La EII comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) o colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada o inclasificable (CI). Son crónicas e incurables, con períodos de recaída y remisión. Estas condiciones generan discapacidades residuales y requieren un enfoque multidisciplinario para su adecuado manejo a largo plazo (Casellas & López-Vivancos, 2004).

Su etiología, aún desconocida, se considera multifactorial (Yamamoto-Furusho et al., 2016) y está relacionada a diversos factores según diferentes investigaciones:

---

biológicos (Mendeloff, Monk & Siegal, 1970; Cantor, 1984), inmunológicos (Chadwick, 1992; Anton & Shanahan, 1998), genéticos (Jewell & Lowes, 1991), ambientales (Yamamoto-Furusho et al., 2016) e infecciosos (Gitnick, 1990; González et al., 2003). Además, se han asociado con causas psicológicas como trastornos psiquiátricos (Kurina et al., 2001), características de personalidad (Robertson et al., 1989; Porcelli et al., 1996), estrés (Maunder, 2000) y estilos de vida (Casati & Toner, 2000).

Los síntomas más comunes incluyen pérdida de peso, fiebre, sangrado rectal, distensión abdominal, diarrea, fatiga, estreñimiento y dolor abdominal, afectando significativamente la calidad de vida de las personas con EII (Leiva, 2019).

La EII implica controles clínicos que involucran zonas íntimas y tratar síntomas considerados socialmente tabú, asociados a la humillación y desgracia, como la incontinencia fecal, deposiciones frecuentes, flatulencias y los trastornos de la vida sexual. De acuerdo a Rodríguez et al. (1989) todo lo relacionado con la función excretora, es considerado socialmente como "vergonzante".

Además, las personas con EII presentan mayor prevalencia de ansiedad, depresión (Leiva, 2019) y complicaciones extraintestinales, que afectan órganos como ojos, piel, articulaciones, riñones, hígado y sistema vascular (Danese et al., 2005).

Las personas con EII suelen experimentar aislamiento y discriminación social y en el ámbito médico, mientras que los profesionales a menudo se sienten "inseguros" al abordar sus necesidades cotidianas (Burgos, 2010). Estas enfermedades, de carácter crónico, afectan principalmente a jóvenes, generan complicaciones, requieren tratamientos continuos e incluso intervenciones quirúrgicas, impactando significativamente su salud y calidad de vida (López Cortés, 2017).

Asimismo, las personas con EII deben seguir terapias continuas y complejas con posibles efectos secundarios graves (Casellas Jordá et al., 2012). Estas patologías afectan dimensiones físicas, psicológicas, familiares y sociales, causando malestar, pérdida de autonomía y cambios en la percepción de la vida, lo que puede derivar en disminución de vínculos familiares y limitaciones en actividades recreativas (Colmenarez & Armanie, 2018).

La carga económica del manejo de pacientes con EII es considerable. El costo anual promedio por paciente con EC o CU es de aproximadamente 9000 dólares, distribuidos en un 40% para gastos médicos directos y un 60% para costos indirectos, principalmente por la pérdida de productividad (Slimming, 2019).

Numerosos casos graves pueden derivar en la necesidad de precisar una ostomía temporal o permanente, también conocida comúnmente como "ano contra natura". La colectomía se define como un procedimiento quirúrgico en el cual se crea una abertura artificial en la pared abdominal, denominada estoma, para facilitar la eliminación de los residuos digestivos en lugar del baño natural (Marín et al., 1989).

---

Esta intervención implica una fuerte agresión y una deformación permanente de la imagen corporal lo que obliga al paciente a adaptarse al uso de una bolsa colectora y a reconfigurar su percepción del cuerpo (Duque & Campino Valderrama, 2019).

La función excretora, asociada a sentimientos de vergüenza, y el impacto de la cirugía en la privacidad, especialmente en un contexto donde el baño representa uno de los últimos espacios íntimos, generan cambios en las costumbres higiénicas y exigen preparación emocional (Duque & Campino Valderrama, 2019). Estas intervenciones afectan la imagen corporal y pueden provocar dificultades emocionales, sociales, familiares, sexuales y laborales, incluyendo estigmatización y ocultamiento de la condición (Duque & Campino Valderrama, 2019; Calcagno Gomes et al., 2012).

El impacto psicosocial de la EII, debido a factores como la incompreensión, la imprevisibilidad de los brotes, la falta de energía, la necesidad de un baño cercano, el miedo a hospitalizaciones, los efectos de la medicación y cirugía, y el pudor, convierte a la enfermedad en un suceso altamente estresante que puede afectar tanto su curso clínico como la calidad de vida relacionada con la salud (Rivera Sequeiros, 2017).

Según los consensos de la Organización Europea de Crohn y Colitis (ECCO), las EII son consideradas incapacitantes tanto desde criterios clínicos como de actividad y participación social. En el ámbito clínico, se incluyen factores como edad menor a 40 años, ciclos repetidos o dependencia de esteroides, hospitalizaciones por exacerbaciones o complicaciones, síntomas crónicos limitantes, necesidad de inmunosupresores, enfermedad perianal, resección intestinal o cirugía perianal. Además, se reconocen las alteraciones psicológicas significativas que pueden surgir. En términos de actividad y participación social, los síntomas crónicos limitan la vida diaria, afectando las esferas social, educativa y laboral.<sup>3</sup>

La OMS (2001), a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (ICF), reconoce la vulnerabilidad y potencial discapacidad asociadas a las EII. Esto se fundamenta en su alta morbilidad, impacto severo en la calidad de vida de pacientes y familias, potencial gravedad y mortalidad, y su aparición en etapas clave del desarrollo, afectando la capacitación y productividad. La certificación de discapacidad se otorga bajo estos criterios.

Lo antes expuesto justifica que el manejo de pacientes con EII es complejo y requiere una atención multidisciplinaria, continua y centrada en sus necesidades. Reconocer la progresión de la EII y priorizar el diagnóstico temprano es crucial para intervenir de manera integral desde las etapas iniciales (Simian & Quera, 2016).

---

<sup>3</sup> Datos extraídos de la página web de Fundación Más Vida, basado en el artículo "Primer desarrollo del índice de discapacidad para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal sobre la base de la CIF (Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y de la salud)" Laurent Peyrin-Biroulet, Alarcos Cieza, William J Sandborn, Michaela Coenen, Yehuda Chowers, Toshifumi Hibi, Nenad Kostanjsek, Gerold Stucki, Jean-Frederic Colombel, the International Programme to Develop New Indexes for Crohn's Disease (IPNIC) group\*

---

## 3.2. La EII en mujeres y disidencias sexogenéricas

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) abarca aspectos físicos, sociales y psicológicos, influenciados por las experiencias, creencias y expectativas del individuo, y se ve afectada por la presencia de una enfermedad (Gili y Bauzà, 2009). Es crucial para explorar las diferencias de género en la experiencia de la EII, ya que las investigaciones sobre CVRS permiten identificar variaciones entre hombres y mujeres, ofreciendo perspectivas clave para desarrollar estrategias de gestión más efectivas y centradas en el paciente.

Estudios sobre EII indican que las mujeres perciben una CVRS menos favorable que los hombres (López Cortés et al., 2016). La EII afecta múltiples aspectos de su salud y vida, como la fertilidad, el embarazo, el ciclo menstrual, la salud mental y las estrategias de afrontamiento (Lungaro et al., 2023).

Diversos trabajos científicos han señalado que las mujeres obtienen puntajes más altos en el RFIPC (Rating Form of IBD Patient Concerns), atribuibles a preocupaciones sobre autoimagen, relaciones, desempeño sexual, intimidad, fatiga, dolor, estrés, carga médica, impacto social, pérdida de control intestinal y efectos adversos de medicamentos, especialmente esteroides (Baselga, 2020).

La EII presenta mayor incidencia durante el periodo de fertilidad, siendo especialmente preocupante en mujeres embarazadas por los riesgos asociados a la enfermedad y su tratamiento (Núñez et al., 2020). Además, las mujeres con EII suelen tener menos hijos debido a factores psicológicos, como el temor a la transmisión hereditaria, complicaciones en el embarazo, agravamiento de la enfermedad y teratogenicidad de los medicamentos (Lungaro et al., 2023).

En adición a lo anterior, la fertilidad en mujeres con EII está influida por la actividad de la enfermedad y los procedimientos quirúrgicos, con factores como deformaciones pélvicas, dispareunia por enfermedad perianal y adherencias derivadas de cirugías previas (Gómez & Lozanía, 2023). Concebir durante una fase activa incrementa el riesgo de recaídas, abortos espontáneos, bajo peso al nacer y partos prematuros, aunque el embarazo en remisión puede mejorar los síntomas (Lungaro et al., 2023). Además, las fluctuaciones hormonales pueden generar irregularidades menstruales, dismenorrea y alteraciones del ciclo, exacerbadas por tratamientos y cirugías (Lungaro et al., 2023).

En mujeres con ostomía, la percepción de atractivo se ve influida por estándares de belleza socialmente construidos, intensificando el impacto de la cirugía al vincular su autopercepción con expectativas sociales y la imagen corporal (Marín et al., 1989).

Según el estudio de Marín et al. (1989), titulado "*Efectos Psicosociales de la Ostomía*", las mujeres ostomizadas enfrentan mayores dificultades de ajuste postquirúrgico que los hombres, con niveles más altos de ansiedad y neuroticismo, posiblemente debido a

---

la influencia de los roles sociales en la identidad femenina. En este sentido, los autores afirman que esta disparidad puede vincularse con la influencia significativa de los roles sociales en la identidad femenina y las posibles implicaciones de la enfermedad en dichos roles. Asimismo, resaltan que es crucial reconocer que:

*"...el impacto de una enfermedad que confíne a un ama de casa a una silla de ruedas será muy diferente si la definición que hace de sí misma depende de su trabajo en las tareas de casa, o depende de su énfasis en la atención a las necesidades emocionales de la familia, como la parte más importante de su papel social..."* (Marín et al., 1989).

En este contexto, las mujeres con EII tienen una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos y estrés psicológico que los hombres, así como puntuaciones más bajas en calidad de vida, pero muestran una mayor disposición a buscar ayuda y estrategias de afrontamiento emocional, posiblemente debido a su rol tradicional como cuidadoras familiares (Lungaro et al., 2023).

Por otro lado, un estudio con 123 pacientes con EII (50 hombres y 73 mujeres) encontró que, aunque la salud sexual está afectada en ambos sexos, los hombres parecen experimentar menos impacto en bienestar sexual, salud mental, estética y funcionalidad biológica, posiblemente debido a su estructura corporal o a una tendencia a ocultar debilidades (Kranzeder et al., 2023).

Estos hallazgos subrayan la compleja interacción entre la salud, la identidad de género y los roles sociales en la experiencia psicosocial de las mujeres frente a la ostomía.

En contraste, la revisión bibliográfica revela una notable ausencia de estudios sobre el abordaje de la EII en disidencias sexogénéricas, ya que no se encuentran disponibles investigaciones específicas sobre calidad de vida en esta población.

Se encontró únicamente un artículo desarrollado por Boyd y Friedman (2022) que aborda la limitada investigación sobre las experiencias de atención médica para personas LGBTQIA+ con EII, destacando los desafíos y oportunidades de investigación en la intersección de la enfermedad y la salud sexual. El estudio revela una mayor prevalencia de EII en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, posiblemente debido a características específicas del microbioma intestinal (Boyd & Friedman, 2022).

Además, los autores sostienen que las complicaciones de la EII y las intervenciones quirúrgicas pueden afectar la salud sexual y la percepción del atractivo, mientras que la falta de datos confiables ha llevado a los pacientes a buscar información en blogs, subrayando la necesidad de más investigación sobre la seguridad sexual y el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y cáncer en minorías sexuales y de género con EII (Boyd & Friedman, 2022).

---

El artículo de Boyd y Friedman (2022) destaca que las prácticas inclusivas y las estrategias para crear un entorno seguro para personas LGBTQIA+ en la atención de EII pueden mejorar la confianza y la experiencia de los pacientes. Los autores afirman que es crucial utilizar un lenguaje neutral, realizar historiales de salud sexual detallados y aplicar técnicas de examen informadas sobre el trauma.

Además, indican que se necesitan más investigaciones sobre la prevalencia de EII en ciertos grupos de minorías sexuales y de género, la seguridad de la relación sexual anal receptiva durante brotes de EII y el riesgo de infecciones de transmisión sexual y cáncer entre estos pacientes para desarrollar directrices de detección y mejorar la atención equitativa (Boyd & Friedman, 2022).

En resumen, es fundamental abordar las inquietudes y consideraciones de géneros en el manejo de la EII, ya que las mujeres enfrentan preocupaciones adicionales en comparación con los hombres. Este enfoque es crucial para garantizar una atención sanitaria adecuada y un apoyo integral, reconociendo las diferencias de género que impactan la experiencia y manejo de la enfermedad.

Por otro lado, la falta de atención académica y de interés en comprender las experiencias únicas de las personas LGTTBIQ+ las deja en una situación de vulnerabilidad, privándolas de recursos y apoyo necesarios para enfrentar los desafíos asociados con la EII. Por ello resulta primordial extender este enfoque a las disidencias sexogénicas con EII, asegurando una atención equitativa y sensible.

### **3.3. El sistema sexo-género y la perspectiva de género**

El sexo refiere a las características biológicas determinadas, tanto anatómicas como fisiológicas —incluyendo el sexo cromosómico, gonadal, genital, endocrino y el eje hipotálamo-hipofisario— que definen las diferencias entre las especies sexuadas, es decir, entre hembras y machos (Castañeda Abascal, 2007).

En contraste, el género es un constructo social basado en las expectativas, valores y relaciones de poder y subordinación entre hombres y mujeres en una sociedad determinada (Arellano, 2003). Además, se considera una categoría dinámica, influenciada por las convenciones culturales, actitudes y relaciones, que se produce y reproduce a través de las acciones de las personas y cambia según la sociedad y la historia (Borrell et al., 2008).

Según Faur (2008), el género es una categoría construida que influye en la división sexual del trabajo, la distribución de recursos y las jerarquías, afectando el desarrollo desigual de los géneros y el ejercicio de los derechos humanos. Por otro lado, Bem (1989), citada en Castañeda Abascal (2007), afirma que el género refleja una construcción cultural visible en aspectos como la apariencia, uso del cabello y la vestimenta, siendo dinámico, a diferencia del sexo, que permanece constante.

---

De acuerdo con Gómez Gómez (2002), el género no es sinónimo de sexo ni equivale a mujer. Tampoco se aplica exclusivamente a hombres o mujeres, sino que alude a las relaciones de desigualdad entre ambos en la distribución de recursos, responsabilidades y poder.

Lamas (2000) señala que el género funciona como un esquema referencial para interpretar el mundo, donde las sociedades, a través de una clasificación binaria, simbolizan la diferencia sexual mediante atribuciones, prescripciones y restricciones basadas en características anatómicas. Este proceso condiciona prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales, construyendo expectativas sobre lo que deben ser hombres y mujeres, y asignando características "femeninas" y "masculinas" a diversas conductas y actividades (Lamas, 2000).

Tal como propone Lagarde (1994), el orden de géneros es construido por "pactos sociales" que distribuyen roles "masculinos" y "femeninos" basados en acuerdos, costumbres y tradiciones, y no en la genética, reconociendo que este orden es opresivo.

Según Luna (2003), el género se define como el rol que una persona adopta en sus interacciones sociales, siendo el rol femenino tradicionalmente asociado con comportamientos expresivos como la dependencia, empatía, adaptabilidad, la subordinación de las propias necesidades a las de los demás y un especial interés por valores estéticos, religiosos y sociales; mientras que el rol masculino se caracteriza por atributos instrumentales como la autonomía, autoconfianza, agresividad, orientación a los logros, independencia y competencia en la resolución de problemas.

Beauvoir (1949) argumenta que la femineidad es una construcción cultural, no un destino biológico, y critica la opresión histórica y las estructuras patriarcales que han subordinado históricamente a las mujeres, abogando por la igualdad y la libertad. En esta línea, Aguilar (2010) señala que la asignación tradicional de roles, que subordina a las mujeres al ámbito doméstico y a tareas de reproducción y crianza, mientras las excluye de roles remunerados en la esfera social, como la política o la economía, refleja una disparidad en la valoración social de las funciones de hombres y mujeres.

Además del análisis de la desigualdad de género a través de los roles, otro concepto clave que contribuye a esta separación social son los estereotipos (Aguilar, 2010). Según de Oca et al. (2013), los estereotipos son el conjunto de creencias sobre las características consideradas apropiadas, es decir, femineidad para ellas y masculinidad para ellos.

Según lo planteado por Díaz (2016), el estereotipo femenino se sustenta en creencias que asocian a las mujeres con características emocionales, de fragilidad, sumisión, dependencia, comprensión, afecto y sensibilidad hacia las necesidades de los demás. No obstante, ello no implica que todas las mujeres posean dichas cualidades, sino que tienden a ser percibidas de ese modo. De forma análoga, el estereotipo masculino

---

vincula a los varones con atributos como dureza, capacidad atlética, dominancia, audacia, egoísmo, agresividad, competitividad y liderazgo

Por su parte, Salva (2000) sostiene que las significaciones de género se construyen informalmente en la familia y el grupo social, integrando representaciones culturales globales, donde la masculinidad se asocia con la rudeza y la mujer es vista como "dadora de vida", madre y cuidadora.

En relación con esto, Castillo-Mayén y Montes-Berges (2014) destacan que los estereotipos de género tienen consecuencias negativas al limitar el desarrollo integral de las personas, afectando sus preferencias, habilidades, aspiraciones, emociones, estado físico y rendimiento, impactando especialmente a las mujeres y aumentando su vulnerabilidad a ser víctimas de violencia.

Conforme a Linardelli (2015), los roles y estereotipos de feminidad pueden generar subjetividades propensas a trastornos mentales, como las "subjetividades femeninas vulnerables" y las "patologías de género femenino" propuestas por Burín (1990), ya que los roles tradicionales de esposa, madre y ama de casa exigen altruismo, servilismo, contención emocional y represión de la agresividad, lo que conduce a la subordinación y desempoderamiento de las mujeres, afectando su salud mental.

De acuerdo con Ramírez, Carrillo y Martelo (2014), las percepciones, ideas, creencias y símbolos perpetúan comportamientos de segregación y discriminación hacia las mujeres. Las ideologías patriarcales no sólo configuran las diferencias entre hombres y mujeres, sino que lo hacen de tal manera que la inferioridad de las mujeres se percibe como algo biológicamente inherente o natural (Facio y Fries, 1999).

Fue a partir de la capacidad de distinguir entre el sexo biológico y lo socialmente construido que se comenzó a generalizar el uso del término 'género' para referirse a diversas situaciones de discriminación hacia las mujeres, las cuales han sido justificadas bajo la suposición de una anatomía diferente, cuando en realidad su origen es social (Lamas, 1996).

En el contexto de sociedades patriarcales, es común que las mujeres enfrenten diversas formas de discriminación, como violencia física, psicológica y/o simbólica, dificultades para acceder en igualdad de condiciones al mercado laboral, jornadas laborales dobles o triples, sobrecarga de tareas de cuidado, desigualdad en el acceso a sus derechos y a la justicia, así como limitaciones para decidir sobre su propio cuerpo. Estos factores contribuyen a la configuración de formas específicas de padecimientos subjetivos (Linardelli, 2015).

En este contexto surge el concepto de discriminación de género, que se refiere a la asignación de roles y atributos basados en el sexo biológico, transformando la diferencia sexual en una desigualdad social, estableciendo una jerarquía en la que lo masculino se valora como superior y relegando a las mujeres a una posición de

---

subordinación. Esto implica que hombres y mujeres no ocupan el mismo lugar, ni son valorados de la misma forma, ni cuentan con las mismas oportunidades, ni reciben un trato igualitario en nuestra sociedad, lo que resulta en la relegación de las mujeres a una situación de subordinación (Plan Nacional contra la Discriminación, INADI, 2005).

La violencia hacia las mujeres es una problemática compleja y multidimensional que requiere respuestas amplias e inclusivas desde todos los estamentos del Estado. Un abordaje integral, que considere las diversas dimensiones de la violencia, permite involucrar a todos los actores comprometidos y modificar los patrones socioculturales (art. 4 CEDAW; art. 7 Conv. Belém Do Pará).

Guzzetti (2012) plantea que superar la discriminación de género requiere políticas que reduzcan asimetrías, incorporando la perspectiva de género<sup>4</sup> para entender la singularidad individual y reflexionar sobre estrategias de intervención en contextos sociales. Lagarde (1996) destaca que esta perspectiva permite analizar las diferencias y semejanzas entre mujeres y hombres, sus posibilidades de vida, relaciones sociales y conflictos, tanto cotidianos como institucionales.

Alberdi (1999) señala que la perspectiva de género evidencia la opresión y desigualdad hacia las mujeres, mostrando cómo el género es una categoría clave en las relaciones de poder y la identidad social.

En esta línea, la perspectiva de género "implica, por un lado, una crítica a la visión exclusiva del mundo en clave masculina y por otro, una relectura y resignificación de la historia, de la sociedad, la cultura, la economía y la política. De lo que se trata es de hacer relecturas, resignificaciones y reconceptualizaciones que permitan un análisis diferenciado del mundo y de la realidad; de la aplicación de las normativas e instrumentos internacionales de derechos humanos, para poder actuar sobre ella y transformarla mediante la práctica de relaciones igualitarias y no discriminatorias".<sup>5</sup>

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada en 2015, contempla 17 Objetivos de Desarrollo (ODS) y resalta la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres como pilares esenciales para el desarrollo sostenible (Bidegain Ponte, 2017). Si bien el ODS 5 se centra en este objetivo, la perspectiva de género está presente de manera transversal en todos los ODS, destacando su relevancia en todas las áreas del desarrollo.

*"La perspectiva de género permite analizar cómo operan las representaciones sociales, los prejuicios y estereotipos en cada contexto social. (...). Con los aportes de diversas Ciencias Sociales y de las Teorías de Género fue posible*

---

<sup>4</sup> Perspectiva de género es sinónimo de enfoque de género, visión de género, mirada de género. Para profundizar ver CIDH. Herramientas básicas para integrar la perspectiva de género en las organizaciones. Disponible: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/25753.pdf>

<sup>5</sup> Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Herramientas básicas para integrar la perspectiva de género en organizaciones que trabajan derechos humanos / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. -- San José, C.R.: IIDH, 2008. p. 12.

---

*reconocer las diferentes configuraciones sociohistóricas y culturales del género y así superar el determinismo biológico”<sup>6</sup>*

Faur y Jelin (2013) destacan los avances de Argentina en la ampliación de derechos para las mujeres y la igualdad de género, con normas sobre salud sexual y reproductiva y protección contra la violencia de género, aunque persisten brechas de género y desigualdades en la sociedad. Lagarde (1994) afirma que la perspectiva de género implica reconocer la división social entre hombres y mujeres, oponerse a su opresión y promover intervenciones para construir alternativas no opresivas.

Por su parte, Aguilar (2010) sostiene que esta perspectiva permite identificar las características de ambos géneros y abogar por una distribución equitativa del poder para mejorar su calidad de vida.

### **3.4. La perspectiva de géneros en los servicios de salud**

Al abordar la salud desde una perspectiva de género, es crucial tener en cuenta tanto las diferencias biológicas entre hombres y mujeres como las inequidades derivadas de la socialización y las normas que varían según el género (Rohlf et al., 2000). Velasco (2009) sostiene que las disparidades en la salud no son solo consecuencia de las diferencias biológicas, sino que están profundamente influenciadas por factores socioculturales, políticos, económicos y laborales, los cuales impactan cómo hombres y mujeres perciben la salud, la enfermedad y la muerte.

Borrell y Artazcoz (2007), sostienen: *“Las diferencias de sexo y de género determinan diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres”*.

Los estereotipos de género influyen los comportamientos, y estos, junto con las características biológicas del cuerpo, contribuyen a diferencias en la salud y enfermedad (Ruiz-Cantero et. al, 2019). Según Tajer (2004), es importante considerar las vulnerabilidades diferenciales que los roles sociales patriarcales imponen a mujeres y varones, ya que estos determinan modos distintos de vivir, enfermar, consultar, recibir atención y morir.

El concepto de salud ha evolucionado, pasando de un enfoque centrado en causas individuales de enfermedad a reconocer los determinantes sociales como factores clave en las desigualdades en salud, especialmente en mujeres y su vulnerabilidad social (Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014). Las representaciones culturales de género también influyen en cómo hombres y mujeres cuidan su salud,

---

<sup>6</sup> Conf. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/eje-reconocer-la-perspectiva-de-genero.pdf>

---

perciben síntomas, enfrentan enfermedades y acceden al sistema de salud (Buffa & Iñiguez, 2023).

De acuerdo con esto, Ruiz Cantero (2011) plantea que: *"La salud de las mujeres y los hombres es diferente pero también desigual: diferente porque existen factores de tipo biológico y fisiológico que tienen distintas implicaciones en su salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias evitables, y por ello injustas, en la salud de ambos sexos"*.

Las conductas de riesgo en la salud varían entre géneros, siendo los hombres más propensos a desarrollar comportamientos riesgosos físicos como el abuso de sustancias y la conducción de vehículos a alta velocidad, mientras que, en las mujeres, los roles sociales influyen en la aparición de problemas crónicos tanto físicos como mentales a lo largo de la vida, generando limitaciones prolongadas, aunque no necesariamente conduciendo a una muerte prematura (Rohlfs et al., 2000).

Las normas de género también influyen en los comportamientos individuales y pueden conducir a la exclusión social y problemas de salud. En los hombres, la adopción de comportamientos masculinos tradicionales, como hábitos poco saludables y el menor uso de servicios de salud, contribuye a su mayor mortalidad prematura (Artazcoz et al., 2018).

Rohlfs et al. (2000) señalan que la socialización de las mujeres como proveedoras y cuidadoras del bienestar familiar las convierte en "agentes de salud" pero no en "sujetos de salud". Esto genera un desequilibrio entre mujeres y hombres en el trabajo reproductivo no remunerado, resultando en una doble carga de trabajo, estrés y dificultades para conciliar el trabajo productivo y reproductivo, lo que limita el tiempo disponible para el autocuidado.

La literatura evidencia cómo las desigualdades económicas entre hombres y mujeres impactan en el acceso a los servicios de salud. Sen (2000) amplía el concepto de pobreza más allá de lo económico, destacando que las mujeres en contextos patriarcales enfrentan limitaciones en educación, atención médica y participación política.

Por su parte, Kabeer (2006) señala que en culturas donde las mujeres son relegadas a labores invisibles, ellas y sus hijas sufren peores condiciones de salud y oportunidades. Además, la pobreza exacerba esta situación al imponer una doble carga de trabajo, mayor fatiga y afectar la nutrición y la interrupción de la educación de sus hijos, especialmente de las niñas, para que las ayuden en las tareas domésticas.

Rohlfs et al. (2000) identifican la clase social como un factor clave en la salud, siendo las mujeres las más vulnerables a la pobreza y exclusión social. En este sentido, Lagarde (1994) relaciona la feminización de la pobreza con los roles y obligaciones impuestos a las mujeres. Finalmente, Berenzon Gorn et al. (2005) vinculan la escasez

---

económica con mayores tasas de depresión en mujeres, agravadas por su múltiple carga de roles sociales y laborales.

En complemento a los temas de salud mental de las mujeres afectadas por problemas económicos, la violencia de género se suma como una grave problemática adicional, exacerbando aún más su situación de vulnerabilidad.

La violencia de género agrava la vulnerabilidad de las mujeres, especialmente en contextos de precariedad económica. Tonsing y Tonsing (2017) atribuyen esta problemática a estructuras patriarcales que otorgan poder y dominio al hombre, perpetuando la desigualdad. Además, desafiar los roles y estereotipos impuestos aumenta el riesgo de violencia (Álvarez et al., 2018).

Los efectos de esta violencia son devastadores, incluyendo lesiones físicas, trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, ideación suicida, baja autoestima y dificultades para restablecer el bienestar general (Delara, 2016). Este panorama resalta la necesidad de abordar la violencia de género como un factor crítico en la salud integral de las mujeres.

Otro elemento relevante que se examina es la existencia de sesgos de género en la atención sanitaria, destacados por Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado (2004), que perpetúan desigualdades al tratar de manera similar los problemas de salud de hombres y mujeres, ignorando diferencias reales, especialmente en la medicalización de procesos femeninos como el parto y la menopausia.

Esto es evidente en la medicalización de procesos fisiológicos femeninos, como el parto y la menopausia, que, según Checa (2000), invisibilizan la singularidad de las mujeres, promoviendo una visión mecanicista del cuerpo y subordinándolas al poder médico autoritario y paternalista.

La medicalización del parto, al desplazar a las parteras y promover avances en la salud materna, ha reducido el papel activo de las mujeres, tratándolas como instrumentos reproductivos y favoreciendo una visión mecanicista del cuerpo (Checa, 2000). Además, las tecnologías reproductivas han reforzado la autoría del médico en el proceso de procreación. Checa (2000) también señala que la relación de la mujer con los servicios de salud es subordinada, con un enfoque autoritario y paternalista que limita la adopción de comportamientos preventivos, especialmente en mujeres de sectores socialmente desfavorecidos.

Martínez Benlloch (2003) sostiene que los sesgos de género en los modelos de salud generan diagnósticos imprecisos al extrapolar resultados de investigaciones realizadas con hombres a las mujeres, invisibilizando la morbi-mortalidad diferencial y atribuyendo diagnósticos imprecisos bajo el término "síntomas y signos no específicos", como la mayor prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres.

---

La minimización de los síntomas en mujeres y la falta de atención a su testimonio conducen a la prescripción excesiva de psicofármacos, promoviendo su medicalización y psicologización (Martínez Benlloch, 2003), lo que, según Lenta (2021), refleja prejuicios de género en la atención médica, evidenciados en una mayor demora en la atención de las mujeres y en tratamientos basados en estereotipos más que en necesidades reales.

Para ilustrar esta situación, Tajer (2004, 2009) resalta cómo el género y las condiciones sociales influyen en la enfermedad coronaria, evidenciando la mayor vulnerabilidad de las mujeres debido al estrés laboral y las expectativas sociales.

En su libro *Heridos Corazones* (2009), propone una mirada multidisciplinaria que subraya la necesidad de reconsiderar la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades coronarias en mujeres, señalando la persistencia de estereotipos y presiones sociales que subestiman el riesgo coronario femenino. Tajer (2012) también sostiene que es crucial adoptar una perspectiva de género en salud para ambos géneros, reconociendo las desigualdades sociales y abogando por la equidad de género, sin reproducir estereotipos que invisibilicen las necesidades reales de las personas.

Sen, George y Ostlin (2005) destacan las disparidades en diagnóstico, atención, prioridades de financiamiento, investigación y pruebas clínicas entre hombres y mujeres, lo que refleja inequidades estructurales en el sistema de salud. Según Palomino Moral, Grande Gascón y Linares Abad (2014), estas inequidades son exacerbadas por factores biológicos, psicosociales, socioeconómicos y de género, aumentando la exclusión social y evidenciando una brecha en roles, recursos y poder entre géneros.

Para Lenta (2021), la perspectiva de género en salud es clave para abordar las desigualdades derivadas de relaciones de poder y estereotipos culturales. Además, Artazcoz et al. (2018) señalan que incorporar el género en la investigación junto a otras desigualdades, como la etnia y la clase social, desde un enfoque interseccional, no solo es ético, sino también crucial para la efectividad de las intervenciones.

En conclusión, adoptar una atención sanitaria con perspectiva de género, que contemple disparidades socioeconómicas, violencia de género, salud sexual y reproductiva, e interseccionalidad, es esencial para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos e inclusivos.

### **3.5. Perspectiva de diversidad**

Foucault (2011) analiza cómo instituciones como la religión, la ciencia y la pedagogía, mediante la biopolítica y el "dispositivo de sexualidad", han moldeado normativas sexuales para favorecer lógicas hetero-capitalistas, patologizando deseos fuera de la

---

norma, como el de mujeres "históricas" o personas homosexuales consideradas "perversas" (Monroy Cuellar, 2020).

Preciado (2010), en "Testo Yonqui," amplía las ideas de Foucault sobre el poder y la regulación de la sexualidad, introduciendo el concepto de "farmacopornográfico" para describir un nuevo régimen de control sexual y político, mediante tecnologías hormonales y pornografía, que regulan la sexualidad y reconfiguran la relación entre cuerpo, poder y producción capitalista.

Citando a Preciado (2010) a través de Monroy Cuellar (2020), el género, inicialmente una categoría psiquiátrica, creó binarismos en el régimen disciplinario y patologizó la homosexualidad, en contraste con la heterosexualidad. Considerando esto, según Monroy Cuellar (2020), al referenciar a Preciado (2010), destaca que en el régimen farmacopornográfico emergen oposiciones entre la categoría trans y lo biosexual, y señala cómo el discurso médico psiquiátrico mantiene el binarismo de género mediante técnicas quirúrgicas, a pesar de reconocer la multiplicidad de sexos.

En "El género en disputa", Butler (1999) retoma la afirmación de Beauvoir (1949) "No se nace mujer: llega una a serlo" para argumentar que el género es una construcción social. Según Butler, el género se constituye a través de actos repetidos que establecen normas, lo que lo hace performativo. Además, cuestiona la distinción entre sexo y género, señalando que el sexo también es una construcción social influenciada por la hegemonía heterosexual y la heteronorma, lo que evidencia una alternativa al sistema binario de género (Butler, 1996; 1999).

De esto deriva que el género trasciende el binarismo masculino-femenino, incluyendo identidades diversas que desafían la heteronormatividad, entendida por Warner (1991) como el conjunto de normas que idealizan ciertas sexualidades y marginan otras según modelos hegemónicos. A su vez, la heteronormatividad se materializa principalmente a través de dos ideologías: el heterosexismo y el genderismo (Caminos y Quetrequero, 2015).

El heterosexismo, según Hayde y Delamater (2006), es la creencia de que la heterosexualidad es la única orientación sexual válida, desvalorizando otras orientaciones. Por otro lado, el genderismo se refiere a la creencia de que solo existen dos géneros naturales y legítimos, según Cope y Darke (1999) e Izzo (2007), citado en Barón Vioque et al. (2013).

En este contexto el término queer, intraducible al español, surge en América anglosajona para resignificar la diferencia sexual y representar lo dislocado y subversivo (La Fountain-Stokes, 2006). Según Fonseca Hernández y Quintero Soto (2009), su significado abarca desde "maricón" hasta "raro" o "extraño", desafiando normas sociales. Llamas (1998) añade que su origen incluye connotaciones negativas, como "torcido" o "desviado", asociadas a la marginalización de identidades sexuales.

---

Desde esta perspectiva, *'queer'* cuestiona el sistema sexo-género y las expresiones sexuales normativas, representando identidades estigmatizadas (Monroy Cuellar, 2020; Mateo del Pino, 2019). En este sentido, López Penedo (2008) resalta que *'queer'* redefine identidades sexuales y de género, confrontando normas y fomentando nuevas políticas en el ámbito LGBTI.

Asimismo, Mérida Jiménez (2002) señala que la Teoría Queer rechaza las clasificaciones sexuales tradicionales, promoviendo la disolución de categorías como gay, lésbica, transexual, travestí e incluso hetero, en favor de una visión global y subversiva que impulsa cambios sociales y colectivos desde múltiples perspectivas.

Por último, Monroy Cuellar (2020) analiza los desafíos de aplicar la Teoría Queer en América Latina, donde los modelos importados pueden no ajustarse a las realidades locales. En este contexto, el autor destaca la necesidad de adaptarlos, descartarlos o desarrollar teorías propias, considerando las tensiones con movimientos feministas y decoloniales, así como las intersecciones de opresión y resistencia en la construcción de identidades y luchas políticas.

En este sentido, Arboleda (2010) plantea una pregunta clave: "¿Cómo nombrar las transgresiones homo/lésbica/bi/trans/a/sexuales (LGBT) en América Latina si los modelos importados no responden —por lo menos no completamente— a las realidades de los sujetos que intentan definir?" Frente a este interrogante, Monroy Cuellar (2020) propone que el término más cercano al concepto de queer en la región es la disidencia sexual, la cual busca visibilizar identidades excluidas del discurso LGBT tradicional debido a las limitaciones de sus siglas.

Si bien en el glosario de este trabajo se proporcionan explicaciones para cada término, es fundamental aclarar ciertos aspectos relacionados con la sigla LGTTBIQ+, la cual agrupa a una comunidad diversa e inclusiva, abarcando múltiples identidades de género y orientaciones sexuales. Esta designación surge para visibilizar a quienes no encajan en los patrones heteronormativos y cisnormativos impuestos por la sociedad. Sin embargo, no todas las personas dentro del colectivo aceptan esta nomenclatura, pues algunas abogan por incluir, excluir o incluso autoexcluir ciertas categorías.

El signo de suma (+) en LGTTBIQ+ busca englobar identidades y orientaciones no explícitamente representadas, como el no binarismo, la polisexualidad o la demisexualidad, promoviendo un espacio más inclusivo. No obstante, al igual que los conceptos de sexo y género, estas definiciones son dinámicas y han evolucionado con el tiempo, lo que impide establecer un término definitivo o universalmente representativo.

Los movimientos activistas LGTTBIQ+ han reivindicado términos históricamente utilizados como insultos, enfatizando que la sexualidad es multidimensional, diversa y moldeada por factores culturales, sociales, políticos, afectivos y biológicos. Pese al debate sobre la denominación más adecuada, este trabajo emplea diferentes variantes

---

de la sigla según la literatura consultada, con el objetivo de visibilizar las discriminaciones que enfrenta esta población y reconocer la pluralidad de perspectivas terminológicas.

En este sentido, González (2014) propone el uso del término disidencia sexual en lugar de homosexualidad, con el fin de incluir una gama más amplia de preferencias y conductas sexuales que desafían la heterosexualidad normativa. Más precisamente, sitúa a esta diversidad en los márgenes de una matriz heterosexual y masculina, según describe Rubin (1989).

Siguiendo esta misma línea, la "otredad" se entiende como aquello que contrasta con lo heterosexual y cisgénero, que predominan en el modelo heteronormativo considerado como el estándar en la sociedad, tal como se aborda en el estudio de Galaz y colaboradores (2018).

Es importante señalar que los términos "diversidad sexual", "diversidad sexogenérica", "disidencias sexuales", "diversidades sexuales y de géneros no normativos", "disidencias sexogenéricas", "colectivo de la diversidad sexual" generalmente se asocian con las personas LGTTBIQ+, pero también puede abarcar a las personas LGB (excluyendo a las personas trans), o en menor medida, a las personas LGBTI (dado que las personas intersexuales han sido ampliamente invisibilizadas incluso en la bibliografía que trata sobre diversidad sexual).

Diversidad sexual hace referencia a un concepto que *"funciona como paraguas para referenciar bajo su nombre a identidades, sexualidades y géneros que, históricamente, han sido estigmatizados"* (Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina, 2017)<sup>7</sup>. Siguiendo esta línea, la Guía para Personal de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Violencia hacia Población LGTB<sup>8</sup> (2012), define la diversidad sexual como *"un término que se utiliza para aludir a poblaciones que no responden a relaciones, expresiones o estándares heterosexuales. Bajo el término diversidad sexual se suelen incluir una pluralidad de prácticas, vivencias, creencias y representaciones"*.

Los colectivos LGTTBIQ+ son considerados minorías sexuales marginadas, afectadas por desigualdades estructurales y la falta de acción estatal para garantizar sus derechos en igualdad de condiciones (Echegoyemberry, 2017).

Además, este colectivo es referido como "minorías sexuales", "sexualidades discriminadas" y "grupos sexuales minoritarios", grupos estigmatizados por sus

---

<sup>7</sup> Artículo titulado "Diversidad sexual". Autora: Pedrido Nanzur, Victoria. Publicado en la página institucional del Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS), 2017. Link: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/diversidad-sexual>

<sup>8</sup> Esta guía es una iniciativa del Área Políticas de Género del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el marco del trabajo conjunto entre el Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las víctimas y el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

---

orientaciones e identidades sexuales (Sánchez Gutiérrez, 2012). Desde los años sesenta, transformaciones socioculturales han cuestionado la patologización de identidades que no encajan en modelos tradicionales de sexo, género y deseo (Tomasini, Bertarelli y Esteve, 2017).

El avance en derechos LGBTI+ se debe en gran parte al activismo del colectivo, que ha utilizado la visibilidad y la organización como estrategias políticas clave. Los movimientos LGTB, mediante políticas de identidad, promueven la aceptación cultural y el acceso a derechos, rechazando la estigmatización como "la otredad" y condenando la discriminación por género y sexualidad (Tomasini, Bertarelli & Esteve, 2017).

Faur (2018) destaca que, en la última década, el modelo heteronormativo comenzó a debilitarse, impulsado por la Ley de Matrimonio Igualitario (N° 26.618/2010), que posicionó a Argentina como el primer país de América Latina en legalizar el matrimonio entre personas del mismo sexo. Este avance fue precedido en 2002 por el reconocimiento de la unión civil en CABA y seguido por otras normativas que ampliaron los derechos de la comunidad LGTTBI.

López (2020) subraya que Argentina ha sido pionera en la región al legalizar el matrimonio igualitario, permitir la adopción por parejas homoparentales y sancionar la Ley de Identidad de Género (N° 26.743/2012), considerada la más avanzada del mundo. Según Neer (2014), esta ley permite intervenciones médicas para adecuar el cuerpo al género auto-percibido sin evaluación diagnóstica ni autorización judicial, despatologizando el travestismo, la transexualidad y la transgeneridad, y marcando una transición hacia el respeto por la identidad autopercebida como derecho humano.

A nivel internacional, la CIDH reconoce la Ley de Identidad de Género argentina como una buena práctica. Además, existe un sólido marco jurídico global que guía políticas para revertir la desigualdad estructural de género y proteger los derechos de las personas LGBTI+, especialmente las más vulnerables. Sin embargo, como señala Arrubia (2016), persiste una brecha entre los logros legales y las desigualdades que atraviesan las experiencias reales de las personas LGBTI.

Las identidades de sexo y género no normativas suelen estar sujetas a prejuicios, estereotipos y estigmas que frecuentemente derivan en prácticas discriminatorias hacia quienes se identifican con ellas (Ortega y Drouillas, 2016). En este contexto, el informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América* (2015), destaca los siguientes extractos:

“-La CIDH se encuentra preocupada por los altos índices de violencia que se registran contra personas LGBTI, o aquellas personas percibidas como tales, en el continente americano, y la ausencia de una respuesta estatal eficiente frente a dicha problemática”.

-“Esto se evidencia en la falta de adopción de medidas efectivas para prevenir, investigar, sancionar y reparar actos de violencia cometidos contra personas LGBTI, de

---

acuerdo al estándar de debida diligencia. Mientras que la CIDH reconoce que se registran avances en algunos Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), la violencia contra personas LGBTI continúa ocurriendo de manera generalizada en todo el continente americano”.

-“En relación con los actos de violencia contra personas LGBT, la CIDH destaca en este informe que éstos suelen demostrar altos niveles de ensañamiento y crueldad”.

-“CIDH entiende que los actos de violencia contra las personas LGBT, comúnmente conocidos como “crímenes de odio”, actos homofóbicos o transfóbicos, se comprenden mejor bajo el concepto de violencia por prejuicio contra las orientaciones sexuales y las identidades de género no normativas (“violencia por prejuicio”).”

Según la publicación interinstitucional *La perspectiva de género y diversidad en la implementación de la Agenda 2030 en la Argentina 2020-2021*, para cumplir con los estándares de derechos, es esencial ampliar la transversalización de la perspectiva de género con un enfoque interseccional, que incluya a grupos históricamente oprimidos como personas con discapacidad, migrantes y LGBTI+.

El documento resalta que la perspectiva de género y diversidad es crucial para analizar las desigualdades de género y las relaciones de poder, abarcando identidades y formas de ser más allá de las categorías binarias. Esta perspectiva desafía la concepción de los géneros y sexualidades como "naturales e inmodificables", tratándolos como construcciones sociales y relacionales. Además, busca despatologizar las diferencias y visibilizar al colectivo LGTBI+ para diseñar políticas públicas inclusivas, respetando las particularidades de las poblaciones vulneradas mediante un enfoque interseccional.

En esta dirección, la meta no es eliminar los géneros, sino expandir y resignificarlos mediante una transformación cultural, lingüística, política y personal que supere el dualismo, liberando tanto nuevas identidades como aquellas previamente excluidas (Binetti, 2007).

### **3.6. Incorporación de la perspectiva de diversidad en los servicios de salud**

El principio 17 de los Principios de Yogyakarta<sup>9</sup> establece que todas las personas tienen derecho a alcanzar el máximo nivel de salud física y mental, sin sufrir discriminación por su orientación sexual o identidad de género, reconociendo la importancia crucial de la salud sexual y reproductiva en este derecho.

En Argentina, por un lado, la Ley de Identidad de Género N° 26.743/2012 y la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529/2010 aseguran el acceso igualitario a los servicios de salud mediante la promoción de prácticas clínicas respetuosas de los derechos humanos. Por otro lado, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 refuerza este compromiso al prohibir diagnósticos basados en la orientación o identidad sexual, promoviendo su despatologización.

---

<sup>9</sup> Disponible en: [https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles\\_sp.pdf](https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf)

---

De forma análoga, la Asociación Psiquiátrica Americana dejó de considerar las orientaciones sexuales no heterosexuales como patológicas en 1973, y la OMS hizo lo mismo en 1990 (Morán Faúndes, 2012).

A pesar de los avances, las personas LGBTI enfrentan disparidades en el acceso a la atención médica debido a la discriminación estructural y violencia institucional, lo que genera desconfianza, falta de comunicación y postergación o negación de atención (Romani et al., 2021), además de obstáculos relacionados con las conductas de las y los trabajadores de salud, que limitan su acceso en igualdad de condiciones que las personas heterosexuales y cisgénero (Schenck, 2018).

Según Daley y MacDonnell (2011), el heterosexismo, la bifobia y la transfobia, presentes en las instituciones sociales, generan exclusión, estigmatización e invisibilidad, agravadas por la falta de conocimiento de los proveedores de salud, lo que constituye una amenaza constante para su bienestar.

En los servicios de salud, se cometen errores y omisiones, incluidos abusos físicos o emocionales, que pueden tener consecuencias fatales para las personas LGB, y estos pueden ser perpetrados por cualquier miembro del personal, tanto profesional como administrativo (Catalán Águila, 2018). Además, las barreras específicas, como la estigmatización y las demoras en la atención, son más acentuadas en el sistema público que en el privado (Catalán Águila, 2018).

El autor también señala que algunos profesionales usan expresiones inapropiadas, como "marimacho" o "travesti", y pueden negar la atención o promover terapias de conversión, lo que estigmatiza la identidad y orientación sexual de los jóvenes LGBT, causando daños emocionales (Catalán Águila, 2018).

Algunas políticas de salud, como la prevención del VIH/SIDA dirigidas a grupos específicos como trabajadores sexuales, pueden ser implementadas de manera estigmatizante, lo que contribuye al rechazo de la asistencia sanitaria por parte de estas personas, llevándolas a autoexcluirse de estos servicios (Romani et al., 2021).

La falta de indagación sobre la orientación sexual e identidad de género durante la atención clínica puede ser una barrera transversal en el acceso al sistema de salud para la población LGTB, especialmente para adolescentes que desconocen su orientación sexual y se sienten inhibidos de revelarla en presencia de familiares (Catalán Águila, 2018).

Según Colpitts y Gahagan (2016), las necesidades de salud de personas no heterosexuales o con identidades de género diversas han sido históricamente ignoradas por una perspectiva heteronormativa de género binario, lo que invisibiliza sus experiencias y dificulta su atención en los sistemas de salud convencionales. Además, la presunción de heterosexualidad en los servicios de salud, manifestada en

---

admisión, formularios prefigurados, preguntas médicas, historias clínicas y la falta de formación sobre problemáticas LGBT, perpetúa la exclusión y la violencia explícita, limitando la atención adecuada (Cavallero, Mines Cuenya & Volpin, 2013).

El formato de las historias clínicas excluye las experiencias de individuos con identidades de género y orientaciones sexuales diversas, lo que desalienta la divulgación de su identidad y orientación, y puede llevar a problemas de salud sin diagnosticar o mal diagnosticados, agravados por el conocimiento limitado de los proveedores de atención médica sobre cuestiones de género y salud en poblaciones sexualmente diversas (Jackson et al., 2006).

La falta de conocimiento de los profesionales de la salud sobre la población LGTB afecta la calidad y accesibilidad de la atención, llevando a las personas a buscar información en otros recursos como internet o consultar con amigos (Cavallero, Mines Cuenya & Volpin, 2013). Además, el rechazo de algunos proveedores y la falta de investigaciones científicas sobre las necesidades de las personas LGBTIQ+ contribuyen a la escasez de reconocimiento de sus necesidades, obstáculos o requerimientos en el sistema de salud (Montero & González, 2017).

En 2011, el Ministerio de Salud de la Nación llevó a cabo un diagnóstico participativo sobre diversidad sexual y derechos sexuales y reproductivos<sup>10</sup>, identificando como principales barreras de acceso a la salud para la población LGTB:

- Falta de reconocimiento de la Identidad de Género de las personas trans.
- La visibilización o invisibilización de la orientación sexual o la identidad de género genera experiencias de exclusión.
- Trámites burocráticos y administrativos que obstaculizan el acceso al Sistema de Salud.
- Ausencia de servicios especializados en la atención de la salud sexual y reproductiva de personas LGTB.
- Carencia de capacitación en derechos reproductivos y restricciones en el acceso a la maternidad o paternidad.
- Presunción de heterosexualidad en la atención médica
- Prejuicios, concepciones y creencias de los equipos de salud hacia la comunidad LGTB que pueden constituirse en prácticas discriminatorias.
- Patologización de las orientaciones sexuales o identidades de género.
- Obstáculos para la explicitación de las orientaciones sexuales.

Cada población enfrenta desafíos únicos y específicos dentro del sistema de salud, siendo las siguientes las principales barreras identificadas, que a continuación se tratan:

*Barreras en mujeres lesbianas y bisexuales:* Las mujeres lesbianas y bisexuales enfrentan barreras significativas en la atención ginecológica, como la presunción de

---

<sup>10</sup> Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2011) Identidades diversas, los mismos derechos. Primera jornada nacional de diagnóstico participativo. Serie experiencias. Diversidad sexual y derechos sexuales y reproductivos. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

---

heterosexualidad, lo que genera tratamientos inadecuados y falta de información (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

El enfoque heteronormativo en las consultas, que asume relaciones exclusivamente coitales vaginales y con hombres, invisibiliza las prácticas homoeróticas femeninas, perpetúa mitos y prejuicios, y genera incomodidad y malentendidos al revelar la orientación sexual, lo que, junto con la falta de profesionales comprensivos, reduce las consultas ginecológicas de mujeres lesbianas en comparación con las heterosexuales (Brown et al., 2014; Palma & Orcasita, 2019).

Además, la invisibilidad en entornos homo/lesbofóbicos lleva a las mujeres lesbianas a buscar información sobre salud sexual en fuentes informales, como parejas, amistades o foros en línea (Brown et al., 2014; Palma & Orcasita, 2019).

Es decir, cuando se atiende a una persona lesbiana y se le pregunta por su esposo, asumiendo automáticamente su heterosexualidad, se crea una brecha entre los centros de salud y las minorías sexuales, lo cual resulta en una falta de reconocimiento de las necesidades específicas de esta comunidad (Snyder, 2019).

La atención ginecológica centrada en la reproducción en lugar de promover una salud sexual integral constituye una barrera significativa para las mujeres lesbianas, resultando en una menor frecuencia de consultas y exámenes preventivos (examen físico, PAP, mamografía), lo que aumenta el riesgo de cáncer de mama y cervicouterino, y contribuye al desconocimiento generalizado sobre la transmisión de infecciones sexuales y sus métodos de prevención (Catalán Águila, 2018).

*Barreras en hombres gays y bisexuales:* La estigmatización de la feminización y la asociación predominante con el VIH/SIDA limitan la atención médica para hombres gay, centrando excesivamente en la prevención y detección del VIH e infecciones de transmisión sexual (Catalán Águila, 2018).

El Ministerio de Salud de la Nación, en el marco de la Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo sobre Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos (2011) señaló que los hombres gays y bisexuales a menudo enfrentan obstáculos en la atención de salud integral, incluyendo dificultades en la atención proctológica y urológica, así como limitado acceso a servicios respetuosos y a exámenes como penoscopías y PAP anales.

Además de lo mencionado, también se señala la falta de insumos necesarios para la atención, como vacunas contra la Hepatitis B o lesiones producidas por el VPH (Virus Papiloma Humano).

*Barreras en personas Intersex:* Reconocerse como intersexual ha demostrado reducir la tendencia a evitar los servicios de salud, posiblemente porque estas personas requieren atención médica para comprender su condición física y de género no binario,

---

hasta que estén listas para identificarse con un género y sexo específicos, si así lo desean (Romani et al., 2021).

De la Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo sobre Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos (2011), se desprende que las personas intersexuales han sido tradicionalmente sometidas a intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos invasivos con el objetivo de ajustar sus cuerpos a normas binarias de género.

*Barreras en personas Trans:* Aunque el colectivo LGBT+ enfrenta violencias, las personas trans y travestis sufren violaciones a sus derechos humanos más significativas, especialmente en salud, donde enfrentan discriminación en tratamientos hormonales, quirúrgicos, ginecológicos y urológicos (Bissutti, 2019).

Las feminidades trans viven en vulnerabilidad extrema, marcada por patologización, criminalización y dependencia del trabajo sexual (Sciortino, Rojas & Carreño, 2024). Anticipar discriminación lleva a postergar consultas médicas, mientras que mujeres transexuales evitan atención por estigma (Romani et al., 2021).

La falta de reconocimiento de la identidad de género en la población trans lleva a muchas personas a evitar hospitales para no ser tratadas con el nombre registrado en sus documentos, ya que, aunque existen resoluciones para promover el respeto en los servicios de salud, su cumplimiento depende de la voluntad de los profesionales (Escudero Chauvel, 2012).

Engelman (2007), a través de entrevistas, describe las barreras en el acceso a la atención médica y los factores que afectan la dignidad de las personas travestis, destacando la estigmatización y discriminación que enfrentan. Las personas participantes señalan que los profesionales de salud y administrativos suelen asociarlas erróneamente con el VIH o SIDA, exigiéndoles el uso de barbijos o derivándolas a hospitales especializados en enfermedades infecciosas, lo que refleja una relación entre el acceso geográfico y la discriminación de género.

Además, el autor destaca que las personas travestis enfrentan internaciones en salas de hombres, son identificadas con su nombre masculino, carecen de supervisión adecuada en tratamientos endocrinológicos y sufren discriminación económica al tener que pagar de más para ser atendidas, además de violencia institucional, mala praxis y estigmatización por su identidad de género y trabajo sexual, lo que genera exclusión y autoexclusión (Engelman, 2007).

Según los hallazgos, los tratamientos hormonales y de reasignación de sexo son costosos, lo que limita su acceso, especialmente para las personas transgénero y transexuales sin empleos estables que les permitan costear dichos tratamientos (Hernández-Valles & Arredondo-López, 2020).

---

Varios estudios muestran que la esperanza de vida de las personas trans es considerablemente más baja, variando entre 35.5 y 41.25 años, en comparación con el promedio de 75 años en Latinoamérica (Ulises, 2013 citado en Restrepo Pineda, López Lorduy & Arismendy Mejía, 2020).

De acuerdo al "Estudio sobre el estado de salud y factores asociados en masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina"<sup>11</sup> (Fundación Huésped y ATTTA, 2021), más de la mitad de las masculinidades trans e identidades no binarias tienen cobertura de salud distinta a la pública, pero en su mayoría prefieren recibir atención en servicios públicos debido a la mayor disponibilidad de servicios inclusivos. Sin embargo, 7 de cada 10 evitaron realizar consultas sobre salud sexual y reproductiva por temor a la discriminación y el estigma, lo que evidencia la existencia de discriminaciones sistemáticas que conducen a procesos de autoexclusión, restringiendo aún más su acceso a los servicios de salud.

Impacto de las Barreras en el Sistema de Salud en la Población LGBT: La exclusión social de la población LGBT puede causar estrés, ansiedad y depresión, afectando la respuesta inmunológica y aumentando la vulnerabilidad a enfermedades como infecciones, alteraciones funcionales y neoplasias, además de contribuir a problemas de salud mental como el abuso de alcohol y drogas y mayores tasas de suicidio (Cáceres, Talavera & Mazín Reynoso, 2013).

El estrés de las minorías, la estigmatización y la discriminación impactan negativamente en su salud mental, siendo las barreras económicas, la cobertura insuficiente de seguro, la preferencia por esperar a que los problemas desaparezcan, la incomodidad para hablar de emociones y la vergüenza, obstaculizan su acceso a los servicios de salud mental (Romani et al., 2021).

Asimismo, el estigma social, el sexismo y la homofobia han generado violencias de género, violencias sexuales y autolesiones que han vulnerado los derechos humanos de la comunidad LGBT+, impactando en diversos aspectos como su salud física, mental y social, su integridad, libertad e igualdad (Rocha-Buevas, 2015).

Las necesidades de salud de la población LGBT, como trastornos mentales y abuso de sustancias, así como riesgos específicos de salud como el VIH y el cáncer de mama, son a menudo ignoradas por autoridades y personal de salud (Gil-Borrelli et al., 2017). El estrés por discriminación lleva a alteraciones del sueño, angustia psicológica y desregulación inmunológica (Christian et al., 2021).

A su vez, las necesidades y desafíos de salud del colectivo LGBT varían a lo largo de la vida: durante la adolescencia y juventud, se enfrentan a un mayor riesgo de suicidio y

---

<sup>11</sup> Entre mayo y septiembre de 2019, la Fundación Huésped y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina (ATTTA) llevaron a cabo un estudio de investigación denominado ESTHAR, con el objetivo de examinar el estado de salud y los factores asociados en masculinidades trans e identidades no binarias de Argentina. La muestra del estudio incluyó a 415 participantes, residentes tanto en el Área Metropolitana de Buenos Aires (59%) como en el Interior de Argentina (41%).

---

de falta de vivienda; en la adultez, presentan tasas elevadas de consumo de tabaco, alcohol y drogas; y en la vejez, a menudo enfrentan barreras de salud debido al aislamiento social y la falta de servicios culturalmente competentes (Gil-Borrelli et al., 2017).

Benavides et al. (2020) destacan que la implementación de las buenas prácticas para la atención de salud de la población LGBTIQ+ implica adoptar actitudes positivas en los profesionales y un entorno seguro para pacientes, aunque persisten carencias en programas específicos y continuidad de la atención.

Conforme a Lenta (2021), la perspectiva de género en salud busca problematizar las relaciones de poder y estereotipos socioculturales que generan inequidades en salud, y ha impulsado avances normativos en derechos; sin embargo, transformar modelos biomédicos patriarcales y sexistas sigue siendo un desafío.

En este punto, Daley y MacDonnell (2011) señalan que es esencial analizar críticamente las políticas sanitarias, considerando la perspectiva de género y diversidad sexual, para identificar estructuras de dominación que podrían pasar desapercibidas como mecanismos de exclusión.

Es fundamental incorporar una perspectiva de diversidad en la atención sanitaria, abarcando la salud sexual y reproductiva y evitando la discriminación por orientación sexual e identidad de género, de acuerdo con las normas internacionales sobre integralidad en salud y derechos (Comité Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de Naciones Unidas), y abordar las disparidades en la atención de personas LGBT, superando obstáculos políticos, socioculturales e históricos (Principios de Yogyakarta y documento CD52/18 de la OPS).

Según Schenck (2018), la incorporación del enfoque de género y diversidad sexual ha contribuido a crear un marco analítico que proporciona herramientas para identificar y comprender las relaciones de poder que perpetúan desigualdades.

Por todo lo expuesto anteriormente, la incorporación de la perspectiva de género y diversidad sexual en los servicios de salud es clave para garantizar una atención inclusiva, respetuosa y equitativa, adaptada a las experiencias y necesidades particulares de cada individuo, reduciendo brechas, barreras de acceso, discriminación y violencia en el sistema sanitario.

### **3.5. Conceptos clave asociados al derecho a la salud en pacientes con EII**

El acceso al derecho a la salud es fundamental ya que es una necesidad humana básica y está interrelacionado con otros derechos fundamentales como la educación, la alimentación y la vivienda digna (Arturo, 2015).

---

El PIDESC (1966) y su Observación General 14 establecen que “la salud es un derecho humano fundamental, indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos”. Este derecho no solo implica una atención oportuna y adecuada, sino que también requiere cumplir con estándares interrelacionados: disponibilidad de infraestructura y personal capacitado, accesibilidad física y económica sin discriminación, aceptabilidad respetuosa de la ética médica, la diversidad cultural y las necesidades de género, y calidad en los servicios, garantizando acceso a medicamentos y equipos adecuados para cumplir con los más altos estándares.

En este contexto, Schenck (2018) afirma que la política sanitaria debe considerar cuatro conceptos clave: cobertura, acceso, equidad e integralidad. A su vez, Mattioli (2011) resalta que los sistemas de salud deben promover la equidad, el acceso universal y la calidad de la atención, principios respaldados por gobiernos, organismos internacionales y organizaciones civiles. La OMS también destaca la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad como elementos fundamentales (Mattioli, 2011).

Benavides et al. (2020) proponen un modelo de salud efectiva basado en cuatro dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio, que permiten evaluar la equidad en el acceso y las barreras para una cobertura efectiva. Finalmente, la dignidad en la atención sanitaria es crucial para garantizar un trato respetuoso y libre de discriminación (Comes et al., 2007).

Las fuentes consultadas incluyen estos conceptos en mayor o menor medida, algunos de manera más detallada que otros, pero todos comparten el objetivo común de proteger y garantizar el derecho a la salud de manera integral y equitativa. Cada definición abarca elementos interrelacionados, que se describen a continuación como principios fundamentales relacionados con la temática en estudio.

### **3.5.1. Accesibilidad en servicios de salud**

En esta tesis, el término accesibilidad se entrelaza con nociones como acceso, uso y calidad de los servicios de salud, que algunos autores consideran sinónimos (Villalobos, 2016). Diferentes enfoques han dado lugar a diversas interpretaciones de este concepto.

Landini, Cowes y D’Amore (2014) distinguen entre disponibilidad, referida a la existencia de servicios de salud en un área determinada; accesibilidad, vinculada a la capacidad de las personas para utilizarlos, especialmente por su ubicación geográfica; y aceptabilidad, que implica satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, promoviendo la continuidad de la atención mediante actitudes adecuadas de beneficiarios y profesionales de la salud durante la interacción.

Algunos investigadores enfatizan la accesibilidad física, como Moseley (1979), quien destaca la importancia de la ubicación geográfica y la distancia entre los servicios de salud y los usuarios. Según esta perspectiva, una clínica puede ser accesible para una persona, pero no para otra, dependiendo de su ubicación y características personales.

---

Diversos autores identifican barreras económicas, administrativas y culturales que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Por su parte, Arredondo y Meléndez (1992) destacan dos aspectos interdependientes: la oferta de servicios y la demanda de la población, los cuales se interrelacionan en el proceso de atención médica, siendo las variables sociales y psicosociales clave en la percepción de las necesidades. En el ámbito económico, Aday y Andersen (1974) clasifican estas barreras y subrayan cómo la percepción de calidad influye en el acceso a los servicios.

Las dificultades que enfrentan las personas con EII, especialmente mujeres y población LGTTBIQ+, al acceder a los servicios de salud, pueden analizarse a través del concepto de accesibilidad propuesto por Comes et al. (2007), quienes entienden esta accesibilidad como la forma en que los servicios se acercan a la población. Según su enfoque, el acceso es un problema relacionado con la oferta, por lo que resulta fundamental suprimir las barreras actualmente existentes.

El equipo de investigación clasifica las barreras de acceso a los servicios de salud en geográficas (relacionadas con la distancia física y la ubicación), económicas (vinculadas a la capacidad financiera), administrativas (derivadas de obstáculos burocráticos), culturales (diferencias en creencias, valores y prácticas entre usuarios y profesionales) y la cuarta barrera, definida como cultural, se refiere a las diferencias en creencias, valores y prácticas entre usuarios y profesionales de la salud. Según Comes et al. (2007), esta última barrera puede redefinirse como simbólica, al considerar que el imaginario social y las representaciones también actúan como obstáculos.

Como conclusión, Comes et al. (2007) señalan que las prácticas y representaciones de los usuarios, la población sin acceso y los trabajadores de salud pueden funcionar tanto como barreras como facilitadoras para el acceso a los servicios.

Siguiendo esta línea, Landini, Cowe y D'Amore (2014) plantean una ampliación del concepto de accesibilidad en salud, introduciendo el término "accesibilidad psico-socio-cultural" en lugar de "aceptabilidad" o "accesibilidad cultural" o "simbólica". Proponen que la accesibilidad se concibe como un vínculo dinámico entre los usuarios y los servicios de salud, que integra tanto las representaciones y creencias de los beneficiarios como los marcos de sentido de los profesionales y los servicios de salud.

Aunque las personas con EII enfrentan diversas barreras, como las mencionadas anteriormente, esta tesis se centra en la barrera psico-socio-cultural, también conocida como barrera cultural o simbólica. Esta barrera resulta especialmente relevante, ya que las RS arraigadas en el personal de salud pueden actuar como obstáculos, fomentando la discriminación hacia mujeres y disidencias sexuales en el acceso a servicios de salud relacionados con la EII.

Los desafíos para acceder a los servicios de salud pueden asociarse al concepto de "peregrinación" de los pacientes, tal como lo plantea Sonia Fleury et al. (2013). Este

---

enfoque describe la experiencia de los pacientes que deben recorrer múltiples centros de salud en busca de atención médica, y es vista como una manifestación extrema de las desigualdades en salud.

En su estudio, las autoras mencionan situaciones de desigualdades significativas en el acceso y uso de los servicios, tales como demoras en la atención, infraestructura precaria, largas filas de espera y falta de respeto y receptividad durante la búsqueda de atención médica especializada.

La "peregrinación" de personas con EII, incluidas las que pertenecen a la comunidad LGTTBIQ+ o son mujeres, refleja desigualdades exacerbadas por factores estructurales como la precarización de los servicios de salud. Esto, a su vez, contribuye a las asimetrías de poder y a la discriminación derivada de estigmas y prejuicios.

Según el informe del Ministerio de Salud (2020), la falta de reconocimiento por parte de los equipos de salud hacia las diversas expresiones, experiencias e identidades de género, así como las variadas manifestaciones de sexualidad, constituye una barrera significativa para el acceso al sistema de salud.

En este contexto, es necesario abordar estas barreras simbólicas y promover prácticas inclusivas y equitativas en los servicios de salud, para que las personas con EII que pertenezcan a la comunidad LGTTBIQ+ o sean mujeres, tengan igualdad de oportunidades y puedan acceder a la atención médica necesaria. La eliminación de estas barreras es fundamental para lograr una verdadera accesibilidad en los servicios de salud y garantizar el bienestar de todas las personas, independientemente de su orientación sexual, identidad de género o condición médica.

### **3.5.2. Calidad de atención en salud en servicios**

El derecho a la salud, un derecho humano universal, está estrechamente ligado a la calidad de la atención, siendo el Estado el principal responsable de su garantía (Szulik, 2023). Sin embargo, el concepto de calidad en la atención sanitaria no es estático ni universal; evoluciona constantemente con la incorporación de nuevos elementos y perspectivas a lo largo del tiempo (Galván et al., 2012).

La definición de calidad en atención de salud varía según los contextos y puede abarcar desde la excelencia profesional hasta la satisfacción del paciente, incluyendo aspectos como el cumplimiento de normas y la minimización de riesgos, aunque aún no existe una definición universalmente aceptada (Ramos et al., 2008).

Donabedian, reconocido como el pionero de la calidad en la atención de la salud, define en 1980, la calidad de atención en salud como el cuidado que maximiza el bienestar del paciente, considerando el equilibrio entre beneficios y riesgos.

Para analizarla, propone tres enfoques para su análisis: la *calidad absoluta*, que evalúa la restauración de la salud desde una perspectiva científico-técnica del prestador del

---

servicio; la *calidad individualizada*, donde el paciente define la calidad según sus expectativas y valoraciones sobre costos y beneficios; y la *calidad social*, que considera el beneficio para toda la población y la eficiencia en la distribución de recursos, contextualizando el concepto en los valores y necesidades sociales (Donabedian, 1980).

La OMS (2007) destaca que la calidad de la atención sanitaria, incluida la seguridad del paciente, es esencial para lograr los objetivos nacionales en salud y mejorar la salud de la población. Destaca que la atención debe ser eficaz, segura, centrada en las personas, además de oportuna, equitativa, integrada y eficiente para maximizar sus beneficios.

Mattioli (2011) destaca cinco ejes clave sobre la calidad en la atención médica: la *calidad basada en el criterio médico*, que evalúa la atención según estándares profesionales; la *calidad basada en la gestión y planificación*, que se centra en la administración y la implementación de sistemas de gestión de calidad en hospitales; la *calidad abordada desde el plano conceptual*, que involucra la teorización de la calidad por parte de organizaciones como la OMS; la *calidad percibida por los usuarios*, que evalúa la experiencia subjetiva de los pacientes, considerando no solo aspectos técnicos, sino también el trato y la satisfacción general; y la *calidad desde las perspectivas de derechos y género*, que es esencial para este trabajo.

El enfoque de calidad desde los derechos y género aborda la atención médica como un derecho humano, resaltando la equidad de género y la inclusión de aspectos culturales y de derechos humanos en la atención. Este enfoque amplía el concepto tradicional de calidad, incorporando la dignidad, el respeto, la autonomía y el derecho a decidir, especialmente en áreas vulnerables como la salud sexual y reproductiva. Además, destaca la necesidad de una atención inclusiva que considere las particularidades de las mujeres y grupos excluidos, promoviendo la construcción de ciudadanía y la equidad (Mattioli, 2011; Szulik, 2023; Salas Valenzuela, 2001).

Además, se presenta como una herramienta clave para atender a grupos socialmente excluidos, ampliando el concepto de calidad e incorporando aspectos diferentes e inéditos en los indicadores tradicionales de calidad (Miranda & Farmer, 2001).

Por su parte, Salas Valenzuela (2001) subraya que la perspectiva de género en la calidad de la atención requiere una conciencia activa por parte de usuarios y usuarias, promoviendo una visión integral de la salud que abarque dignidad, respeto, conocimiento, autoestima, autonomía y el derecho a decidir.

El marco de derechos busca empoderar a los usuarios para que no solo sean consumidores de servicios de salud que merecen calidad, sino también titulares de derechos capaces de exigir soluciones más amplias que aborden los determinantes de la salud y las violaciones de derechos Szulik (2023)

---

Castro Vásquez (2008) destaca que los obstáculos que enfrentan las personas en los servicios de salud, desde la dificultad de acceso hasta los estereotipos profesionales y la subordinación esperada, junto con las experiencias de atención por parte de un personal médico dominante, condicionan la calidad de la atención y pueden facilitar la vulneración de los derechos sexuales y (no) reproductivos.

### **3.5.3. Dignidad en atención en salud**

La dignidad en la atención de salud es un aspecto crucial que ha sido impulsado a nivel internacional. La ONU ha promovido políticas para erradicar la pobreza y respetar la dignidad humana, y la OMS junto con la OPS han apoyado estos esfuerzos desarrollando estrategias para la Protección Social en Salud que enfatizan la dignidad en la atención médica (Comes et al., 2007). En 2002, en colaboración con la OIT, destacaron la necesidad de generar estrategias que incluyan el respeto por la dignidad en la atención (Comes et al., 2007).

Una atención digna respeta los derechos de los pacientes, como se establece en la Ley Básica de Salud de la CABA (Ley 153/1999)<sup>12</sup>. Estos derechos incluyen el respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural, así como la inexistencia de discriminación por razones económicas, culturales, sociales, religiosas, raciales, de género, entre otras. Además, garantizan la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información de salud, el acceso a la historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su salud, y la libre elección de profesional y efector. También destacan la solicitud de consentimiento informado previo a estudios y tratamientos, la simplicidad y rapidez en turnos y trámites, y el acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas.

Estos derechos son especialmente importantes para las personas LGTTBIQ+ y aquellas con EPOF como la EII, quienes a menudo enfrentan discriminación y barreras en el acceso a una atención de salud digna. Garantizar el respeto a la personalidad y dignidad asegura un trato respetuoso y considerado, la protección de la intimidad y confidencialidad previene el estigma, y el consentimiento informado permite decisiones informadas sobre su salud. Además, el acceso a vías de reclamo facilita la expresión de quejas y propuestas para mejorar su atención, promoviendo una atención inclusiva y respetuosa para todas las personas, sin importar su identidad de género, orientación sexual o condición de salud.

### **3.5.4. Equidad en salud**

La equidad en salud, se define como *"la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables"* (OPS, 2014),

---

<sup>12</sup>

Disponble en:  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-153-123456789-0abc-defg-351-0000xvorpyel/actualizacion>

---

reconociéndose que tanto el género, como la etnia, edad o condición socioeconómica se encuentran vinculados con la inequidad en salud.

Whitehead (1992), define la inequidad en salud como las desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas, abogando por una equidad que garantice a todos, la oportunidad justa de alcanzar su máximo potencial de salud sin desventajas evitables.

La distinción entre inequidad y desigualdad en salud radica en que la inequidad implica la existencia de disparidades evitables y corregibles, mientras que no todas las desigualdades en salud necesariamente lo son (Cabieses et al., 2011). Por tanto, mientras la igualdad es un concepto basado en hechos, la equidad representa un imperativo ético relacionado con principios de justicia social y derechos humanos (Gómez Gómez, 2002).

En esta dirección, Gómez Gómez (2002) plantea: *"Desde el punto de vista operativo, la equidad en salud comprendería eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social. Es preciso subrayar que el problema no es que existan desigualdades, sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo"*.

Bajo esta perspectiva, las inequidades en salud dependen de cómo la sociedad percibe si estas diferencias son justas o injustas, y esta percepción puede variar entre diferentes sociedades humanas (Barreto, 2017).

La equidad en salud se conceptualiza como la integración de dos ámbitos interrelacionados: el de la salud, que incluye acceso, calidad y resultados, y el societal, conformado por determinantes sociales, económicos, políticos y culturales que afectan las condiciones de vida y trabajo de diferentes grupos sociales, reflejando contradicciones de clase, género, etnia y edad (Linares-Pérez & Arellano, 2008).

En el contexto de los determinantes sociales de la salud, el género emerge como un factor estructural fundamental que influye en la generación de inequidades sociales en salud, donde, a pesar de que el contexto socioeconómico y político también desempeña un papel importante a través de instituciones como el mercado laboral y el sistema educativo (Salcedo, 2017).

El Enfoque de Género en Salud aborda cómo las relaciones de género influyen en la vulnerabilidad y desigualdad en el acceso al sistema de salud, integrando el género como un determinante estructural que afecta la estratificación social, la exposición a enfermedades, los costos en salud y los sesgos en los sistemas sanitarios y la investigación (Pimienta Fernández & Viera Paparamborda, 2017).

Las disparidades en salud revelan que las mujeres, a pesar de no ser mencionadas explícitamente en el enfoque de los determinantes sociales, son quienes enfrentan

---

mayores desafíos en la búsqueda de equidad y justicia social en materia de salud (Salcedo, 2017).

Es importante subrayar que el género no actúa de manera aislada como determinante de la salud, sino que se entrelaza con otros factores de estratificación social, tales como la clase social, la etnia/raza y la edad (Esteban, 2006).

En lo que se refiere a los determinantes de la salud relacionados con el género, la OMS (2018)<sup>13</sup> los define como las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos, y que determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género, siendo considerados uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias.

Así, el género es una dimensión relevante y ampliamente presente en la inequidad social, ya que la segmentación de la sociedad en roles masculinos y femeninos resulta en diferencias notables entre hombres y mujeres no solo en términos de riesgos y necesidades sociales y biológicas, sino también en oportunidades, recursos y contribuciones para la salud (Alleyne, 2000).

Como indica Pombo (2003) es esencial analizar la morbi-mortalidad y la accesibilidad a los sistemas de salud considerando la intersección de diversas desigualdades que surgen de los condicionantes mencionados, ya que en esta intersección se encuentran, ocultan y justifican los procesos de construcción de las hegemonías.

En el caso de las mujeres, enfrentan la "Triple Carga", que incluye trabajos informales, jornadas laborales extenuantes con una distribución sexista de responsabilidades, y demandas específicas en su desempeño reproductivo, lo que resulta en un deterioro acentuado en sus perfiles de vida en los ámbitos laboral, doméstico y reproductivo (Salcedo, 2017).

Las adversidades para las mujeres, agravadas por el neoliberalismo, incluyen una grave escasez de recursos para cumplir con múltiples responsabilidades, la promoción de la dependencia de la práctica doméstica en el trabajo femenino, la subvaloración del empleo femenino y la perpetuación de la discriminación y la violencia patriarcal en áreas como la alimentación, recreación y formación, lo que resulta en un acceso restringido a servicios públicos y una limitada participación en la vida social (Salcedo, 2017).

En el contexto de la inequidad de género en la calidad de atención, observamos que el problema puede surgir al brindar atención idéntica a ambos sexos cuando las necesidades específicas de género son distintas, al ofrecer atención diferenciada

---

<sup>13</sup> Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

---

cuando las necesidades no lo requieren, y al mantener un trato que perpetúa los estereotipos de género (Tajer et al., 2015).

Tajer (2012) propone identificar cómo las diferencias de género se convierten en inequidades en salud, señalando seis áreas clave donde esto ocurre: 1. Distribución de riesgos y necesidades en salud, 2. Mecanismos y modelos de atención, 3. Tipos de cobertura y financiamiento, 4. Costos de género en el cuidado de la salud, 5. Evolución de las estructuras familiares y su relación con el sistema sanitario y 6. Gestión y toma de decisiones.

Asimismo, se suma que las instituciones de salud han internalizado y perpetuado el racismo, el clasismo y la violencia de género, manifestando estas ideologías como parte de las estructuras sociales que reproducen desigualdades (Villafuerte et al.).

Respecto a las disidencias sexogénicas, la evidencia sugiere que las personas LGBT enfrentan mayores problemas de salud mental y física debido a prejuicios, discriminación y falta de aceptación social, que agravan la estigmatización, el aislamiento y la violencia (Gil-Borrelli et al., 2017).

La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030)<sup>14</sup> refleja el compromiso de buscar la equidad en la salud mediante esfuerzos colectivos para eliminar las desigualdades evitables, injustas y remediabiles entre poblaciones o grupos dentro y entre los países de la Región, reconociendo que estas desigualdades están arraigadas en determinantes sociales y ambientales que también deben ser abordados.

La equidad en salud refleja los valores sociales fundamentales, ya que la forma en que una sociedad trata a sus miembros menos favorecidos muestra el valor que otorga a la vida humana, tanto de forma explícita como implícita, abarcando aspectos sociales, de género, generacionales, territoriales, étnicos y culturales.

En este sentido, las inequidades en salud se definen como diferencias sistemáticas en el estado de salud que podrían ser evitadas mediante intervenciones razonables. En términos generales, las disparidades de salud observadas entre diversos grupos sociales, ya sea por motivos de raza o religión, se perciben como desigualdades en el ámbito de la salud, ya que indican una distribución injusta de los riesgos y los recursos relacionados con la salud (Arcaya et al., 2015).

Del concepto anterior se desprende que las dificultades que enfrentan las personas con EII, ya sean mujeres o miembros de la comunidad LGTTBIQ+, al acceder a los servicios de salud, reflejan inequidades en salud. Estas inequidades se basan en

---

<sup>14</sup> Presentada en la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana en 2017, representa la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la OPS en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como los retos regionales futuros y emergentes en materia de salud pública que puedan surgir

---

diferencias sistemáticas y evitables en la distribución de riesgos y recursos en salud. Abordar estas inequidades implica eliminar las barreras y obstáculos que impiden el acceso equitativo a la atención médica y garantizar que todos tengan igualdad de oportunidades para recibir la atención adecuada, independientemente de su orientación sexual, identidad de género o condición médica.

Las inequidades en salud, derivadas de las desigualdades de género, clase y etnicidad, junto con las lógicas de poder del patriarcado, producen perfiles diferenciales de morbimortalidad y vulnerabilidad para mujeres y personas LGTBIQ+, revelando la necesidad de una perspectiva de género interseccional para abordar estas disparidades en el acceso y la atención sanitaria (Lenta, 2021).

### **3.5.5. Cobertura universal de salud**

La cobertura de salud se define como *"la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población"* (OPS, 2014) e incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnología y financiamiento (Schenck, 2018).

Gispert Abreu, Castell-Florit Serrate y Lozano Lefrán (2016) hacen referencia a los principios establecidos por la OMS y OPS, sobre el acceso universal a servicios de salud integrales, los cuales deben ser a un costo razonable, sin suponer riesgos financieros para los individuos, garantizando protección contra los gastos catastróficos. Esto implica que todas las personas, independientemente de su situación económica, deben recibir los servicios esenciales de salud de calidad, incluyendo promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

El término "catastróficas" describe enfermedades con altos costos de tratamiento, abordadas en la literatura especializada a través de ocho características estructurales identificadas por CIPPEC<sup>15</sup>, que incluyen su impacto económico, daños severos en la salud, baja carga de enfermedad, insostenibilidad financiera para los hogares, priorización de gastos en medicamentos, cobertura judicial y necesidad de protección social (Tobar et al., 2014).

En el caso de las EPOF, la necesidad de un enfoque integral y continuo para su tratamiento, dado que a menudo conllevan discapacidades severas y altos costos sostenidos, subraya la importancia de garantizar una cobertura y financiamiento adecuados (Glanc & Del Prete, 2021).

No obstante, la complejidad de su manejo evidencia los desafíos en la definición y alcance de la cobertura, especialmente ante la aparición de tratamientos nuevos y costosos. Esta situación pone de relieve la falta de coordinación entre aseguradores, financiadores y proveedores de salud, lo que dificulta ofrecer una respuesta equitativa y oportuna a los pacientes (Glanc & Del Prete, 2021).

---

<sup>15</sup> CIPPEC: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento

---

En este contexto, surge la "judicialización de la salud", que revela la paradoja de un sistema en el que, aunque los amparos y medidas cautelares permiten el acceso a medicamentos, en la práctica no se garantiza un acceso efectivo debido a las demoras por parte de obras sociales, prepagas y el Estado, lo que provoca interrupciones en los tratamientos que pueden ser más perjudiciales que no haberlos iniciado, resultando en un circuito costoso y perjudicial para la salud (Balloni et al., 2022). Esto genera desafíos para la sostenibilidad y equidad de los sistemas de salud (Tobar, 2010).

Los Estados Miembros de la OPS aprobaron, en el año 2014, la resolución "Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud", que buscaba impulsar el acceso equitativo a la salud y fortalecer los sistemas de salud mediante un enfoque centrado en las personas y las comunidades, destacando valores fundamentales como la equidad, la solidaridad y el derecho a la salud, reconociendo la necesidad de un abordaje intersectorial para garantizar condiciones equitativas de acceso a dichos sistemas (Báscolo, Houghton & Riego, 2018).

El avance hacia la cobertura universal de salud se ve influenciado por una variedad de factores, frecuentemente arraigados en consideraciones políticas y en el financiamiento de la salud (Titelman, Cetrángolo & Acosta, 2015).

### **3.5.6. Responsividad en salud**

La respuesta de los servicios de salud (responsividad), también conocida como accesibilidad organizacional según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), puede verse impactada por la existencia de representaciones sociales que contradicen los derechos de las mujeres y personas trans.

La responsividad, como la describen (Andrade, Vaitsman y Farias, 2010) comprende los aspectos no médicos de la atención sanitaria. Esto incluye la garantía de la dignidad y trato respetuoso, la protección de la confidencialidad de la información, la capacidad de tomar decisiones autónomas, el respaldo social que permite la presencia de acompañantes durante la atención en los servicios de salud, la efectividad en la comunicación y provisión de información, la agilidad y eficiencia en la prestación de servicios, la disponibilidad de instalaciones y un entorno físico adecuado para la atención, la opción de seleccionar al profesional de salud, consideraciones relacionadas con las interacciones personales, la excelencia técnica de los profesionales involucrados, la ubicación de las instalaciones de atención médica, la capacidad de resolver problemas, la continuidad en la atención médica, la viabilidad de los servicios, la confiabilidad, la empatía, la receptividad y la promoción de una participación activa por parte de trabajadores y usuarios de los servicios de salud (Andrade, Vaitsman y Farias, 2010).

## **3.6. Representaciones sociales**

Las Representaciones Sociales (RS), formuladas por Serge Moscovici en la década de 1960, son formas de conocimiento compartido que permiten a los individuos comprender, interpretar y estructurar la realidad social (Moscovici, 1979).

---

Derivadas de las representaciones colectivas de Durkheim, las RS se configuran como sistemas cognitivos que integran estereotipos, valores, normas y creencias para orientar prácticas y comportamientos (Jodelet, 1993; Vera, 2002). Este enfoque resalta la intersección entre lo psicológico y lo social, permitiendo la creación de una realidad cotidiana compartida (Jodelet, 2011).

### **3.6.1. Origen y Contexto Teórico:**

Durkheim exploró cómo las creencias colectivas surgen de la sociedad, mientras que Moscovici reinterpreta este concepto, destacando la interacción entre el individuo y el grupo en la construcción social del mundo (Villarroel, 2007).

Según Moscovici (1979), las RS transforman saberes científicos (universo reificado) en conocimiento accesible al sentido común (universo consensual), lo que facilita la comunicación y la orientación del comportamiento en grupos sociales (Moscovici, 2012).

Este corpus de conocimientos se nutre de experiencias cotidianas, modelos científicos y valores culturales, siendo constantemente adaptado a través de intercambios sociales (Marková, 2003; Valencia, 2007). Además, el enfoque destaca la relación dialógica entre pensamiento, emociones y acciones en torno a objetos compartidos socialmente (Ribeiro & Antunes-Rocha, 2016).

### **3.6.2. Elementos de las RS:**

Jodelet (1989) identifica tres elementos fundamentales en la construcción de las RS:

-Objeto de representación: El tema central sobre el cual se construye la representación, que debe ser relevante, generar discusión y estar presente en los medios y el discurso social. Rouquette y Flament (2003) añaden que el objeto debe tener implicaciones históricas.

-Sujeto de representación: Los individuos o grupos que, desde su pertenencia cultural y social, elaboran representaciones mediante la interacción (Moscovici, 1979; Jodelet, 2008).

-Contexto: Las condiciones económicas, sociales e históricas que moldean las representaciones. Comprender el contexto es esencial para analizar su origen y evolución (Ibáñez, 2001).

### **3.6.3. Funciones de las RS:**

Las RS cumplen diversas funciones en la dinámica social, según Abric (2001). La *función de saber* permite comprender, explicar y transmitir conocimientos, facilitando el intercambio de información entre los individuos. La *función identitaria* refuerza la identidad del grupo, protegiendo su especificidad y consolidando un sentido de

---

pertenencia. A través de la *función de orientación*, las RS guían los comportamientos y prácticas de los individuos, generando expectativas que preceden a sus acciones. Finalmente, la *función justificadora* legitima y da sentido a las acciones ya realizadas, contribuyendo a su aceptación dentro del grupo.

Estas funciones permiten a las personas organizar su percepción de la realidad y estructurar su relación con el entorno social (Castañón Espinoza, 2023; Abric, 2001).

### **3.6.4. Influencia de las RS en la Realidad:**

Las RS no sólo interpretan la realidad, sino que también la construyen y transforman, orientando las acciones cotidianas e influyendo en las dinámicas sociales (Mora, 2002). Este conocimiento, profundamente influido por creencias, tradiciones y contextos ideológicos, asegura su funcionalidad y eficacia en los intercambios sociales (Valencia, 2007; Materán, 2008).

Desde una perspectiva práctica, Jodelet (2011) subraya que las RS sirven como marco interpretativo para la realidad y guía de acción en la vida cotidiana. Además, su análisis revela la influencia de procesos como la socialización y el contacto con instituciones, lo que es relevante en contextos específicos, como el estudio de la salud (Castorina & Kaplan, 2003).

### **3.6.5. Relevancia en las Ciencias Sociales:**

En la investigación social, las RS se entienden como estructuras simbólicas que integran conocimiento científico y sentido común, formando una imagen mental que orienta la acción (Hernández & Pargas, 2005). Este enfoque permite analizar fenómenos sociales mediante un marco que destaca los significados construidos y reconstruidos a través de la comunicación (Marková, 2008).

En síntesis, las RS son sistemas cognitivos prácticos que integran experiencias, valores y normas para interpretar la realidad y guiar la acción (Abric, 2001; Moscovici, 1979). Estas representaciones, simultáneamente productos y productoras de la sociedad, refuerzan la identidad grupal y facilitan la interacción social (Araya Umaña, 2002; Knapp, Suárez & Mesa, 2003).

### **3.6.6. Formación de las RS:**

La formación de las RS se fundamenta en un objeto, a partir del cual se desarrollan dos procesos clave según Moscovici (1979): la objetivación y el anclaje.

-Objetivación: Este proceso convierte conceptos abstractos en imágenes concretas y naturalizadas, transformando lo desconocido en familiar (Farr, 1984; Materán, 2008). Como señala Moscovici, "objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos" (Moscovici, 1979).

---

-Anclaje: Consiste en clasificar y nombrar objetos o fenómenos, permitiendo integrarlos en categorías sociales y culturales preexistentes. Según Moscovici (2000), aquello que carece de clasificación puede percibirse como extraño o amenazante. Este proceso unifica nuevos conocimientos en la matriz social, facilitando su incorporación cotidiana (Valencia, 2007; Materán, 2008).

Ambos procesos están interrelacionados y permiten que lo extraño se vuelva familiar, aunque pueden generar preconceptos y estigmatizaciones, dado que las RS se organizan en función de contextos históricos, materiales y sociales compartidos (Ribeiro, Neves Riani & Antunes-Rocha, 2019).

### **3.6.7. Dimensiones de las RS:**

Las RS pueden analizarse a través de tres dimensiones propuestas por Mora (2002). La primera es la *información*, que abarca los conocimientos específicos que un grupo posee sobre un fenómeno social. La segunda es el *campo de representación*, que se refiere a la organización y jerarquización de creencias, actitudes, valores y opiniones en la mente de las personas. Por último, la *actitud* se define como la posición frente al fenómeno, que influye tanto en el nivel de información como en la percepción del mismo, según Moscovici (1979, citado por Mora, 2002).

### **3.6.8. Enfoques de las RS:**

Banchs (2000) identifica dos enfoques principales en el estudio de las representaciones sociales (RS): el procesual y el estructural.

El enfoque procesual, más alineado con el abordaje hermenéutico, concibe al ser humano como productor de sentido y se centra en el análisis de los significados a través del lenguaje, utilizando técnicas cualitativas para examinar el contenido de las representaciones. Investigaciones que relacionan RS con comportamientos, como las de Moscovici (1979) y Jodelet (1986), se enmarcan en el enfoque procesual.

El enfoque estructural o "teoría del núcleo central", destacado por el trabajo de Abric, busca identificar la estructura central de las representaciones y comprender cómo estas influyen en las prácticas sociales, por lo que se enfoca en la estructura y organización interna de las mismas (Abric, 2001).

Aunque la distinción entre enfoques procesual y estructural es útil para caracterizar aproximaciones en el campo, es más apropiado verlos como un continuo donde los métodos de ambos enfoques pueden integrarse sin abandonar sus principios epistemológicos.

## **3.7. La EII desde una perspectiva interseccional**

En los apartados anteriores se abordó la interacción entre la EII y los desafíos específicos que enfrentan las mujeres, así como las personas pertenecientes a minorías sexogenéricas, considerando al género, como eje transversal de discriminación. La

---

categoría de género enriquece la comprensión de los procesos de salud, enfermedad y atención al interactuar con otros estratificadores sociales, lo que puede crear múltiples barreras, especialmente en mujeres (Ramos Padilla, 2006).

Además del género, es esencial considerar otras desigualdades adicionales como clase socioeconómica, edad, situación migratoria, vulnerabilidad social, ubicación geográfica discapacidad y alfabetización, entre otras que afectan la experiencia de vivir con una EII. Integrar estas desigualdades requiere un enfoque que trascienda lo unitario y aborde múltiples intersecciones (Molina, 2012).

Estas experiencias sitúan a las personas en contextos de subordinación o privilegio que impactan en su salud y enfermedad (González, 2018), generando intersección de opresiones que pueden obstaculizar o negar el derecho a la salud de las personas con una EII.

La calidad de vida de los pacientes con EII se ve afectada por características personales tanto objetivas (por ejemplo: edad, sexo, hábitos) como subjetivas (preocupaciones, relaciones sociales, situación laboral, entre otros), tal como se ha demostrado en diversos estudios (Berroa de la Rosa, Cuadrado & Fernández Salazar, 2017).

El concepto de interseccionalidad, introducido por Crenshaw (1989), explica cómo los ejes de estratificación, como raza, género y clase, interactúan, creando desigualdades y vulnerabilidades específicas para diferentes grupos sociales. Crenshaw utiliza la metáfora de autopistas que se cruzan para ilustrar cómo la discriminación racial y de género se refuerzan mutuamente.

Originalmente enmarcada en la teoría feminista para abordar las opresiones enfrentadas por mujeres de color, la interseccionalidad se ha expandido para incluir estructuras de poder como etnicidad, clase social, orientación sexual, edad, discapacidad y estatus migratorio, permitiendo una comprensión más integral de estas interrelaciones (Puar, 2007; Hill Collins, 2000; Bowleg, 2012; Rodo de Zárate, 2015).

Siguiendo esta línea, Hill Collins (2000) introduce la "matriz de dominación" para describir cómo las opresiones de clase, género y raza/etnia se entrelazan, generan discriminaciones, jerarquías y desventajas. Platero Méndez (2012) destaca una variedad de conceptos utilizados por diferentes autores para explicar el fenómeno de la interseccionalidad, como "simultaneidad de opresiones" (Combahee River Collective, 1977), "ejes de desigualdad" (Knapp, 2005; Klinger y Knapp, 2005; Yuval-Davis, 2006; Ferree, 2009; Degele y Winker, 2009), "discriminación múltiple" (Duclos, 1993; Fredman, 2005; Grabham, 2006; Grabham et al., 2009), "desigualdad múltiple", "ensamblajes o agenciamientos" (Puar, 2007).

La interseccionalidad es una contribución teórica fundamental en los estudios de género (McCall, 2005) y una herramienta para analizar desigualdades en diversos

---

ámbitos (Echegoyemberry, 2018). Pérez (2022) señala que permite identificar y reconocer diferencias individuales, siendo clave para comprender la relación entre género, salud y otras desigualdades (García Calvente et al., 2010).

Resulta crucial para entender las inequidades de salud y desigualdad social en grupos marginados, al abordar desafíos complejos y multidimensionales (Bowleg, 2012; Abrams et al., 2020) y revelar mecanismos de opresión (Abrams et al., 2020), que se construyen mutuamente de manera simultánea Roth (2022).

Pertenecer a un grupo vulnerable implica una desventaja significativa, agravada en el caso de mujeres como aquellas con discapacidad, en pobreza, víctimas de violencia, adultas mayores, indígenas, refugiadas, inmigrantes o niñas (Pérez Fernández Ceja, 2024).

La interseccionalidad, como herramienta analítica, resulta clave para comprender los procesos de salud y enfermedad (Hankivsky et al., 2010), al vincular las experiencias de discriminación interseccional con sus impactos en la salud (Earnshaw et al., 2017).

Young (1990, citado en Asensi Soto et al., 2023) define la opresión como condiciones institucionales que limitan la participación y decisión de la población, arraigada en normas y símbolos no cuestionados, y que incluye explotación, marginación, falta de poder, imperialismo cultural y violencia.

La perspectiva de género interseccional en salud trasciende el enfoque biomédico al analizar cómo las diferencias socio-culturales y factores como clase, etnia y orientación sexual influyen en el acceso, adherencia, procesos de salud y estigmatización, promoviendo la reducción de desigualdades (Lenta, 2021).

Este enfoque resalta la importancia de considerar las múltiples identidades y experiencias que habitan en una misma persona o grupo, reconociendo que las personas no se reducen a una sola identidad, sino que son el resultado de diversas intersecciones de género, orientación sexual, raza, clase social, entre otras (Hooks, 1981), permitiendo identificar y comprender formas de marginación (Pérez, 2022).

Mediante esta perspectiva, se analizan dinámicas de poder y desigualdades para desarrollar políticas inclusivas y equitativas que respeten la diversidad de experiencias y necesidades (Davis, 2008), destacando cómo la interseccionalidad corrige deficiencias en políticas públicas enfocadas en una sola causa de discriminación (Ronconi, 2016) y mejora el tratamiento legislativo al abordar múltiples sistemas de opresión (Sosa, 2016; Lombardo & Verloo, 2009).

A continuación, se examina la interacción entre la EII y algunos ejes de desigualdad, a fin de dar cuenta de la complejidad de la enfermedad y sus desafíos:

---

### **3.7.1. Interseccionalidad entre EII y condición socioeconómica:**

La relación entre el estatus socioeconómico y la incidencia de EII es compleja y presenta resultados variados, a veces contradictorios (Wardle et al., 2017; Dy, 2020).

Un nivel socioeconómico más alto se asocia con un mayor riesgo de desarrollar EII, aunque las causas no son claras (Day, 2020), mientras que los pacientes de niveles socioeconómicos más bajos experimentan peores resultados, incluyendo mayores tasas de hospitalización y mortalidad, lo que resalta la importancia de considerar los determinantes sociales de la salud (DSS) desde el diagnóstico (Bernstein, Walld & Marrie, 2020).

La accesibilidad a recursos sanitarios es una barrera clave para las personas con EII en niveles económicos desfavorecidos, ya que los costos prohibitivos limitan el acceso a terapias biológicas, impactando negativamente en la progresión de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes.

Esta situación se refleja en que 1 de cada 4 adultos con EII experimenta dificultades financieras debido a facturas médicas, y 1 de cada 6 informa incumplimiento del tratamiento farmacológico relacionado con el costo, lo que resalta la necesidad de una atención basada en el valor (Nguyen et al., 2020). Las disparidades en la calidad de la atención, relacionadas con el nivel de ingresos, contribuyen a la desigualdad en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida de los pacientes (Sewell & Velayos, 2013).

La alimentación es fundamental para el manejo de la EII; sin embargo, para muchas personas con recursos limitados, acceder a una dieta adecuada y saludable puede ser un desafío, a pesar de su importancia para controlar los síntomas. De hecho, el costo es la principal barrera que enfrentan las personas de bajos ingresos para acceder a alimentos saludables, lo que las obliga a recurrir a diversas estrategias para obtener productos a precios más accesibles (Alkon et al., 2013). Además, los factores dietéticos afectan directamente la composición de la microbiota intestinal, la homeostasis inmunológica y el riesgo de aparición y progresión de la EII (Castro & Souza, 2019).

Una dieta occidental típica, rica en grasas animales, azúcares refinados y alimentos procesados, está asociada con un mayor riesgo de desarrollar EII (Stein & Baldassano, 2017); además, el consumo de alimentos ultraprocesados y aditivos alimentarios contribuye a la exacerbación de la enfermedad (Marion-Letellier et al., 2019). En contraste, una nutrición adecuada, rica en fibra, ácidos grasos omega-3, vitaminas y minerales, puede disminuir las recaídas y prolongar los períodos de remisión en pacientes con EII (Jarmakiewicz-Czaja, Piatek, & Filip, 2020).

---

En resumen, la condición socioeconómica influye de diversas maneras en las personas que viven con EII, afectando su acceso a recursos sanitarios, alimentación, factores psicosociales y oportunidades laborales.

### **3.7.2. Interseccionalidad entre EII y condición laboral:**

La EII tiene un impacto significativo en la vida laboral de las personas, ya que la capacidad de mantener un empleo se ve influenciada por la situación económica y el tipo de trabajo.

La EII afecta de manera significativa la vida laboral de los pacientes, siendo la fatiga una de las principales causas de pérdida de productividad laboral, contribuyendo a una disminución en la capacidad de trabajo (Gennep et al., 2020). Además, los síntomas incómodos, el absentismo laboral y la falta de adaptaciones en el lugar de trabajo impactan negativamente en los planes de carrera, los logros profesionales y los ingresos de los individuos afectados (Mtir et al., 2023).

La EII se asocia con elevados costos sanitarios, pérdida de productividad laboral y discapacidad, afectando a un 0,2% de la población en términos de horas de trabajo (Zhao et al., 2021). Asimismo, produce ausencias laborales a corto plazo y discapacidad a largo plazo, y los pacientes con EC se ven más afectados que los pacientes con CU (Büsch, Sonnenberg, & Bansback, 2014).

Los pacientes con EII con empleo remunerado experimentan dificultades laborales, y no tener un empleo remunerado se asocia con una peor calidad de vida y un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión (Boer et al., 2016).

El estigma y la falta de comprensión por parte de empleadores y colegas agravan la situación laboral de las personas con EII, limitando sus oportunidades y favoreciendo la exclusión social. Aunque algunos empleadores muestran actitudes positivas hacia estos trabajadores, hasta un 25% puede optar por no mantenerlos en sus puestos y un 30% podría negarles tiempo libre para asistir a consultas médicas (Moody et al., 1992).

Las personas con estas patologías presentan altas tasas de discapacidad laboral; los pacientes con EC experimentan más discapacidad que los pacientes con CU, y una combinación de factores demográficos y relacionados con la enfermedad predicen la discapacidad laboral (Valk et al., 2014). Además, las personas con EII tienen una mayor probabilidad de estar desempleados y de tener ocupaciones sedentarias en comparación con la población general (Bernstein et al., 2001).

El teletrabajo y las condiciones laborales flexibles mejoran la participación laboral y reducen el absentismo de los pacientes con EII, lo que se traduce en una reducción de las bajas laborales y una disminución de los costes (Coenen et al., 2019).

---

### **3.7.3. Interseccionalidad entre EII y migrantes:**

El estrés y la migración son factores clave en el desarrollo y agravamiento de las EII, ya que el estrés puede desencadenar y agravar brotes y la migración modifica el riesgo debido a la exposición a nuevos entornos.

La migración y la raza pueden influir en el riesgo de desarrollar EII, posiblemente debido a las distintas respuestas a los factores ambientales del país receptor (Misra, 2018). Los inmigrantes que se trasladan de países con baja incidencia a aquellos con alta incidencia de EII presentan un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, lo que brinda la oportunidad de profundizar en la patogénesis y abordar las disparidades en la atención y las implicaciones económicas (Agrawal et al., 2020).

Esta transición resalta la interacción entre factores ambientales y genéticos en la patogénesis de las EII, evidenciando cómo los factores no genéticos y la interacción gen-ambiente influyen en el riesgo de la enfermedad (Misra et al., 2018).

Las condiciones de vida hacinadas y antihigiénicas en los campamentos de recepción facilitan los brotes de infecciones gastrointestinales entre los migrantes recién llegados (Greenaway & Castelli, 2019). Además, las circunstancias y condiciones del viaje migratorio, incluyendo el estrés y la falta de acceso a servicios de salud, aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas, incluidas las gastrointestinales (Greenaway & Castelli, 2019).

Las barreras legales, de comunicación, culturales y burocráticas dificultan el acceso a la atención médica adecuada para los migrantes, lo que contribuye a una mayor carga de enfermedades gastrointestinales (Pavli & Maltezos, 2017).

### **3.7.4. Interseccionalidad entre EII y ubicación geográfica:**

La interseccionalidad entre la ubicación geográfica de las personas con EII y la distancia a centros especializados agrava las desigualdades en el acceso a atención médica, dificultando el manejo adecuado de estas enfermedades.

En primer lugar, la distancia entre la residencia y el centro de tratamiento especializado afecta los resultados del paciente, con más readmisiones, mayores puntuaciones de actividad de la enfermedad, mayor uso de terapia biológica y cirugía en pacientes que viajan más de 750 km (Amenábar et al., 2021). Del mismo modo, la proximidad a un centro de atención terciaria afecta la utilización de atención médica ambulatoria y las complicaciones de la EII (Mikail et al., 2023).

Por otro lado, las personas rurales con EII necesitan una mejor comunicación, sistemas de apoyo y coordinación de la atención para mejorar los resultados de salud y la calidad de vida (Rohatinsky et al., 2021).

---

En este contexto, la telemedicina es bien recibida y permite brindar con éxito atención especializada en EII a pacientes en áreas regionales o remotas, mejorando la satisfacción del paciente y la actividad de atención médica (Lim, McMahon & Radford-Smith, 2020). Asimismo, muchos pacientes con EII prefieren un sistema de atención de seguimiento más flexible, con atención "virtual" como enfoque óptimo para satisfacer sus necesidades y potencialmente ahorrar costos (Kemp et al., 2013).

### **3.7.5. Interseccionalidad entre EII y vulnerabilidad:**

La interseccionalidad entre la EII y la vulnerabilidad social refleja cómo factores económicos, educativos y ambientales influyen en su manejo y en la calidad de vida de los pacientes. Estudios indican que quienes residen en áreas socioeconómicamente desfavorecidas presentan mayor riesgo de depresión y ansiedad, aunque reciben menos diagnósticos de salud mental, evidenciando la necesidad de mejorar la detección y el acceso a servicios (Sheehan et al., 2023).

Vivir con una EII es un desafío debido a la fatiga, la incontinencia, la incertidumbre sobre el futuro, la imagen corporal y la falta de información de los profesionales de la salud (Fourie, Jackson & Aveyard, 2018).

El estrés psicológico repetitivo puede reactivar la inflamación crónica en pacientes con EII, lo que potencialmente desencadena recaídas (Melgar et al., 2008). En contextos de vulnerabilidad social, este estrés se agrava por factores como un nivel educativo más bajo, menores ingresos familiares y la inseguridad alimentaria (Kahn-Boesel et al., 2023).

Además, se ha encontrado que un nivel educativo bajo de la madre está asociado con un mayor riesgo de EII en la descendencia, lo que subraya cómo las desigualdades económicas influyen en la salud de una generación a otra (Sigvardsson et al., 2023).

A esto se suman las condiciones de vida inadecuadas, como la falta de acceso a agua potable que puede exacerbar los síntomas y complicar aún más el manejo de la EII. La calidad del agua potable influye en las tasas de incidencia de la EII, al modificar la abundancia de Proteobacteria, Gammaproteobacteria y otros microbios, dependiendo de la ubicación y el tipo de muestra (Forbes et al., 2016).

Los factores ambientales, como los antecedentes familiares, la lactancia materna, las vacunas y los factores dietéticos, pueden influir en el desarrollo de EII en niños (Baron et al., 2005). Asimismo, hay que agregar el tabaquismo, el estilo de vida, las infecciones, la contaminación del aire y el uso de antibióticos, juegan un papel importante en el desarrollo de estas patologías (Shouval & Rufo, 2017).

En este sentido, la EII reduce la calidad de vida, principalmente por la actividad del cuadro, factores socioeconómicos y la edad del paciente, lo que resalta la necesidad de

---

un seguimiento multidisciplinario calificado y humanizado (Ferreira, de Souza, & de Lima, 2021).

Desde la perspectiva de la interseccionalidad, las opresiones no se suman simplemente; su convergencia genera nuevas realidades y desigualdades que no pueden entenderse como la suma de factores aislados. Reconocer y abordar estas intersecciones resulta esencial para diseñar políticas de salud y prácticas clínicas inclusivas, equitativas, específicas y sensibles, garantizando a las personas con EII acceso a una atención adecuada que respalde el ejercicio efectivo de su derecho a la salud.

---

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo de estudio**

El estudio se enmarca en un enfoque cuali-cuantitativo, transversal, orientado a comprender en profundidad las problemáticas desde la perspectiva de los actores sociales (Cáceres, 2003; Sampieri, 2016). Esta perspectiva busca acceder a los sentidos que construyen los actores en sus prácticas cotidianas, considerando los procesos sociales y las concepciones que las atraviesan (Bloch, 2010), así como incorporar una mirada situada del propio actor (Guber, 2001).

Se realizó una triangulación de fuentes. Así, la estrategia metodológica integra entrevistas semiestructuradas, revisión documental, observación participante y análisis FODA, articulando diversas técnicas y fuentes de información para enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado.

### **4.2. Técnicas de relevamiento según objetivos específicos**

4.2.1. Para el primer objetivo, se realiza una revisión documental de normativas relacionadas con la EII y la perspectiva de género y diversidad sexual, utilizando fuentes secundarias obtenidas de sitios oficiales como Infoleg, el Boletín Oficial y el Atlas de Salud. La información se organiza de manera cronológica y clasificada según su alcance territorial y material.

4.2.2. Respecto al segundo objetivo, se emplean herramientas de estadística descriptiva, como frecuencias absolutas y relativas, con datos obtenidos mediante fuentes primarias a partir de un guión de entrevista (Ver ANEXO II).

4.2.3. En cuanto a los objetivos tres, cuatro y cinco, se selecciona la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos, dirigida a trabajadores de la salud que tienen contacto directo con personas diagnosticadas con EII. Este instrumento, de carácter flexible y adaptable a cada persona entrevistada, posibilita recuperar no solo palabras, sino también percepciones y emociones (Toñón de Toscano, 2009).

Asimismo, se trata de una herramienta especialmente adecuada para acceder al universo de significaciones de los actores sociales (Guber, 2009), al tiempo que constituye un proceso comunicativo que permite evocar experiencias propias o ajenas, incluso cuando no han sido presenciadas por quien investiga (Alonso, 2017).

---

### **4.3. Muestra**

Participaron catorce (14) personas, entre ellas: dos psicólogas (una de ellas integrante de una junta evaluadora de discapacidad), un psiquiatra especializado en salud digestiva, una odontóloga, una farmacéutica vinculada a la importación de bolsas de ostomía, dos médicas gastroenterólogas (una especialista en EII), un cirujano proctólogo, un bioquímico, una secretaria de consultorio gastroenterológico, un enfermero especializado en ostomías, una nutricionista con enfoque en EII y una trabajadora social también integrante de la junta evaluadora de discapacidad.

### **4.4. Unidad de análisis**

Este estudio toma como unidad de análisis a cada uno de los catorce (14) trabajadores de la salud que se desempeñan en instituciones públicas y privadas de la CABA, en servicios vinculados a la atención de personas con EII.

### **4.5. Guión de entrevista**

Para recolectar la información, se diseñó un "Guión de entrevista semiestructurada - personal de salud que trabaja con pacientes con EII" (Ver ANEXO II), que fue revisado y ajustado tras una prueba piloto realizada con una psicóloga y una gastroenteróloga.

El guión de la entrevista se estructuró a partir de las siguientes secciones:

- Datos sociodemográficos.
- Conocimientos sobre las normas relacionadas con la atención de mujeres y el colectivo LGTTBIQ+.
- Capacitaciones sobre las normas relacionadas con la atención de mujeres y el colectivo LGTTBIQ+.
- Atención sanitaria con un enfoque en accesibilidad, inclusión, capacidad de respuesta y calidad de la atención en los servicios de EII.

### **4.6. Tipo de muestra**

La selección de participantes se realizó mediante un muestreo teórico o intencional (Hernández Sampieri, 2016; Bertaux, 1981; Glaser & Strauss, 1967), centrado en informantes clave, es decir, trabajadores de la salud en contacto directo con personas con EII. Se prioriza la heterogeneidad en cuanto a disciplinas, trayectorias, edad y géneros auto percibidos, abarcando distintos niveles de atención del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), priorizando la heterogeneidad de voces.

Este enfoque respondió al objetivo de profundizar en las experiencias y sentidos construidos por los participantes, sin pretender generalización estadística (Fontanella et

---

al., 2011; Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2016). Además, se empleó un muestreo en cadena o bola de nieve, lo que facilitó la identificación de participantes mediante recomendaciones dentro de la red profesional.

La muestra se considera concluida conforme al criterio de saturación teórica, alcanzado cuando, durante la recolección de datos, dejaron de emerger categorías relevantes y la información obtenida resultó reiterativa, validando lo previamente fundamentado (Neuman, 2009; Hernández Sampieri et al., 2016).

#### **4.7. Aspectos éticos**

Todas las personas entrevistadas participaron de manera libre y voluntaria, tras firmar el "Consentimiento Informado" (ver ANEXO III), en el que se detallaron los objetivos del estudio, la metodología utilizada, el tratamiento de los datos y su uso con fines estrictamente académicos. Asimismo, fueron informadas de que podían retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión.

En resguardo de sus derechos, se garantiza el anonimato y la confidencialidad de los datos, conforme a lo establecido por la Ley N.º 25.326 de Protección de los Datos Personales. Se respetaron en todo momento los principios éticos de voluntariedad, confidencialidad y anonimato.

Se comunica a las y los participantes que tienen derecho a acceder a la información sobre el tratamiento de sus datos, así como a solicitar su modificación, limitación o supresión, y a revocar el consentimiento otorgado en cualquier momento, para lo cual se les proporcionó el correo electrónico: paulabelenrojo@gmail.com.

Las entrevistas se realizaron durante los años 2023 y 2024, de manera presencial en los lugares de trabajo de las personas entrevistadas o mediante videollamadas, previamente agendadas. Se solicitó autorización para grabarlas con el único fin de realizar transcripciones íntegras. Los testimonios fueron anonimizados y presentados respetando fielmente lo expresado por cada participante. La información fue utilizada exclusivamente con fines académicos, sin modificaciones ni alteraciones de lo brindado por las personas entrevistadas.

#### **4.8. Triangulación metodológica**

Se trianguló la información con revisión documental y observación participante, con el objetivo de acceder al universo de las representaciones y significaciones (Bloch, 2010).

---

La observación participante consistió en observar sistemáticamente lo que ocurría en distintos espacios de trabajo y participar en las actividades realizadas por los profesionales de la salud en estos contextos (Guber, 2001). Este enfoque permitió recolectar datos en el contexto natural de los sujetos, facilitando una comprensión más cercana y directa de los fenómenos (Guber, 2009).

El procedimiento de recolección de datos consistió en realizar observación participante durante los días en que se concretaron entrevistas con algunas personas participantes, así como en jornadas previas y posteriores. Cabe destacar que, en su doble rol de profesional de la salud y paciente, la investigadora se encuentra inmersa en el campo de estudio, lo que le permitió experimentar de manera directa las dinámicas del servicio y enriquecer su comprensión del contexto observado.

Durante la observación, la investigadora registró en un diario de campo aspectos clave del entorno, como la infraestructura, la disposición del espacio, la accesibilidad y la atención, así como las interacciones entre profesionales y pacientes. Se evaluaron elementos como baños adaptados para ostomizados, disponibilidad de baños accesibles, lenguaje inclusivo en la atención y formularios que permitan autocompletar la identidad de género para personas con EII y de la comunidad LGBTQ+, entre otros aspectos.

Se diseñó una guía de observación participante (ver ANEXO V) que contempló aspectos relacionados con la infraestructura, la sala de espera, el consultorio y el área administrativa, así como los modos de organización, funcionamiento y el modelo de atención implementado, entre otros aspectos.

#### **4.9. Criterios de inclusión**

Los criterios de selección establecidos para la muestra incluyeron: trabajadoras y trabajadores del ámbito sanitario involucrados en el manejo de la EII, quienes aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

#### **4.10. Análisis de la información**

La información obtenida de las entrevistas se analizó mediante el método de análisis temático (Boyatzis, 1998), que permitió identificar patrones, significados y relaciones. Asimismo, se empleó el análisis FODA para evaluar los datos obtenidos de las fuentes primarias, basándose en los testimonios y observaciones de campo, con el objetivo de identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que influyen en el tratamiento de la EII desde una perspectiva de géneros y diversidad sexogenérica.

---

Este enfoque facilitó la comprensión y organización de los resultados, siguiendo los principios de la investigación cualitativa y la entrevista semi-estructurada según Tonón de Toscano (2009).

#### **4.11. Limitaciones al alcance**

Dentro de las limitaciones se encuentra la propia metodología cualitativa utilizada, que no permite la generalización de los resultados. Las investigaciones cualitativas no tienen como objetivo generalizar los resultados a poblaciones más amplias mediante métodos probabilísticos, ni procuran necesariamente la obtención de muestras representativas; de hecho, con frecuencia, tampoco buscan la replicabilidad de sus estudios (Hernández Sampieri, Fernández Collao & Baptista Lucio, 2016). No obstante, esta metodología permite una comprensión profunda del fenómeno estudiado desde la perspectiva de los actores sociales (Valles, 1997).

#### **4.12. Conflicto de intereses**

La investigadora declara la inexistencia de conflictos de intereses.

#### **4.13. Integridad**

Se adopta y respeta el principio de integridad.

---

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Resultados sobre el objetivo 1:

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 incluyó normativas internacionales, nacionales y locales, destacando las vinculadas a accesibilidad y salud, dado que la EII puede generar discapacidad visceral. Para ilustrar estos avances, se elaboraron líneas de tiempo con colores diferenciados que agrupan normativas según perspectiva de género y diversidad sexual, por un lado, y discapacidad y EPOF, por el otro.

El marco jurídico identificado refuerza la obligación de eliminar violencia y discriminación en los servicios de salud hacia mujeres, disidencias y personas con discapacidades o enfermedades raras.

#### **Normativa a nivel nacional:**

Argentina ha avanzado en derechos y representación de mujeres y disidencias sexogenéricas, a través de la sanción de significativas normativas. Estas leyes deben ser interpretadas de manera integral y coordinada, resaltando la importancia de comprender el marco normativo vigente.

En 1984 se aprueba la **Ley 23.054**<sup>16</sup> que ratifica la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y en 1985 se sanciona la **Ley N° 23.179**<sup>17</sup>, que ratifica la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Esta ratificación dota de rango constitucional a esta convención, fortaleciendo la protección de los derechos de las mujeres en el país.

Posteriormente, en 1986, la **Ley N° 23.313**<sup>18</sup> aprobó el PIDESC y el PIDCP para garantizar derechos económicos, sociales y culturales, y la **Ley N° 23.338**<sup>19</sup> aprobó la Convención contra la Tortura, protegiendo contra tratos crueles y degradantes. Pocos años después, en 1988, la **Ley N° 23.592**<sup>20</sup> prohíbe actos discriminatorios basados en la orientación sexual o género, incluyendo la violencia, el acoso sexual y el trato desigual.

En 1994, con la **Reforma Constitucional, la Constitución Nacional Argentina**<sup>21</sup> establece la igualdad y la no discriminación en su artículo 16, prohibiendo la discriminación en el artículo 37 y reconociendo los tratados internacionales de derechos humanos en el artículo 75, inciso 23, incluyendo aquellos que protegen contra la discriminación. Asimismo, promueve la equidad de género y la salvaguarda de los

---

<sup>16</sup> Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/28152/norma.htm>

<sup>17</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/26305/norma.htm>

<sup>18</sup> Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=206319>

<sup>19</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23338-23568/texto>

<sup>20</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20465/textact.htm>

<sup>21</sup> Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0039.pdf>

---

derechos de las mujeres mediante diversos artículos normativos, así como a través de leyes y políticas públicas específicas.

Ese mismo año, la **Ley N° 24.417**<sup>22</sup> se promulgó para prevenir la violencia familiar, permitiendo denuncias y medidas cautelares para las víctimas.

Luego, en 1996, la **Ley N° 24.632**<sup>23</sup> aprueba la Convención Belém do Pará, que se compromete a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, enfatizando la importancia de la no violencia y no discriminación, mientras que la **Ley N° 24.658**<sup>24</sup> aprobó el Protocolo de San Salvador sobre derechos económicos, sociales y culturales. En 1999, la **Ley N° 25.087**<sup>25</sup> modificó el Código Penal para abordar delitos contra la integridad sexual y eliminó el concepto de "mujer honesta".

En 2002, se aprobó la **Ley N° 25.673**<sup>26</sup> que establece el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, asegurando derechos sexuales sin discriminación. En 2004, la **Ley N° 25.929**<sup>27</sup> reconoce derechos durante el proceso de nacimiento, garantizando un parto respetado y la atención a madres y recién nacidos. Un año después, en 2005, la **Ley N° 26.061**<sup>28</sup> protege integralmente los derechos de niñas, niños y adolescentes, reconociéndolos como sujetos de derecho y asegurando su bienestar.

En 2006, se sancionaron tres leyes fundamentales: la **Ley N° 26.130**<sup>29</sup> que establece el derecho de las personas mayores de edad a acceder a la anticoncepción quirúrgica; la **Ley N° 26.150/2006**<sup>30</sup> que instituye la Educación Sexual Integral (ESI) en todas las etapas de la educación, promoviendo contenidos de educación sexual de manera integral; y la **Ley N° 26.206**<sup>31</sup> que asegura el acceso y la continuidad de la educación para alumnas embarazadas, incluyendo la educación domiciliar y hospitalaria.

En 2008, la **Ley N° 26.364**<sup>32</sup> previno y sancionó la trata de personas, protegiendo a las víctimas y estableciendo un programa de asistencia.

En 2009, la **Ley N° 26.485**<sup>33</sup> estableció un marco normativo integral orientado a la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, ampliando su definición y creando mecanismos específicos de seguimiento.

Finalmente, en 2010, se sancionaron diversas normativas relevantes: el **Decreto N° 1.011**<sup>34</sup> reglamentó la Ley de Protección Integral a las Mujeres, enfocándose en la prevención y sanción de la violencia de género; La **Ley N° 26.618**<sup>35</sup>, conocida como "Matrimonio Igualitario", hizo historia al legalizar el matrimonio entre personas del

---

<sup>22</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24417-93554/texto>

<sup>23</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/36208/norma.htm>

<sup>24</sup> Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/37894/norma.htm>

<sup>25</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25087-57556/texto>

<sup>26</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25673-79831/texto>

<sup>27</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-98805>

<sup>28</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778/texto>

<sup>29</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26130-119260>

<sup>30</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>

<sup>31</sup> Disponible en:

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/123542/norma.htm>

<sup>32</sup> Disponible en:

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/140100/norma.htm>

<sup>33</sup> Disponible en:

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

<sup>34</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1011-2010-169478/texto>

<sup>35</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm>

---

mismo sexo en todo el territorio argentino, convirtiendo al país en un pionero en América Latina y el mundo conocida como de 'Matrimonio Igualitario', legalizó el matrimonio entre personas del mismo sexo en todo el territorio nacional, posicionando a Argentina como país pionero en América Latina y a nivel internacional; y la **Ley Nº 26.657**<sup>36</sup> de Salud Mental que prohíbe los diagnósticos fundados en la orientación o identidad sexual, representó un avance significativo en la despatologización de las identidades LGBTIQ+."

En 2012, Argentina avanzó significativamente en la protección de derechos y en la lucha contra la violencia de género con la promulgación de varias leyes clave: la **Ley Nº 26.791**<sup>37</sup>, que modifica el Código Penal, agravando las penas por homicidio de mujeres cometiendo femicidio, considerando factores de género; la **Ley Nº 26.842**<sup>38</sup>, que amplió la legislación contra la trata de personas; y la **Ley Nº 26.743**<sup>39</sup>, de Identidad de Género, representó un momento histórico en la lucha por los derechos del colectivo LGTTBIQ+ al reconocer y legitimar la diversidad de género. Esta última normativa consagra el derecho a la identidad de género, permitiendo a toda persona el reconocimiento y la vivencia de su identidad autopercebida, independientemente del sexo asignado al nacer. Asimismo, garantiza el trato digno conforme a dicha identidad y el acceso a intervenciones médicas, hormonales o quirúrgicas a través del sistema de salud, sin necesidad de autorización judicial ni diagnóstico psiquiátrico.

En los años siguientes se sucedieron transformaciones significativas. La **Ley Nº 26.862**<sup>40</sup> de 2013 garantiza el acceso igualitario y gratuito a procedimientos de reproducción médicamente asistida para todas las personas. La **Ley Nº 27.210**<sup>41</sup> en 2015 establece la creación del Cuerpo de Abogadas y Abogados para Víctimas de Violencia de Género, asegurando el acceso a la justicia para las personas que sufren violencia de género."

La **Ley Nº 27.234**<sup>42</sup> de 2016 establece la obligatoriedad de realizar jornadas anuales en las escuelas para la prevención y erradicación de la violencia de género.

En 2017, Argentina refuerza su legislación con la **Ley Nº 27.352**<sup>43</sup> que reformó el Código Penal para precisar el delito de abuso sexual, fortaleciendo las protecciones legales para las víctimas, y el **Decreto Nº 522**<sup>44</sup>, que reglamenta el Registro Nacional de datos genéticos para delitos sexuales. Además, la **Ley Nº 27.363**<sup>45</sup> garantiza los derechos de niños y adolescentes en el ámbito familiar y la **Ley Nº 27.372**<sup>46</sup> protege los derechos de las víctimas de delitos.

---

<sup>36</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

<sup>37</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26791-206018/texto>

<sup>38</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26842-206554/texto>

<sup>39</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

<sup>40</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700/texto>

<sup>41</sup> Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/255672/norma.htm>

<sup>42</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257439/norma.htm>

<sup>43</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/270000-274999/274739/norma.htm>

<sup>44</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-522-2017-276961/texto>

<sup>45</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27363-276135/texto>

<sup>46</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27372-276819>

---

El 2018 estableció un punto de referencia importante con la **Ley Nº 27.452**<sup>47</sup>, conocida como Ley Brisa, que establece un régimen de reparación económica para niñas, niños y adolescentes cuyos progenitores hayan sido procesados o condenados por homicidios relacionados con violencia de género.

En 2019, la **Ley Nº 27.499**<sup>48</sup>, conocida como Ley Micaela, instituyó la obligatoriedad de la capacitación en temas de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que desempeñan funciones en los tres poderes del Estado. Ese mismo año, la **Ley Nº 27.501**<sup>49</sup> aborda la violencia hacia las mujeres en el espacio público (conocido como acoso callejero). Además, en 2019, la **Ley Nº 27.533**<sup>50</sup> modifica la Ley de Protección Integral para incorporar la violencia política, reconociendo una forma específica de violencia de género.

El 2019 fue un año importante en la institucionalización de los esfuerzos por la igualdad de género con el **Decreto Nº 7**<sup>51</sup>, que crea el Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad para diseñar políticas y acciones en favor de la igualdad y diversidad de género.

El año 2020 continuó con avances significativos. El **Decreto Nº 721**<sup>52</sup> garantiza la igualdad de oportunidades en el empleo para personas travestis, trans y transexuales, reconociendo la necesidad de inclusión laboral. La **Ley Nº 27.580**<sup>53</sup>, en el mismo año, ratifica el Convenio Nº 190 de la OIT, busca fomentar un entorno laboral libre de violencia y acoso por motivos de género, al tiempo que promueve la protección de la salud durante el embarazo y la primera infancia.

El año 2020 también trajo cambios importantes con la **Ley Nº 27.610**<sup>54</sup> de Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Post-Aborto, sancionada en diciembre de 2020 y promulgada en enero de 2021, que reconoce legalmente el derecho de las mujeres y personas gestantes a decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo, estableciendo plazos y causales específicas, así como garantizando la atención postaborto y el acceso a métodos anticonceptivos como parte integral de la política de salud sexual y reproductiva.

Además, la **Ley Nº 27.611**<sup>55</sup> de 2020, la Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, fortalece el cuidado de la salud de personas gestantes y niños/as, respetando la identidad de género, la interseccionalidad y previniendo la violencia. En el mismo año, la **Ley Nº 27.592**<sup>56</sup>, conocida como Ley Yolanda, obliga a la capacitación en ambiente para funcionarios públicos, considerando impactos diferenciados por género en degradación ambiental y cambio climático.

---

<sup>47</sup> Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/314792/norma.htm#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%2C%20deber%3%A1n,que%20se%20produce%20el%20delito.>

<sup>48</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318666/norma.htm>

<sup>49</sup> Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/320000-324999/322870/norma.htm>

<sup>50</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/333514/norma.htm>

<sup>51</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/365000-369999/366587/norma.htm>

<sup>52</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-721-2020-341808/texto>

<sup>53</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/345170/norma.htm>

<sup>54</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346231/norma.htm>

<sup>55</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346233/norma.htm>

<sup>56</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/345172/norma.htm>

---

El año 2021 trajo otra transformación con el **Decreto N° 476**<sup>57</sup>, que permite identidades de género no binarias en documentos. La **Ley N° 27.636**<sup>58</sup>, también de 2021, conocida como la Ley de Promoción del acceso al Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero fomenta la inclusión laboral de personas travesti-trans, estableciendo cuotas en el sector público y exhortando al sector privado. Estas son algunas de las normativas más significativas que reflejan el compromiso constante de Argentina con la igualdad de género y los derechos humanos.

La **Resolución Conjunta 5/2021 del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad y la Agencia Nacional de Discapacidad** tiene como objetivo fortalecer, desde una perspectiva interseccional de género y discapacidad, las políticas públicas y las acciones de la sociedad civil para garantizar la igualdad en la diversidad de mujeres y LGBTI+ con discapacidad, asegurando su acceso efectivo a derechos y el pleno goce del derecho a una vida libre de violencias por motivos de género.

La línea temporal evidencia un crecimiento de la normativa nacional (2002–2020) orientada a prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres y las personas de géneros diversos.

A pesar del sólido marco legal de género, persisten desafíos en la implementación debido a diversas barreras (administrativas, simbólicas, geográficas, económicas y de conocimiento legal) que obstaculizan la plena realización de sus derechos.

Por otro lado, Argentina dispone de un marco normativo integral orientado a la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad y aquellas que viven con enfermedades poco frecuentes.

La **Ley N° 22.431/1981**<sup>59</sup> garantiza derechos fundamentales y la plena integración en ámbitos como la educación, salud, trabajo y accesibilidad para personas con discapacidad. La **Constitución Nacional** establece la igualdad y derechos fundamentales para estas personas, mientras que la **Ley N° 24.901/1997**<sup>60</sup> crea un régimen integral que asegura el acceso a salud, educación y servicios públicos.

La **Ley N° 25.280/2000**<sup>61</sup> incorpora al derecho interno la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, mientras que la **Ley N° 26.378/2008**<sup>62</sup> ratifica la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), comprometiéndolo al Estado argentino a eliminar las barreras físicas, sociales y actitudinales que obstaculizan el pleno ejercicio de derechos.

La **Ley N° 27.044/2014**<sup>63</sup> refuerza el compromiso del Estado con la inclusión y la atención integral de las personas con discapacidad, al otorgar jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El **Decreto N° 698/2017**<sup>64</sup> crea la Agencia Nacional de Discapacidad para coordinar políticas

---

<sup>57</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/352187/norma.htm>

<sup>58</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/351815/norma.htm>

<sup>59</sup> Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/norma.htm>

<sup>60</sup> Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>

<sup>61</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25280-63893/texto>

<sup>62</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317/texto>

<sup>63</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27044-239860/texto>

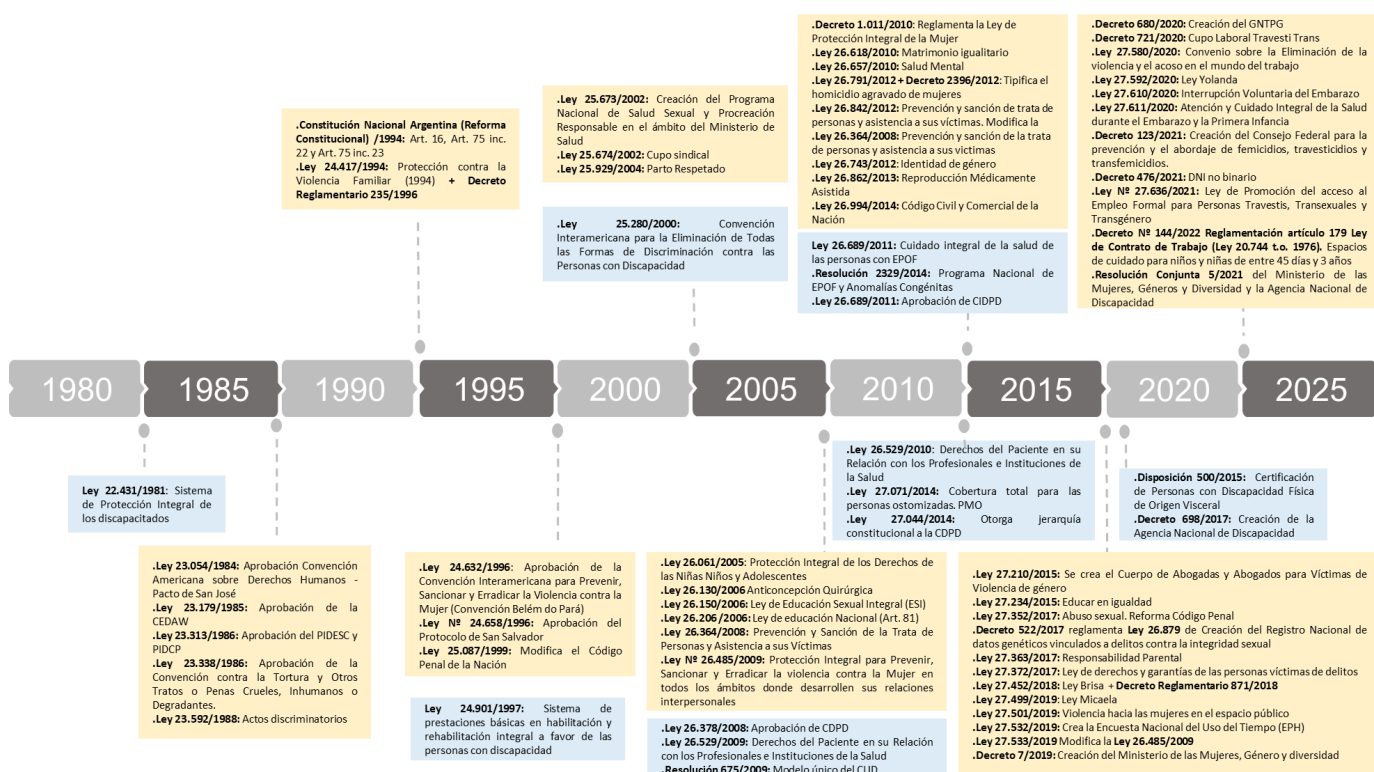
<sup>64</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-698-2017-279040/texto>

relacionadas, y la **Resolución N° 675/2009**<sup>65</sup> establece el modelo único del Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Adicionalmente, se incluyen normativas clave como la **Ley N° 26.529/2009**<sup>66</sup> que reconoce y regula los derechos de los pacientes en su vínculo con los profesionales e instituciones de salud, y la **Ley N° 27.071/2014**<sup>67</sup> que garantiza la cobertura integral para las personas ostomizadas dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO). La **Disposición N° 500/2015**<sup>68</sup> consigna los criterios para la certificación de personas con discapacidad de origen visceral.

En cuanto a las enfermedades poco frecuentes (EPOF), específicamente EII, la **Ley N° 26.689/2009**<sup>69</sup> crea un programa nacional para garantizar el diagnóstico, tratamiento y su seguimiento, reforzado por la **Resolución N° 2329/2014**<sup>70</sup> del Ministerio de Salud crea el Programa Nacional de EPOF y Anomalías Congénitas.

El proyecto de ley integral para la EII, presentado en el Senado argentino en 2020, mediante el **expediente 5651-D-2020** declara de interés nacional el abordaje integral e interdisciplinario de esta patología, promoviendo la investigación, la formación profesional y la difusión, y propone su incorporación al sistema de salud pública y al PMO con una cobertura del 100 %, además de asegurar la protección laboral, escolar y social de los pacientes.



<sup>65</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-675-2009-153565>

<sup>66</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/texto>

<sup>67</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27071-241015/texto>

<sup>68</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-500-2015-248765/texto>

<sup>69</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26689-185077/texto>

<sup>70</sup> Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2329-2014-240390/texto>

## Normativa a nivel internacional:

El marco normativo internacional de derechos de las mujeres, así como el relacionado con la perspectiva de género y diversidad sexual, se compone de diversos instrumentos universales, que establecen los principios fundamentales de igualdad y no discriminación, buscando garantizar la dignidad y el respeto de todas las personas, independientemente de su género, orientación sexual o estado civil.

Se han adoptado una serie de declaraciones, incluyendo la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH)/1948**<sup>71</sup> que promueve derechos humanos en América; la **Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)/1948**<sup>72</sup> que establece estándares globales para los derechos humanos, enfocándose en igualdad y prohibiendo la tortura y discriminación, incluida la basada en el género y la **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (DEVAW)/1993**<sup>73</sup> que reconoce la violencia contra las mujeres como una violación de derechos humanos, exige a los Estados prevenir, investigar y sancionarla, y eliminar la discriminación de género.

Entre las convenciones se destacan, la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial/1965**<sup>74</sup> que prohíbe la discriminación, incluyendo orientación sexual; la **Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)/1969**<sup>75</sup>, también conocida como Pacto de San José (1969), establece el principio de igualdad ante la ley y prohíbe expresamente la tortura, así como toda forma de violencia, incluida la violencia basada en género. También, la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)/1979**<sup>76</sup> que promueve derechos de mujeres y niñas, exigiendo igualdad y no discriminación de género en políticas e instituciones; la **Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes/1984**<sup>77</sup> que establece la ilegalidad de la tortura y exige a los Estados prevenir y castigar estos actos, sin excepciones. Además, la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer "Convención Belém do Pará" /1994**<sup>78</sup>, considerado el Primer tratado que

<sup>71</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp>

<sup>72</sup> Disponible en: [http://www.infoleg.gob.ar/?page\\_id=1003](http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=1003)

<sup>73</sup> Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

<sup>74</sup> Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>

<sup>75</sup> Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/1969\\_Convenci%C3%B3n\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf)

<sup>76</sup> Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

<sup>77</sup> Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-crue>  
l-inhuman-or-degrading

<sup>78</sup> Disponible en: <http://oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

---

sanciona la violencia contra mujeres como violación de derechos humanos, abordando la desigualdad de género en todos los contextos; la **Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia/2013**<sup>79</sup> que establece medidas para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de discriminación racial e intolerancia y la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDPM)/2015**<sup>80</sup> tiene como finalidad garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas mayores, prestando especial atención a la eliminación de prácticas discriminatorias, incluidas aquellas motivadas por razones de género

En cuanto a los Pactos Internacionales, se verifica el **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)/1966**<sup>81</sup> que protege los derechos civiles y políticos sin discriminación, con supervisión del Comité para derechos de mujeres y población LGBTQ y el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)/1966**<sup>82</sup> que garantiza la igualdad de derechos económicos, sociales y culturales para hombres y mujeres, prohibiendo la discriminación por género. Las Resoluciones internacionales (**Resolución 1040 (XI. Anexo) /1958**<sup>83</sup> Convención sobre la Nacionalidad de la Mujer Casada; **Resolución 1763 A (XVII)**<sup>84</sup>, Anexo/1964 y la **Resolución/2018 (XX)**) constituyen instrumentos internacionales que protegen los derechos de las mujeres en el ámbito del matrimonio. Estas normativas buscan garantizar la conservación de la nacionalidad de la mujer casada y prevenir prácticas como el matrimonio forzado e infantil.

Respecto a los Protocolos se distinguen, el **Protocolo de San Salvador/1988**<sup>85</sup> que complementa la CADH al tratar derechos económicos, sociales y culturales y el **Protocolo de Palermo/2002**<sup>86</sup> que aborda la trata de personas a nivel internacional (especialmente mujeres y niños) buscando su erradicación y la protección de las víctimas. Este último instrumento fue ratificado por Argentina en 2002, y su implementación se vio fortalecida con la sanción de normativas complementarias como la Ley N° 26.364/2008 y la Ley N° 26.842/2012.

---

<sup>79</sup> Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/buscador/search/printInstrumento/35>

<sup>80</sup> Disponible en: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)

<sup>81</sup> Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights#:~:text=Todo%20individuo%20tiene%20derecho%20a,al%20procedimiento%20establecido%20en%20%C3%A9sta.>

<sup>82</sup> Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

<sup>83</sup> Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1278.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1278>

<sup>84</sup> Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/196/43/PDF/NR019643.pdf?OpenElement>

<sup>85</sup> Disponible en: <https://www.dipublico.org/3521/protocolo-adicional-a-la-convencion-americana-sobre-derechos-humanos-en-materia-de-derechos-economicos-sociales-y-culturales-%E2%80%9Cprotocolo-de-san-salvador%E2%80%9D/>

<sup>86</sup> Disponible en: [https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/sp\\_proto\\_prev\\_repri\\_y\\_sanci\\_trata\\_pers\\_espe\\_muje\\_y\\_ni%C3%B1o\\_compl\\_conve\\_nu\\_contr\\_deli\\_org\\_trans.pdf](https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/sp_proto_prev_repri_y_sanci_trata_pers_espe_muje_y_ni%C3%B1o_compl_conve_nu_contr_deli_org_trans.pdf)

---

En relación a las Recomendaciones Generales, la CEDAW emite recomendaciones sobre asuntos relacionados con las mujeres, entre las que se pueden mencionar: la **Recomendación General N° 18 del Comité CEDAW/1991**<sup>87</sup> que se centra en la protección de los derechos de las mujeres con discapacidad; la **Recomendación General N° 27 del Comité CEDAW/2010**<sup>88</sup> aborda los derechos humanos de las mujeres mayores, haciendo hincapié en la necesidad de eliminar la discriminación por motivos de edad y género; la **Recomendación General N° 28 del Comité CEDAW/2010**<sup>89</sup> establece las obligaciones fundamentales de los Estados Parte en relación con la aplicación del artículo 2 de la Convención, que exige a los Estados adoptar todas las medidas adecuadas para erradicar la discriminación de género en todas sus formas, garantizando la igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres; la **Recomendación General N° 21 del Comité CEDAW/1994**<sup>90</sup> que refuerza derechos de mujeres en la familia; la **Recomendación General N° 24 del Comité CEDAW/1999**<sup>91</sup> que asegura el acceso a atención médica y salud reproductiva de las mujeres como derechos fundamentales; la **Recomendación General N° 30 del Comité de CEDAW/2013**<sup>92</sup> que aborda la situación de las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posconflicto y la **Recomendación General N° 34 del Comité de CEDAW/2016**<sup>93</sup> sobre la protección de los derechos de las mujeres rurales. También se destaca la **Recomendación General N° 35 del Comité de CEDAW/2017**<sup>94</sup> que actualiza la N° 19, destacando la violencia de género como un grave problema social y una violación de derechos humanos; la **Recomendación General N° 37 del Comité de CEDAW/2018**<sup>95</sup> subraya la integración de la perspectiva de género en las estrategias de reducción de riesgos y adaptación al cambio climático, destacando la importancia de incluir a todos los grupos vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, para abordar los impactos desproporcionados que enfrentan; y la **Recomendación General N° 39 del Comité de CEDAW/2022**<sup>96</sup> sobre los derechos de mujeres y niñas indígenas, considerando su discriminación interseccional. Resulta importante resaltar otros documentos tales como las **Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer/1985**<sup>97</sup> que compromete a 157 Estados a promover la igualdad de género en ámbitos social,

---

<sup>87</sup> Disponible en: <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cedaw/1991/es/130635>

<sup>88</sup> Disponible en: <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cedaw/2010/es/27430>

<sup>89</sup> Disponible en: <https://www.right-to-education.org/es/resource/cedaw-recomendaci-n-general-28>

<sup>90</sup> Disponible en:

[https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres3/html/cedaw/Cedaw/3\\_Recom\\_grales/21.pdf](https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres3/html/cedaw/Cedaw/3_Recom_grales/21.pdf)

<sup>91</sup> Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

<sup>92</sup> Disponible en: <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cedaw/2013/es/133196>

<sup>93</sup> Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10709.pdf>

<sup>94</sup> Disponible en:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendacion\\_general\\_no\\_35\\_sobre\\_la\\_violencia\\_por\\_razon\\_de\\_genero\\_contra\\_la\\_mujer\\_por\\_la\\_que\\_se\\_actualiza\\_la\\_recomendacion\\_general\\_no\\_19.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendacion_general_no_35_sobre_la_violencia_por_razon_de_genero_contra_la_mujer_por_la_que_se_actualiza_la_recomendacion_general_no_19.pdf)

<sup>95</sup> Disponible en:

<https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-recommendation-no37-2018-gender-related>

<sup>96</sup> Disponible en:

<https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2022/05/la-cedaw-y-la-recomendacion-general-39-sobre-los-derechos-de-las-mujeres-y-ninas-indigenas#view>

<sup>97</sup> Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/nairobi.html>

---

político y laboral y los **Principios de Yogyakarta/2006**<sup>98</sup> que establecen estándares mínimos para los derechos LGBTIQ, incluyendo orientación sexual, identidad, expresión de género y diversidad corporal, que ha influido en legislaciones como la Ley de Identidad de Género de Argentina; complementados por los **Principios de Yogyakarta más 10 (PY+10)/2017**<sup>99</sup> que incorporan nuevas obligaciones en relación con derechos de personas LGBTI.

Asimismo, se destacan las **Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia para grupos vulnerabilizados/2008**<sup>100</sup> que tienen como objetivo garantizar un acceso equitativo a la justicia para personas en situación de vulnerabilidad y la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing/1995**<sup>101</sup>, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, marcando un hito en igualdad de género y empoderamiento femenino al establecer objetivos y medidas para avanzar en 12 áreas críticas. Es importante señalar también la **Resolución N° 2653 (Xli-O/11)/2011**<sup>102</sup> de Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género sobre la protección de los derechos de las personas LGBTI que llama a prevenir la discriminación y violencia, y el **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo/2013**<sup>103</sup> que reafirma el compromiso regional con igualdad de género y derechos sexuales. Asimismo, podemos citar el **Plan de Acción sobre Género CDB (Convenio sobre la Diversidad Biológica)/2015-2020**<sup>104</sup> que busca integrar la igualdad de género en la preservación de la biodiversidad, reconociendo su relación con la reducción de la pobreza; la **Agenda sobre Desarrollo Sostenible/2015-2030**<sup>105</sup> cuyo Objetivo 5 promueve la igualdad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas, considerándolo fundamental para un mundo sostenible y el **Convenio N° 190 de la OIT (C190) /2019**<sup>106</sup> sobre la violencia y el acoso en el mundo del trabajo que reconoce el derecho de un entorno laboral libre de violencia y acoso, ratificado por Argentina.

En lo que concierne a la legislación internacional vinculada a la discapacidad y enfermedades poco frecuentes, además de las normativas previamente mencionadas, se han sumado importantes instrumentos internacionales y políticas. La **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)/2006**<sup>107</sup> establece derechos clave como la igualdad, la no discriminación y la accesibilidad para personas con discapacidad. El **Protocolo Facultativo a la CDPD/2006**<sup>108</sup> permite presentar denuncias individuales por violaciones de derechos. La **Agenda sobre**

---

<sup>98</sup> Disponible en: <http://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>

<sup>99</sup> Disponible en: [https://gate.ngo/wp-content/uploads/2022/02/Gate\\_YP10\\_SimplePages\\_Links.pdf](https://gate.ngo/wp-content/uploads/2022/02/Gate_YP10_SimplePages_Links.pdf)

<sup>100</sup> Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2009/7037.pdf>

<sup>101</sup> Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

<sup>102</sup> Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8360.pdf>

<sup>103</sup> Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)

<sup>104</sup> Disponible en: <https://www.cbd.int/gender/doc/CBD-GenderPlanofAction-ES-WEB.pdf>

<sup>105</sup> Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf)

<sup>106</sup> Disponible en:

[https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C190](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190)

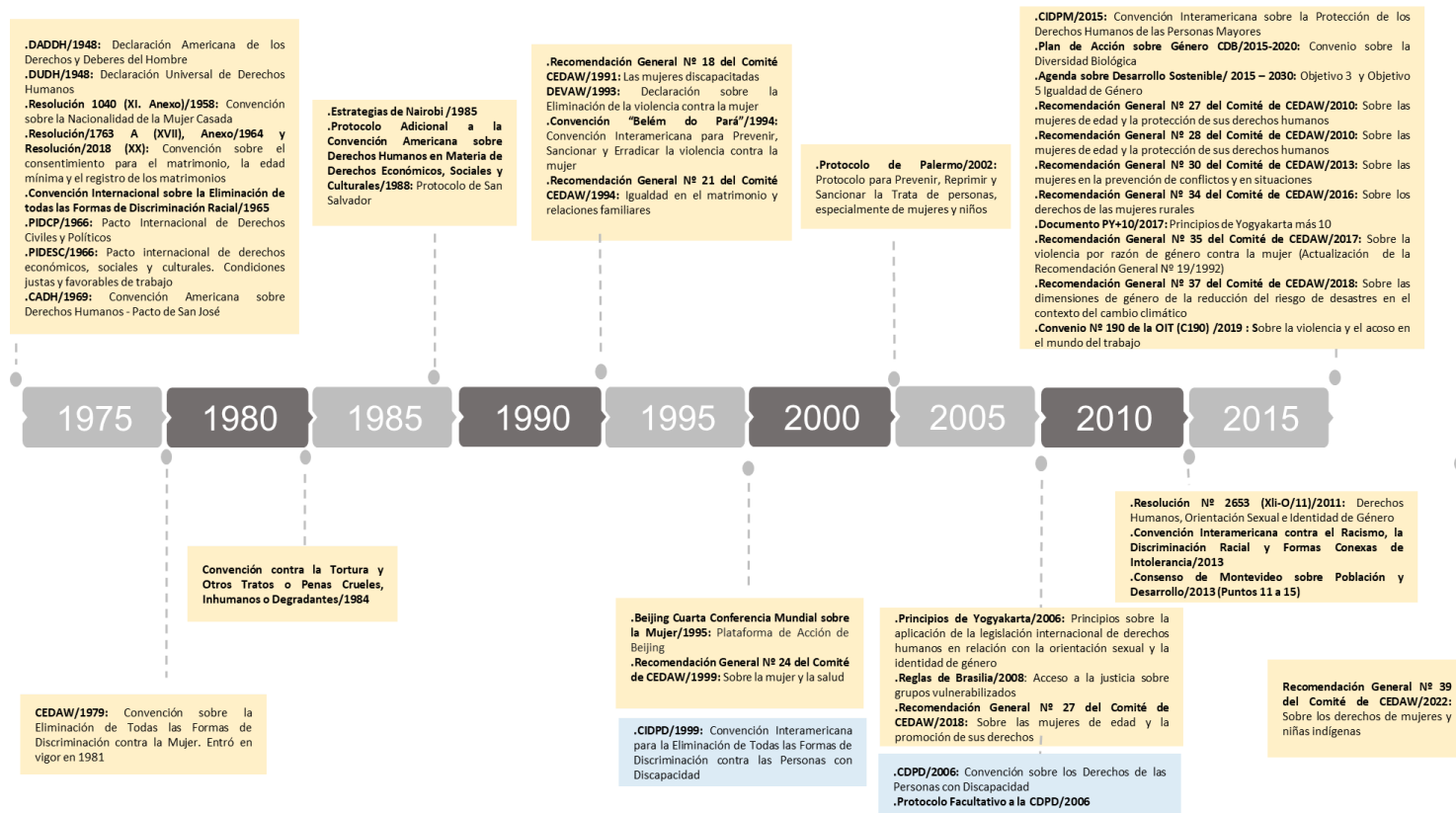
<sup>107</sup> Disponible en:

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

<sup>108</sup> Disponible en:

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/optional-protocol-convention-rights-persons-disabilities>

**Desarrollo Sostenible 2015-2030**, previamente mencionada en relación con la igualdad de género, también abarca el Objetivo 3: Salud y bienestar, que promueve la cobertura sanitaria universal para todas las personas, abarcando también a las personas con discapacidad.



Fuente. elaboración propia, 2024

## Normativa en CABA:

En 1996, la **Constitución de la CABA**<sup>109</sup> incorpora el artículo 11 que reconoce el derecho a la diversidad, rechazando cualquier forma de discriminación basada en la orientación sexual o la identidad de género. Posteriormente, en el año 2000, se promulga la **Ley Nº 418/2000 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable**<sup>110</sup>, garantizando los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Esta ley busca asegurar la accesibilidad a información y servicios esenciales para una vivencia responsable de estos derechos, con un enfoque en la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.

<sup>109</sup> Disponible en:

<http://www.saij.gob.ar/0-local-ciudad-autonoma-buenos-aires-constitucion-ciudad-buenos-aires-lpx000000-0-1996-10-01/123456789-0abc-defg-000-0000xvorpypel?>

<sup>110</sup> Disponible en:

<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2015/08/28/feb07c97ab0d1a050475139474500a16a9830d21.pdf>

---

La **Ley N°1.004**<sup>111</sup> de Unión Civil de 2002 desarrolla los parámetros legales para las uniones civiles entre personas del mismo sexo, preparando el terreno para la posterior aprobación de la Ley de Matrimonio Igualitario a nivel nacional en 2010. El **Código Contravencional de la CABA**<sup>112</sup>, de 2004, incorpora sanciones específicas para los actos discriminatorios, incluyendo la orientación sexual y otras circunstancias de exclusión o menoscabo.

En los años siguientes, se promulgaron diversas leyes que abordan la violencia de género y la igualdad de oportunidades, a saber, la **Ley N° 1.265/2005**<sup>113</sup> de Protección y Asistencia a las víctimas de violencia familiar y doméstica y la **Ley N° 1.688/2005**<sup>114</sup> de Prevención de la Violencia Familiar y Doméstica y su modificatoria, la Ley N° 5.466/2015. La **Ley N° 2.110/2006**<sup>115</sup> de Educación Sexual Integral obliga a la enseñanza de educación sexual en todos los niveles del sistema educativo.

En el año 2008, se promulga la **Ley N° 2.687**<sup>116</sup> de Lucha Contra la Discriminación por Orientación Sexual o Identidad de Género que establece el 17 de mayo como el Día de la Lucha contra la Discriminación por Orientación Sexual o Identidad de Género y la **Ley N° 2.781**<sup>117</sup> que garantiza asistencia integral a las víctimas de tratamiento de personas, abordando su situación de emergencia social y cumpliendo con normativas internacionales. Mientras tanto, la **Ley N° 2.957/2008**<sup>118</sup> crea un Plan Marco para promover la plena ciudadanía, sin discriminación por orientación sexual o identidad de género, fortaleciendo los derechos y la diversidad sexual.

La **Ley N° 4.238**<sup>119</sup> de Atención Integral de la Salud de Personas Intersexuales, Travestis, Transexuales y Transgénero, promulgada en 2012, establece políticas de atención médica integral para los mencionados colectivos, contribuyendo a despatologizarlos. La **Ley N° 4.376/2012**<sup>120</sup> establece una política pública para el reconocimiento y ejercicio pleno de la ciudadanía LGBTI+, incluyendo la creación de un Consejo Consultivo para políticas de respeto a la diversidad.

La **Ley N° 4.628/2013**<sup>121</sup> modifica la Ley de sangre de CABA, eliminando requisitos discriminatorios a donantes LGBT+. Además, la **Resolución N° 431/14**<sup>122</sup> de la Asesoría General Tutelar crea el Área Género y el Comité Asesor en Diversidad Sexual para proteger los derechos y promover la igualdad de las personas LGBT+.

---

<sup>111</sup> Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/registro-civil/normativa/ley-no-1004>

<sup>112</sup> Disponible en:

<http://www.saij.gob.ar/1472-local-ciudad-autonoma-buenos-aires-codigo-contravencional-ciudad-lpx0001472-2004-10-28/123456789-0abc-defg-274-1000xvorpel>

<sup>113</sup> Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/caba\\_legislacion\\_violencia\\_familiar.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/caba_legislacion_violencia_familiar.pdf)

<sup>114</sup> Disponible en: <https://digesto.buenosaires.gob.ar/buscador/ver/10626>

<sup>115</sup> Disponible en:

<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2015/08/28/b16a28f2dd39e94f03b1d87074a1705e442ca3f4.pdf>

<sup>116</sup> Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Ley%20Ciudad-5261.pdf>

<sup>117</sup> Disponible en: <https://digesto.buenosaires.gob.ar/buscador/ver/16806>

<sup>118</sup> Disponible en: <https://digesto.buenosaires.gob.ar/buscador/ver/20928>

<sup>119</sup> Disponible en: <https://digesto.buenosaires.gob.ar/buscador/ver/21641>

<sup>120</sup> Disponible en: <https://digesto.buenosaires.gob.ar/buscador/ver/21703>

<sup>121</sup> Disponible en:

<http://www.saij.gob.ar/4628-local-ciudad-autonoma-buenos-aires-modificatoria-ley-3328-donantes-sangre-lpx0004628-2013-07-04/123456789-0abc-defg-826-4000xvorpel?>

<sup>122</sup> Disponible en:

[https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/res431.14creaseareagenero\\_ensgg\\_agt\\_11.11.14.pdf](https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/res431.14creaseareagenero_ensgg_agt_11.11.14.pdf)

---

En 2015, se promulgó la **Ley Nº 5.261**<sup>123</sup> que combate la discriminación en Buenos Aires, abarcando orientación sexual e identidad de género, y brindando herramientas sólidas contra actos discriminatorios. La **Ley Nº 5.742/2016**<sup>124</sup> combate el acoso sexual en lugares públicos y protege los derechos relacionados con género, identidad y orientación sexual.

Durante el año 2018, se promulga la **Ley Nº 6.020** que modifica el Código Procesal Penal de CABA para abordar la violencia, y la **Ley Nº 6.027**<sup>125</sup> que busca crear espacios libres de discriminación y violencia en áreas como salud, educación, espacios públicos y medios de transporte, centrándose en género, identidad de género y orientación sexual.

La **Ley Nº 6.083**<sup>126</sup> de Violencia de Género en el Ámbito Laboral de 2018 obliga a los poderes estatales a crear protocolos de abordaje de violencia de género en el entorno laboral. La adhesión a la Ley Nacional Micaela en 2019, a través de la **Ley Nº 6.208**<sup>127</sup> hizo obligatoria la capacitación en género para integrantes de los poderes del Estado.

Ante el aumento de la violencia de género durante la pandemia, en 2020, el Ministerio Público Fiscal emitió la **Resolución Nº FG 63/2020**<sup>128</sup> Ministerio Público Fiscal (MPF) que establece directrices generales para abordar los casos de abuso en este contexto.

En cuanto a la legislación de CABA sobre discapacidad y enfermedades poco frecuentes (EPF), se destacan varias normativas clave. La **Ley Nº 153/1999**<sup>129</sup> regula la salud en la CABA El **Decreto Nº 795/2007** regula la certificación de la discapacidad, y la **Resolución Nº 1.562/2007** establece lineamientos para los certificados de discapacidad. La **Resolución Nº 530/2010**<sup>130</sup> crea la Red de EPF. La **Ley Nº 4.307/2012**<sup>131</sup> promueve el cuidado integral de la salud de las personas con EPF y adhiere a la Ley Nacional Nº 26.689. La **Ley Nº 3.961/2011**<sup>132</sup> adhiere a la Ley Nº 22.431 sobre discapacidad, y la **Ley Nº 4.345/2012** que modifica la Ley Nº 3.961 sobre la adhesión a la Ley Nacional Nº 22.431, actualizando la normativa local para mejorar la integración y garantizar derechos a las personas con discapacidad.

---

<sup>123</sup> Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/281359>

<sup>124</sup> Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/347148>

<sup>125</sup> Disponible en:

[https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck\\_PL-LEY-LCABA-LCBA-6027-18-5506.pdf](https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PL-LEY-LCABA-LCBA-6027-18-5506.pdf)

<sup>126</sup> Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/447154>

<sup>127</sup> Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/493104>

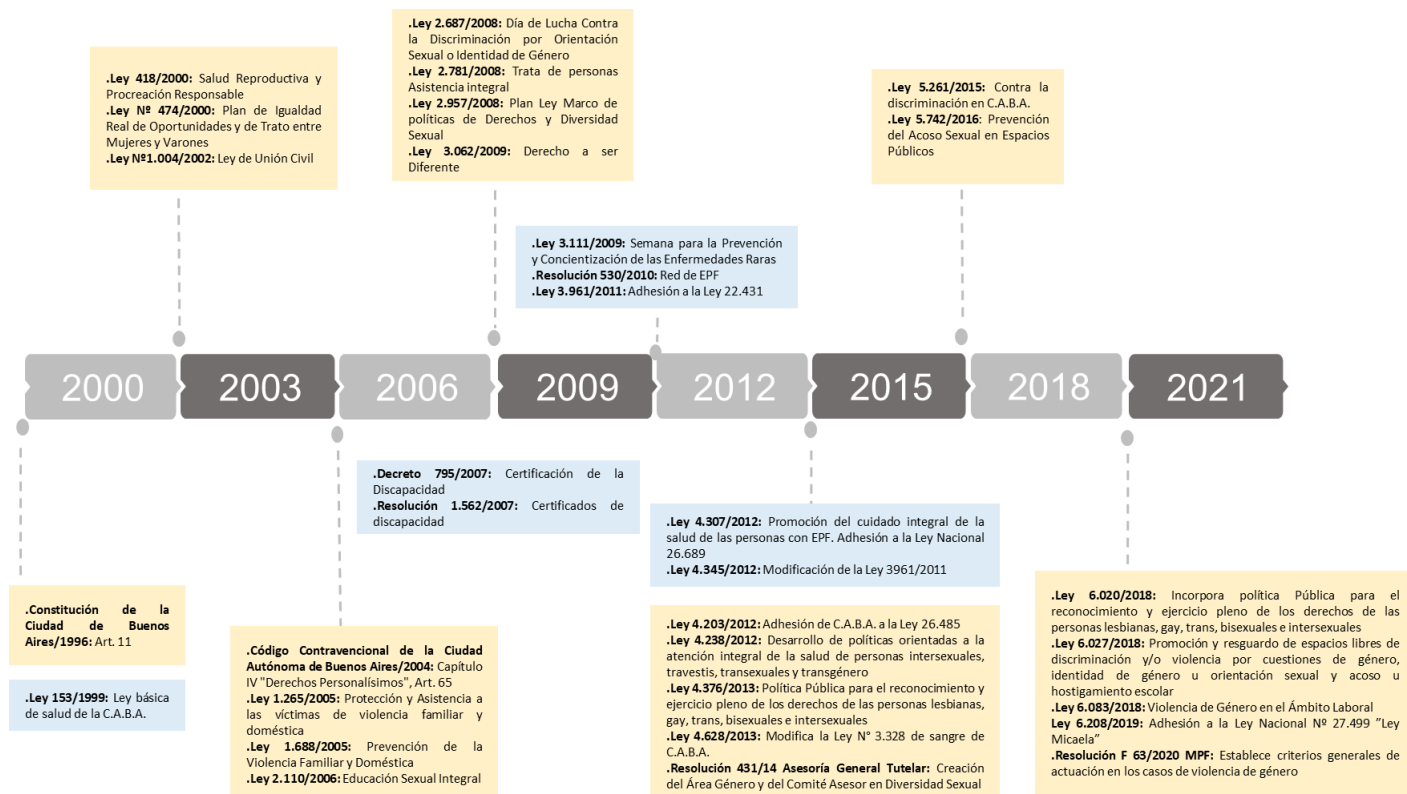
<sup>128</sup> Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/519383>

<sup>129</sup> Disponible en: <https://digesto.buenosaires.gob.ar/buscar/ver/3822>

<sup>130</sup> Disponible en: <https://cyd-temp.defensoria.org.ar/red-de-enfermedades-poco-frecuentes/>

<sup>131</sup> Disponible en: [http://www.ciudadyderechos.org.ar/sistemas\\_1.php?id=18&id2=367&id3=8215](http://www.ciudadyderechos.org.ar/sistemas_1.php?id=18&id2=367&id3=8215)

<sup>132</sup> Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/184194>



## 5.2. Resultados sobre el objetivo 2:

En este apartado se presentan los resultados correspondientes al objetivo 2, enfocado en describir las características sociodemográficas del personal de salud estudiado.

Se analizaron entrevistas semiestructuradas a 14 personas seleccionadas de las 123 encuestadas en la fase inicial del proyecto, todas con experiencia en el tratamiento de pacientes con EII. Esta muestra permitió obtener una visión amplia e integral sobre las características y perspectivas del personal de salud involucrado en la atención de personas con EII. A cada persona entrevistada se le asignó una clave que comienza con la letra "P" y continúa con un número del 1 al 14, sin seguir un orden específico: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13 y P14. En el ítem de género, se completa "M" para mujer, "V" para varón, "NB" o "I" si se percibe como no binarie o indefinido, respectivamente, y "PND" si prefiere no decirlo.

**Tabla 1.** Características de la población estudiada mediante las entrevistas organizadas por datos sociodemográficos, académicos y laborales.

Clave	Edad	Sexo/ Género	Profesión/ formación/ especialidad	Tipo de establecimiento de salud en el que trabaja	Tipo de servicio o área en la que trabaja	Nacionalidad	Años de experiencia en atención de EII
P1	34	M	Odontóloga	Público y privado	Odontología general	Argentina	6
P2	36	M	Psicóloga	Público	Junta evaluadora de discapacidad	Argentina	10
P3	30	M	Psicóloga	Privado	Consultorio particular	Argentina	5
P4	47	V	Psiquiatra en salud digestiva	Privado, pero estuvo años en publico	Consultorio particular y hospital especializados en patologías gastrointestinales	Argentino	20
P5	37	M	Farmacéutica	Privado	Empresa importadora de bolsas de ostomía	Argentina	5
P6	28	V	Oftalmólogo	Público y privado	Oftalmología general	Argentino	4
P7	36	M	Gastroenteróloga	Privado, pero estuvo años en publico	Consultorio particular y hospital especializados en patologías gastrointestinales	Argentina	8
P8	38	V	Bioquímico	Público y privado	Análisis clínico general	Argentino	6
P9	45	M	Licenciada en trabajo social	Público	Junta evaluadora de discapacidad	Argentina	12
P10	50	M	Nutricionista	Público y privado	Consultorio particular y hospital especializados en patologías gastrointestinales	Argentina	23
P11	55	V	Proctólogo	Público y privado	Consultorio particular y hospital especializados en patologías gastrointestinales	Argentino	25
P12	60	V	Enfermero	Privado	Asesoramiento a pacientes ostomizados	Argentino	33
P13	58	M	Secretaria	Privado	Consultorio particular de patologías gastrointestinales	Argentina	7
P14	60	M	Gastroenteróloga	Público y privado	Consultorio particular y hospital especializados en patologías gastrointestinales	Argentina	35

Fuente: elaboración propia

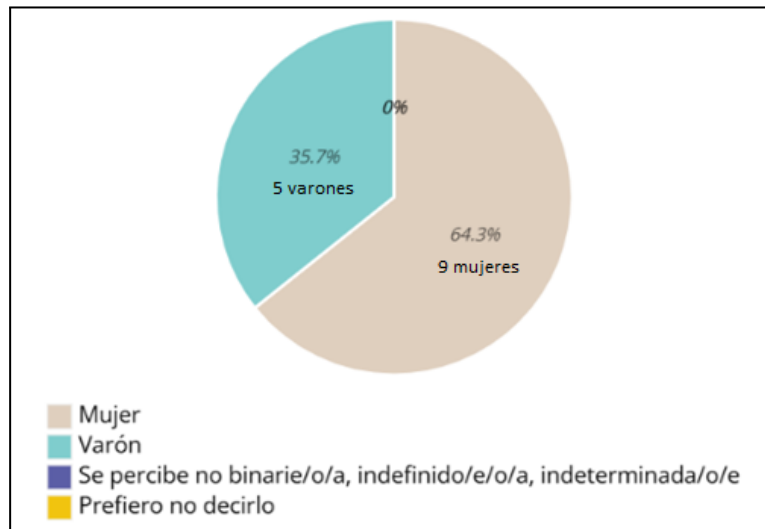
De manera similar, en esta tesis, que incluye entrevistas a 14 personas, también se registró un predominio de mujeres (64%) y un rango de edad similar, con una media de 44 años, oscilando entre los 28 y 60 años. La muestra incluye 9 mujeres (P1, P2, P3, P5, P7, P9, P10, P13 y P14) y 5 varones (P4, P6, P8, P11 y P12), lo que refuerza la representatividad de ambas etapas.

En cuanto al tipo de establecimiento de salud, 2 profesionales trabajan exclusivamente en el sector público (P2 y P9), 6 en el sector privado (P3, P4, P5, P7, P12 y P13), y los 6 restantes en ambos sectores (P1, P6, P8, P10, P11 y P14), evidenciando una diversidad en los entornos laborales.

La experiencia en la atención de pacientes con EII varía entre 4 y 35 años, con un promedio de 14,21 años, lo que refleja un nivel significativo de especialización en el manejo de esta condición. Además, todas las personas entrevistadas son de nacionalidad argentina.

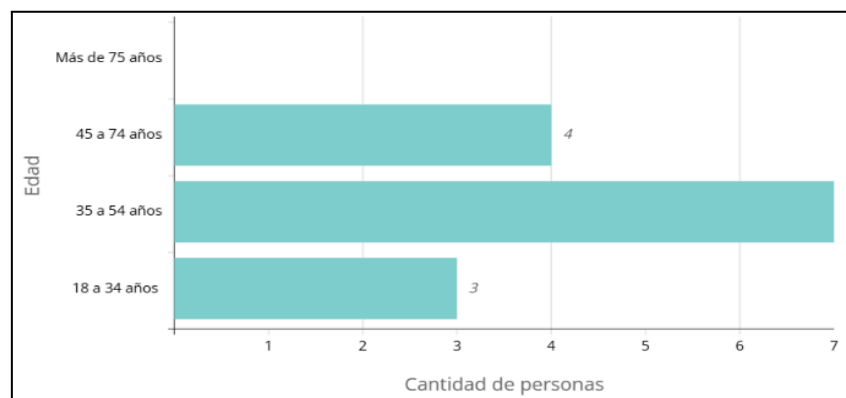
En conjunto, la muestra ofrece una visión diversa y representativa en términos de género, edad, experiencia y ámbito laboral, permitiendo un análisis integral.

**Gráfico 1.** Distribución por sexo/género



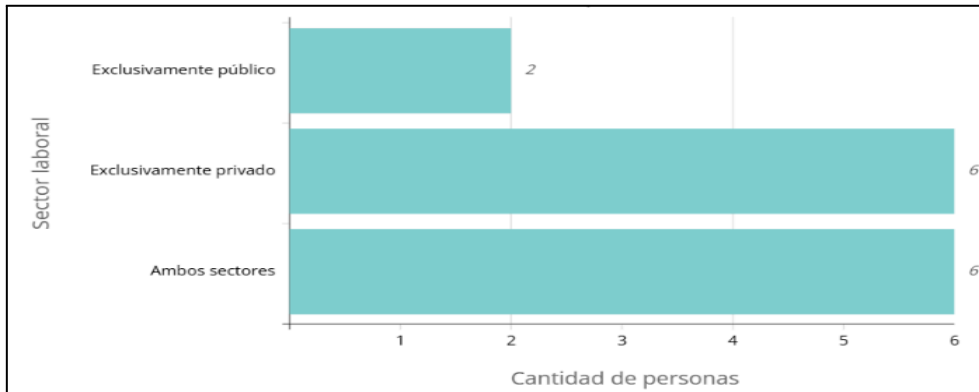
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 2.** Distribución por edad



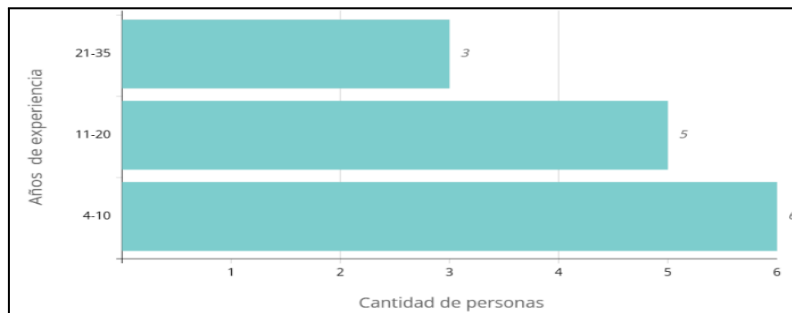
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 3.** Distribución por ámbito laboral



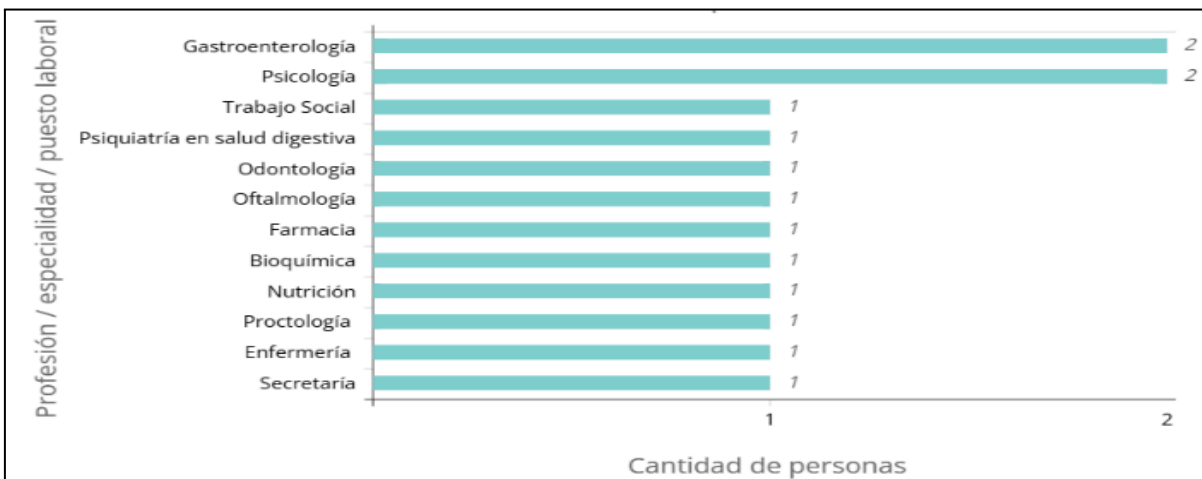
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 4.** Distribución por experiencia en años



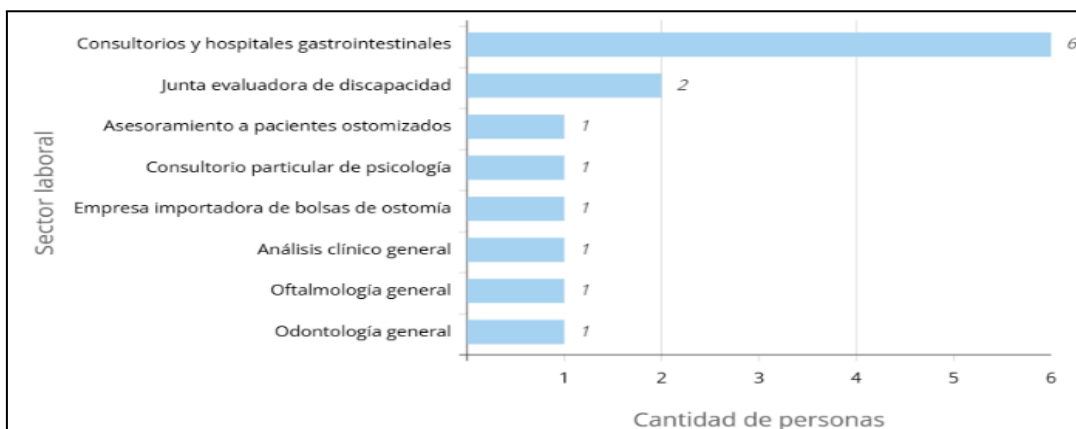
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 5.** Distribución por profesión / especialidad / puesto laboral



Fuente: elaboración propia

**Gráfico 6.** Distribución por tipo de servicio/ área laboral



Fuente: elaboración propia

### 5.3. Resultados sobre el objetivo 3:

El objetivo específico 3 busca analizar las representaciones sociales sobre el abordaje de la EII con perspectiva de géneros y diversidad sexual en trabajadores de salud de los servicios y sistemas sanitarios de CABA (2023-2024). Este análisis se divide en tres ejes: A) conocimientos sobre normativa y perspectiva de géneros y diversidad sexogenérica, B) capacitación en géneros y diversidad sexogenérica, y C) atención sanitaria con enfoque en accesibilidad, inclusión, capacidad de respuesta y calidad.

#### A) **CONOCIMIENTOS sobre normativa, perspectiva de género y diversidad sexogenérica**

Para evaluar el conocimiento sobre normativa, las personas entrevistadas utilizaron una escala de Likert (detallada en el ANEXO II) diseñada con los siguientes niveles:

"-" (Ningún conocimiento): Indica que la persona no posee ningún conocimiento sobre el tema.

"+" (Conocimiento limitado): Refleja que la persona tiene un conocimiento básico o parcial acerca del tema.

"++" (Amplio conocimiento): Denota que la persona cuenta con un conocimiento extenso o profundo sobre el tema.

#### ***A.1. Conocimiento sobre Normativas de Derechos de las Mujeres***

Consultadas las 14 personas entrevistadas acerca de si consideran tener conocimiento sobre la normativa relacionada con los derechos de las mujeres en el contexto de la atención sanitaria, una única persona (P2), mujer, psicóloga y trabajadora en una junta de discapacidad afirmó tener un conocimiento amplio sobre el tema, 8 personas (P1, P4, P5, P6, P7, P9, P11 y P13) reconocieron tener solo un conocimiento vago de su existencia, mientras que 5 (P3, P8, P10, P12 y P14) admitieron no conocerla en absoluto.

Entre quienes manifestaron tener un mínimo conocimiento, algunos (5 de 8) creen que estas normativas se refieren principalmente a la interrupción legal del embarazo y al acceso a métodos anticonceptivos y las otras (4 de 8) hacen mención a la legislación en cuanto a violencia de género. Algunos testimonios incluyen:

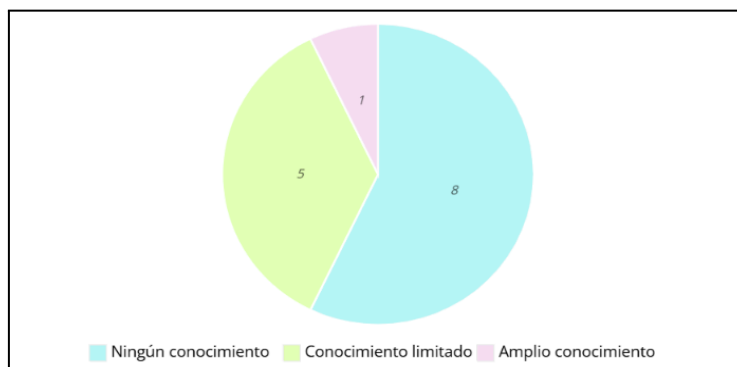
*"Sé que hay leyes, por lo vi en el curso de Ley Micaela, pero no tengo el conocimiento, me falta información"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

*"Tengo algo de conocimiento, aunque no trabajo específicamente con ese tipo de leyes. No tengo un conocimiento profundo ni la manejo de manera exhaustiva, pero tengo una leve noción debido a algunas capacitaciones que he recibido"* (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

*"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"* (P11, médico proctólogo, sector público y privado, varón, 55 años).

*"Te puedo hablar algo muy general, de lo que me acuerdo. Mi conocimiento a nivel global, no se específicamente cada cosa, tengo conocimiento sobre la normativa de los derechos de las mujeres en el contexto de la atención de salud, hay una ley de salud sexual, de procreación responsable, acceso a métodos anticonceptivos gratuitos, servicios que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva. Hay también leyes para la protección contra la violencia de género"* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

**Gráfico 7.** Distribución por conocimiento sobre normativas de derechos de las mujeres



Fuente: elaboración propia

### **A.2. Perspectiva de Géneros en la Atención de Mujeres**

En relación con la inclusión de herramientas de perspectiva de géneros en la atención de mujeres y la experiencia en situaciones de violencia de género, 10 de 14 personas afirman no contar con recursos relacionados a perspectiva de géneros en la atención de las mujeres que asisten al servicio. Según se refleja en la siguiente declaración:

*"Hubo una ocasión en la que una mujer siempre entraba al consultorio acompañada por su marido, y se notaba que ella estaba incómoda, como si no pudiera hablar con tranquilidad, lo que me impedía preguntarle nada a ella (...) El marido tenía un carácter bastante fuerte, dando la impresión de ser violento, y yo no supe cómo*

---

*manejar la situación porque temía que él me maltratara”* (P1, odontóloga, sector público y privado, mujer, 34 años).

Por otro lado, 3 personas (P3, P4 y P9), involucradas con salud mental o asistencia social, afirmaron tener conocimiento mínimo del tema. De estas personas, una de ellas (P4) que ha trabajado tanto en servicios de atención sanitaria pública como privada, señaló que ha observado estas situaciones con mayor frecuencia en el ámbito público. Un ejemplo de esto es el siguiente testimonio:

*“La verdad es que no he tenido muchas situaciones de este tipo. En el hospital público, solían ocurrir con mayor frecuencia, pero no recuerdo bien cómo se manejaban (...) A medida que se presentan estas situaciones, uno puede ir formándose cada vez más. Hasta ahora, en mi consultorio privado, no han surgido más casos de este tipo”* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

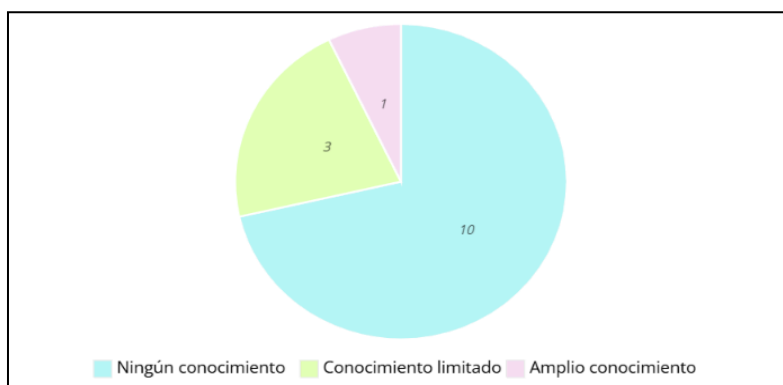
Además, 2 de estas 3 personas que tenían un conocimiento limitado (P4 y P9), mencionaron que han buscado informarse a partir de una situación concreta de violencia contra mujeres, para poder actuar en la práctica. Al respecto, una de ellas señala:

*“Una vez tuve una paciente que sufría acoso constante de su pareja, incluso después de convertirse en su ex. Ese caso me llevó a profundizar en cómo podía ayudarla, entender mis obligaciones y el límite entre el secreto profesional y la necesidad de denunciar o informar a alguien cercano (...) Mi interés y conocimiento en este tema surgieron a partir de esa experiencia, no de una formación previa”* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

La única persona entrevistada (P2) que afirmó tener un conocimiento amplio al respecto, fue la psicóloga que se desempeña en la Junta Evaluadora de Discapacidad. Esta misma profesional, quien ya había demostrado un considerable conocimiento en la pregunta anterior, destacó que es muy común abordar temas de violencia de género en las personas que tramitan el Certificado Único de Discapacidad (CUD). En este sentido, la profesional informa:

*“Desde la Junta de Discapacidad, trabajamos de manera conjunta con las instituciones internas. Si detectamos algún caso de violencia de género, remitimos informes a las direcciones correspondientes, como Violencia Familiar o la Secretaría de la Mujer, o derivamos el caso para iniciar un espacio terapéutico (...) Nos enfocamos en direccionar y articular la atención, cuidando siempre de no revictimizar a las personas en el proceso (...) Es algo que vemos muy seguido, ocurre con mucha frecuencia.”* (P2, psicóloga, sector público: junta evaluadora de discapacidad).

**Gráfico 8.** Distribución por conocimiento sobre perspectiva de género en la atención de mujeres.



Fuente: elaboración propia

### **A.3 Conocimiento sobre Normativas de Derechos de Personas LGBTIQ+**

En cuanto a si consideran tener conocimiento sobre la normativa relacionada con los derechos de las personas de diversidades sexogenéricas (LGBTIQ+), una única persona (P3) afirmó tener un conocimiento extenso sobre el tema, 6 personas (P1, P4, P5, P8, P9 y P11) indicaron tener solamente una idea superficial de su existencia y las 7 personas restantes señalaron no estar familiarizadas con la legislación en absoluto.

La persona con amplio conocimiento es una psicóloga (P3) que, al igual que en la pregunta anterior, se informó a partir de la experiencia con una paciente víctima de violencia de género. En este caso, adquirió conocimiento y se interiorizó en la temática, a través de su trabajo con un paciente trans, como declara a continuación:

*"En este caso, similar al anterior, mi aproximación a la ley de identidad de género se dio a través de un paciente en particular que tuve hace un tiempo, un chico trans. Él tenía un pasaporte europeo con su identidad anterior, correspondiente a su sexo de nacimiento, y cuando quiso viajar a Europa para visitar a su madre que vivía allá, tuvo que renovar su pasaporte con su identidad actual (...) Sin embargo, no se lo permitían y le exigían que para el trámite usara su DNI anterior, lo cual le generaba muchos inconvenientes a nivel psicológico"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

Las 6 personas (P1, P4, P5, P8, P9 y P11) que mencionan tener alguna idea general, hacen referencia a su conocimiento sobre el significado del término LGBTQ y el derecho que tienen las personas a identificarse como se autoperciben, independientemente de cómo aparezca su nombre en el DNI. Entre los testimonios destacados, se mencionan:

*"Hay una ley, que no tengo idea cual es, que tiene que ver con la identidad de género, que permite decidir sobre su identidad, cambiarse el nombre, su identidad y están resguardadas en cualquier intervención, cuidado, que quieran y necesiten hacerse (...)"* (P11, médico proctólogo, sector público y privado, varón, 55 años).

Una de estas personas (P5) profundizó y expresó:

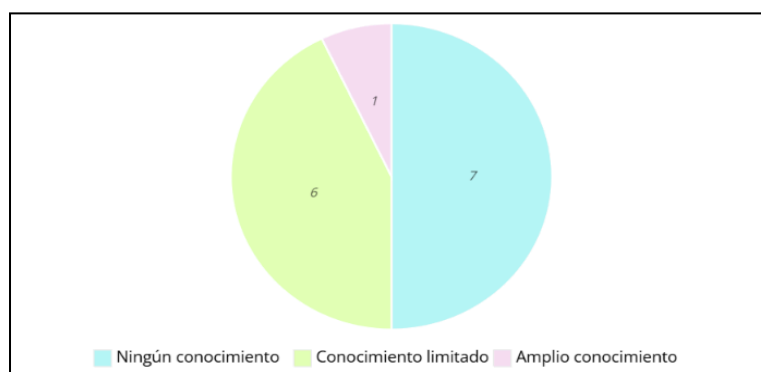
*"Por ejemplo, en relación con la ley de identidad de género, sé que las personas tienen derecho de identificarse como se autoperciben, sin necesidad de dictamen médico. Esto incluye el cambio de identificación en el DNI, el carnet de conducir y otros, sin requerir estudios adicionales, algo que no ocurre en otros países. En*

Argentina, esto se cumple, lo cual me parece positivo, la ley es "progresista" y, además, existe un cupo laboral para personas trans (...)" (P5, farmacéutica, sector privado, mujer, 37 años).

De las 7 personas (P2, P6, P7, P10, P12, P13 y P14) que expresaron no tener conocimiento alguno. A continuación, se resalta la siguiente declaración:

"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" (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

**Gráfico 9.** Distribución por conocimiento sobre normativas de derechos de personas LGBTIQ+.



Fuente: elaboración propia

#### ***A.4. Perspectiva de diversidad sexogenérica en la atención***

En cuanto a la integración de herramientas de perspectiva de diversidad sexogenérica en la atención de personas con disidencias sexogenéricas que asisten al servicio, de las 14 personas entrevistadas, 9 (P2, P4, P6, P7, P9, P10, P12, P13 y P14) afirman carecer de recursos, 4 (P1, P5, P8 y P11) mencionan tener algún recurso básico, y únicamente una persona (P3), una psicóloga interrogada, destaca haber desarrollado herramientas específicas al atender un caso particular y profundizar en la información relacionada, tal como se detalló anteriormente.

Uno de los testimonios que evidencia la falta de conocimiento es el siguiente:

"Cuando tengo que registrar a una persona trans me siento un poco incómoda porque no estoy segura de cómo dirigirme y no quiero cometer errores que la hagan sentir mal" (P13, secretaria, sector privado, mujer, 58 años).

Entre las personas que manifiestan tener herramientas básicas, destacan aquellas que mencionan utilizar el nombre con el que la persona se identifica, por ejemplo:

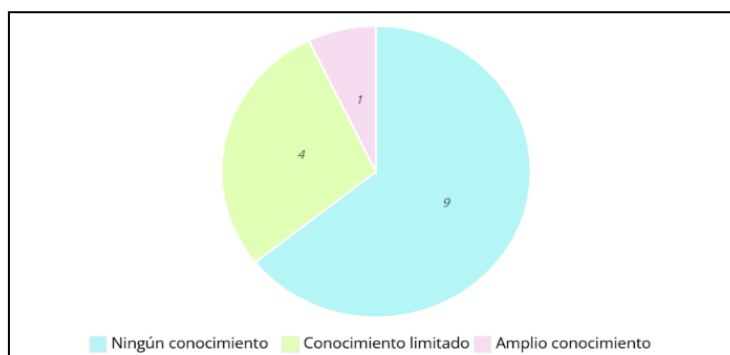
"Herramientas no tengo, en la facultad nunca me enseñaron. Lo que sí hago es llamar a la persona por el nombre que la persona dice o completa en la historia clínica o formulario, nunca por el nombre que figura en su DNI (...)" (P1, odontóloga, sector público y privado, mujer, 34 años).

La única persona que manifiesta que adquirió herramientas, es una de las psicólogas entrevistadas (P3), al acompañar a un paciente trans en el trámite de renovación de su

---

pasaporte europeo, lo que la llevó a interiorizarse en la ley de identidad de género y desarrollar herramientas para estos casos, como se mencionó anteriormente.

**Gráfico 10.** Distribución por conocimiento de herramientas para incorporar perspectiva de diversidad sexogenérica en la atención



Fuente: elaboración propia

#### **A.5. Conocimiento sobre sigla LGTBIQ+ y término disidencias sexogenéricas**

En relación con el conocimiento sobre el significado de la sigla LGTBIQ+, 4 de las catorce personas entrevistadas (P2, P3, P4 y P8) demostraron conocer la sigla y pudieron explicar a qué pertenece cada letra. Por otro lado, 5 personas (P1, P5, P6, P9 y P11) tuvieron dificultades con las letras "I" y "Q". Como se evidencia en el siguiente testimonio:

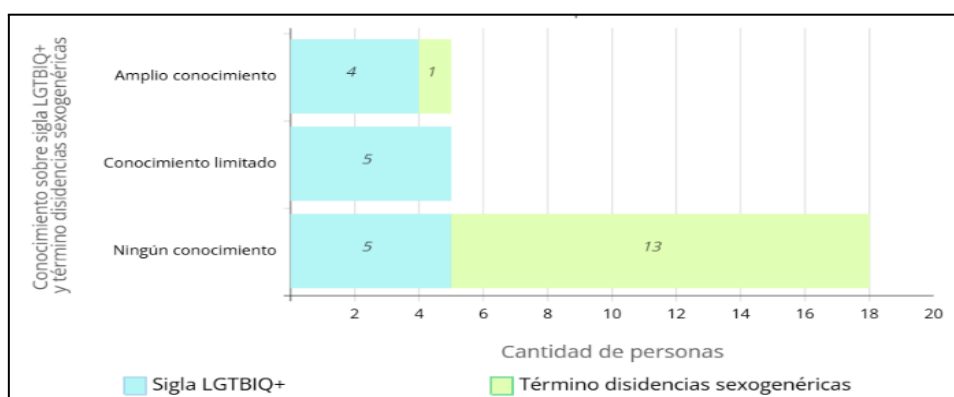
*"No me acuerdo bien la sigla... creo que es Lesbiana, Gay, Travesti, Bisexual, I... de Indefinido, creo, y Q no me acuerdo. Respecto al "+", supongo que es para incluir a todos"* (P1, odontóloga, sector público y privado, mujer, 34 años).

En contraste, 5 participantes de los 14 (P7, P10, P12, P13 y P14) no están familiarizados con el significado de la sigla.

En cuanto al término disidencias sexogenéricas, únicamente una persona (P3), una de las psicólogas, comprendía su significado. A continuación, se presenta su declaración:

*"Entiendo que se refiere a personas que discrepan de las normas tradicionales de género y sexualidad establecidas por la sociedad"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

**Gráfico 11.** Distribución por conocimiento sobre sigla LGTBIQ+ y término disidencias sexogenéricas



Fuente: elaboración propia

## B) **CAPACITACIÓN sobre género y diversidad sexogenérica**

Esta sección aborda el conocimiento de las personas entrevistadas sobre la capacitación en género y diversidad sexogenérica.

### **B.1. Importancia de la Capacitación en Género y Diversidad**

Independientemente del ámbito laboral, el rol desempeñado, la edad, el género u otras características, las 14 personas participantes coinciden en la importancia y necesidad de capacitarse en temas de género y diversidad para mejorar la calidad y sensibilidad en la atención sanitaria. En este sentido, expresan una actitud positiva hacia la diversidad sexual, considerando que es un tema actual que requiere atención especial por parte de las personas que trabajan en el ámbito de la salud. Resulta esclarecedor examinar algunos testimonios específicos que refuerzan la relevancia de la capacitación en esta temática:

*"Es primordial contar con más capacitaciones, ya que las disponibles no son suficientes. Hoy en día, desde muy pequeños, las niñas y niños muestran la necesidad de una mayor apertura; por ejemplo, en la escuela y el jardín de infantes, algunos niños mencionan que han cambiado su nombre, como, por ejemplo, ya no se llama María, sino Bruno (...). Debemos tener una mentalidad más abierta hacia estos temas..."* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

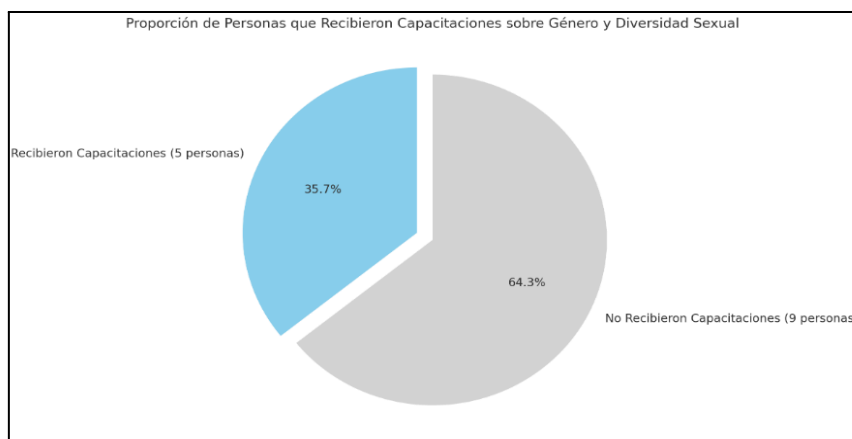
*"Sí, es importante, por supuesto, tiene que ver con la sensibilidad y empatía hacia el otro y los que hacemos salud mental, necesitamos tener más conocimientos"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

*"Sí, absolutamente, más que nada para evitar discriminación y tener una atención respetuosa"* (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

### **B.2. Capacitaciones recibidas en los últimos cinco años**

De 14 personas, solo 5 (P2, P3, P6, P7 y P9) recibieron capacitación en género y diversidad sexual en los últimos cinco años.

**Gráfico 12.** Capacitaciones recibidas en los últimos cinco años



Fuente: elaboración propia

Las 2 personas que trabajan en la junta de discapacidad, la psicóloga (P2) y la asistente social (P9), recibieron la capacitación obligatoria referida a la Ley Micaela.

*"Hice una capacitación que fue obligatoria en la pandemia que se dictó desde el área de violencia, Ley Micaela"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

La psicóloga del ámbito privado (P3) expresó:

*"Muy poco. En un posgrado tuve una clase sobre perspectiva de género e identidad de género. Fue lo único que tuve en términos de capacitación de género. Vale decir que no es mi campo de especialidad (...) Nos enseñaban sobre lo que uno se puede encontrar en la clínica y cómo llevarlo a cabo. Bastante amplio, general"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

Además, el médico oftalmólogo de 28 años (P6) y la médica gastroenteróloga de 36 años (P7), ambos jóvenes, han recibido alguna capacitación breve en la facultad, donde gradualmente se comenzó a incorporar el enfoque de género y diversidad sexual.

*"Lo que yo vi de la ley de salud sexual lo vi en la universidad, hace un montón. Cuando curse la especialidad, nada"* (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

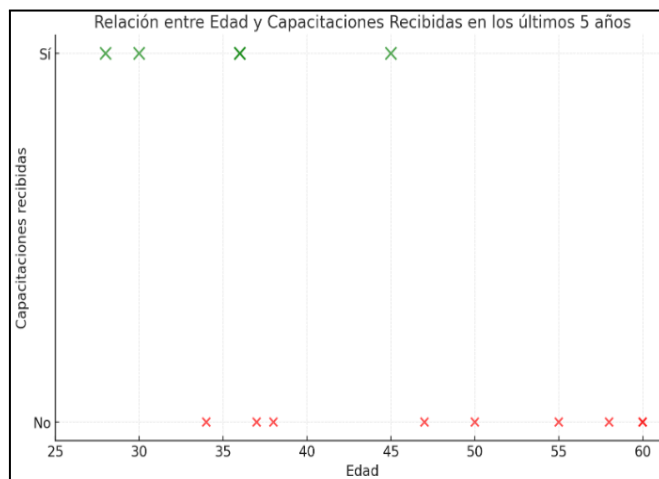
*"En la facultad de medicina nos dieron algo general de orientación sexual e identidad de género, muy por arriba"* (P6, médico oftalmólogo, sector público y privado, varón, 28 años).

Los conocimientos adquiridos en la universidad, una de las fuentes de información más confiables para fortalecer el rol profesional, son considerados insuficientes o nulos en temas de diversidad sexual, según la concordancia entre la mayoría de las personas entrevistadas (P1, P4, P5, P8, P10, P11, P12, P13 y P14). Esta percepción es especialmente notable para las personas de mayor edad, quienes señalan que, en comparación con el pasado, hoy en día se está empezando a dar más importancia a este tema.

*"En la facultad no se dictaban esos temas, no había tantos casos de diversidades"* (P14, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 60 años).

"En mi época de facultad, el enfoque estaba centrado principalmente en el cuerpo y cuestiones técnicas (...) Hoy en día se considera más lo social, ambiental, cultural (...)" (P11, médico proctólogo, sector público y privado, varón, 55 años).

**Gráfico 13.** Relación entre edad y capacitaciones recibidas en los últimos 5 años



Fuente: elaboración propia

### **B.3. Integración en la práctica diaria**

Al preguntarles cómo integran los conocimientos de las capacitaciones en la práctica, la mayoría (9 de 14) coincide en que se dirigen a las personas por el nombre que manifiestan y no por el consignado en el DNI.

La psicóloga del sector privado (P3), ahondó su relato, señalando:

*"Yo creo que integrar los conocimientos tiene que ver con ampliar la perspectiva y cuidar también las formas en las que uno se dirige a estas personas que justamente no encuadran dentro de lo heteronormativo (...). Creo que la manera de integrarlo es hablarlo simple, abrir la cabeza, ampliar la perspectiva, no dar por hecho, preguntar lo que uno no sabe, ponerse en un lugar de 'curiosidad', desde la pregunta. Aceptar que uno no sabe es parte de lo que uno aprende cuando se capacita en esto. Como no se trata de encasillar, sobre todo cuando hablamos de disidencia, sirve la pregunta abierta y que sea la persona la que venga a decirte cómo quiere ser nombrada o cómo se relaciona con su sexualidad"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

Las profesionales que trabajan en la junta de discapacidad (P2 y P9), mencionaron casos en los que las personas solicitaron la renovación del certificado de discapacidad tras cambiar su nombre en el DNI, un trámite que ahora se realiza como un procedimiento administrativo sin necesidad de evaluar en la junta, lo cual fue considerado como un avance.

*"Una persona que tenía su certificado de discapacidad y luego solicitó mediante una nota su renovación, debido a que había modificado su nombre en el DNI, no fue evaluada por la junta de discapacidad (...) fue solo un trámite burocrático, lo que me pareció un gran avance para no exponer a la persona innecesariamente"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

---

Por otro lado, la farmacéutica (P5) menciona que la empresa importadora de bolsas de ostomía y sondas, donde trabaja, dispone de personal de enfermería que visita hospitales para atender a personas ostomizadas. Los y las enfermeras deben conocer el sexo y la anatomía de los pacientes para garantizar la compatibilidad de las bolsas. En este contexto, la empresa modificó el registro de datos en las historias clínicas, incorporando opciones como cis, trans y no binario, para evitar limitarse al binomio femenino/masculino. Al respecto la profesional entrevistada informa:

*"Esto es crucial, ya que, por ejemplo, aunque se le informe al enfermero que una paciente se llama María, es necesario saber si su cuerpo corresponde al sexo masculino o femenino, debido a la adecuación de la bolsa de ostomía y/o sonda"* (P5, farmacéutica, sector privado, mujer, 37 años).

#### ***B.4. Capacitaciones buscadas***

De las 14 personas participantes, únicamente 3 mujeres jóvenes (P2, P3 y P5), de entre 30 y 35 años, buscaron capacitaciones por sus propios medios.

La psicóloga (P2) que integra la junta de discapacidad completó la capacitación obligatoria de la Ley Micaela y, por iniciativa propia, buscó cursos adicionales debido a la frecuencia con la que enfrenta casos de violencia de género en su trabajo. Seguidamente, su testimonio:

*"Hice la Ley Micaela y después hice un curso de posgrado sobre psicoanálisis y género (...) Siempre que puedo trato de anotarme a algún curso relacionado con discapacidad y también de violencia de género, porque en el trabajo vemos muchas situaciones de violencia y discriminación que afectan a personas con discapacidad"* (P2, psicóloga, sector público junta evaluadora de discapacidad, 36 años)

La segunda persona que también recurrió a la búsqueda de información de manera independiente es la psicóloga del ámbito privado (P3), motivada por las y los pacientes que atiende en su consultorio, tal como expresa a continuación:

*"La realidad que hice una búsqueda autodidáctica a partir de los pacientes que tenían parejas o dinámicas poliamorosas y la búsqueda de ampliar, de nutrirme con determinados libros y ciertos videos (...) Estoy formándome en terapia de parejas"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años)

Mientras que la tercera (P5) buscó por interés propio y porque considera necesario promover el respeto en un mundo de diversidades.

El resto de las 11 personas (P1, P4, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13 y P14) no han buscado capacitaciones de género y diversidad por diversos motivos que se detallan a continuación:

Algunas personas expresaron límites personales y profesionales, como el testimonio de quien manifestó: *"Aunque es doloroso y difícil, no me siento cómoda ni puedo intervenir en situaciones de abuso o violencia, prefiero derivarlas a otras áreas o colegas"* (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

Otras personas entrevistadas, mencionaron barreras institucionales, como el comentario de alguien que afirmó: *"En la clínica donde trabajo, cualquier iniciativa relacionada con la perspectiva de género es vista como una moda pasajera. No hay*

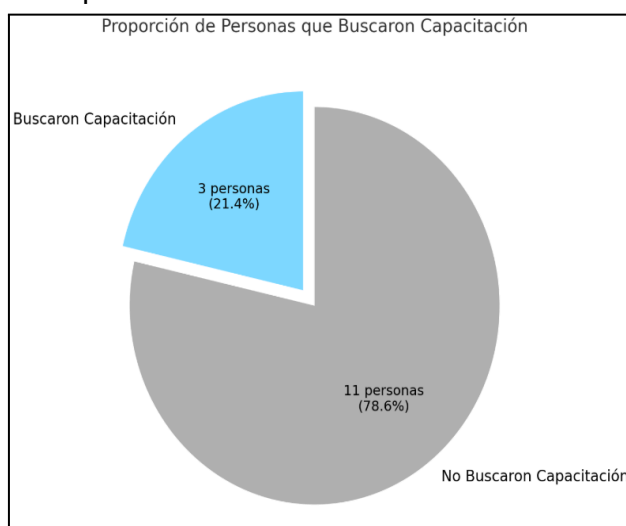
---

*apoyo institucional para estos cambios"* (P13, secretaria, sector privado, mujer, 58 años).

También hubo quienes sienten que este tema no se relaciona con su campo de acción técnica y lo perciben como algo ajeno, como el enfermero (P12) que se dedica a ostomías, quién expresó: *" Yo me dedico principalmente a la técnica de colocar la bolsa de ostomía, por lo que temas como la perspectiva de género no son parte directa de mi labor diaria"* (P12, enfermero, sector privado, varón, 60 años).

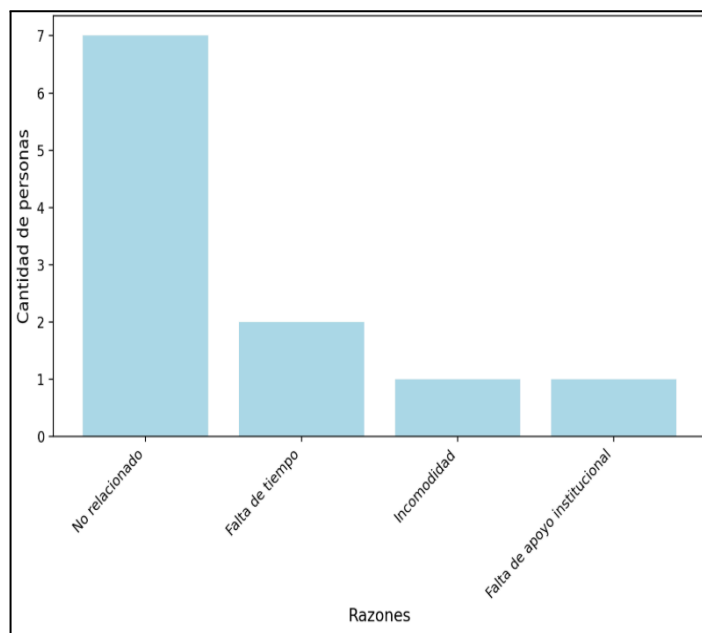
Y algunas personas mencionaron la falta de tiempo y la sobrecarga de tareas, como la gastroenteróloga que manifestó: *"Mi jornada laboral está llena de consultas y urgencias, y aunque sé que la perspectiva de género es importante, simplemente no tengo tiempo para formarme adecuadamente en este tema"* (P14, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 60 años).

**Gráfico 14.** Búsqueda de capacitación



Fuente: elaboración propia

**Gráfico 15.** Razones que impidieron la búsqueda de capacitación



Fuente: elaboración propia

**C) Atención sanitaria con un enfoque en ACCESIBILIDAD, INCLUSIÓN, CAPACIDAD DE RESPUESTA y CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

Este apartado evalúa la atención sanitaria en EII con perspectiva de género y diversidad sexogenérica, abordando conceptos clave del derecho a la salud y características del sistema sanitario. Se centra en accesibilidad, inclusión, capacidad de respuesta y calidad. Se analizan barreras específicas y posibles mejoras.

***C.1. Trayectoria de atención en EII y dificultades asociadas***

Las 14 personas entrevistadas coinciden en que las y los pacientes con EII enfrentan una "peregrinación", caracterizada por una trayectoria compleja y prolongada, teniendo que recorrer numerosos centros de salud en busca de un diagnóstico y tratamiento adecuados para su condición. Esto impacta negativamente en la capacidad de respuesta y la calidad de la atención sanitaria que reciben. En este sentido, algunos testimonios que resumen lo compartido por todas las personas interrogadas:

*"La enfermedad es una procesión para el paciente, que se debe armar de paciencia y fortaleza"* (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

*"He visto cómo la enfermedad convierte la vida de los pacientes en una lucha diaria, llena de obstáculos que impactan no sólo en su salud física, sino también en su bienestar emocional y en el de toda su familia"* (P11, médico proctólogo, sector público y privado, varón, 55 años).

***C.2. Barreras en la atención a pacientes con EII***

Consultadas las personas sobre las barreras que afectan la capacidad de respuesta y la calidad de la atención brindada a estas y estos pacientes, se fueron detectando distintos aspectos, en base a su experiencia, que se organizaron en el siguiente cuadro. Se utilizó el símbolo "+" para indicar una barrera que fue mencionada por la

persona como significativa, y el símbolo "-" para indicar que la barrera no fue mencionada o se consideró menos relevante. El ítem 'Conteo de +' representa la sumatoria de estos símbolos, reflejando el número total de veces que cada barrera fue señalada como significativa por las personas entrevistadas.

**Gráfico 16.** Barreras en la atención a pacientes con EII según las personas entrevistadas



Fuente: elaboración propia

Los aspectos mencionados con mayor frecuencia por las personas participantes fueron el conocimiento y formación sobre la patología, junto con el diagnóstico preciso y tratamiento adecuado. En segundo lugar, se destacan la accesibilidad económica y la cobertura médica, seguidas por la accesibilidad burocrática. Además, hubo menciones significativas sobre la vergüenza y el pudor asociados a los síntomas, la accesibilidad física y geográfica, el apoyo emocional, el enfoque multidisciplinario, y el estigma social / discriminación. Por otro lado, la accesibilidad cultural y la investigación y desarrollo de tratamientos, fueron citados de manera menos frecuente. A continuación, se explorarán estos temas mediante citas recogidas durante las entrevistas:

- Conocimiento y formación sobre la patología

Las 14 personas entrevistadas concuerdan en que existe una falta de conocimiento generalizada sobre esta enfermedad tanto en el ámbito sanitario como en el social, lo que se traduce en una escasa capacitación de los profesionales de la salud y de la población en general para reconocer los síntomas y detectarla a tiempo.

*"La falta de formación de los profesionales de la salud sobre esta enfermedad puede llevar a retrasos en la derivación o a tratamientos incorrectos"* (P14, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 60 años).

*"La enfermedad no es muy conocida por médicos ni pacientes, ya que es una enfermedad rara y sus síntomas causan vergüenza, lo que impide que se hable de ella. Se necesitan campañas de concientización, similar a las de diabetes e hipertensión, para naturalizar y divulgar más la enfermedad"* (P5, farmacéutica, sector privado, mujer, 37 años).

---

*"Se recuerdan estas enfermedades únicamente cuando se conmemora que es el día de las EII, una vez al año, después no se habla"* (P2, psicóloga, sector público: junta evaluadora de discapacidad).

- Diagnóstico preciso y tratamiento adecuado

La totalidad de las personas interrogadas coinciden en que el diagnóstico no es preciso y el tratamiento ofrecido no es adecuado:

*"Los síntomas suelen ser solapados y no siempre graves al inicio, lo que lleva a los médicos a pensar erróneamente en colon irritable y no a realizar los estudios necesarios, causando que el paciente sufra mucho por la falta de un diagnóstico adecuado"* (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

- Accesibilidad

En relación con la accesibilidad, los testimonios destacan cuatro dimensiones principales. La limitación económica, vinculada a la cobertura médica, es señalada como la más significativa. Le siguen las barreras burocráticas, la accesibilidad geográfica y, finalmente, las barreras culturales. A continuación, se detallan estas limitaciones:

-De las 14 personas entrevistadas, 10 de ellas (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P11, P12, P13 y P14) reconocen que la accesibilidad económica representa una limitación importante, debido a los medicamentos de alto costo (MAC), bolsas de ostomía y la cantidad de visitas médicas e internaciones, especialmente en contextos de informalidad laboral, como refleja esta declaración:

*"Los medicamentos biológicos son inaccesibles, lo mismo ocurre con las bolsas de ostomía y la comida sin TACC (...) Además, la frecuencia de consultas médicas, las internaciones y las ausencias laborales también representan barreras significativas para los pacientes"* (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

*"Me comentan que a veces no pueden comprar las bolsas de ostomía debido a su alto costo y se ven obligados a lavarlas y reutilizarlas, lo que no es higiénico ni seguro"* (P11, médico proctólogo, sector público y privado, varón, 55 años).

*"Los pacientes nos cuentan que sus familias recurren a las redes sociales y organizan rifas para reunir dinero para sus tratamientos"* (P14, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 60 años).

-En esta línea, la situación económica está intrínsecamente ligada a la accesibilidad a la cobertura médica y, por ende, a la condición laboral. Diez de las 14 personas entrevistadas (P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P11, P12, P13 y P14) afirman que, en contextos de informalidad, trabajos precarios y responsabilidades familiares como la crianza de hijos, enfrentar una enfermedad se vuelve significativamente más complicado, debido a las dificultades para acceder a coberturas médicas adecuadas.

*"Los pacientes sin cobertura médica postergan la atención hasta que la enfermedad se vuelve insostenible (...) En estos casos de diagnósticos tardíos, las complicaciones son severas y por lo general derivan en ostomías"* (P14, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 60 años). A continuación, se presentan algunas declaraciones que ilustran esta situación:

---

"Las mujeres hacen verdaderos malabares para venir al hospital a atenderse, coordinando con algún familiar para que cuide a sus hijos, ya que no siempre pueden pagar una niñera" (P13, secretaria, sector privado, mujer, 58 años).

*"Vemos casos en los que las personas llegan al hospital público ya en una fase avanzada de su enfermedad porque no pueden ausentarse del trabajo porque les descuentan el día"* (P6, médico oftalmólogo, sector público y privado, varón, 28 años)

*"Los pacientes enfrentan muchas trabas con las obras sociales (...) La situación es aún más difícil para quienes no tienen cobertura, ya que deben realizar los trámites a través de acción social"* (P5, farmacéutica, sector privado, mujer, 37 años).

-Además, la accesibilidad burocrática es un problema recurrente mencionado por 11 (P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P11, P12, P13 y P14) de las 14 personas entrevistadas. Los múltiples trámites, autorizaciones de obras sociales/prepagas y las dificultades para obtener turnos en hospitales crean obstáculos significativos. Las personas entrevistadas coinciden en que esto afecta más a quienes tienen menos recursos y asisten a hospitales públicos, donde conseguir un turno es más difícil, enfrentando largas colas a la intemperie, turnos muy tempranos, acampadas en el hospital, líneas telefónicas congestionadas y brechas digitales que obstaculizan el acceso a información y servicios de salud. En contraste, los pacientes con mayores recursos suelen recurrir a acciones judiciales para exigir cobertura de sus prepagas.

Estas trabas son tan desalentadoras que algunos pacientes optan por comprar medicamentos costosos por su cuenta, a pesar de que deberían ser cubiertos por la prepaga o la obra social, tal como indican los siguientes testimonios:

*"Es muy común ver a personas de muy bajos recursos teniendo que comprar medicamentos o insumos como las bolsas de ostomía a precios muy altos, ya que los necesitan con urgencia y su obra social no les brinda la cobertura necesaria (...) El Estado debería intervenir para ayudar en estos casos"* (P5, farmacéutica, sector privado, mujer, 37 años).

*"Hay un gran problema con la autorización de los medicamentos biológicos. La cantidad de trámites y papeleo que los pacientes tienen que realizar es abrumadora. Muchos pacientes se ven obligados a recurrir a recursos de amparos"* (P13, secretaria, sector privado, mujer, 58 años).

*"Los pacientes se cansan de llamar repetidamente a los teléfonos del hospital o de tener que hacer largas colas para obtener un turno, lo que agrega aún más dificultades a su situación"* (P11, médico proctólogo, sector público y privado, varón, 55 años).

-Otro aspecto relevante es la accesibilidad física para las personas con bolsa de ostomía en lugares públicos como restaurantes o lugares de trabajo, una preocupación compartida por ocho de las catorce personas entrevistadas (P2, P3, P4, P7, P9, P11, P12, P13). Según sus relatos, estos lugares frecuentemente no están preparados para estas necesidades. A continuación, algunos testimonios que ejemplifican esta situación:

*"La falta de accesibilidad física para pacientes con bolsa de ostomía en lugares públicos es una preocupación constante (...) Muchos de ellos experimentan la necesidad urgente de usar el baño y enfrentan dificultades significativas al encontrar que los lugares no están equipados para sus requerimientos específicos"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

---

*"Lo mínimo que se necesita en un baño es un ganchito para colgar la cartera, que la puerta cierre bien, que esté limpio y una mesita para apoyar la bolsa de ostomía (...) Un baño público no adaptado para una persona con una bolsa, ya sea en una estación de servicio, un bar o un lugar de trabajo, dificulta mucho su higiene y comodidad"* (P2, psicóloga, sector público: junta evaluadora de discapacidad).

*"En mi experiencia, muchos lugares de trabajo no tienen baños adecuados para pacientes con necesidades especiales. La falta de privacidad y accesibilidad puede hacer que las personas se sientan incómodas y limitadas en su entorno laboral"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

-La accesibilidad geográfica representa una barrera significativa para muchos pacientes, especialmente aquellos que residen en el interior del país. Siete personas (P1, P2, P7, P9, P11, P13 y P14) de las 14 entrevistadas, sostienen que la demora en la derivación a centros especializados a menudo resulta en diagnósticos tardíos y la repetición innecesaria de estudios, como se ilustra en el siguiente testimonio:

*"Los pacientes derivados de provincias frecuentemente llegan en avión sanitario en estado crítico, debido a las dificultades de acceso a centros especializados"* (P14, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 60 años).

-En cuanto a la accesibilidad cultural, 3 (P4, P7 y P14) de las 14 personas entrevistadas destacan una comprensión limitada de la gravedad de la enfermedad, sus tratamientos y desinformación cultural que perpetúa mitos y prejuicios. Un testimonio destaca cómo algunos pacientes comparten estas ideas erróneas:

*"He escuchado a pacientes decir que con solo cambiar su dieta podrían resolver su condición, en lugar de buscar tratamiento médico. Estas creencias equivocadas los desalientan a consultar con un profesional de la salud"* (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

- Vergüenza y pudor asociados a los síntomas

Nueve de las 14 personas participantes (P2, P3, P4, P6, P9, P10, P11, P12 y P14) coinciden en que las EII están asociadas a síntomas que a menudo generan vergüenza y pudor en los pacientes. Hablar sobre heces y excreción sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad, lo que dificulta aún más la discusión abierta de estos problemas. Además, el uso de una bolsa de colostomía, comúnmente conocida como "ano contranatura", agrava estos sentimientos, ya que los pacientes pueden sentirse avergonzados o estigmatizados, tanto en su entorno personal como en el laboral.

*"El pudor es un aspecto fundamental pero subestimado en las EII. Discutir temas como la consistencia de las heces, la urgencia de ir al baño, el uso de toallitas y el manejo de la bolsa puede generar vergüenza social y tener un impacto significativo en la salud mental, exacerbando los síntomas"* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

*"La incontinencia fecal, los gases, la diarrea son temas difíciles de abordar para muchos pacientes con EII. Esta vergüenza a menudo les impide buscar ayuda médica o discutir abiertamente sus síntomas con familiares, amigos y en el ámbito laboral"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

- Estigma social /discriminación asociado a la enfermedad

---

Las EII son un ejemplo claro de discapacidades invisibles, ya que afectan significativamente la vida diaria de los pacientes, pero sus síntomas no son evidentes a simple vista. Según 5 personas de las 14 entrevistadas (P2, P3, P4, P9 y P12), esta invisibilidad puede llevar al estigma social y a la discriminación, especialmente en situaciones cotidianas como el uso del transporte público, la solicitud de prioridad en filas, y la necesidad urgente de utilizar un baño, como indican las siguientes narraciones:

*"He tenido varios pacientes con EII que me han contado sus experiencias en el transporte público (...) Al mostrar su carnet de discapacidad, el chofer a menudo les cuestiona y les hace pasar un mal momento, dudando de la autenticidad del carnet porque su discapacidad no es visible. Además, muchos de ellos necesitan pedir un asiento, pero las personas frecuentemente dudan de su necesidad y les miran mal, ya que no se nota su discapacidad a simple vista"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

*"Muchas personas con EII manifiestan que, en situaciones sociales como restaurantes o fiestas, cuando se demoran en el baño por estar descompuestas o limpiando su bolsa de ostomía, otras personas en la fila comienzan a quejarse por el tiempo que tardan y a burlarse de ellos"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

*"Las personas con EII que he atendido en la junta de discapacidad a menudo enfrentan discriminación y preguntas incómodas (...) Los pacientes me han comentado que las personas a menudo les hacen preguntas sobre temas sensibles como el uso de una bolsa, especialmente en el contexto de las relaciones sexuales, lo cual puede sentirse particularmente invasivo"* (P2, psicóloga, sector público: junta evaluadora de discapacidad).

- Apoyo emocional

La importancia del apoyo emocional en pacientes con EII es fundamental para su bienestar general y calidad de vida. Siete de las 14 personas participantes de este estudio (P2, P3, P4, P9, P12 y P14), afirman que estas patologías no solo impactan la salud física, sino también la emocional y psicológica de los pacientes. Coinciden en que la incertidumbre sobre la progresión de la enfermedad, los síntomas impredecibles y las complicaciones médicas pueden generar altos niveles de estrés, ansiedad y depresión. Además, declaran que contar con un sistema de apoyo emocional sólido puede marcar una gran diferencia en la capacidad del paciente para manejar la enfermedad y llevar una vida plena. A continuación, se presentan algunos testimonios:

*"Para las personas con EII, situaciones estresantes como cambios de trabajo, nuevas relaciones o mudanzas son especialmente desafiantes. Necesitan apoyo emocional adicional, ya que el estrés puede desencadenar brotes. Un entorno comprensivo y profesionales de salud mental capacitados son cruciales para manejar estos cambios"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

*"He observado que los pacientes que cuentan con apoyo emocional adecuado tienen una mejor adherencia al tratamiento y una actitud más positiva frente a la enfermedad. La intervención de psicólogos y psiquiatras especializados en*

---

*enfermedades crónicas puede ayudar enormemente a gestionar el estrés y la ansiedad asociados a la EII"* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

- Investigación y Desarrollo de Tratamientos

De las 14 personas entrevistadas, únicamente una (P3) mencionó que las EII, debido a su baja prevalencia, no resultan económicamente atractivas para los laboratorios. Esta falta de rentabilidad limita considerablemente la inversión en investigación y la optimización de tratamientos, lo cual es un serio problema en el ámbito de la salud pública. Seguidamente, su testimonio:

*"Las enfermedades inflamatorias intestinales, al ser poco comunes, hace que los laboratorios inviertan menos en investigación y tratamiento, lo que limita las opciones de tratamiento para los pacientes"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años)

- Enfoque Multidisciplinario

Muchas de las personas entrevistadas destacaron la importancia del enfoque multidisciplinario en el manejo integral de las EII, enfatizando la necesidad de colaboración entre gastroenterólogos, psiquiatras, nutricionistas y otros profesionales de la salud para proporcionar un cuidado completo y efectivo.

En este sentido, el médico oftalmólogo (P6), la odontóloga (P1) y la nutricionista (P10) hicieron especial hincapié en este aspecto, señalando que muchas patologías intestinales pueden manifestarse en la boca, afectar la vista y requerir una intervención nutricional específica, por lo que un enfoque integral es crucial. Estas personas mencionan que, cuando atienden a las y los pacientes, sus condiciones suelen ser avanzadas, lo que dificulta la prevención o una evaluación gradual. A continuación, se presentan algunas declaraciones que respaldan este enfoque:

*"El sistema de salud a menudo descuida aspectos integrales de las enfermedades, como el trípode crucial de salud gastrointestinal, mental y nutricional. La salud mental no debería ser subestimada, ya que nuestra mente y cuerpo están interconectados, influyéndose mutuamente (...) Mejorar la atención implica diagnósticos precisos, empatía, involucrando a especialistas diversos como gastroenterólogos, clínicos, psiquiatras y nutricionistas, quienes deben trabajar de manera conjunta e interrelacionada"* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

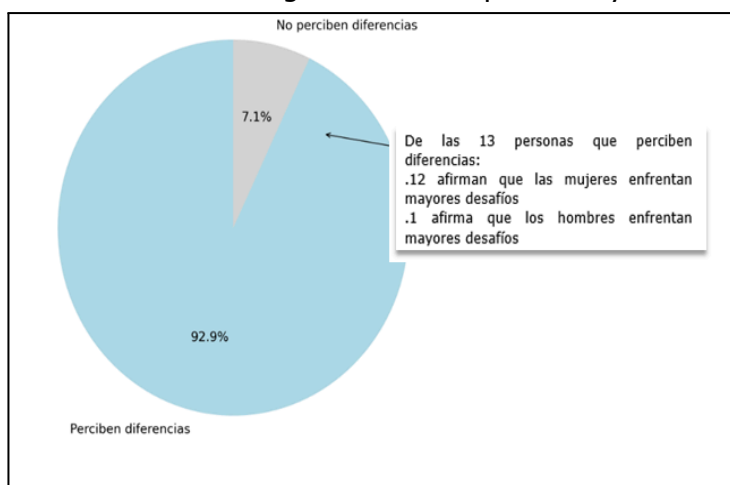
*"La EII conlleva manifestaciones extraintestinales en articulaciones, ojos, piel y otros órganos, destacando la necesidad urgente de un enfoque médico integrado. Sin embargo, la falta de coordinación entre especialistas dificulta el tratamiento efectivo, obligando a los pacientes a consultar por separado con cada especialista sin una integración adecuada"* (P7, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años).

### **C.3. Diferencias de Género en la Experiencia y Atención de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal**

Consultadas las 14 personas sobre si, además de las diferencias biológicas y fisiológicas, han observado diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a cómo

experimentan el proceso de la enfermedad inflamatoria intestinal y la forma en que reciben atención sanitaria, se organizaron las respuestas en el siguiente cuadro. Se utilizó el símbolo "+" para indicar que la persona observa una diferencia entre géneros, y el símbolo "-" para indicar que no detecta diferencias. Para aquellas personas que identificaron diferencias, se completó en la columna "Género" el género que considera enfrenta desafíos adicionales en la EII.

**Gráfico 17.** Detección de diferencias de género en la experiencia y atención de la EII



Fuente: elaboración propia

En relación a la pregunta planteada sobre las diferencias de género en el proceso de la EII y la atención sanitaria recibida, de las 14 personas encuestadas, 13 (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12 y P13) manifestaron que existen diferencias entre hombres y mujeres en la experiencia y atención de la EII, mientras que una encuestada (P14) indicó que no percibe diferencias significativas entre hombres y mujeres, sugiriendo que el manejo de la enfermedad debería centrarse en las necesidades individuales de cada paciente.

Uno de los testimonios enfatizó:

*"El sexo y el género son factores cruciales a considerar, junto con la discapacidad y el contexto socioeconómico, etc (...) por ejemplo, enfrentar la enfermedad puede ser diferente entre una mujer mayor con hijos adultos, una mujer joven en edad reproductiva, o una madre con hijos pequeños, donde se ven afectadas la capacidad de quedar embarazada y las responsabilidades familiares, sino también la posibilidad de acceder a los centros de salud según sus circunstancias. Estas variables también pueden influir en los hombres, aunque de manera distinta"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

En oposición, la declaración de la única persona que no percibe diferencias, afirmó:

*"Todos experimentan los mismos síntomas y enfrentan las mismas dificultades, lo que hace que las barreras de acceso y atención sanitaria sean homogéneas para ambos sexos"* (P14, médica gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 60 años).

De las 13 personas (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12 y P13) que señalaron diferencias entre hombres y mujeres, 12 (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9,

---

P10, P11, P12 y P13) coincidieron en que las mujeres enfrentan mayores desafíos en el proceso de la EII y en la atención sanitaria, citando factores como los hormonales, culturales, el impacto en la salud reproductiva, y una mayor carga emocional y psicológica. Entre las declaraciones destacadas se encuentran:

*"Creo que la principal barrera cultural en torno a la cuestión de género, o más específicamente del sexo, reside en la experiencia de ser mujer dentro de nuestra sociedad (...) Esto implica expectativas y enseñanzas sobre cómo relacionarnos con nuestro cuerpo"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

*"En las mujeres, se suman retos como el embarazo, la crianza de los hijos, a menudo por cuenta propia, la gestión de la ropa cuando se usa una bolsa de ostomía y presiones sociales adicionales, lo que a veces dificulta que puedan asistir a sus citas médicas o seguir sus tratamientos adecuadamente"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

En contraste, la única persona encuestada (P7) que mencionó que los hombres enfrentan mayores dificultades lo atribuyó a una búsqueda tardía de atención médica, síntomas percibidos como menos graves o urgentes en comparación con otros problemas médicos, y la vergüenza al hablar de temas relacionados con las heces y defecación. Su testimonio subraya:

*"Las mujeres tienden a consultar más y tienen menos inhibiciones. Nosotras vamos regularmente al ginecólogo y a otros controles médicos. Creo que, en ese sentido, las mujeres tienen ventaja. En cambio, los hombres suelen esperar hasta que los síntomas son graves o ven sangre para consultar, como si tuvieran miedo de enfrentar la situación médica"* (P7, gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años)

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las diferencias de género en el abordaje de la EII para asegurar una atención integral y equitativa.

#### **C.4. Desafíos Adicionales para Mujeres en el Manejo de la EII y el Acceso a la Atención Sanitaria de Calidad**

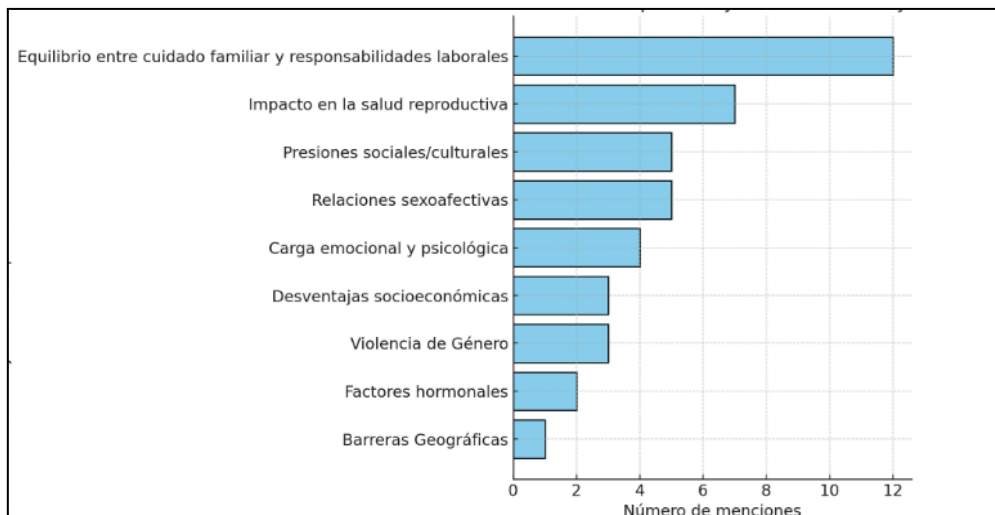
En este ítem, se analizan únicamente las respuestas de las 12 personas (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9, P10, P11, P12 y P13) que en la pregunta anterior mencionaron que las mujeres enfrentan mayores desafíos que los hombres en el manejo de la EII y en el acceso a la atención sanitaria.

Como se mencionó previamente, 2 personas (P7 y P14), ambas gastroenterólogas, no consideran que existan diferencias significativas entre géneros o creen que la EII afecta más a los hombres. Por esta razón, no aportaron datos en este eje y no se analizan en el presente apartado.

A partir de los testimonios recopilados, el aspecto que más prevalece como una dificultad para el acceso de las mujeres con EII a la atención sanitaria es el cuidado familiar y las responsabilidades laborales. En segundo lugar, se menciona la preocupación por la salud reproductiva. En tercer lugar, se mencionan las presiones sociales y la dificultad en las relaciones sexoafectivas. En cuarto lugar, se destaca la carga emocional y psicológica. También se destacan las desventajas socioeconómicas y violencia de género, seguida por factores hormonales. Por último, aunque con menor frecuencia, se mencionaron las barreras geográficas que enfrentan las mujeres que

viven lejos de los centros urbanos, lo que complica aún más el acceso y la continuidad de la atención médica para ellas.

**Gráfico 18.** Desafíos adicionales para las mujeres en el manejo de la EII y el acceso a la atención sanitaria de calidad



Fuente: elaboración propia

o Equilibrio entre cuidado familiar y responsabilidades laborales

De las 12 personas (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9, P10, P11, P12 y P13) que señalaron diferencias entre hombres y mujeres, todas coinciden en que las mujeres enfrentan mayores desafíos en el manejo de la EII y en la atención sanitaria, especialmente en lo que respecta al equilibrio entre cuidado familiar y responsabilidades laborales. Las personas entrevistadas manifiestan que las mujeres deben organizarse para coordinar las visitas al médico con las tareas domésticas y el cuidado de hijos. Esto se complica aún más para aquellas con múltiples hospitalizaciones, tratamientos intensivos como la aplicación de medicación y el manejo de una bolsa de ostomía, que requieren tiempo y energía significativos. Los roles de género tradicionales asignan predominantemente estas responsabilidades a las mujeres, exacerbando las dificultades en el manejo de su enfermedad. Entre las declaraciones destacadas se encuentran:

*"Es agotador para las mujeres coordinar las visitas al médico, cuidar de sus hijos, especialmente si son madres solteras o separadas (...) Muchas veces sus propias necesidades quedan en segundo plano o son descuidadas"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

*"Para las mujeres, pedir un turno en el médico es un desafío porque deben coordinar con los horarios de sus hijos, ajustar sus compromisos laborales y solicitar permisos (...) es como jugar al Tetris"* (P13, secretaria, sector privado, mujer, 58 años).

• Impacto en salud reproductiva

Siete (P2, P3, P4, P9, P10, P11 y P12) de las 12 personas que señalaron diferencias entre hombres y mujeres creen que la salud reproductiva es una preocupación fundamental para las mujeres con EII. Las personas entrevistadas sostienen que, además de manejar los síntomas de la enfermedad, enfrentan el temor de que la EII

---

se reactive durante el embarazo y la incertidumbre sobre cómo las intervenciones médicas, como la ostomía o las cirugías, pueden afectar su capacidad de concebir y de ser madres con una enfermedad crónica siempre latente. Una de las citas más significativas es la siguiente:

*"Algunas mujeres enfrentan la incertidumbre durante el embarazo, considerando la posibilidad de medicación y cómo cuidarán a un bebé (...) Sin embargo, muchas logran gestionar estos temores al integrar la enfermedad como parte de su vida, tanto en momentos de salud como de enfermedad"* (P11, médico proctólogo, sector público y privado, varón, 55 años).

- Presiones sociales/culturales

Cinco (P2, P3, P5, P9 y P12) de las 12 personas que señalaron diferencias entre hombres y mujeres, afirman que estas presiones tienen un impacto significativo en las mujeres con EII. Además de la presión social para mantener un cuerpo perfecto y delgado, estas mujeres enfrentan desafíos adicionales, como la gestión de una bolsa de ostomía y los cambios físicos debido a la medicación como los corticoides. Esto puede dificultar el uso de ciertas prendas de vestir, como bikinis o ropa ajustada, debido a la visibilidad de la bolsa de ostomía, limitando su participación en actividades sociales y afectando su autoestima. Seguidamente, un testimonio que ejemplifica esta realidad:

*"Para las mujeres, la vestimenta y la apariencia social son más complejas, especialmente en cómo ocultar la bolsa de ostomía. Mientras que para los hombres es más sencillo, solo con una remera están listos, sin tanta mirada ni exposición como para las mujeres"* (P2, psicóloga, sector público: junta evaluadora de discapacidad).

Además, existe un tabú en torno a hablar abiertamente sobre necesidades fisiológicas, como la función excretora, lo que genera vergüenza en muchas mujeres y las lleva a evitar compartir sus síntomas con amigos, familiares o profesionales de la salud. Mientras los hombres suelen abordar estos temas con humor, reduciendo el estigma, las mujeres enfrentan mayor aislamiento y vergüenza, lo que complica aún más su experiencia con problemas de salud gastrointestinal. Entre las frases más destacadas de los testimonios brindados, se encuentran las siguientes:

*"Para las mujeres, enfrentar procedimientos como ir al proctólogo o someterse a una colonoscopia implica exponerse de maneras que culturalmente nos afectan emocionalmente. Estos actos no son simples debido a las expectativas sociales y personales relacionadas con la feminidad y la intimidad del cuerpo"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

*"Es importante destacar que, en la práctica, las mujeres con EII suelen enfrentar más dificultades para usar baños públicos para defecar en comparación con los hombres. Esto se debe en parte a preocupaciones sobre la higiene, especialmente relacionadas con la vagina, lo que a menudo las hace sentir más inhibidas"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

- Relaciones sexoafectivas

---

Las mismas cinco personas (P2, P3, P5, P9 y P12) que señalaron mayores presiones sociales para las mujeres también coinciden en que, en el contexto de las relaciones sexoafectivas, para ellas puede ser difícil revelar su enfermedad, exponer su cuerpo y hablar sobre temas como el uso del baño, especialmente al iniciar una nueva relación, en comparación con quienes ya están casadas. Estos temas suelen estar marcados por vergüenza, estigmas sociales y el temor al rechazo, lo que agrega una capa adicional de complejidad en su vida afectiva. Entre las citas más sobresalientes de los testimonios proporcionados se incluye:

*"Uno de los aspectos importantes es cómo afecta las relaciones sexuales y amorosas, especialmente para las mujeres (...) La necesidad de tener un baño cerca puede condicionar las interacciones con una pareja o alguien con quien están saliendo, generando preocupaciones sobre lo que esa persona pensará (...) Además, las mujeres con fistulas o complicaciones como la pouchitis pueden experimentar una mayor tendencia a protegerse y autocuidarse en relaciones íntimas, lo que puede afectar significativamente su salud sexual, mental y sus vínculos emocionales"* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

- Carga emocional y psicológica

Cuatro personas (P2, P3 y P4) de las 12 personas que identificaron diferencias entre hombres y mujeres señalaron que las mujeres con EII enfrentan una mayor carga emocional vinculada a sus responsabilidades familiares y diarias. Además de los síntomas físicos, lidian con el estrés de la incertidumbre de la enfermedad, las limitaciones en su vida diaria y el impacto en sus relaciones personales. Las tareas domésticas, el cuidado de los hijos, los cambios hormonales y, en algunos casos, el embarazo, aumentan esta presión. La necesidad de constantes ajustes en su estilo de vida y los efectos secundarios de los tratamientos contribuyen a sentimientos de ansiedad, depresión y aislamiento, afectando su bienestar y calidad de vida. Un ejemplo claro de esta situación se refleja a continuación:

*"Veo que la EII impacta a las mujeres de una manera mucho más profunda que a los hombres (...) Para ellas, entran en juego muchos más factores, como su rol en la familia y las preocupaciones sobre el embarazo (...) Las mujeres suelen plantear más inquietudes y presentan niveles más altos de ansiedad y depresión. Además, están "sobrepasadas" cuidando de sus hijos y su propia salud. Su carga emocional es considerablemente mayor debido a estas responsabilidades adicionales"* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

- Desventajas socioeconómicas

Tres personas (P1, P2 y P9) de las 12 que detectaron diferencias entre hombres y mujeres, señalaron que las mujeres con EII enfrentan desventajas socioeconómicas ligadas a roles de cuidado familiar, especialmente aquellas fuera del empleo formal. Además, mencionan que la necesidad de equilibrar las responsabilidades del hogar y la familia, junto con el manejo de su enfermedad, puede limitar sus oportunidades de empleo y reducir su acceso a recursos económicos. La necesidad de costosos tratamientos, como anticuerpos monoclonales, agrava su situación financiera,

---

afectando el acceso a atención adecuada y aumentando la carga emocional. La falta de seguridad laboral y de beneficios, como seguro de salud, intensifica su vulnerabilidad, perpetuando un ciclo difícil de superar. Una cita que ilustra esta situación es la siguiente:

*"Como médico, veo cómo la EII impacta económicamente a mis pacientes mujeres, especialmente a las separadas que se ocupan de sus hijos. Los tratamientos son muy costosos y, sin un empleo formal, muchas no pueden costearlos (...) Esta situación agrava su vulnerabilidad y dificulta el acceso a la atención necesaria"* (P11, médico proctólogo, sector público y privado, varón, 55 años).

- Violencia de género

La violencia de género fue destacada por tres profesionales relacionados con la salud mental y discapacidad: un médico psiquiatra (P4), una psicóloga (P2) y una asistente social (P9) de la junta de discapacidad. Señalan que este problema afecta particularmente a las mujeres con EII, generando un estrés significativo que puede exacerbar los síntomas de la enfermedad. Además, el entorno de violencia limita su capacidad para buscar y recibir atención médica adecuada, perpetuando un ciclo de mala salud y aislamiento. El siguiente testimonio destaca este punto:

*"La violencia de género complica mucho la vida de los pacientes con EII, la hace aún más difícil (...) Además, muchas veces no pueden buscar la ayuda médica que necesitan debido a las circunstancias difíciles en casa. Es un ciclo muy complicado de romper"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

- Factores hormonales

Dos personas (P4 y P8) de las 12 que detectaron diferencias entre hombres y mujeres destacan que los factores hormonales impactan significativamente a las mujeres con EII. Señalan que, durante el ciclo menstrual, se observa un aumento en el dolor abdominal, la diarrea y la fatiga, debido a las fluctuaciones hormonales que afectan la inflamación y la motilidad intestinal. En el embarazo, algunas experimentan mejoría en los síntomas, mientras que otras enfrentan exacerbaciones. Además, las preocupaciones sobre fertilidad y tratamientos generan estrés adicional. La menopausia, con la disminución de estrógeno, puede alterar la inflamación y la respuesta inmunológica, afectando el curso de la enfermedad. El siguiente relato refleja claramente esta situación:

*"Las hormonas tienen un impacto profundo en todos los procesos, especialmente en casos de EII donde pueden aumentar la inflamación y el malestar físico, así como afectar el estado de ánimo de las pacientes"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

- Barreras geográficas

Una (P11) de las 12 personas que identificaron diferencias entre hombres y mujeres (P11) destaca que, para las mujeres que residen lejos de centros especializados en EII, el acceso a atención médica representa un desafío significativo. Además de coordinar viajes, estancias y costos, deben gestionar compromisos laborales, el cuidado de sus

hijos y responsabilidades domésticas. Estas barreras geográficas no sólo dificultan la atención médica regular, sino que también incrementan la carga emocional y financiera sobre ellas y sus familias. A continuación, se presenta un testimonio que ejemplifica lo expuesto:

*"Es muy complicado para las mujeres que vienen solas desde el interior para recibir tratamiento y operaciones complejas que requieren largas hospitalizaciones. Dejan muchas cosas atrás, como sus esposos e hijos. Algunas vienen acompañadas por sus esposos, pero aun así deben dejar a sus hijos al cuidado de familiares. Esta situación complica enormemente todo el proceso de tratamiento para la EII" (P11, médico proctólogo, sector público y privado, varón, 55 años).*

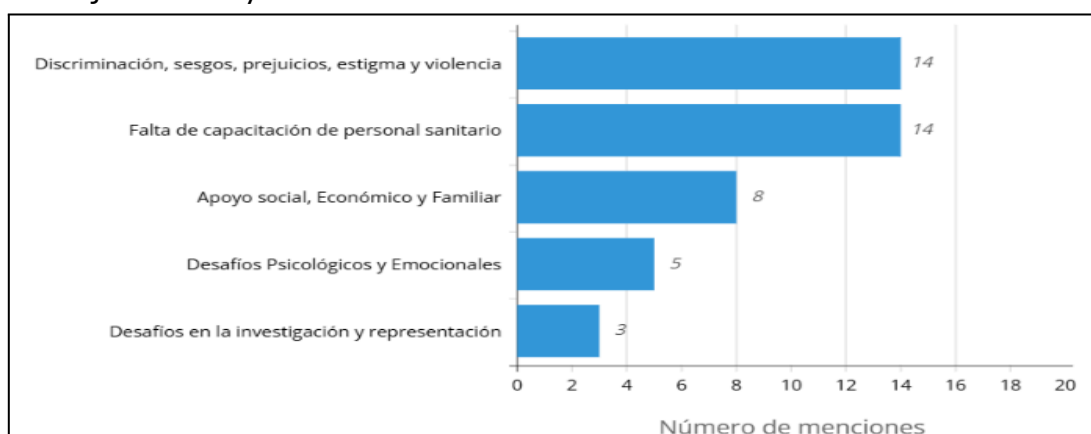
### **C.5. Desafíos Adicionales para las Personas de Diversidades Sexogenéricas en el Manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal y el Acceso a la Atención Sanitaria de Calidad**

La totalidad de las personas entrevistadas coinciden en que las personas de diversidades sexogenéricas enfrentan mayores obstáculos en el acceso y la calidad de la atención sanitaria, especialmente en el contexto de la EII. Manifiestan que por sí sola, la EII es una condición rara, de difícil diagnóstico y con escasa investigación. A estos desafíos inherentes, se suman los obstáculos adicionales relacionados con las dificultades particulares que enfrentan las personas LGBTQ+, lo que complica aún más su acceso y la calidad de la atención sanitaria.

Para clasificar estas respuestas, se utilizó el símbolo "+" para señalar una barrera considerada significativa y el símbolo "-" para denotar una barrera menos relevante o no mencionada por la persona entrevistada.

Los aspectos más destacados fueron:

**Gráfico 19.** 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

De los testimonios obtenidos, surgen diversas barreras que dificultan el acceso a la atención sanitaria para las personas de diversidades sexogenéricas con EII. El impedimento más notable es la discriminación, los sesgos, los prejuicios, el estigma y la violencia en el sistema sanitario. En segundo lugar, se pone de relieve la falta de

---

formación adecuada entre el personal de la salud. En tercer lugar, se destacan las dificultades relacionadas con el apoyo social, económico y familiar. En cuarto lugar, se subrayan los retos psicológicos y emocionales. Por último, aunque mencionados con menor frecuencia, se identifican los obstáculos en la investigación y la representación de estudios clínicos.

- Discriminación, sesgos, prejuicios, estigma y violencia

Todas las personas participantes coinciden en que la discriminación y los prejuicios, presentes tanto en la sociedad como en el sistema de salud, afectan negativamente la calidad de atención. Señalan que estos se manifiestan en comentarios despectivos, actitudes negativas y trato desigual por parte de profesionales y personal administrativo. El siguiente testimonio ilustra lo planteado:

*"Es bastante común escuchar, puertas adentro entre médicos, comentarios despectivos sobre pacientes, como 'ese maricón' o 'marimacho'. Aunque no se lo dicen directamente a ellos, esas actitudes reflejan una falta de respeto y profesionalismo"* (P6, médico oftalmólogo, sector público y privado, varón, 28 años)

Además, destacan que la población LGBTQ+ evita controles periódicos debido a estas barreras, lo que resulta en consultas tardías en estados críticos, dificultando intervenciones oportunas y efectivas. A continuación, un relato al respecto:

*"Muchas mujeres lesbianas evitan asistir a la ginecóloga porque no quieren enfrentarse a preguntas incómodas sobre su vida sexual, o a suposiciones de que su pareja es un varón. Como resultado, a menudo no se realizan mamografías ni PAP"* (P7, gastroenteróloga, sector público y privado, mujer, 36 años)

Asimismo, destacan que algunas personas con EII, especialmente aquellas de diversidades sexogenéricas, enfrentan violencia física, verbal o emocional, lo que agrava el estrés asociado a la enfermedad y afecta su salud mental y física. Estos desafíos subrayan la necesidad de una atención sanitaria más inclusiva que aborde y reduzca estas barreras para mejorar los resultados de salud.

En este sentido, mencionan que el estigma asociado a la identidad de género genera temor a la estigmatización, lo que lleva a que muchas personas no revelen su orientación sexual o identidad de género al personal de salud. Esta falta de información puede resultar en diagnósticos incompletos y tratamientos inadecuados, afectando la calidad de la atención médica.

Finalmente, expresan preocupación por la asociación automática de ciertas orientaciones sexuales con enfermedades específicas, como el VIH/SIDA, lo cual evidencia una falta de sensibilidad y conocimiento en la práctica médica, perpetuando estigmas y limitando el acceso a una atención adecuada. El testimonio que sigue ejemplifica esto:

*"Una vez atendí en mi consultorio privado a una persona trans y, después de la consulta, mi secretaria se acercó muy nerviosa y me comentó que lo había manejado bien. Luego, me preguntó si había usado doble guantes, asumiendo automáticamente que la persona tenía VIH (...) Este prejuicio refleja una falta de sensibilidad y conocimiento sobre la diversidad de pacientes"* (P1, odontóloga, sector privado, mujer, 34 años).

---

Las personas entrevistadas reconocen que, a pesar de sus buenas intenciones, suelen tener sesgos inconscientes que impactan la calidad de la atención. Estos sesgos pueden influir en la interpretación de síntomas, la interacción con los pacientes y la toma de decisiones clínicas. Asimismo, destacan que la falta de un lenguaje inclusivo y respetuoso puede generar incomodidad en las personas de diversidades sexogenéricas con EII, dificultando que busquen atención médica o expresen abiertamente sus necesidades de salud.

- Falta de capacitación

Las personas entrevistadas coinciden en la falta de capacitación del personal sanitario para atender las necesidades específicas de pacientes con EII, especialmente de diversidades sexogenéricas, lo que puede generar diagnósticos y tratamientos inadecuados. Entre las personas entrevistadas, algunas buscaron información por su cuenta después de encontrarse en la práctica con pacientes de la diversidad sexogenérica con EII. Consideran que esta falta de formación puede llevar a diagnósticos incorrectos, tratamientos inapropiados o la omisión de preguntas cruciales sobre la salud del paciente. Además, señalan la ausencia de servicios especializados, como endocrinología para tratamientos hormonales, salud mental con enfoque en género y clínicas inclusivas que brinden atención integral y respetuosa. A continuación, un testimonio que ejemplifica claramente esta realidad:

*"Un paciente trans me comentaba que las preguntas médicas que le hacían sobre cuestiones orgánicas le recordaban constantemente que nació mujer. Considero fundamental que los profesionales de la salud sepan cómo hacer estas preguntas con sutileza, ya que es crucial para la experiencia del paciente. Es importante que los profesionales trabajen en sus propios prejuicios para evitar que influyan en la consulta"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

- Apoyo social, económico y familiar

Ocho de las 14 personas entrevistadas (P1, P2, P3, P4, P5, P9, P11 y P12) destacan que muchas personas de diversidades sexogenéricas enfrentan falta de apoyo familiar debido a prejuicios o rechazo, lo que incrementa el estrés y la carga emocional en el manejo de la EII. Asimismo, señalan que la discriminación laboral y la ausencia de políticas inclusivas limitan su estabilidad económica, dificultando el acceso a tratamientos, medicamentos de alto costo (MAC) e insumos necesarios para controlar la enfermedad. También enfatizan que las redes de apoyo social son esenciales para el manejo de la EII, pero que la exclusión social y la falta de aceptación dificultan su acceso, agravando el aislamiento y afectando la capacidad de estas personas para gestionar su salud de manera adecuada. A continuación, un testimonio que ilustra esta problemática:

*"Muchas personas de diversidades sexogenéricas no son aceptadas por sus familias, lo que aumenta su estrés y carga emocional (...) La discriminación les dificulta conseguir empleo, y muchas recurren a la prostitución, quedando fuera del sistema laboral y sanitario. Esto agrava sus patologías debido a la falta de acceso a servicios médicos y tratamientos necesarios"* (P1, odontóloga, sector privado, mujer, 34 años).

---

- Desafíos psicológicos y emocionales

La constante preocupación de las personas por ser comprendidas y tratadas con respeto puede generar niveles altos de estrés y ansiedad en individuos de diversidades sexogenéricas, según lo compartido por 5 personas (P1, P3, P4, P5 y P9) de las 14 participantes. Informan, que este estrés crónico y la ansiedad persistente no solo afectan el bienestar emocional, sino que también pueden exacerbar los síntomas de la EII, complicando aún más el manejo de la enfermedad. Además, coinciden en que las tasas más altas de depresión, ansiedad y riesgo suicida entre estas personas a menudo no son adecuadamente abordadas. La falta de atención a estos problemas de salud mental agrava el impacto de la EII, ya que el bienestar emocional y físico están estrechamente interconectados, tal como lo demuestra el siguiente relato:

*"Imagina que la EII ya se exagera con el estrés; ahora súmale todas las dificultades propias de ser gay o lesbiana (...) Esto acumula muchas preocupaciones adicionales que impactan directamente en la salud mental"* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

- Desafíos en la investigación y representación en estudios clínicos

Tres de las 14 personas entrevistadas (P3, P4 y P5) señalan que los estudios sobre EII suelen omitir cómo esta patología afecta a personas de diversidades sexogenéricas, lo que limita la comprensión de sus necesidades y puede generar tratamientos inadecuados. Además, afirman que las personas LGTTBIQ+ están subrepresentadas en ensayos clínicos y estudios de salud, lo que puede llevar a recomendaciones terapéuticas que no consideren sus particularidades. Resaltan la importancia de incluir a estas poblaciones en investigaciones para desarrollar tratamientos más eficaces y personalizados. Un testimonio al respecto:

*"Las poblaciones minoritarias son frecuentemente ignoradas en diversos aspectos, como los estudios clínicos, sociales y de calidad de vida"* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

Esta carencia de información también fue evidente durante la revisión bibliográfica realizada para la tesis.

### **C.6. Necesidades específicas en la atención de mujeres y personas de diversidades sexogenéricas con EII**

Durante la atención de mujeres y personas de diversidades sexogenéricas, en ambos casos con EII, 3 personas (P1, P6 y P14) de las 14 entrevistadas indicaron que no existen necesidades especiales, ya que consideran que la atención debe ser igual para todos, sin hacer diferencias. Sin embargo, 11 personas entrevistadas (P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P11, P12 y P13) afirmaron que hay casos que requieren atención diferenciada, mencionando diversas situaciones específicas.

Algunas personas han señalado la necesidad de adaptar el entorno laboral para apoyar a los pacientes con EII. Proponen que los profesionales de la salud colaboren proporcionando informes sobre las necesidades específicas de los pacientes, lo que facilita la implementación de ajustes como baños adecuados o la opción de teletrabajo. Estas modificaciones no sólo reducirían la frustración y el estrés, sino que también

---

benefician económicamente a los empleadores al prevenir costos elevados por licencias psiquiátricas relacionadas con ansiedad y estrés.

Además, destacan la necesidad de mejorar la comunicación entre el personal de salud y los empleadores para garantizar que las necesidades de las personas con EII sean adecuadamente atendidas, promoviendo un entorno laboral inclusivo y saludable. Se propone que los profesionales emitan certificados que faciliten permisos durante días de internación y tratamiento, permitiendo a las mujeres equilibrar sus responsabilidades laborales y el cuidado de sus hijos. Además, se subraya la importancia de considerar a los pacientes en tratamiento con anticuerpos monoclonales, quienes están en inmunosupresión.

Asimismo, se enfatiza la importancia de conocer la situación específica de cada paciente. Por ejemplo, al tratar a un paciente transgénero con EII, si se requiere una bolsa de ileostomía o una sonda, es esencial que estos dispositivos se ajusten a su anatomía. A pesar de la identidad autopercebida o el nombre que el paciente utilice, la elección de la sonda debe considerar las características anatómicas, como la presencia de una vagina o un pene, para garantizar una atención adecuada y efectiva. Como demuestra el siguiente testimonio:

*"Es crucial adaptar los dispositivos médicos, como bolsas de ileostomía o sondas, según la anatomía específica del paciente transgénero con EII (...) Esto garantiza una atención efectiva al considerar sus características anatómicas, independientemente de su nombre preferido o autopercebido"* (P5, farmacéutica, sector privado, mujer, 37 años).

De igual manera, es fundamental considerar tanto la identidad de género del paciente como su sexo biológico al evaluar y tratar sus necesidades específicas. Aunque una persona se autoperciba de una manera o utilice un nombre determinado, sus parámetros hormonales y sanguíneos estarán determinados por su sexo biológico. Esto resalta la importancia de un enfoque integral que considere ambos aspectos para proporcionar una atención médica adecuada y personalizada.

*"Al recibir una muestra en el laboratorio, es crucial saber si se trata de una persona trans, si está en tratamiento hormonal o si se autopercibe de otra manera (...) Los parámetros varían según su sexo biológico y es necesario conocer estos detalles para verificar si los resultados están dentro de las especificaciones correctas antes de informar"* (P8, bioquímico, sector público y privado, varón, 38 años).

El personal de salud mental profundizó en el tema y expresó que es crucial considerar los riesgos y necesidades específicas asociadas a diferentes diversidades sexuales, reconociendo posibles desafíos adicionales en la salud mental y física, como la mayor incidencia de depresión, altas tasa de suicidios, o necesidades particulares en el manejo de la EII. Una de las psicólogas comentó:

*"Una pregunta que siempre hago es: ¿se te han presentado pensamientos suicidas? porque considero que esta población puede enfrentar un mayor riesgo de intentos suicidas. Es una pregunta que todos los profesionales de la salud deberían hacer, aunque muchos no están preparados para formularla o manejar la respuesta adecuadamente"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

---

### **C.7. Consideraciones en la atención sanitaria de disidencias sexogéneras con EII**

Las 14 personas entrevistadas coinciden en la importancia de ofrecer una atención respetuosa y sensible a los pacientes con EII pertenecientes a diversidades sexuales. Subrayan el uso de un lenguaje inclusivo que respete la identidad de género de los pacientes, evitando suposiciones basadas en la apariencia física y utilizando los nombres y pronombres preferidos. Aunque promueven un lenguaje inclusivo, aclaran que no se limita al uso de la "e". Además, enfatizan la necesidad de formular preguntas abiertas que permitan a los pacientes expresar su sexualidad y afectividad sin presuponer su orientación sexual o identidad de género. Algunos testimonios mencionan la entrega de formularios para evitar preguntas incómodas en público. Entre los testimonios, se destacan:

*"Es esencial recopilar todos los datos de los pacientes con atención a sus necesidades específicas. Aunque no utilizo la "e" en mi práctica habitual de lenguaje inclusivo, me aseguro de comunicarme empáticamente y de la manera que el paciente prefiera, ya que está en un momento sensible y la está pasando mal con la EII. Es importante preguntar cómo quieren ser llamados y considerar su historia personal y familiar para ofrecer una atención adecuada y receptiva"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

Por otro lado, algunas personas entrevistadas señalaron que las historias clínicas en sus establecimientos solo incluyen las opciones de sexo: hombre o mujer, sin contemplar otras alternativas, lo que limita la atención inclusiva. Todas las personas coinciden en la necesidad de una mayor capacitación continua en diversidad sexual y de género, para ofrecer una atención integral y libre de prejuicios.

### **C.8. Abordaje inclusivo de la vida sexo-afectiva en EII**

De las 14 personas entrevistadas, 8 (P1, P2, P3, P4, P7, P9, P11 y P14) destacaron la importancia de abordar la vida sexo-afectiva de los pacientes con EII, ya que puede influir en su salud. Aunque reconocen que muchos colegas no lo hacen, enfatizan que es esencial tratar este tema sin asumir la orientación heterosexual del paciente, especialmente en contextos proctológicos. Señalan que una atención empática y libre de prejuicios es clave para garantizar un cuidado integral, ya que la falta de sensibilidad puede afectar la confianza del paciente y dificultar la comunicación.

Entre los testimonios, me resultó interesante rescatar el siguiente:

*"En general, no se aborda adecuadamente la vida sexo-afectiva, ya que muchas veces se asume la orientación sexual del paciente, como cuando en una consulta ginecológica se pregunta por un novio masculino (...) Es importante no encasillar a las personas. Siempre intento posicionarme en el lugar de alguien que busca no ofender, diciendo: ¿coméntame acerca de tu vida sexual o cómo vivís tu vida sexual? Son preguntas súper amplias y que dan lugar a que la persona, con sus palabras, me cuente lo que me quiera contar y no encasillar al decir, ¿tenés o no tenés pareja? ¿O tenes sexo frecuentemente? Y puede ser una persona asexual. Estas preguntas más grandes posicionan al profesional y a la persona en un lugar más cómodo y que comparta lo que quiera compartir"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

---

Por otro lado, 6 personas entrevistadas (P5, P6, P8, P10, P12 y P13) vinculadas a la nutrición, enfermería, farmacia, análisis clínicos y tareas administrativas mencionaron que no abordan la vida sexo-afectiva de sus pacientes, ya que consideran que este aspecto no interfiere en la atención de salud relacionada con sus respectivas especialidades y labores.

### **C.9. Enfoque interseccional de la EII**

Todas las personas participantes coinciden en que la EII se agrava en contextos de vulnerabilidad, pobreza, discapacidad, baja alfabetización, trabajo informal y residencia en áreas alejadas de centros urbanos. La intersección de estas barreras dificulta el acceso a la salud, empeorando la vida de estos pacientes y de cualquiera con otras patologías. La pobreza limita el acceso a medicamentos, alimentación saludable y atención especializada; la discapacidad no solo añade barreras físicas, sino que puede ser consecuencia de la misma enfermedad; la baja alfabetización dificulta la comprensión de tratamientos; el trabajo informal reduce el acceso a seguros de salud; y la lejanía de centros urbanos restringe el acceso a especialistas.

*"Sí, está agravado porque los pacientes necesitan ver a muchos profesionales, tomar medicación y cambiar de hábitos, lo cual se traduce en un gasto económico considerable. La vulnerabilidad económica y la calidad de la atención empeoran la situación. Todo lo que implica ir a un hospital público, como obtener turnos y esperar mucho tiempo, también agrava el problema"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

*"En general, todas las enfermedades son más difíciles de manejar cuando hay menos acceso a los servicios de salud. En la atención pública, los pacientes a menudo llegan con dolor tras largos viajes en transporte público o caminatas debido a la falta de recursos. Es complicado obtener atención médica rápida debido a problemas con los teléfonos y largas esperas, aunque la medicación es gratuita, su obtención implica trámites extensos. En contraste, en el sector privado, la atención tiende a ser más rápida y accesible, con menos complicaciones logísticas y mayor soporte disponible"* (P9, licenciada en trabajo social, sector público junta evaluadora de discapacidad, mujer, 45 años).

### **C.10. Relevancia de actuar en los servicios de salud con perspectiva de género y diversidad:**

Las 14 personas entrevistadas destacan la importancia de incorporar una perspectiva de género y diversidad en los servicios de salud, considerando que esta es esencial para garantizar una atención equitativa y adaptada a las diversas necesidades de los pacientes. Subrayan que esta visión permite abordar las diferencias en experiencias de salud relacionadas con género y orientación sexual, contribuyendo a reducir disparidades, incrementar la satisfacción de los pacientes y mejorar los resultados clínicos. A continuación, se muestra un testimonio que respalda lo expuesto:

*"Es esencial actuar con perspectiva de género y diversidad en los servicios de salud para asegurar el respeto y la inclusión de todos (...) Esto permite atender mejor las necesidades específicas de cada persona y promover un entorno donde todos se sientan valorados y comprendidos"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

### **C.11. Relación entre trato respetuoso y calidad de atención en EII**

Las 14 personas entrevistadas coinciden en que un trato respetuoso está estrechamente vinculado con la calidad de atención en los servicios de salud para personas con EII. Este enfoque mejora la confianza, la comunicación y la adherencia al tratamiento, facilitando un manejo más efectivo de la enfermedad. Además, destacan que un entorno de respeto e igualdad favorece la experiencia del paciente y sus resultados de salud, promoviendo una mejor calidad de vida. En cambio, la discriminación y el trato irrespetuoso aumentan el estrés y la ansiedad, lo que puede empeorar los síntomas y dificultar el manejo adecuado de la condición.

Seguidamente, se presentan algunos testimonios que corroboran lo planteado en este apartado:

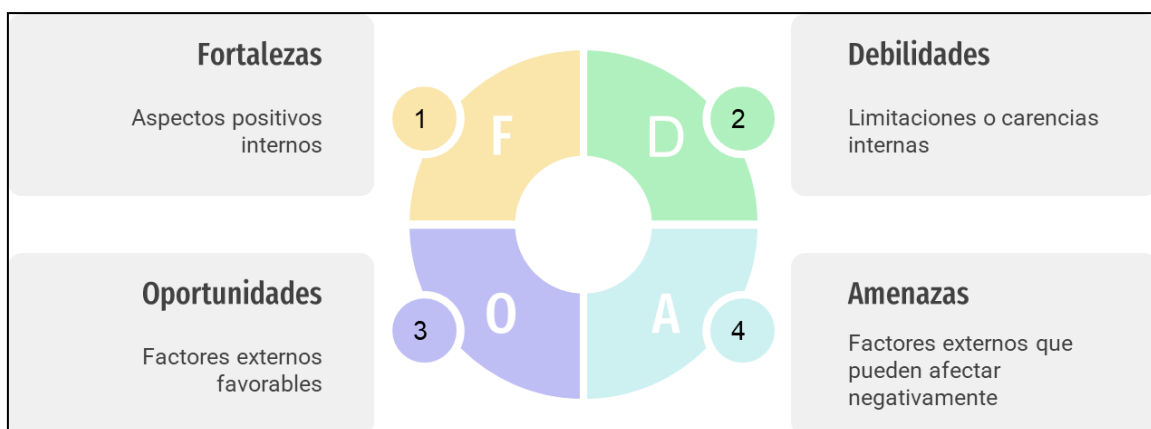
*"Un trato respetuoso mejora significativamente la calidad de atención porque el paciente se siente comprendido, valorado, está dispuesto a seguir los planes del tratamiento y a comunicar abiertamente sus preocupaciones"* (P4, médico psiquiatra, sector público y privado, varón, 47 años).

*"La relación es crucial porque el estrés empeora la enfermedad. Sentirse desvalido y poco respetado aumenta el estrés mental y orgánico, exacerbando los síntomas gastrointestinales"* (P3, psicóloga, sector privado, mujer, 30 años).

## **5.4. Resultados sobre el objetivo 4:**

A partir de la información recopilada mediante entrevistas semiestructuradas y en profundidad, se elaboró una matriz FODA que permite organizar y sintetizar los datos relevados. Este esquema analítico, aunque simplifica la complejidad de la realidad estudiada, constituye una herramienta clave para interpretar la información y obtener resultados contextualizados.

A continuación, se presentan las distintas fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, enumeradas según los números asignados en el esquema.



Fuente: elaboración propia

## Fortalezas

1

- Marco de Derechos Humanos
- Ley de EPOF y Ley de Discapacidad
- Proyecto de Ley de Abordaje Integral de EII
- Sistema público de salud
- Avances en cuanto al tratamiento, investigación, seguimiento y controles
- Protocolos terapéuticos
- Creciente interés y reconocimiento de la importancia de incorporar la perspectiva de género y diversidad sexual en la atención de la EII
- Disponibilidad de profesionales de salud dispuestos a formarse y actualizarse en enfoques inclusivos y no discriminatorios
- Experiencias positivas en equipos interdisciplinarios que favorecen una visión integral del paciente con EII, incluyendo aspectos psicosociales y de diversidad
- Presencia de organizaciones de pacientes y redes de apoyo que promueven la sensibilización y formación del personal de salud
- Avance en la implementación de guías y protocolos internacionales que contemplan una atención con perspectiva de género y diversidad
- Capacidad del personal de salud para establecer vínculos empáticos y construir relaciones de confianza con pacientes de distintas identidades y orientaciones.

Fuente: elaboración propia

## Debilidades

2

- Marco normativo y regulatorio sobre EII poco desarrollado
- Impacto negativo en el ámbito social, psicológico y educativo de pacientes con EII y sus familias
- Deficiente articulación intersectorial y fragmentación del sistema de salud
- Desigualdad geográfica en la distribución y localización de servicios de salud
- Costos elevados de terapias, medicamentos y transporte, y acceso dificultoso a terapias biológicas
- Desconocimiento de la enfermedad y ausencia de información, guías y protocolos nacionales
- Burocracia excesiva y falta de flexibilidad en procesos y circuitos de derivación
- Listas de espera prolongadas y derivaciones tardías o innecesarias
- Falta de continuidad en los procesos asistenciales y repeticiones innecesarias de pruebas diagnósticas
- 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

- Reducción de las problemáticas de EII a aspectos biomédicos, sin considerar el impacto psicosocial y de género
- Falta de formación continua sobre EII, género y diversidad sexual en el personal de salud
- Invisibilización de las necesidades específicas de mujeres y disidencias sexogenéricas con EII
- Dificultad en la comunicación efectiva y empática con pacientes LGBTQ+.
- Escasa incorporación de la perspectiva de género y diversidad en guías clínicas y protocolos
- Poca representación de especialistas en género y diversidad en equipos de atención de EII
- Falta de reconocimiento del impacto diferencial de la EII según género y diversidad
- Escaso uso de lenguaje inclusivo y enfoque sensible en la consulta médica

Fuente: elaboración propia

## Oportunidades 3

- Sanción de la Ley de Abordaje Integral de EII
- Considerar el abordaje de la EII como importante problema de salud pública
- Incorporar equipos multidisciplinarios y unidades especializadas
- Mejorar la comunicación con las provincias
- Mayor visibilización en medios de comunicación
- 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
- Fortalecimiento de la comunicación interdisciplinaria para una atención integral, evitando reduccionismos y visibilizando el impacto diferenciado de la EII
- Creación de espacios de sensibilización y reflexión en los equipos de salud para deconstruir prejuicios y estereotipos de género
- Aprovechamiento de las TIC para facilitar consultas con especialistas de grandes ciudades, solicitar turnos, gestionar medicación y realizar teleconsultas, mejorando el acceso y continuidad de la atención.
- Posibilidad de implementar historias clínicas digitales con información relevante sobre identidad de género y necesidades específicas de los pacientes
- Generación de redes de referencia y contrarreferencia efectivas, que faciliten el acceso a especialistas sensibilizados en diversidad y género

Fuente: elaboración propia

## Amenazas

4

- Aumento de casos de EII a nivel nacional.
- Arancelamiento de hospitales, limitando el acceso a la atención de calidad.
- Despidos de personal de salud especializado en EII, afectando la continuidad de la atención.
- 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.
- Falta de voluntad política para implementar cambios estructurales en el sistema de salud con enfoque inclusivo.
- Escasez de recursos y financiamiento para programas de formación y sensibilización sobre EII, género y diversidad.
- Dificultades en el acceso a TIC para poblaciones vulnerabilizadas y personas con discapacidad, limitando la equidad en la atención y el seguimiento médico.
- Sobrecarga laboral del personal de salud, dificultando una atención integral y personalizada.
- Desigualdad territorial en la distribución de especialistas y centros de referencia sensibilizados en género y diversidad.
- Cambios normativos por decretos de necesidad y urgencia, afectando la estabilidad de políticas de salud.
- Fragilidad y desfinanciamiento de políticas públicas en salud a nivel nacional.
- Políticas públicas de salud regresivas que empeoran la situación de colectivos LGBTQ+ y personas con EII.
- Cuestionamiento y prohibición de la ideología de género, promoviendo discursos de odio.
- Medidas sociales y económicas regresivas que afectan derechos interrelacionados con la salud sexual y reproductiva
- Incremento de la violencia por razones de género

Fuente: elaboración propia

### 5.5. Resultados sobre el objetivo 5:

Del análisis de las entrevistas surgen estrategias de intervención 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.

**Tabla 2.** Estrategias de intervención

<b>Eje de intervención</b>	<b>Propuesta</b>	<b>Descripción</b>
<b>Formación y sensibilización del personal de salud</b>	<b>Capacitaciones obligatorias en género, diversidad sexogenérica y ESI</b>	Implementar programas de formación continua para el personal que atiende personas con EII, integrando aspectos biomédicos, psicosociales, de diversidad y el uso de un lenguaje respetuoso y no binario.
	<b>Capacitaciones obligatorias en normativa sobre género y diversidad sexogenérica</b>	Incorporar la formación en el marco legal vigente como obligación institucional, destacando que su aplicación es un mandato legal basado en los derechos humanos, que garantiza una atención inclusiva y respetuosa.
	<b>Talleres de sensibilización y espacios de reflexión</b>	Abordar prejuicios, estereotipos y sesgos en la atención a través de encuentros participativos.
	<b>Incorporación de especialistas</b>	Integrar profesionales con formación en género, diversidad y ESI en equipos de salud, promoviendo una mirada interdisciplinaria
	<b>Mentorías y acompañamiento profesional</b>	Designar referentes en género, diversidad y ESI en los equipos de salud para asesoramiento continuo.
	<b>Evaluación de competencias</b>	Incluir criterios de perspectiva de género, diversidad y ESI en las evaluaciones de desempeño del personal sanitario.
	<b>Incentivos a la formación continua</b>	Ofrecer beneficios (puntajes, certificaciones, reconocimientos) y opciones de formación virtual

		flexible para quienes enfrenten limitaciones de tiempo.
	<b>Enseñanza de género y diversidad en la formación académica</b>	Incorporar contenidos de género y diversidad en los currículos de las facultades de medicina y carreras relacionadas.
<b>Fortalecimiento de políticas, protocolos y registros</b>	<b>Historias clínicas inclusivas</b>	Actualizar formularios y registros para incorporar identidad de género, nombre autopercebido y necesidades particulares, libre de supuestos heteronormativos.
	<b>Protocolos de atención con enfoque de derechos y diversidad</b>	Desarrollar guías clínicas que respeten la identidad de género, contemplen el impacto psicosocial de la EII y se adapten a las necesidades específicas de mujeres y disidencias sexogenéricas, evitando estigmas.
	<b>Creación de espacios de denuncia y acompañamiento</b>	Establecer mecanismos para reportar discriminación o violencia por motivos de género y orientación sexual.
	<b>Consultorías especializadas</b>	Contar con equipos de asesoramiento en género y diversidad que intervengan en casos complejos o de discriminación de personas con EII.
	<b>Espacios de escucha y apoyo</b>	Crear espacios seguros en los centros de salud (grupales o individuales) donde las personas con EII compartan experiencias y preocupaciones sobre el impacto físico, emocional y social de vivir con EII.
<b>Participación activa y empoderamiento de personas con EII</b>	<b>Sistema de retroalimentación y encuestas</b>	Recoger opiniones sobre la atención recibida, a través de encuestas periódicas anónimas,

		para mejorar prácticas institucionales.
	<b>Inclusión en congresos y espacios académicos</b>	Fomentar la participación de personas con EII en eventos de salud para visibilizar sus demandas.
<b>Acceso equitativo, integral y descentralizado a la atención</b>	<b>Programas de telemedicina y teleconsulta</b>	Garantizar consultas especializadas a distancia, especialmente para zonas alejadas.
	<b>Redes de referencia y contrarreferencia inclusivas</b>	Crear circuitos de derivación priorizando a profesionales con perspectiva de género y diversidad.
	<b>Unidades móviles</b>	Acercar equipos interdisciplinarios a regiones con baja cobertura, ofreciendo atención integral.
	<b>Becas para profesionales rurales</b>	Fomentar la especialización en EII, género, diversidad y ESI en contextos con desigualdad geográfica en la distribución de servicios.
	<b>Baños y sanitarios adecuados para personas ostomizadas</b>	Asegurar que los centros de salud y otras instalaciones cuenten con baños accesibles y adecuados para personas ostomizadas.
<b>Comunicación inclusiva y de producción de materiales</b>	<b>Distribución de materiales educativos</b>	Crear folletos, guías y recursos accesibles con enfoque en género, ESI y derechos en salud.
	<b>Difusión inclusiva a través de Agente de Propaganda Médica (APM)</b>	Incluir materiales sobre diversidad y género en la tarea de los APM.
	<b>Campañas de sensibilización y jornadas</b>	Difundir mensajes inclusivos mediante eventos, afiches y actividades en centros de salud.

<b>Incidencia política y monitoreo institucional</b>	<b>Propuestas legislativas y reformas normativas</b>	Impulsar la sanción y reglamentación de la Ley de Abordaje Integral de EII con perspectiva de género y diversidad sexogenérica.
	<b>Incorporación de la EII en programas de salud pública</b>	Visibilizar esta patología como un problema relevante, garantizando recursos y formación adecuada.
	<b>Observatorios y mecanismos de monitoreo</b>	Crear dispositivos institucionales para evaluar la implementación de prácticas inclusivas.

Fuente: elaboración propia

---

## 6. CONCLUSIONES

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) han sido abordadas ampliamente desde una perspectiva biomédica. Sin embargo, persiste un vacío relevante en torno a las representaciones sociales (RS) que el personal de salud construye sobre esta patología, particularmente cuando se intersecta con género y diversidad sexogenérica. Este vacío motivó la presente investigación, orientada a analizar cómo dichas representaciones influyen en las prácticas profesionales, afectando directamente la calidad, el acceso y la equidad en la atención brindada a mujeres y personas LGTTBIQ+ con EII.

La tesis se nutre de una mirada situada y comprometida, que combina el posicionamiento personal de la autora como paciente con EII, persona con discapacidad y usuaria del sistema de salud, con los marcos conceptuales y metodológicos aportados por las distintas cátedras de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Este enfoque permitió abordar de forma integral las dimensiones técnicas, simbólicas y sociales del fenómeno estudiado.

Desde una perspectiva cualitativa-cuantitativa, se combinaron técnicas como entrevistas semiestructuradas, análisis documental, observación participante y elaboración de una matriz FODA. Esta estrategia permitió cumplir con los objetivos específicos y generar hallazgos significativos en torno a cinco ejes principales: conocimiento normativo, características sociodemográficas, percepciones sobre accesibilidad e inclusión, análisis institucional, y generación de recomendaciones.

### 6.1. Conocimientos normativos

Se identificó un conocimiento limitado, fragmentario y muchas veces superficial sobre el marco legal que garantiza los derechos de mujeres y diversidades sexogenéricas en el ámbito sanitario. Aunque en Argentina —y particularmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires— existe una normativa sólida en materia de género, diversidad y discapacidad, su implementación efectiva se ve obstaculizada por la escasa apropiación por parte del personal de salud, especialmente en áreas clínicas y técnicas. Esta situación evidencia la persistencia de un modelo médico hegemónico (MMH), centrado en el paradigma biomédico, individualista y descontextualizado, que excluye dimensiones sociales, culturales, históricas y políticas de los procesos de salud, enfermedad y atención.

### 6.2. Capacitación profesional

La investigación reveló una fuerte demanda de formación continua en género y diversidad por parte del personal entrevistado, especialmente entre las generaciones más jóvenes. No obstante, esta necesidad no se traduce en una oferta sistemática ni en políticas institucionales que promuevan activamente dicha formación. Las principales barreras identificadas incluyen la falta de tiempo, escaso apoyo institucional y la percepción de irrelevancia del enfoque de género en determinadas áreas de la

---

práctica médica. La implementación de la Ley Micaela en el ámbito sanitario aparece como una oportunidad aún desaprovechada para consolidar una formación integral y transversal en derechos humanos.

### **6.3. Representaciones sociales y prácticas profesionales**

El análisis de las entrevistas mostró que las RS del personal de salud sobre género y diversidad están atravesadas por estereotipos, desconocimiento, supuestos heteronormativos y, en algunos casos, actitudes discriminatorias veladas o explícitas. Estas representaciones impactan directamente en la accesibilidad, calidad e integralidad de la atención que reciben mujeres y disidencias con EII. Asimismo, se constató la existencia de barreras simbólicas y estructurales que perpetúan las desigualdades, como la escasa disponibilidad de protocolos específicos, el desconocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, y la ausencia de acompañamiento interdisciplinario.

### **6.4. Análisis institucional: fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades**

El análisis FODA permitió visibilizar aspectos críticos en las instituciones sanitarias. Como fortalezas, se destaca la predisposición de parte del personal a revisar sus prácticas y la conciencia sobre la necesidad de enfoques inclusivos. Como debilidades, se identifican la falta de formación específica, la escasez de dispositivos adecuados y el desconocimiento de las implicancias psicosociales de las EII. Entre las amenazas, se mencionan el desfinanciamiento del sistema sanitario, los retrocesos en políticas públicas y el avance de discursos de odio. Finalmente, se reconocen oportunidades estratégicas en la articulación con organizaciones de la sociedad civil, la implementación de capacitaciones obligatorias y la creación de guías clínicas con perspectiva de género.

### **6.5. Recomendaciones para garantizar el derecho a la salud**

A partir del trabajo de campo, se elaboraron recomendaciones orientadas a garantizar el acceso efectivo a la salud de mujeres y personas LGTTBIQ+ con EII. Estas incluyen la incorporación de la perspectiva de género y diversidad en la formación de grado y posgrado, la implementación de dispositivos de acompañamiento interdisciplinario, la actualización de los protocolos clínicos, y el fortalecimiento institucional para asegurar una atención equitativa y centrada en los derechos humanos.

### **Aportes y limitaciones**

La presente tesis aporta evidencia empírica y conceptual sobre las RS y prácticas del personal de salud en torno a las EII en clave de género y diversidad, un tema poco explorado en la literatura nacional y regional. Ofrece herramientas concretas para el

---

diseño de políticas públicas, estrategias institucionales y dispositivos de atención inclusiva.

Entre sus limitaciones, se destaca el sesgo de deseabilidad social en las entrevistas, la predominancia de personal del sistema público y el muestreo no probabilístico por bola de nieve, lo cual restringe la representatividad de los hallazgos. A pesar de ello, el trabajo constituye una base sólida para futuras investigaciones y acciones de mejora.

### **Líneas futuras de investigación**

Se propone continuar la línea de indagación desde la voz de las personas usuarias con EII, especialmente mujeres y disidencias sexo-genéricas, explorando sus trayectorias de atención en distintos niveles del sistema de salud. Asimismo, se sugiere analizar las experiencias institucionales en contextos provinciales y compararlas con la situación en CABA. Esta producción será compartida con equipos sanitarios, espacios académicos, organizaciones de la sociedad civil y organismos de derechos humanos, con el objetivo de incidir en políticas más inclusivas, sensibles y efectivas.

La principal contribución de este estudio radica en visibilizar cómo las representaciones sociales, los vacíos normativos y la falta de formación del personal de salud inciden directamente en la calidad y equidad de la atención brindada a personas con EII, especialmente a quienes pertenecen a grupos históricamente vulnerados.

Frente a ello, resulta urgente avanzar hacia un sistema de salud que no solo reconozca la diversidad, sino que la integre activamente en sus prácticas, discursos e instituciones, consolidando una atención respetuosa, accesible, integral y con enfoque de derechos humanos.

---

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRIC, J. C. (2001), "Metodología de recolección de las representaciones sociales" en Jean Claude Abric (coordinador), *Prácticas sociales y representaciones*, México, Ediciones Coyoacán, pp. 53-74.
- ABRAMS, J.; TABAAC, A.; JUNG, S.; & ELSE-QUEST, N. (2020). "Considerations for employing intersectionality in qualitative health research", in *Social Science & Medicine*, 258, pp. 113-138. Available in <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113138> [ Links ].
- ACNUR Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2014). *La protección internacional de las personas LGBTI. Solicitudes de la condición de refugiado relacionadas con la orientación sexual y/o la identidad de género.*
- ADAY, L. A., & ANDERSEN, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208.
- AGUILAR, N. M. (2010). Reivindicar la igualdad de mujeres y hombres en la sociedad: una aproximación al concepto de género. *Barataria: Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (11), 73-84.
- ALBERDI, I. (1999). *El significado del género en las ciencias sociales.*
- ALONSO, L. E. (2017). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa.* Madrid: Fundamentos.
- ANDRADE, G. R. B. D.; VAITSMAN, J.; & FARIAS, L. O. (2010). Metodología de elaboración del Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3), 523-534.
- ANTON, P. A.; & SHANAHAN, F. (1998). Neuroimmunomodulation in inflammatory bowel disease. How far from "bench" to "bedside"? *Annual NY Academic Science.*
- ARAYA UMAÑA, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión* (Primera edición ed.). (L. Villegas, Ed.) San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- ARBOLEDA RÍOS, P. (2011). ¿Ser o estar "queer" en Latinoamérica? El devenir emancipador en: Lemebel, Perlongher y Arenas.
- ARELLANO, R. (2003). Género, medio ambiente y desarrollo sustentable: un nuevo reto para los estudios de género. *Revista de Estudios de Género La Ventana* (Universidad de Guadalajara, México), julio, 17.

- 
- ARREDONDO, A.; & MELÉNDEZ, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34(1), 36-49.
- ARRUBIA, E. J. (2016). ¿Iguales o diferentes?: Los derechos de las personas LGBTI en discusión. *Revista de la Facultad de Derecho*, (41), 15-34.
- ARTAZCOZ, L.; CHILET, E.; ESCARTÍN, P.; & FERNÁNDEZ, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 92-97.
- ARTURO, G. C. J. (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos. *Salud Problema*, (17), 66-78.
- ASENSI SOTO, A.; GIL GARCIA, R. N.; RUZAFÁ CEREZUELA, A.; ORTIZ GONZÁLEZ, M.; SABALIAUSKAITE, S.; & RODRÍGUEZ, D. (2023). "Mujer, mayor, migrante": La escucha a la otredad a través de las historias de vida. *REIDCOREA*, 12(13), 156-174.
- BALLONI, M., CARDA, N., DELOSANTO, C., GIMÉNEZ, C., MAGNOLI, M., MILICICH, Y. M., & VOLPI, C. M. (2022). ¿Misión imposible? Trabajo Social y (corto) circuitos de acceso a medicación. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (107), 6.
- BANCHS, M. A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representations*, 9, 3-1.
- BARÓN VIOQUE, S., CASCONI, M., & MARTÍNEZ VALLE, C. (2013). Estigma del sistema de género: aprendizaje de los modelos normativos, bullying y estrategias de resiliencia. *Política y Sociedad*, 50 (3).
- BARRETO, M. L. (2017). Desigualdades en salud: una perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2097-2108.
- BARZANI, C. A. (2022). Salud mental, géneros y sexualidades: cis-hetero-normatividad y accesibilidad al sistema de salud. *Revista SALUD MENTAL Y COMUNIDAD | Año 9, N°13*.  
<http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/smyc/13/deb5-Salud%20mental%20generos%20y%20sexualidades.pdf>
- BÁSCOLO, E., HOUGHTON, N., & RIEGO, A. D. (2018). Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e81.
- BASELGA, I. M. (2020). Factores de preocupación y estrés en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza).

- 
- BELTRÁN, Y. A., & FLORES, M. A. (2022). Actitudes y vivencias sobre la diversidad sexual de profesionales de salud de la zona centro-sur de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 87(4), 254-260.
- BENAVIDES, A., CARRASCO, B., CHÁVEZ, C., GARRIDO, V., & ORELLANA, M. J. (2020). Barreras, facilitadores y buenas prácticas en la atención de salud a población LGBTIQ+: Una revisión bibliográfica. *Revista Confluencia*, 3(2), 108-113.
- BERROA DE LA ROSA, E., CUADRADO, N. M., & FERNÁNDEZ SALAZAR, L. (2017). Las preocupaciones de los pacientes españoles con enfermedad inflamatoria intestinal medidas con el cuestionario RFIPC. *Rev. Esp. Enfe. Rm. Dig.*, 109(3), 196-201.
- BERTAUX, D. (1981). *Biography and Society: The Life Story Approach in the Social Sciences*. New York: Sage Publications.
- BIDEGAIN PONTE, N. (2017). La Agenda 2030 y la Agenda Regional de Género: sinergias para la igualdad en América Latina y el Caribe.
- BINETTI, M. J. (2007). El último feminismo: hacia la subversión de la diferencia. *Revista de filosofía*, 32(2), 127-142.
- BISSUTTI, C. (2019). Muertes anunciadas (des). Atención de la salud de personas travestis y trans en contextos de encierro. *Asociación Pensamiento Penal*, 1-23.
- BLOCH, M. (2010). *Antropología y sentido común*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BORRELL, C., & ARTAZCOZ, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249. Recuperado en 14 de julio de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000300001&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001&lng=es&tlng=pt).
- BOWLEG, L. (2012). "The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality- an Important Theoretical Framework for Public Health". *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- BOYATZIS, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publications.
- BOYD, T., & FRIEDMAN, S. (2022). Challenge-
- BRAUN V. & CLARKE, V. (2001). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology* 3. Edward Arnold Publishers; 77-101

- 
- BROWN, J. L., PECHENY, M., TAMBURRINO, M. C., CONDE, L. L., PERROTTA, G. V., CAPRIATI, A., et al. (2014). Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in Argentina. *Interface (Botucatu)*, 18(51), 673-684.
- BUFFA, L. B. M., & IÑIGUEZ, A. M. M. (2023). Problematizando la naturalización en relación a las mujeres. *Margen*, (109).
- BUITRAGO-PEÑA, M. D. P., GUEVARA-JIMÉNEZ, M., & CABRERA-CIFUENTES, K. A. (2009). Las representaciones sociales de género y castigo y su incidencia en la corrección de los hijos.
- BUTLER, J. (1996). Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En M. L. comp., *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG Porrúa.
- BURGOS (2010). "Enfermedades raras y medicamentos huérfanos". Burgos: CRE. Recuperado el 8 de julio de 2016, de <http://creenfermedadesraras.es/crear>
- CABIESES, B., RICE, M., MUÑOZ, M., & ZUZULICH, M. S. (2011). Igualdad y equidad: pasos necesarios para construir una universidad más saludable. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3), 308-319.
- CABRALI, X. & MENDIZÁBAL, V. (2021). Comunicar la salud desde una perspectiva feminista e intercultural: algunas aproximaciones a las prácticas ya la creación de contenidos en contextos situados. *RevCom*.
- CÁCERES, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectiva*, (2): 53-82
- CALCAGNO GOMES, G., PERES BITENCOURT, P., PIZARRO, A. DA R., PEREIRA MADRUGA, A., SILVA DE CASTRO, E., & DE OLIVEIRA GOMES, V.L. (2012). Ser mujer con ostomía: la percepción de la sexualidad. *Enfermería Global*, 11(27), 22-33.
- CANTOR, D.S. (1984). Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology*.
- CASATI, J. & TONER, B.B. (2000). Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. *Biomedical Pharmacotherapy*.
- CASELLAS JORDÁ, F., BORRUEL SAINZ, N., TORREJÓN HERRERA, A., & CASTELLS, I. (2012). Efecto de la aplicación de un modelo de asistencia continuada centrada en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal en la actividad hospitalaria. *REV ESP ENFERM DIG (Madrid)* Vol. 104. N.º 1, pp. 16-20.

- 
- CASTAÑEDA ABASCAL, I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2). Recuperado el 15 de julio de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es&tlng=es).
- CASTAÑÓN ESPINOZA, M. E. (2023). Representaciones sociales de la homosexualidad en jóvenes pertenecientes a las diversidades sexuales y genéricas (Doctoral dissertation).
- CASTILLO-MAYÉN, R., & MONTES-BERGES, B. (2014). Análisis de los estereotipos de género actuales. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 1044-1060.
- CASTORINA, J. A., & KAPLAN, C. (2003). Las representaciones sociales: problemas teóricos y desafíos educativos. In Castorina, J. A. (Comp.), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles* (pp. 9-27). Barcelona: Gedisa.
- CASTRO VÁSQUEZ, M. C. (2008). De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en Salud (xxix). México: El Colegio de Sonora.
- CATALÁN ÁGUILA, M. (2018). Principales barreras de acceso a servicios de salud para personas lesbianas, gay y bisexuales. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(2), 43–47. Recuperado de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/281>.
- CAVALLERO, L., MINES CUENYA, A., & VOLPIN, L. (2013). Cómo opera el heterosexismo en el sistema de salud actual en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA): Una aproximación a partir de experiencias de trans femeninas, trans masculinos, lesbianas y gays.
- CERRATO, J., & PALMONARI, A. (2007). Representaciones sociales y psicología social. Comportamientos, globalización y posmodernidad. Promolibro: España.
- CHADWICK, V.S. (1992). Immunology of Inflammatory Bowel Disease. *Current Opinion in Gastroenterology*.
- CHECA, S. (2000). La perspectiva de género en la humanización de la atención perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 152-156.
- CHETTY S. (1996). The case study method for research in small- and médium - sized firms. *International small business journal*, vol. 5, octubre – diciembre.
- CHRISTIAN, L., COLE, S., MCDADE, T., PACHANKIS, J., MORGAN, E., STRAHM, A., & DUSH, C. (2021). A biopsychosocial framework for understanding sexual and

- 
- gender minority health: A call for action. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 129, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.06.004>.
- CÁCERES, C. F., TALAVERA, V. A., & MAZÍN REYNOSO, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30, 698-704.
- CIDH (2020). Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, Washington, CIDH. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PersonasTransDESCA-es.pdf>.
- COLMENAREZ, G., & ARMANIE, E. (2018). Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.
- COLPITTS, E., & GAHAGAN, J. (2016). "I feel like I am surviving the health care system": Understanding LGBTQ health in Nova Scotia, Canada. *BMC Public Health*.
- COMES, Y., SOLITARIO, R., GARBUS, P., MAURO, M., CZERNIECKI, S., VÁZQUEZ, A., SOTELO, R., & STOLKINER, A. (2007). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios.
- CORTÉS, M. (2015). Las enfermedades raras. *Rare diseases*. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2015; 26(4) 425-431]. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864015000905>.
- CRENSHAW K. (1991): «Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics and Violence against Women of color». *Intersectionality, Stanford Law Review*, nº 43, pp. 1241-1299.
- CRENSHAW, K. (2012). "Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color". En Platero, Raquel (Lucas) (ed.), "Intersecciones, cuerpos y sexualidades en la encrucijada". España: Ediciones Bellaterra, pp. 87-122.
- DALEY, A & MACDONNELL, J (2011) Gender, sexuality and the discursive representation of access and equity in health services literature: implications for LGBT communities. *Int J Equity Health*. 2011, 10-40.
- DANESE S., SEMERARO S., PAPA A., ROBERTO I., SCALDAFERRI F., FEDELI G., GASBARRINI G. & GASBARRINI A. (2005) Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2005; 11(46): 7227-7236.
- DE BEAUVOIR, S. (1949). *El segundo sexo. La experiencia vivida*, 2.

- 
- DE, L. D. I. (2014). GÉNERO Y ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS EN ARGENTINA. Fundación Huésped. Abril.
- DELARA, M. D. (2016). Mental Health Consequences and Risk Factors of Physical Intimate Partner Violence. *Mental Health in Family Medicine*, 12(1), 119-125. doi: 10.25149/1756-8358.1201004
- DE OCA, Y. P. A. M., MEDINA, J. L. V., LÓPEZ-FUENTES, N. I. G. A., & ESCOBAR, S. G. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 18(2), 207-224.
- DÍAZ, L. T. (2016). La 'mirada femenina': estereotipos y roles de género en el cine español (1918-2015). *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, (34).
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTRATEGIA PRODUCTIVA (2020). Informe económico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Desarrollo Económico y Producción.
- DONABEDIAN A. (1980). Exploration in quality assessment and monitoring. En: Harbor A. (ed.) *The definition of quality and approaches to its assessment*. Mich: Health administration Press.
- DURANTI, R. (2011). Diversidad sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud. Dirección de Sida y ETS. Ministerio de la salud de la Nación.
- DUQUE, P. A. & CAMPINO VALDERRAMA, S. M. (2019). Vivencias de las personas portadoras de ostomía digestiva. *Ciencia y enfermería*, 25, 10. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100208>.
- EARNSHAW, V. A.; ROSENTHAL, L.; GILSTAD-HAYDEN, K.; CARROLL-SCOTT, A.; KERSHAW, T. S.; SANTILLI, A. & ICKOVICS, J. R. (2017). Intersectional experiences of discrimination in a low-resource urban community: An exploratory latent class analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1-14.
- ECHEGOYEMBERRY, M. N. (2017). Identidad, género y Derechos Humanos: El rol de las mujeres en el cuidado de "la casa común" (ambiente). *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 2(1), 55-70.
- ECHEGOYEMBERRY, M. N. (2018). Grietas en la ciudadanía: interseccionalidad de género, ambiente y territorios y derechos humanos. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 3(2), 23-41. <https://doi.org/10.29112/ruae.v3.n2.2>
- ECHEGOYEMBERRY, M.N.; ROJO, P.B.; LAMAGNI, S; DE CRUZ, P.J.; ALDERETE, M.; GARRIDO J. (2023). Perspectiva de géneros y diversidades en los servicios de

- EGUILUZ, I. (2021). Entre Ulises y Penélope: integrar la perspectiva de género en los estudios sobre la salud mental de las mujeres migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, 29, 159-177. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006310>
- EISENHARDT, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research, *Academy of Management Review*, 14 ( 4): 532-550.
- ENGELMAN, M. (2007). Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud. *Anuario de investigaciones*, 14, 00-00.
- ESCUDERO CHAUVEL, L. (2012). Ley de identidad de género. Por el derecho a ser quien cada uno y cada una es. Por el derecho a todos los derechos. *DeSignis*, (19), 0155-163.
- ESTEBAN, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. En *Salud Colectiva*, vol 2 número 1 enero/abril 2006. p. 9-20.
- EURODIS (2005). Rare Diseases: understanding this public health priority. Obtenida en 3 de octubre de 2011. <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education.php?lng=ES>
- FACIO, A., & FRIES, L. (Eds.). (1999). Género y derecho (pp. 15-44). LOM Ediciones, La Morada.
- FARR, R. (1984). Las representaciones sociales. En: S. Moscovici. *Psicología social*. Vol. II. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- FAUR, E. (2008) *Desafíos para la igualdad de género en la Argentina*. - 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD.
- FAUR, E. (2018). Género, diversidad sexual y conciliación familia-trabajo. Contrapuntos entre el derecho de familia y el derecho laboral. *Derecho y Ciencias Sociales*, (19), 45-62.
- FAUR, E. C., & JELIN, E. (2013). Cuidado, género y bienestar: una perspectiva de la desigualdad social.
- FERREIRA, I. B. L., DE SOUZA, M. C. T., & DE LIMA, R. K. S. (2021). INFLAMMATORY BOWEL DISEASE, SOCIAL IMPACTS AND QUALITY OF LIFE: A LITERATURE REVIEW: DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, IMPACTOS SOCIAIS E

---

QUALIDADE DE VIDA: UMA REVISÃO DA LITERATURA. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, 19(3), 204-210.

FLEURY, S.; BICUDO, V. & RANGEL, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil.

FONSECA HERNÁNDEZ, C., & QUINTERO SOTO, M.L. (2009). La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. Sociológica (México), 24 (69), 43-60.

FONTANELLA, B. J. B., LUCHESI, B. M., SAIDEL, M. G. B., RICAS, J., TURATO, E. R., & MELO, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cadernos de Saude Publica.

FOUCAULT, M. (2011). Historia de la sexualidad. Vol. 1: La voluntad de saber. México, D.F.: Siglo Veintiuno.

FUNDACIÓN HUÉSPED. (2014). Ley de identidad. Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina.

FUNDACIÓN HUÉSPED. (2019). *Políticas de salud para la población LGBTIQ+ en CABA*.

FUNDACIÓN HUÉSPED & ATTTA (2021). Estado de salud y factores asociados en masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina. Buenos Aires.

GALAZ VALDERRAMA, C., SEPÚLVEDA GALEAS, M., POBLETE MELIS, R., TRONCOSO PÉREZ, L., & MORRISON JARA, R. (2018). Derechos LGTBI en Chile: Tensiones en la constitución de otredades sexualizadas. Psicoperspectivas, 17(1), 6-16.

GALVÁN, HR, MOCTEZUMA, JM, DOLCI, GEF, & LÓPEZ, DO (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. Revista Conamed, 17 (4), 172-175.

GARCÍA CALVENTE, M. D. M., JIMÉNEZ RODRIGUEZ, M. L., MARTÍNEZ MORANTE, E., & RÍO LOZANO, M. D. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

GASCH-GALLÉN, A., GREGORI-FLOR, N., HURTADO-GARCÍA, I., SUESS-SCHWEND, A., & RUIZ-CANTERO, M. T. (2021). Diversidad afectivo-sexual, corporal y de género más allá del binarismo en la formación en ciencias de la salud. Gaceta Sanitaria, 35(4), 383-388. Epub 27 de diciembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.12.003>.

GEERTZ, C. (1976) Toward an ethnography of the disciplines. Mimeo. Princeton Institute of Advanced Study. New Jersey.

- 
- GIL-BORRELLI, C. C., VELASCO, C., INIESTA, C., BELTRÁN, P., CURTO, J., & LATASA, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 175-177. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.013>
- GILI, M., & BAUZÀ, N. (2009). Calidad de vida y personalidad en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*, 32, 3-8.
- GISPERT ABREU, EDL Á., CASTELL-FLORIT SERRATE, P., & LOZANO LEFRÁN, A. (2016). Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42 (2), 337-341.
- GITNICK, G. (1990). Etiology of inflammatory bowel disease: where have we been? Where are we going? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*.
- GLANC, M. & DEL PRETE, S. (2021). Gestión del Alto Costo en Salud en Argentina. Un dilema no resuelto.
- GLASER, B. & STRAUSS, A. (1976). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- GLOSARIO DE LA DIVERSIDAD SEXUAL, DE GÉNERO Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES. Consejo Nacional para prevenir la discriminación: CONAPRED. México (2016).
- GLOSARIO DE LA DIVERSIDAD SEXUAL, D. G. (2020). Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Obtenido de [https://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Glosario\\_TDSyG\\_WEB.pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf)
- GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (2017). *Casa Trans: Servicios para la comunidad trans*.
- GOETZ J.P. & LECOMPTE, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en Investigación educativa*. Madrid: Editorial Morata. 1988.
- GÓMEZ GÓMEZ E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción 1 *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(5/6) <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/454-461/es>
- GÓMEZ, J. G. L., & LOZANÍA, J. A. R. (2023). Fertilidad y embarazo en enfermedad inflamatoria intestinal. *Enfermedad inflamatoria intestinal CMG No. 1*, 1, 235.
- GONZÁLEZ, G. (2014). *Disputas de la disidencia sexual latinoamericana. Sujetos y teorías*, Posgrado de estudios latinoamericanos, UNAM, 1- 17.

- 
- GONZÁLEZ, R. G. (2018). Interseccionalidad y salud pública en el ámbito de las relaciones erótico-afectivas entre adolescentes en Colombia. *Athenea digital*, 18(3).
- 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* (4.ª ed.). Paidós.
- GUÍA DE INFORMACIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO: CONOCÉ Y EJERCÉ TUS DERECHOS (2019). Dirección Nacional de Promoción y Fortalecimiento para el Acceso a la Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y el Programa Víctimas contra las Violencias, con la colaboración del Cuerpo de Abogadas y Abogados para Víctimas de Violencia de Género y de la Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ).
- GUÍA PARA LA ACCIÓN PÚBLICA CONTRA LA HOMOFOBIA. CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIRLA DISCRIMINACIÓN: CONAPRED. MÉXICO. (2012).
- HAM GONZÁLEZ, A., GUARÍN ARISTIZÁBAL, Á. M., & RUIZ CONTRERAS, J. (2023). ¿Con qué precisión miden las encuestas de hogares a la población LGBT en Bogotá? Evidencia de un experimento de lista.
- HANKIVSKY, O.; REID, C.; CORMIER, R.; VARCOE, C.; CLARK, N.; BENOIT, C. & BROTMAN, S. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research preliminary examination of the role and transformative potential of feminist theory. *International Journal for Equity in Health*, 9(5), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-5>.
- HAYDE, J. S. & DELAMATER, J. D. (2006). *Understanding human sexuality* (9th ed.). Boston (USA): McGraw Hill.
- HERNÁNDEZ, M. & PARGAS, L. (2005). «Representación social del proyecto pedagógico de aula en docentes de educación inicial». (U. d. Andes, Ed.) *Educere. Artículos arbitrados*, 9(28), 87-94.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI R., FERNÁNDEZ COLLADO C. & BAPTISTA L. (2016). *Metodología de la investigación*, 6ta edición, Mc Graw Hill Education, Interamericana Editores, SA de CV, México.
- HERNÁNDEZ-VALLES, J. & ARREDONDO-LÓPEZ, A. (2020). Barreras de acceso a los servicios de salud en la comunidad transgénero y transexual. *Horizonte sanitario*, 19(1), 19-25. Epub 26 de noviembre de 2020. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592020000100019](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000100019).

- 
- HILL COLLINS, P. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. Ed. Routledge.
- HOUGHTON, N., BÁSCOLO, E., JARA, L., CUELLAR, C., COITIÑO, A., DEL RIEGO, A., & VENTURA, E. (2023). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e94. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>
- IBÁÑEZ, T. (2001), "Representaciones sociales, teoría y método", en Tomas Ibáñez, (Coordinador), *Psicología social construccionista*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, pp. 123-216.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS [INDEC]. (2022). Población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el censo 2022.
- FANTE, C., ZARCO, A., CUADRA, S. M., MORRISON, K., CABALLERO, M., BRONFMAN, M., & MAGIS, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48 (2), 141-150. Recuperado en 19 de junio de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200007&lng=es&tlng=es)
- JACKSON, B. et al. (2006) *Whose Public Health? An Intersectional Approach to Sexual Orientation, Gender Identity and the Development of Public Health Goals for Canada*. (Discussion Paper submitted to Health Canada), Rainbow Health Network (RHN)/Coalition for Lesbian and Gay Rights in Ontario (CLGRO), Toronto.
- JEWELL, D. P. & LOWES, J. R. (1991). *Etiología y patogenia de la colitis ulcerosa y de la enfermedad de Crohn*. Triángulo.
- JODELET, D. (1986): «La representación social: fenómenos, concepto y teoría».
- JODELET, D. (1989). *Las representaciones sociales: un campo en expansión*. D. Jodelet (Comp.), *Les representatios sociales*. Paris: Universitaires de France Presses.
- JODELET, D. (1993). «La representación social: fenómenos, concepto y teoría». En S. Moscovici, *Psicología Social II*. España: Ediciones Paidós.
- JODELET, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, 3(5), 32-63.
- JODELET, D. (2011). "Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación", en *Espacios en Blanco [Serie indagaciones, 21, Junio]*, pp. 133-154, disponible en:

---

<[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1515-94852011000100006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1515-94852011000100006)>

- KABEER, N. (2006). Lugar preponderante del género en la erradicación de la pobreza y las metas de desarrollo del milenio. IDRC.
- KNAPP, E., SUÁREZ, M., & MESA, M. (2003). Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista cubana de psicología*, 20(1), 23-34.
- KOTZE, P., UNDERWOOD, F., DAMIÃO, A., FERRAZ, J., SAAD-HOSSNE, R., TORO, M., IADE, B., BOSQUES-PADILLA, F., TEIXEIRA, F., JULIAO-BAÑOS, F., SIMIAN, D., GHOSH, S., PANACCIONE, R., NG, S., & KAPLAN, G. (2020). Progression of Inflammatory Bowel Diseases Throughout Latin America and the Caribbean-a Systematic Review.. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.06.030>.
- KRANZEDER, A., LINDENTHAL, D., HIRNING, C., WIETERSHEIM, J., & KLAUS, J. (2023). P091 Gender focused investigation of sexual dysfunction, sexual satisfaction and body schema disorders in male and female patients with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjac190.0221>.
- KURINA, L. M., GOLDACRE, M. J., YEATES, D. & GILL, L. E. (2001). Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*.
- LABORA GONZÁLEZ, J. J. & FERNÁNDEZ VILAS, E. (2022). Vulnerabilidad, riesgo y salud: aproximación socioantropológica al diagnóstico como proceso. En *claves del pensamiento*, 16(31), e496. Epub 21 de marzo de 2022. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-879X2022000100206](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2022000100206)
- LA FOUNTAIN-STOKES, L. (2006). La política queer del espanglish. *Debate feminista*, 33, 141-153.
- LAGARDE, M. (1994). Perspectiva de género. *Diakonia*, (71), 23-29.
- LAGARDE, M. (1996). Género y feminismo. *Desarrollo humano y democracia*, Ed. horas y HORAS, España, <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/259>.
- LAMAS, M. (1996). La perspectiva de género. *Revista de Educación y Cultura*. Sección 47 del SNTE.

- 
- LAMAS, M. (2000). El género es cultura. Campus Euroamericano de Cooperación Cultural. Portugal: Awada.
- LANDINI, F., COWES, V. G., & D'AMORE, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Towards a theoretical framework for rethinking cultural accessibility. Por um marco conceitual para repensar. Cad. Saúde Pública, 30(2), 231-244.
- LEIVA, M. J. (2019). Modelo de intervención psicológica para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
- LENTA, M. (2021). Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad en los actos de salud. Rev Arg Med 2021;9(3):141-145. ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/rutojra3f>.
- LENTA, M., & FAZZINI, J. (2023). Género, salud y educación permanente: necesidades, obstáculos y posibilidades del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista de Salud Pública, 29(2).
- LINARDELLI, M. F. (2015). Salud mental y género: Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad.
- LINARES-PÉREZ, N., & ARELLANO, O. L. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. Medicina Social/Social Medicine, 3(3), 247-259.
- LLAMAS, R. (1998) Teoría torcida. Prejuicios y discursos en torno a la homosexualidad. Madrid, Siglo XXI Editores.
- LOMBARDO, E. & VERLOO, M. (2010). La interseccionalidad del género con otras desigualdades en la política de la Unión Europea. Revista Española de Ciencia Política. Núm. 23 de Julio 2010.
- LÓPEZ CORTÉS, R. (2017). Tesis Doctoral: Discapacidad en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Análisis de los efectos de la enfermedad en la vida cotidiana de los pacientes.
- LÓPEZ CORTÉS, R., MARÍN FERNÁNDEZ, B., HUESO MONTORO, C., ESCALADA HERNÁNDEZ, P., SANZ AZNAREZ, A.C., & RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(1), 123-131. Recuperado en 20 de julio de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272016000100014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000100014&lng=es&tlng=es).

- 
- LÓPEZ, J. A. (2020). La "ideología de género" y las resistencias frente a los derechos LGBT en América Latina. Decano de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales, 57.
- LÓPEZ PENEDO, S. (2008). El Laberinto queer: La identidad en tiempos de neoliberalismo. Barcelona: Editorial Egales.
- LÓPEZ, N., & GADSDEN, V. (2016). Health Inequities, Social Determinants, and Intersectionality. , 6. <https://doi.org/10.31478/201612A>.
- LUKOMNIK, J. (2013). La identidad de género en las políticas sociales Informe de monitoreo de las políticas de inclusión para población trans. Montevideo: MIDES.
- LUNGARO, L., COSTANZINI, A., MANZA, F., BARBALINARDO, M., GENTILI, D., GUARINO, M., CAPUTO, F., ZOLI, G., GIORGIO, R., & CAIO, G. (2023). Impact of Female Gender in Inflammatory Bowel Diseases: A Narrative Review. Journal of Personalized Medicine, 13. <https://doi.org/10.3390/jpm13020165>.
- MAHR, F., DALKE, K., RODEN, R., KEISLING, A., & DOVAT, L. (2021). Gender competence in medical education. The Clinical Teacher, 18, 490 - 493. <https://doi.org/10.1111/tct.13366>.
- MARKOVÁ, I. (2003). Dialogicality and social representations. The dynamics of mind. Cambridge: Cambridge University Press.
- MARKOVA, I. (2008). The epistemological significance of the theory of social representation. Journal for the Theory of Social Behaviour, 38(4), 461-487. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2008.00382.x>
- MCCALL, L. (2005). The complexity of intersectionality. Signs: Journal of women in culture and society, 30(3), 1771-1800.
- MANUAL PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ACTUACIONES Y DILIGENCIAS JUDICIALES. Corte Nacional de Justicia del Ecuador (2023).
- MAUNDER, R. (2000). Mediators of stress effects in inflammatory bowel disease: Not the usual suspects. Journal of Psychosocial.
- MARÍN, J. R., PASTOR-MIRA, M. Á., ROIG, S. L., & PÉREZ, S. S. (1989). Efectos psicosociales de la ostomía. Análisis y modificación de conducta, 15(43), 25-62.
- MARINA, M., BILDER P., GARIBALDI, M., MARTÍN, P., MONTES, M., NIMO, M. D. C., BARREDO, C., BARGALLÓ, L., HURRELL, S., ZELARALLÁN, M., MARCONI, M., LAVARI, M., LENCINA RAMPOTIS, M., MUZÓN, L., & GARIBALDI, M. (2013). Material de lectura Eje: Cuidar el cuerpo y la salud: Especialización docente de

---

nivel superior en educación y TIC, Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación.

MÁRQUEZ, O. Á. Erradicar la pandemia de la violencia hacia la homosexualidad y sobre todo el respeto hacia la diversidad sexual es un verdadero reto del siglo XXI. El hecho de que se trate de un grupo poblacional significativo no debe excluir a estas personas de los derechos y el trato social adecuado que les corresponde, especialmente dada la magnitud de los índices de daños psicológicos que se han hallado en diversos estudios.

MARTÍNEZ BENLLOCH, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres en: Anuario de Psicología 2003, vol. 34, no, 2,253-266. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.

MATEO DEL PINO, Á. (2019). QUEER/CUIR - CRIP. Anclajes, 23(3), 1-9. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.19137/anclajes-2019-2331>.

MATERÁN, A. (2008). "Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa". (U. d. Andes, Ed.) Geoenseñanza, 13(2), 243-248.

MATTIOLI, M. (2011). Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich, Ciudad de Buenos Aires (Master's thesis, Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina)

MENDELOFF, A. L., MONK, M. & SIEGAL, C. I. (1970). Illness experience and life stresses in patients with irritable colon and with ulcerative colitis. The New England Journal of Medicine, 282, 14-17.

MENÉNDEZ, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30, 451-464.

MÉRIDA JIMÉNEZ, R. (2002). Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer, Icaria, Barcelona.

MINISTERIO DE SALUD. (2020). Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA Y BACHILLERATO POPULAR TRANS 'MOCHA CELIS' (2017). La Revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio, Buenos Aires, Ministerio Público de la Defensa de Buenos Aires.

- 
- MIRANDA, J.J. & FARMER, P. (2001). Social exclusion must be considered in global terms. *British Medical Journal*, 323(7325), 1370.
- MOLINA, C. E. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones feministas*, 3, 203-222.
- MONROY CUELLAR, N. I. (2020). La construcción de cuerpos y subjetividades sexo-género disidentes en Latinoamérica. *La ventana. Revista de estudios de género*, 6(52), 100-128.
- MONTERO, A., & GONZÁLEZ, M. (2017). Guía De Orientaciones Y Recomendaciones Para La Atención De Adolescentes Y Jóvenes Gays, Lesbianas Y Bisexuales en el Nivel Primario De Salud. <https://cembra.uchile.cl/documentos/GUIA%20ORIENTACIONES%20Y%20RECOMENDACIONES%20ATENCION%20EN%20SALUD%20%20%20%20%20%20%20%20%20GLB%202017.pdf>
- MORA, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital*.
- MORA-RÍOS, J. & BAUTISTA, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud mental*, 37(4), 303-312. Recuperado en 19 de junio de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000400004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400004&lng=es&tlng=es).
- MORÁN FAÚNDES, J. M. (2012). El activismo católico conservador y los discursos científicos sobre sexualidad: cartografía de una ciencia heterosexual. *Sociedad y religión*, 22(37) Recuperado en 17 de febrero de 2024, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1853-70812012000100006&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-70812012000100006&lng=es&tlng=pt).
- MOSCOVICI, S. (1979). El psicoanálisis: su imagen y su público. In *El psicoanálisis: su imagen y su público* (pp. 366-366).
- MOSCOVICI, S. (2000). *Social representations. Explorations in Social Psychology*. Polity Press, Cambridge.
- MOSELEY, M. (1979). *Accessibility: The rural challenge* Methuen & Co Ltd.
- NEER, A. F. (2014). Las tecnologías del cuerpo en el debate público: Análisis del debate parlamentario de la Ley de Identidad de Género argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 50-72.

- 
- NEGRETTI BORGA, D. M. (2024). Perspectiva de género transfeminista en la formación universitaria de profesionales de Ciencias de la Salud en Argentina.
- NEUMAN, W. L. (2009). Los métodos de investigación social cualitativos y cuantitativos (3.<sup>a</sup> ed.). Pearson.
- NÚÑEZ, P., IBÁÑEZ, P., PIZARRO, G., SEPÚLVEDA, E., & QUERA, R. (2020). Embarazo en enfermedad inflamatoria intestinal: no solo 9 meses de cuidado. *Revista médica de Chile*, 148 (12), 1806-1812.
- ONU, A. G. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Resolución, 34, 180.
- ONU MUJERES ARGENTINA (2020). Perfil de país según igualdad de género (PPGI). Generación de igualdad. [https://argentina.un.org/sites/default/files/2020-12/PPIG\\_Argentina-fn\\_ESP\\_2020.pdf](https://argentina.un.org/sites/default/files/2020-12/PPIG_Argentina-fn_ESP_2020.pdf)
- OMS & OPS. (2007). Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. En: 27<sup>a</sup>. Conferencia Sanitaria Panamericana. 59<sup>a</sup>. Sesión del Comité Regional Washington: OPS/OMS.
- OMS (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF: versión abreviada, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98862/1/WHO\\_RHR\\_12.43\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98862/1/WHO_RHR_12.43_spa.pdf)
- OPS (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Documento del 53<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS.
- ORTEGA, A. B., & DROUILLAS, R. P. (2016). Stop homofobia: La figura del referente. *RES: Revista de Educación Social*, 23, 346-364.
- OTTOSSON, D. (2009). Homofobia de Estado. Un informe mundial sobre las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas. ILGA, Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex. <https://www.repositorio.ciem.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/209/1/RCIEM188.pdf>
- PALMA, D. M., & ORCASITA, L. T. (2019). Discursos de profesionales de la salud sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170329.
- PALOMINO MORAL, P. A., GRANDE GASCÓN, M. L., & LINARES ABAD, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo

---

XXI. Revista Internacional De Sociología, 72(Extra\_1), 45–70.  
<https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>

- PÉREZ, A. M. (2022). La incorporación del concepto de antigitanismo al derecho antidiscriminatorio español. In *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* (Vol. 56, pp. 321-345).
- PÉREZ, S. G., SALINAS, E., SARAVIA, S., BÁEZ, V. C., DE LOS ÁNGELES GALARZA, V., & ANTELO, V. S. (2024). Desafíos en la implementación de la identificación de pacientes y la Ley de identidad de género en instituciones de salud en Buenos Aires. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, 767-767.
- PÉREZ FERNÁNDEZ CEJA, Y. (2024). Los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres y niñas y el covid-19. *Revista Digital. AÑO20::Núm38::ISSN 1870-1442*.
- PIMIENTA FERNÁNDEZ, M. J., & VIERA PAPARAMBORDA, J. E. (2017). Psicología de la salud: avances y desafíos. In *Psicología de la salud: avances y desafíos* (pp. 165-165).
- PLAN NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN (INADI). (2005). *Hacia un plan nacional contra la discriminación: La discriminación en Argentina - Diagnóstico y propuestas*.  
<https://www.educ.ar/recursos/adjuntos/descarga/24489/hacia-un-plan-nacional-contr-la-discriminacion-la-discrimin?disposition=inline>
- PINEDA DUQUE, J. A., & LUNA RUIZ, A. (2018). Intersecciones de género y discapacidad. La inclusión laboral de mujeres con discapacidad. *Sociedad y Economía*, (35), 158-177. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i35.5652>.
- PLATERO MÉNDEZ, R., (2012). ¿Son las políticas de igualdad de género permeables a los debates sobre la interseccionalidad? Una reflexión a partir del caso español. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (52), 135-172.
- PLOTNIK, G., & GONZÁLEZ, A. (2012). El sesgo de 'deseabilidad social' en el abordaje del fenómeno de la discriminación en las relaciones interculturales: algunas reflexiones sobre las guías de pauta como 'teorías en acto'. In VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- POMBO, M. G. (2003). "Mujer", "Paciente", "Menor de edad" y "Boliviana". Acerca de los procesos de construcción de la subalternidad en el acceso al Hospital Público. El caso de los procesos de salud-enfermedad inherentes al embarazo-parto-posparto en las pacientes jóvenes procedentes de la República de Bolivia". Tesis Esp. en problemáticas sociales infanto-juveniles. Buenos Aires: Centro de Estudios Avanzados, Universidad de Buenos Aires.

- 
- PORCELLI, P., LEOCI, C., GUERRA, V., TAYLOR, J.G. & BAGBY, R.M. (1996). A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*.
- POSADA, M., MARTÍN-ARRIBAS, C., RAMÍREZ, A., VILLAVERDE, 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, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272008000400002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000400002&lng=es&tlng=es).
- PRECIADO, B. (2010). Políticas transfeministas y queer: Tecnologías de disidencia de género. Auditorio Divino Narciso de la Universidad del Claustro de Sor Juana, Ciudad de México.
- PRIMER RELEVAMIENTO NACIONAL DE CONDICIONES DE VIDA DE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y GENÉRICA EN LA ARGENTINA (2023). Centro de Estudios de Población (CENEP), la Universidad Nacional del Comahue (UNComa), el Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPsi - CONICET/UNC), el Instituto de Investigaciones Geohistóricas (IIGHI - CONICET/UNNE), la Universidad Nacional de Salta (UNSa), la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (EIDAES-UNSAM) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
- RAMÍREZ, R. R., CARRILLO, M. D. R. A., & MARTELO, E. Z. (2014). Estereotipos de género en la deserción escolar: Caso El Fuerte, Sinaloa. *Ra Ximhai: revista científica de sociedad, cultura y desarrollo sostenible*, 10 (7), 159-178.
- RAMOS PADILLA, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 23(3), 201-220. Recuperado en 22 de mayo de 2024, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es&tlng=es).
- RAMOS, R. M. G., PRATTS, M. F., GONZÁLEZ, M. D. L. C. B., BERNAL, C. C., JIMÉNEZ, E. V., FLORES, G. L., & GUTIÉRREZ, R. C. (2008). La calidad de la atención en salud. *Oral*, 9(S1), 2-20.
- RATEAU, P., & LO MONACO, G. (2013). La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. *CES psicología*, 6(1), 22-42.
- RESTREPO PINEDA, J. E., LÓPEZ LORDUY, A. C., & ARISMENDY MEJÍA, A. (2020). Aproximación al proceso de estigmatización social de las personas mayores LGBT

- 
- en Antioquia, Colombia. Papeles de población, 26(105), 219-251. Epub 11 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.105.27>.
- RIBEIRO, L. P., & ANTUNES-ROCHA, M. I. (2016). História, abordagens, métodos e perspectivas da teoria das representações sociais.
- RIBEIRO, L. P., NEVES RIANI, S. R. & ANTUNES-ROCHA, M. I. (2019). Representaciones sociales de personas transgénero (travestis y transexuales) sobre la violencia. *Revista de Psicología (PUCP)*, 37(2), 496-527.
- RIVERA SEQUEIROS, A. (2017). Perfiles de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal y su relación con el afrontamiento, la calidad de vida y el apoyo social y familiar.
- ROCHA-BUELVAS, A. (2015). El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63 (3), 537-544. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>
- RODRIGUEZ M. J., PASTOR MIRA M. A., LÓPEZ ROIG S., GARCÍA HURTADO J., SÁNCHEZ PÉREZ S. (1989). Efectos psicosociales de la ostomía.
- RODRÍGUEZ SOTOMAYOR, Y., PARDO FERNÁNDEZ, A., DÍAZ CHIENG, L. Y., IZNAGA BROOKS, H. L., & TAMAYO FONSECA, M. (2020). Glosario de términos relacionados con la perspectiva de género en Ciencias de la Salud. *Medisan*, 24(6), 1289-1307.
- RODO DE ZÁRATE, M. (2015). El acceso de la juventud al espacio público en Manresa. Una aproximación desde las geografías feministas de la interseccionalidad. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 19.
- ROHLFS, I., BORRELL, C., ANITUA, C., ARTAZCOZ, L., COLOMER, C., ESCRIBÁ, V., GARCÍA-CALVENTE, M., LLACER A., MAZARRASA L., PASARÍN M.I., PEIRÓ R. & VALLS-LLOBET, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155.
- ROMANI, L., LADERA-PORTA, K., QUIÑONES-LAVERIANO, D. M., RIOS-GARCIA, W., JUAREZ-UBILLUS, A., & VILCHEZ-CORNEJO, J. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 38(2), 240-247. Epub 22 de junio de 2021. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6149>
- RONCONI, L. (2016). "Mucho ruido y pocos...DESC. Análisis del caso Gonzales Lluy y otros contra Ecuador de la Corte Interamericana de Derechos Humanos". En *Anuario de Derechos Humanos Facultad de Derecho Universidad de Chile*, <http:// Web: Sitio> 12,119-131.

- ROSSELLI D. Y RUEDA J. D. (2011). Enfermedades raras, huérfanas y olvidadas.
- ROTH, J. (2022). Interseccionalidades más allá del occidentalismo. INTERSECCIONALIDAD, EQUIDAD Y, 10.
- ROUQUETTE, M. L., & FLAMENT, C. (2003). Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales.
- RUBIO AGUILAR, V. F., VILLAGRA ACOSTA, V., & WILSON LLANOS, F. (2022). Exclusión de disidencias y diversidades sexo genéricas en el sistema de salud chileno. Verónica Francisca Rubio Aguilar, Verónica Villagra Acosta, Francisca Wilson LLanos 41.
- RUBIN, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo. Notas para una teoría radical de la sexualidad. En: C. Vance (comp). Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina. (pp. 113-190). Madrid, España: Revolución. [ Links ]
- RUIZ-CANTERO, M. T., & VERDÚ-DELGADO, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gaceta Sanitaria, 18(supl 1), 118-125.
- RUIZ-CANTERO, M. T. (2011). Salud pública desde la perspectiva de Género: hitos e innovación.
- RUIZ-CANTERO, M. T., TOMÁS-AZNAR, C., RODRÍGUEZ-JAUME, M. J., PÉREZ-SEDEÑO, E., & GASCH-GALLÉN, Á. (2019). Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España. Gaceta Sanitaria, 33(5), 485-490.
- SALAS VALENZUELA, M. (2001). Calidad de la atención con perspectiva de género: aportes desde la sociedad civil. México: Plaza y Valdés.
- SALCEDO, Y. (2017). Género y salud pública: Abordaje en términos de diversidad sexual. Cuadernos Médico Sociales, 57(1), 9-19.
- SALVA, M. (2000). Cotidianeidad en la horticultura: Cuerpo, trabajo y salud. En Ringuélet, R. (Comp.) Espacio tecnológico, población y reproducción social en el sector hortícola de La Plata. Estudios e Investigaciones 39. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UNLP. La Plata.
- SAMBUELLI, A. M., NEGREIRA, S., GIL A., GONCALVES, S., CHAVERO, P., TIRADO, P., BELLICOSO, M., HUERNOS, S. (2019). Manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revisión y algoritmos de tratamiento.

- 
- SAMPIERI, H. R., FERNANDEZ, C. C., & BAPTISTA, L. P. (1997). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- SANABRIA, L. G. (2023). Lesbofemicidios en Latinoamérica: entre la vitalidad y el riesgo de la existencia lesbiana. *Revista Tramas y Redes*, (4), 231-249.
- SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, C. (2012). Guía para la acción pública contra la homofobia [versión Adobe Reader]. México: CONAPRED
- SCHENCK, M. (2018). Incorporación de la diversidad genérico-sexual en salud: claves teóricas para un modelo analítico\*. *Revista de la Facultad de Derecho*, (45), 318-343. <https://doi.org/10.22187/rfd2018n45a12>.
- SCIORTINO, M. S., ROJAS, E. B., & CARREÑO, M. S. (2024). IV Jornadas de Género y Diversidad Sexual.
- SEN, A. (2000). Las distintas caras de la pobreza. *El País*, 30
- SEN, G., GEORGE, A. & ÖSTLIN, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. *Publicación Ocasional No. 14*, Organización Panamericana de la salud.
- SEN, G., GEORGE, A., OSTLIN, P. & RAMOS, S. (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. World Health Organization [WHO]. <http://hdl.handle.net/10822/962623>
- SIMIAN, D., & QUERA, R. (2016). Manejo integral de la enfermedad inflamatoria intestinal: más allá de una terapia farmacológica adecuada. *Revista médica de Chile*, 144(4), 488-495. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400010>
- SLIMMING, J. (2019). Logros y desafíos del tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Chile.
- SNYDER M. (2019) Health Care Experiences of Lesbian Women. *Adv Nurs Sci*.;42(1):E1-21.
- SOSA, L. (2016). "Inter-American Court of Human Rights' case law on violence against women: breaking grounds, facing challenges". Ponencia presentada en el workshop Moving beyond the good, the bad and the ugly: What to learn from International Human Rights System?, Bélgica.
- SZULIK, D. (2023). Reflexiones en torno a la calidad de la atención en salud. *Ciencia, docencia y tecnología*, (67), 1-1.

- 
- TAJER D. (2004). Violencia y salud mental de las mujeres. En: Políticas públicas, mujer y salud. Popayán, Colombia: Ediciones Universidad Nacional del Cauca y rsmlac: 181-195.
- TAJER, D. (2004). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Políticas Públicas, Mujer y Salud. Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia, pp. 27-39.
- TAJER D. (2009). Heridos corazones: Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós.
- TAJER, D. (2012). Género y salud: las políticas en acción. 1a.ed.- Buenos Aires: Lugar Editorial.
- TAJER, D., REID, G., GABA, M., CUADRA, M. E., LO RUSSO, A., SALVO, I., & SOLIS, M. (2015). Equidad de género en la atención de la salud en la infancia. *Psicoperspectivas*, 14(1), 103-113.
- TITELMAN, D., CETRÁNGOLO, O., & ACOSTA, O. L. (2015). La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. *Medicc Review*, 17(S1), 68-72.
- TOBAR, F. (2010). La enfermedad como catástrofe. *Salud [Internet]*, 5, 22.
- TOBAR, F., DRAGO, M. T. B., HAMILTON, G., LIFSCHITZ, E., & YJILIOFF, R. D. (2014). Respuestas a las enfermedades catastróficas. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.
- TOMASINI, M. E., BERTARELLI, P., & ESTEVE, M. (2017). Educación y Diversidad Sexual: Perspectivas de estudiantes y docentes de una escuela confesional de la ciudad de Córdoba, Argentina, sobre relaciones homo erótico afectivas.
- TONÓN DE TOSCANO, G. (2009). Reflexiones Latinoamericanas sobre investigación cualitativa. La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. San Justo. Prometeo –UNLAM; 56-75.
- TONSING, J., & TONSING, K. (2017). Understanding the role of patriarchal ideology in intimate partner violence among South Asian women in Hong Kong. *International Social Work*, 62(1), 161-171. doi: 10.1177/0020872817712566
- UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2022). Glossary: understanding concepts around gender equality and inclusion in education, tool 1.

- 
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas (Communication, Childhood and Adolescence) ISBN: 978-92-806-4892-8. ©).
- VALENCIA, S. (2007). Elementos de la construcción, circulación y aplicación de las representaciones sociales. *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, 51-88.
- VALLES, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis S.A.
- VELASCO, S. (2009). Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Minerva ediciones.
- VERA, H. (2002). "Representaciones y clasificaciones colectivas. La teoría sociológica del conocimiento de Durkheim". (U. A. Metropolitana, Ed.) *Sociológica*, 17(50), 103-121.
- VILLAFUERTE, B. E. P., NAVARRO, S. M., DOMÍNGUEZ, M. S., NERIA, C. R., & FLORES, R. L. Equidad en el acceso a los servicios de salud. Juan Rivera Dommarco Tonatiuh Barrientos Gutiérrez Carlos Oropeza, 183.
- VILLARROEL, G. E. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 17(49), 434-454.
- VILLASANA, P. & LICON, K. (2013). Aproximación crítica a las representaciones sociales sobre la atención a población sexogénerodiversa en personal de laboratorios clínicos públicos especializados. *Comunidad y Salud*, 11(1), 37-52. Recuperado en 06 de julio de 2022, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932013000100006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932013000100006&lng=es&tlng=es).
- VISSICCHIO, F., RADUSKY, P. D., ZALAZAR, V., CARDOZO, N., SANTA CRUZ, L., PECHENY, M., & ARISTEGUI, I. (2023). Obstáculos identificados por las personas trans en la accesibilidad a los consultorios inclusivos en la provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, 87-87.
- VRIES, E., KATHARD, H., & MÜLLER, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula?. *BMC Medical Education*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>.
- WHITEHEAD M. (1992) The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*. 22:429-45.

---

YAMAMOTO-FURUSHO, J.K., BOSQUES-PADILLA, F., DE-PAULA, J., GALIANO, M.T., IBANEZ, P., JULIAO, F., KOTZE, P.G., ROCHA, J.L., STEINWURZ, F., VEITIA, G. & ZALTMAN, C. (2016). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation.

YUVAL-DAVIS, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193-209.

ZAPATA PIZARRO, A., DÍAZ DÍAZ, K., BARRA AHUMADA, L., MAUREIRA SALES, L., LINARES MORENO, J., & ZAPATA PIZARRO, F. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 65-72.

---

## 8. ANEXOS

### ANEXO I

#### Glosario / terminología

Este listado de conceptos ofrece una descripción breve de cada uno, con el propósito de servir como referencia. Las definiciones se reproducen de manera fiel a las fuentes bibliográficas para garantizar la exactitud de las mismas.

**Tabla 3.** Glosario / terminología

<b>Androcentrismo</b>	"Término que proviene del griego <i>Andros</i> (hombre) y define lo masculino como medida de todas las cosas y representación global de la humanidad, ocultando otras realidades, entre ellas, la de las mujeres" (INMUJERES de México, 2007).
<b>Androcracia</b>	"Término proveniente del griego <i>andro</i> , que significa hombre y <i>cracia</i> , poder. Se considera una ideología que alude al dominio del hombre sobre la mujer y se complementa con la idea de que las mujeres son biológicamente inferiores a los hombres" (INMUJERES de México, 2007).
<b>Androginia</b>	"La androginia es el término con el que se identifican los rasgos sexuales presentes en un cuerpo y género al que naturalmente no pertenecen. La androginia regularmente involucra una elección voluntaria de género, en la que la persona puede verse como masculino, femenino o ambos" (Márquez).
<b>Antrosexualidad</b>	"Es un término aplicado a aquellas personas que desconocen su orientación sexual, pero existe una flexibilidad sexual que les permite desarrollar vínculos amorosos con cualquier persona de cualquier género e identidad. La antrosexualidad combina la demisexualidad, la bisexualidad y la pansexualidad, pero a diferencia de estas, el antrosexual desconoce su orientación sexual" (Artículo en GayDemon, 2012 en Márquez).
<b>Asexual/ Asexualidad/ Persona asexual</b>	"Orientación sexual de una persona que no siente atracción erótica hacia otras personas. Puede relacionarse afectiva y románticamente. No implica necesariamente no tener libido, o no practicar sexo, o no poder sentir excitación" (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Asignación de género</b>	"Se realiza en el momento en que se nace, a partir de la apariencia externa de los genitales" (Marina et al., 2013).
<b>Antrosexualidad</b>	"Experimentar la sexualidad sin saber en qué categoría identificarse y/o sin sentir la necesidad de clasificarse en ninguna de ellas" (Duranti, 2011).

<b>Autosexualidad</b>	"Atracción sexual hacia uno mismo, sin que esto tenga que ser sinónimo de narcisismo. Puede entenderse como una forma de alimentar afecto o amor propio" (Duranti, 2011).
<b>Bifobia</b>	"Rechazo, discriminación, burlas y otras formas de violencia hacia las personas y prácticas bisexuales" (Guía para la Acción Pública contra la homofobia. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México: CONAPRED, 2012).
<b>Binarismo de género</b>	"Concepción, prácticas y sistema de organización social que parte de la idea de que solamente existen dos géneros en las sociedades, femenino y masculino, asignados a las personas al nacer, como hombres (biológicamente: machos de la especie humana) y como mujeres (biológicamente: hembras de la especie humana), y sobre los cuales se ha sustentado la discriminación, exclusión y violencia en contra de cualquier identidad, expresión y experiencia de género diversas" (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Bisexual / Bisexualidad / Persona bisexual</b>	"Describe a una persona que es física, romántica y/o emocionalmente atraída tanto por hombres como mujeres" (ACNUR, 2014).
<b>Capacitación en materia de género</b>	"Proceso facilitado para desarrollar la concienciación y la capacidad técnica sobre cuestiones de género para lograr un cambio personal o institucional en pro de la igualdad de género. La capacitación en materia de género es necesaria, pero no es suficiente en sí" (UNESCO, 2022).
<b>Brechas de género</b>	"Hace referencia a cualquier disparidad entre la situación de niños y niñas, hombres y mujeres. Puede ser en términos de conocimientos, actitudes o comportamientos. Las brechas de género se pueden atribuir a diferencias en términos de perspectivas, preferencias económicas y sociales, vivencias y autonomía. Están influenciadas por factores como la edad, la clase y estatus social y la religión. El análisis de género revela las brechas de género" (UNESCO, 2022).
<b>Características sexuales</b>	"Se refiere a las características físicas o biológicas, cromosómicas, gonadales, hormonales y anatómicas de una persona, que incluyen características innatas, tales como los órganos sexuales y genitales, y/o estructuras cromosómicas y hormonales, así como características secundarias, tales como la masa muscular, la distribución del pelo, los pechos o mamas" (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Cisgénero / Persona Cisgénero</b>	"Personas en las cuales su identidad de género coincide con su sexo biológico, el prefijo cis proviene del latín "de este lado" y es el antónimo del prefijo trans, que significa "del otro lado". Se relaciona con la posición hegemónica que se ha predicado por el mundo durante los últimos siglos, mediante el cual se reconoce una sola

	forma de comportamiento sexual” (Glosario de la diversidad sexual, 2020).
<b>Cisnormatividad</b>	“Expectativa, creencia o estereotipo de que todas las personas son cis-género, o de que esta condición es la única normal o aceptable; esto es, que aquellas personas que nacieron como machos de la especie humana —a quienes se les asignó el género masculino al nacer— siempre se identificarán y asumirán como hombres, y que aquellas que nacieron como hembras de la especie humana —a quienes se les asignó el género femenino al nacer— lo harán como mujeres” (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Cissexismo</b>	“Ideología o forma de pensamiento que, buscando sustento en la ciencia, considera que la concordancia entre el sexo asignado al nacer, así como la identidad y expresión de género de las personas, es la única condición natural, válida éticamente, legítima socialmente y aceptable. Esta ideología niega, descalifica, discrimina y violenta otras identidades, expresiones y experiencias de género, como las de las personas trans, intersexuales o no binarias. Considera que solamente existen, o deberían existir, hombres y mujeres, sin dar cuenta de que aquéllos y éstas, o son cisgénero, o son trans, o son intersexuales” (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Conciencia de género</b>	“Significa saber que existen problemas, diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres” (UNESCO, 2022).
<b>Deconstrucción</b>	“Deconstruir las relaciones de género se refiere a repensar y cuestionar los preconceptos que aprendimos sobre lo que son o deberían ser mujeres y varones. Significa comprender que son ideas construidas socialmente y no atributos naturales, y que repercuten de forma negativa y desigual en las vidas de las mujeres e identidades no binarias. También implica desaprender ideas instaladas sobre actividades, colores, espacios, juguetes, etc., que no son para varones o para mujeres, sino que son para personas. Y ello requiere problematizar términos binarios y abrirse a la diversidad de identidades existentes” (Glosario Capacitación Ley Micaela: Hacia la construcción de espacios de trabajo igualitarios e inclusivos, 2022) <sup>133</sup> .
<b>Demisexualidad</b>	“Es un término acuñado por Asexual Visibility and Education Network que refiere a la atracción sexual hacia personas con las que exclusivamente se han desarrollado lazos emocionales. La demisexualidad puede ser de fijaciones hetero y homosexuales que se desarrollan en una atracción sexual secundaria hacia personas

<sup>133</sup> Documento publicado por Ministerio de Obras Públicas y Red de Género y Diversidad. Argentina mayo 2022

	con las que se han desarrollado estrechos vínculos amorosos, mientras que como atracción sexual primaria se manifiesta una aparente orientación asexual (Artículo en Asexulpedia, 2012 citado en Márquez)".
<b>Disforia de género/ Desorden de identidad de género</b>	"Término usado en DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS) respectivamente, para describir condiciones por las cuales la no conformidad de género provoca distrés o malestar clínicamente significativo" (Zapata Pizarro et al., 2019).
<b>Diversidad corporal</b>	"La diversidad corporal se refiere a una amplia gama de representaciones del cuerpo, por ejemplo, variaciones en la anatomía sexual que se expanden más allá del binario hombre/mujer. Intersex es un término sombrilla que abarca esta diversidad corporal" (Extraído de página web "Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH" <sup>134</sup> –conceptos básicos).
<b>Diversidad sexual y de género / Diversidad sexogenérica</b>	"Hace referencia a todas las posibilidades que tienen las personas de asumir, expresar y vivir su sexualidad, así como de asumir expresiones, preferencias u orientaciones e identidades sexuales. Parte del reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse, sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas" (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Dos-espíritus</b>	"Las personas con "dos espíritus" tienen tanto espíritus masculino como femenino. Las personas Dos espíritus "identifican el género como un continuo e incluye identidades, orientaciones sexuales y roles sociales diversos" (Extraído de página web "Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH" <sup>135</sup> –conceptos básicos).
<b>Drag</b>	"El drag es una identidad sexual similar al transvestismo en el que la persona utiliza ropa socialmente asignada al género opuesto para la representación dramática de un hombre (drag king) y una mujer (drag queen) de caricatura o sátira. El drag puede estar ligado a cualquier orientación sexual, pero se limita únicamente a la representación artístico o dramática" (Márquez).
<b>Drag queen</b>	"Hombre que se viste de mujer, generalmente con el fin de entretenimiento o performance" (Zapata Pizarro et al., 2019).

<sup>134</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>).

Lea más: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

<sup>135</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>).

Lea más: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

<b>Drag King</b>	"Mujer que se viste de hombre, generalmente con el fin de entretención o performance" (Zapata Pizarro et al., 2019).
<b>Enfoque de género</b>	"Abordaje que tiene en cuenta que las relaciones entre los géneros son asimétricas y que esta asimetría afecta de manera desigual la vida de las personas. Esto quiere decir que las desigualdades de género ponen en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres, personas trans, personas intersex, personas gays, lesbianas y bisexuales, etc" (Perspectiva de derechos y enfoque de género) <sup>136</sup>
<b>Estereotipos de género</b>	"Es un conjunto de ideas acerca de lo que se suponen como características propias de las mujeres y de los varones. Se vivencian como si fueran verdades objetivas y se repiten de manera inconsciente. Influyen sobre las actitudes y comportamientos de las personas y su manera de ver el mundo, pero también sobre la manera de verse a sí mismas. Así es como se asocia a las mujeres con la fragilidad o la emocionalidad, y a los varones con la fuerza y la racionalidad. Los estereotipos se basan en mitos y prejuicios, y sirven para justificar la discriminación, como sucedió durante muchos años, al excluir a las mujeres del derecho al voto o de la educación universitaria" (Glosario Capacitación Ley Micaela: Hacia la construcción de espacios de trabajo igualitarios e inclusivos, 2022) <sup>137</sup> .
<b>Estigma</b>	"Es la desvalorización o desacreditación de las personas de ciertos grupos de población, atendiendo a un atributo, cualidad o identidad de las mismas, que se considera inferior, anormal o diferente, en un determinado contexto social y cultural, toda vez que no se ajusta a lo socialmente establecido" (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Expresión de género</b>	"Es la manifestación del género de la persona. Puede incluir la forma de hablar, manierismos, modo de vestir, comportamiento personal, comportamiento o interacción social, modificaciones corporales, entre otros aspectos. Constituye las expresiones del género que vive cada persona, ya sea impuesto, aceptado o asumido" (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Feminismo</b>	"Conjunto de corrientes de pensamiento, teorías sociales y prácticas políticas que se posicionan como una crítica constante temporal a las relaciones sociales, históricas, políticas y económicas, que provienen, en especial, de la experiencia femenina. Estas corrientes cuestionan la desigualdad entre mujeres y hombres, las relaciones entre sexos, sexualidad, poder y proclaman la promoción de los

<sup>136</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/info-equipos-salud/enfoque-genero>

<sup>137</sup> Documento publicado por Ministerio de Obras Públicas y Red de Género y Diversidad. Argentina mayo 2022

	derechos de las mujeres. El feminismo no se inserta en ningún grupo, práctica o evento histórico, en particular, pues nace a partir de la conciencia sobre la vulneración que provocan los sistemas sexo-género y las relaciones asimétricas de poder, con el fin de lograr justicia hacia las mujeres” (Manual Perspectiva de género en las actuaciones y diligencias judiciales, Corte Nacional de Justicia del Ecuador, 2023).
<b>Gay / Hombre Gay</b>	“Se utiliza a menudo para describir a un hombre que es atraído física, romántica y/o emocionalmente de manera perdurable por otros hombres, aunque el término gay también se puede utilizar para describir tanto a hombres gays como mujeres –lesbianas-” (ACNUR, 2014).
<b>Género</b>	“Es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que las diferentes sociedades asignan a las personas de forma diferenciada como propias de varones o de mujeres. Son construcciones socioculturales que varían a través de la historia y se refieren a los rasgos psicológicos y culturales y a las especificidades que la sociedad atribuye a lo que considera “masculino” o “femenino”. Esta atribución se concreta utilizando, como medios privilegiados, la educación, el uso del lenguaje, el “ideal” de la familia heterosexual, las instituciones y la religión” (UNICEF, 2017).
<b>Gendermainstreaming</b>	Sinónimo de Transversalización de la perspectiva de género o Enfoque de género. Ver estos conceptos.
<b>Genderqueer</b>	“Es un término identificado como el género intermedio en el que la persona se identifica a sí misma como masculino y femenino, masculino o femenino, o ninguno de los dos” (Márquez).
<b>Ginocracia</b>	“Gobierno o dominación de las mujeres” (Rodríguez Sotomayor et al., 2020).
<b>Ginopia</b>	“Imposibilidad de ver lo femenino o invisibilización de la experiencia femenina” (Rodríguez Sotomayor et al., 2020).
<b>Heteronormatividad</b>	“Expectativa, creencia o estereotipo de que todas las personas son, o deben ser, heterosexuales, o de que esta condición es la única natural, normal o aceptable; esto es, que solamente la atracción erótica afectiva heterosexual y las personas heterosexuales, o que sean percibidas como tales, viven una sexualidad válida éticamente, o legítima, social y culturalmente” (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Heterosexual / Heterosexualidad/ Persona heterosexual</b>	“La atracción erótica y/o afectiva hacia personas de sexo o género distinto al identificado como propio” (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Heterosexismo</b>	“Ideología y sistema de organización cultural de las relaciones socio-sexuales y afectivas que consideran que la heterosexualidad

	monógama y reproductiva es la única natural, válida éticamente, legítima socialmente y aceptable, negando, descalificando, discriminando y violentando otras orientaciones sexuales, expresiones e identidades de género” (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Homoodio</b>	“Si bien se trata específicamente del rechazo hacia personas gays y lesbianas o hacia aquellas personas que son percibidas como gays o lesbianas, su uso se ha extendido al rechazo o temor irracional hacia las identidades sexuales no hegemónicas en general” (Glosario elaborado por el INADI - Instituto nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo, disponible en la página web de Censo de la Diversidad: <a href="https://censodiversidad.ar/">https://censodiversidad.ar/</a> )
<b>Homofobia</b>	“Miedo irracional a la homosexualidad o a las personas con orientación homosexual, o que parecen serlo. Se expresa en rechazo, discriminación, ridiculización y otras formas de violencia, que dan pie a prácticas que pueden ser violatorias de los derechos humanos. Se hace extensivo para incluir el rechazo a todas las expresiones sociales que no cumplen con los roles y las prácticas tradicionales de género.” (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Homosexual / Homosexualidad / Persona Homosexual</b>	“La atracción erótica y/o afectiva hacia personas del mismo sexo o género” (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Identidad de Género</b>	Se refiere a: "la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales" (Principios de Yogyakarta, 2007).
<b>Intergénero</b>	“Persona que no se siente perteneciente ni al género masculino ni al femenino. Intergénero es otro género, rompiendo con el binario varón/mujer” (Hablar de diversidad sexual y derechos humanos - Guía informativa y práctica <sup>138</sup> , 2017).
<b>Intersex / Intersexual / Intersexos / Persona Intersex</b>	“Todas aquellas situaciones en las que la anatomía sexual del individuo no se ajusta físicamente a los estándares culturalmente definidos para el cuerpo femenino o masculino” (Extraído de página web “Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH” <sup>139</sup> –conceptos básicos).

<sup>138</sup> Publicación realizada por la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Argentina.

<sup>139</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>.  
Lea más: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

<b>Intersexfobia</b>	"Rechazo, discriminación, invisibilización, burlas y otras formas de violencia basadas en prejuicios y estigmas hacia las características sexuales diversas que transgreden la idea del binarismo sexual acerca de cómo deben ser los cuerpos de hombres o de mujeres, derivados de las concepciones culturales hegemónicas.
<b>Intersexual</b>	"El término intersexual o "trastornos del desarrollo sexual" (DSD por sus siglas en inglés) se refiere a una condición en la que un individuo nace con una anatomía reproductiva o sexual y/o patrones de cromosomas que no parecen ajustarse con las típicas nociones biológicas de hombre o mujer. Estas condiciones pueden ser evidentes al nacer, pueden aparecer en la pubertad, o puede que sólo se descubran durante un examen médico" (ACNUR, 2014).
<b>Lenguaje sexista</b>	"Construcción compartida de maneras de entender y de interpretar el mundo que contribuyen a la transmisión cultural de los estereotipos sociales y sexuales, a la designación del mundo exclusivamente en masculino y la ocultación de las mujeres en el escenario de las palabras" (Rodríguez Sotomayor et al., 2020).
<b>Lesbiana / Mujer Lesbiana</b>	"Es una mujer que es atraída física, romántica y/o emocionalmente de manera perdurable por otras mujeres" (ACNUR, 2014).
<b>Lesbofobia</b>	"Rechazo, discriminación, invisibilización, burlas y otras formas de violencia basadas en prejuicios, estereotipos y estigmas hacia las mujeres lesbianas o que son percibidas como tales, hacia sus identidades sexuales o hacia las prácticas sociales identificadas como lésbicas. Puede derivar en otras formas de violencia como el crimen de odio por su orientación sexual. A los homicidios de mujeres lesbianas por su orientación sexual se les denomina lesbofemicidios, aun cuando no exista su tipificación jurídica. Se diferencia de la homofobia, pues las formas de violencia y opresión son muy específicas en función del componente de género, como en los casos de las "violaciones correctivas" a las mujeres lesbianas, generalmente practicadas por familiares y amistades de sus familias" (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Lesbofemicidio</b>	"Asesinato de mujeres lesbianas por el hecho de serlo" (Sanabria, 2023).
<b>LGBTIQ+</b>	"Sigla que designa colectivamente a las lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex y queer. Esta sigla suele ir modificándose en la medida que diferentes grupos se visibilizan" (Hablar de diversidad sexual y derechos humanos - Guía informativa y práctica <sup>140</sup> , 2017).
<b>Lithsexualidad</b>	"Atracción hacia otras personas, sin experimentar la necesidad de ser correspondidas" (Duranti, 2011).

<sup>140</sup> Publicación realizada por la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Argentina.

<b>Machismo</b>	"Conjunto de creencias, conductas, actitudes y prácticas sociales que promueven y justifican actitudes discriminatorias hacia la mujer. Se sustenta en dos supuestos básicos: 1. La polarización de los roles y estereotipos que definen lo femenino y lo masculino y 2. La estigmatización y desvalorización de lo propiamente femenino, basado en la violencia, la mentira, y el fomento de estereotipos que desvalorizan a las mujeres" (Rodríguez Sotomayor et al., 2020).
<b>Masculinidad</b>	"Desde el enfoque de género es una construcción social referida a valores culturalmente aceptados de las prácticas y representaciones de ser hombre" (Rodríguez Sotomayor et al., 2020).
<b>Masculinidad hegemónica</b>	"Refiere al modelo predominante de construcción de la masculinidad en nuestra sociedad. Se espera de las personas asignadas como varones al nacer un conjunto de características y comportamientos que se asumen como naturales o biológicas, pero también son fruto de una construcción social e histórica. Para ser varón hay que ser el proveedor de la familia, demostrar fuerza y valentía, asumir riesgos, no expresar cariño, mostrarse sexualmente activo, ser siempre autónomo, no mostrar debilidad, ni pedir ayuda o prodigar cuidados" (Glosario Capacitación Ley Micaela: Hacia la construcción de espacios de trabajo igualitarios e inclusivos, 2022).
<b>Mati</b>	"No se trata de una identidad estática: "mujeres de clase trabajadora que suelen tener hijos y sostienen relaciones sexuales con hombres y con mujeres, de manera consecutiva o simultánea." La fluidez de la conducta sexual es un elemento esencial" (Extraído de página web "Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH" <sup>141</sup> –conceptos básicos).
<b>Matriarcado</b>	"(Del latín mater, «madre» y del griego archein, «gobernar») término que alude a las sociedades donde la mujer ocupa la autoridad preponderante en aspectos fundamentales de la vida pública y privada. Se refiere al mecanismo de organización social, donde la mujer tiene por responsabilidad la distribución de bienes en el grupo" (Rodríguez Sotomayor et al., 2020).
<b>Micromachismos</b>	"Son maniobras sutiles, y muchas veces imperceptibles, de ejercicio del poder en la vida cotidiana, que atentan en diversos grados contra la autonomía y el empoderamiento de las mujeres y personas LGBTI+" (Guía de información Violencia de género: Conocé y ejercé tus derechos <sup>142</sup> , 2019).

<sup>141</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>.  
Lea más: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

<sup>142</sup> Guía de Información realizada por la Dirección Nacional de Promoción y Fortalecimiento para el Acceso a la Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y el Programa Víctimas contra las Violencias, con la colaboración del Cuerpo de Abogadas y Abogados para Víctimas de Violencia de Género y de la Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ).

<b>Misandria</b>	"Odio, rechazo, aversión y desprecio hacia los hombres y, en general, hacia todo lo relacionado con lo masculino" (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Misoginia</b>	"Tendencia ideológica y psicológica de odio hacia la mujer que se manifiesta en actos violentos y crueles contra ella por su género" (Rodríguez Sotomayor et al., 2020).
<b>Muxhe / Muxe</b>	"Término Zapoteca, muxe o muxhe, para una persona que al nacer le fue asignado sexo masculino, y que utiliza ropa y se comporta de acuerdo a una identidad de considerada femenina, son vistas como un tercer género" (Extraído de página web "Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH" <sup>143</sup> –conceptos básicos).
<b>Nuevas masculinidades o Masculinidades no hegemónicas</b>	"El concepto de masculinidad históricamente parte de la premisa de que los hombres pueden contra todo, son los únicos que asumen un rol de liderazgo, son seres racionales, fuertes, protectores, proveedores e incluso violentos por naturaleza. La noción de nuevas masculinidades busca romper con los roles de género que, de forma tradicional, se asignan a los hombres, para construir nuevos modelos que contribuyan a generar relaciones personales y laborales más igualitarias" (Manual Perspectiva de género en las actuaciones y diligencias judiciales, Corte Nacional de Justicia del Ecuador, 2023).
<b>Orientación Sexual</b>	"Capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas" (Principios de Yogyakarta, 2007).
<b>Pansexualidad</b>	"Capacidad de una persona de sentir atracción erótica afectiva hacia otra persona, con independencia del sexo, género, identidad de género, orientación sexual o roles sexuales, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y/o sexuales con ella" (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Paridad de género</b>	"Es un concepto numérico para la representación y la participación. Es otro término para la representación equitativa de mujeres y hombres en un área determinada. Por ejemplo, hablamos de paridad de género en la educación primaria" (UNESCO, 2022).
<b>Patriarcado/ Sociedad patriarcal</b>	"Forma de organización social específica basada en la dominación de unos varones con ejercicio de poder sobre mujeres, niñas, niños y adolescentes. También sobre otros varones menos jerarquizados de la misma comunidad" (UNICEF, 2017).
<b>Personas no conformes con el género</b>	"Personas que no están de acuerdo y no siguen las ideas o estereotipos sociales acerca de cómo deben actuar o expresarse con base en el sexo que les asignaron al nacer" (Extraído de página web

<sup>143</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>.  
 Lea más: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

	"Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH" <sup>144</sup> –conceptos básicos).
<b>Perspectiva de género</b>	"Significa abordar y responder a las diferentes necesidades, aspiraciones, capacidades y contribuciones de mujeres y hombres" (UNESCO, 2022).
<b>Polisexualidad</b>	"Atracción sexual hacia varios grupos de personas con identidades de género concretas. Según el criterio utilizado para clasificar, puede entenderse que la polisexualidad se solapa con otras orientaciones sexuales como por ejemplo la pansexualidad" (Duranti, 2011).
<b>Prejuicio de género</b>	"Pensamiento colectivo que se basa en ideas preconcebidas que se tiene sobre las funciones, cualidades y personalidades de un hombre y de una mujer" (Manual Perspectiva de género en las actuaciones y diligencias judiciales, Corte Nacional de Justicia del Ecuador, 2023).
<b>Queer / Persona Queer</b>	"Se trata de personas que rechazan todo tipo de clasificaciones hegemónicas del sistema binario varón/mujer. Este término también se refiere a la teoría que rechaza categorías estancas respecto de la sexualidad, la orientación sexual, la identidad sexual, la identidad de género, etc." (Hablar de diversidad sexual y derechos humanos - Guía informativa y práctica <sup>145</sup> , 2017).
<b>Representaciones sociales (RS)</b>	"Hacen referencia a las construcciones de conocimiento integradas por informaciones, creencias, opiniones y actitudes; es una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido que contribuye a la construcción de la realidad social. En este sentido, las RS sirven como marco de percepción en la interpretación de la realidad y, muchas veces, guían las prácticas que realizan los distintos actores sociales" (Marina et al., 2013).
<b>Representaciones sociales de género</b>	"Es la visión o pensamiento que los individuos o grupos tienen y utilizan para comprender el mundo y elaborar información sobre los objetos de la realidad cotidiana, que tienen un origen social, pues son la interiorización de experiencias, de modelos, de conductas y de pensamientos socialmente transmitidos, y por tanto resultan esenciales para comprender la dinámica de la interacción y de las prácticas sociales relacionadas en este caso con el género, entendido como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, está fuertemente imbricado en las jerarquías sociales y constituye una forma a través de la cual se estructuran las relaciones de poder entre las personas" (Jimeno, 2007 citado en Buitrago-Peña, Guevara-Jiménez y Cabrera-Cifuentes, 2009).

<sup>144</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>.  
 Lea más: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

<sup>145</sup> Publicación realizada por la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Argentina.

<b>Roles de género</b>	“Normas o papeles socialmente asignados a las personas, determinados por su sexo biológico y según los cuales se debe comportar cada sexo (mujer/femenino-hombre/masculino). Cada persona los asume o no, al construir su identidad, afectividad y autoestima” (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Sesgo de género</b>	“Es la tendencia a preferir o favorecer un género sobre otro. Es una forma de sesgo inconsciente o implícito que se produce cuando atribuimos determinadas actitudes y estereotipos a otra persona o grupos de personas” (UNESCO, 2022).
<b>Sexismo</b>	“Valoración asimétrica entre ser hombre o mujer, o entre lo masculino y lo femenino; generalmente se traduce en prácticas discriminatorias hacia un sexo (casi siempre las mujeres) por considerarse inferior al otro” (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Sexo</b>	“Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas que definen como varón o mujer a los seres humanos. El sexo está determinado por la naturaleza. El reconocimiento de la intersexualidad pone en jaque algunos de estos saberes que sin embargo siguen siendo útiles a la hora de las conceptualizaciones” (UNICEF, 2017).
<b>Sexo asignado al nacer</b>	“Esta idea trasciende el concepto de sexo como masculino o femenino. La asignación del sexo no es un hecho biológico innato; más bien, el sexo se asigna al nacer en base a la percepción que otros tienen sobre sus genitales. La mayoría de las personas son fácilmente clasificadas pero algunas personas no encajan en el binario mujer/hombre” (Extraído de página web “Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH” <sup>146</sup> –conceptos básicos)
<b>Sistema binario del sexo/género</b>	“Modelo social y cultural dominante en la cultura occidental que “considera que el género y el sexo abarcan dos, y sólo dos, categorías rígidas, a saber, masculino/hombre y femenino/mujer. Tal sistema o modelo excluye a aquellos que no se enmarcan dentro de las dos categorías (como las personas trans o intersex)” (Extraído de página web “Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH” <sup>147</sup> –conceptos básicos).
<b>Sororidad</b>	“Hermanidad entre mujeres. Solidaridad entre ellas bajo la lógica de que han sufrido la misma clase de discriminaciones y maltrato, por lo que supone aliarse para combatir esa situación, partiendo de lo que tienen en común. Es la contraparte del término “fraternidad”

<sup>146</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>).

Lea más: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

<sup>147</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>).

Lea más: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

	que alude a la solidaridad entre los hombres” (INMUJERES de México, 2007).
<b>Teoría de género</b>	“Tiene por herramienta central el análisis de las diferencias entre sexo y género, aunque esta diferencia abarca la concepción de cada sociedad respecto a las relaciones entre los sexos. Trata de mostrar la diversidad de formas en que se presentan las relaciones de género al interior de las distintas sociedades que conforman la civilización humana, mostrando la identidad genérica de mujeres y hombres de acuerdo con los patrones y costumbres culturales de cada una de ellas” (INMUJERES de México, 2007).
<b>Teoría Queer</b>	“La Teoría Queer rechaza la clasificación de los individuos en categorías universales como "homosexual", "heterosexual", "hombre" o "mujer", sosteniendo que éstas esconden un número enorme de variaciones culturales, ninguna de las cuales sería más fundamental o natural que las otras” (Marina et al., 2013).
<b>Trans / Persona Trans</b>	“Término paraguas utilizado para describir diferentes variantes de transgresión/transición/reafirmación de la identidad y/o expresiones de género (incluyendo personas transexuales, transgénero, travestis, drags, entre otras), cuyo denominador común es que el sexo asignado al nacer no concuerda con la identidad y/o expresiones de género de la persona” (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. CONAPRED, 2016).
<b>Transfobia</b>	“Expresión discriminatoria de rechazo, discriminación, burla y otras formas de violencia dirigida hacia personas con identidades transgénero, transexual o prácticas de travestismo” (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Transgénero</b>	“El término transgénero describe a las personas cuya identidad de género y/o expresión de género difiere del sexo biológico que les fue asignado al nacer. Transgénero es una identidad de género, no una orientación sexual y una persona transgénero puede ser heterosexual, gay, lesbiana o bisexual” (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Transexual</b>	“Condición humana por la que una persona, habiendo nacido con un sexo biológico determinado, tiene una identidad de género (sexo psicológico) distinta a la que le “corresponde”. La condición de ser transexual no depende de si se realiza o no la reasignación sexo-genérica” (Guía para la acción pública contra la homofobia. CONAPRED, 2012).
<b>Travestis / Travestismo / Personas Travestis</b>	“Personas trans que utilizan ropas “socialmente” asignadas a otro género. En Argentina este término, también, suele reconocerse desde una resignificación política en el movimiento de la diversidad sexual. Es común el uso de este término como sinónimo de personas trans sin distinguir el grado de intervención corporal”

	(Hablar de diversidad sexual y derechos humanos - Guía informativa y práctica <sup>148</sup> , 2017).
<b>Transversalización de la perspectiva de género</b>	“Estrategia política dirigida a hacer converger a todos los actores sociales hacia la búsqueda de la igualdad de género, con el uso de herramientas pensadas para el análisis y la orientación de acciones tendientes hacia esa igualdad de género” (Rodríguez Sotomayor et al., 2020).
<b>Violencia por motivos de género</b>	“La violencia por motivos de género es una práctica estructural que viola los derechos humanos y las libertades fundamentales. La violencia por motivos de género afecta gravemente a mujeres y personas LGBTI+. Se produce cuando sufren algún tipo de discriminación, agresión, hostigamiento o degradación por su identidad de género, expresión de género u orientación sexual”. Se clasifica en violencia doméstica, violencia institucional, violencia laboral, violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica, violencia mediática, violencia en el espacio público (“acoso callejero”), violencia pública-política, violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia económica, violencia simbólica (Guía de información Violencia de género: Conocé y ejercé tus derechos <sup>149</sup> , 2019).
<b>Violencia por prejuicio / Violencia basada en prejuicio</b>	“Los crímenes basados en prejuicios constituyen racionalizaciones o justificaciones de reacciones negativas, por ejemplo, reacciones negativas frente a expresiones de orientaciones sexuales o identidades de género no normativas. Tal violencia es social, local, situada y no es parte de la idiosincrasia de las personas específicas involucradas. Requiere un contexto y una complicidad social” (Extraído de página web “Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH” <sup>150</sup> –conceptos básicos).

<sup>148</sup> Publicación realizada por la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Argentina.

<sup>149</sup> Guía de Información realizada por la Dirección Nacional de Promoción y Fortalecimiento para el Acceso a la Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y el Programa Víctimas contra las Violencias, con la colaboración del Cuerpo de Abogadas y Abogados para Víctimas de Violencia de Género y de la Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ).

<sup>150</sup> Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>.  
Lea más: <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>

---

## ANEXO II

Instrumento de entrevista

PARA CONSIGNACIÓN EXCLUSIVA DE LA ENTREVISTADORA	
<i>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i>	
Fecha:	
Hora Inicio:	Hora Final:
Edad (marcar sólo un óvalo) <ul style="list-style-type: none"><li>• 18 a 34</li><li>• 35 a 54</li><li>• 55 a 74</li><li>• Más de 75</li></ul>	
Sexo/género (marca solo un óvalo) <ul style="list-style-type: none"><li>• mujer</li><li>• varón</li><li>• se percibe no binarie/o/a, indefinido/e/o/a</li><li>• prefiero no decirlo</li></ul>	
Nacionalidad:	
Tipo de establecimiento de salud en el que trabaja: Aclaración: En el caso de tener pluriempleo, responder en función del principal centro de atención donde trabaja. <ul style="list-style-type: none"><li>• público</li><li>• privado</li><li>• seguridad social</li><li>• otro</li></ul>	
Tipo de servicio o área en la que trabaja:	
Consentimiento informado: SI/NO	
Nombre entrevistada/o:	Clave:
Profesión/formación/especialidad:	
Años de experiencia en atención de EII:	

---

GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA – PERSONAL DE SALUD QUE TRABAJA CON PACIENTES CON EII

*Introducción y presentación: (para decir a la persona entrevistada antes de iniciar entrevista)*

*La presente guía de entrevista permitirá profundizar acerca de las representaciones sociales del personal de salud sobre Enfermedades Inflammatorias Intestinales desde una perspectiva de géneros y diversidad, entre los años 2023-2024 en CABA.*

*Será analizada con la finalidad de cumplir con los objetivos de investigación propuestos en el marco del Plan de la Tesis para el otorgamiento de Título de Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social de Paula Belén Rojo otorgado por la Universidad ISALUD. La entrevista tendrá una duración de aproximadamente cuarenta y cinco minutos, y como participante se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de sus datos personales y de su desempeño. Agradezco su participación y contribución a este proceso de entrevista e investigación.*

<b>GUIÓN DE ENTREVISTA PARA EL PERSONAL DE SALUD</b>
--

<b>A) CONOCIMIENTOS</b> sobre normativa y perspectiva de género y diversidad
--

A.1. ¿Consideras que tenes conocimiento sobre la normativa relacionada con los derechos de las mujeres en el contexto de la atención médica? Por ejemplo, la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673) y la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Ley 26.485), entre otras.

"-" (Ningún conocimiento): No tiene conocimientos sobre el tema.

"+" (Conocimiento limitado): Tiene un conocimiento básico o parcial sobre el tema.

"++" (Amplio conocimiento): Tiene un conocimiento extenso/ profundo sobre el tema.

A.2. ¿Consideras que el conocimiento con el que contás te permite incluir herramientas de perspectiva de género en la atención de las mujeres que asisten al servicio? ¿Tuviste alguna situación de atención a mujeres con violencia de género o alguna otra dificultad?

"-" (Ningún conocimiento): No tiene conocimientos sobre el tema.

"+" (Conocimiento limitado): Tiene un conocimiento básico o parcial sobre el tema.

"++" (Amplio conocimiento): Tiene un conocimiento extenso/ profundo sobre el tema.

A.3. ¿Consideras que tenes conocimiento sobre la normativa relacionada con los derechos de las personas de diversidades sexogenéricas (LGBTIQ+)? Por ejemplo, la Ley Nacional Nº 26.743 de Identidad de Género, o la Ley Nacional Nº 27.499 de Salud Integral para Personas Trans.

"-" (Ningún conocimiento): No tiene conocimientos sobre el tema.

"+" (Conocimiento limitado): Tiene un conocimiento básico o parcial sobre el tema.

"++" (Amplio conocimiento): Tiene un conocimiento extenso/ profundo sobre el tema.

---

A.4. ¿Consideras que el conocimiento con el que contas te permite incluir herramientas de perspectiva de diversidad sexual en la atención de disidencias sexogenéricas que asisten al servicio?

"-" (Ningún conocimiento): No tiene conocimientos sobre el tema.

"+" (Conocimiento limitado): Tiene un conocimiento básico o parcial sobre el tema.

"++" (Amplio conocimiento): Tiene un conocimiento extenso/ profundo sobre el tema.

A.5. ¿Sabes que significa LGTBIQ+? ¿Y disidencias sexo –genéricas?

B) *CAPACITACIÓN* sobre género y diversidad sexogenérica

B.1. ¿Consideras relevante y necesario capacitarse en temas de género y diversidad para mejorar la calidad y sensibilidad en la atención sanitaria?

B.2. ¿Recibiste capacitaciones sobre género y diversidad sexual en los últimos cinco años?

B.3. ¿Cómo integraste los conocimientos adquiridos en esta capacitación en tu práctica diaria en la atención de mujeres y disidencias sexogenéricas?

B.4. ¿Has buscado o recibido institucionalmente capacitaciones en alguno de estos temas?

C) *Atención sanitaria con un enfoque en ACCESIBILIDAD, INCLUSIÓN, CAPACIDAD DE RESPUESTA y CALIDAD DE LA ATENCIÓN*

C.1. Debido a la naturaleza poco frecuente de la EII ¿Consideras que los pacientes con esta patología enfrentan dificultades adicionales que generan una trayectoria o "peregrinación" por los servicios de salud, que afecta la capacidad de respuesta y la calidad de la atención sanitaria? Tener en cuenta diagnóstico preciso, acceso a la atención médica, tratamiento adecuado, costos, conocimiento de la patología, vergüenza y pudor asociada a los síntomas.

C.2. En caso afirmativo, ¿cuál / cuáles son las barreras que consideras que afectan la capacidad de respuesta y la calidad de la atención brindada a estos pacientes? ¿Qué pensás que se podría realizar para mejorar esta problemática?

C.3. Además de las diferencias biológicas y fisiológicas, ¿Has observado diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a cómo experimentan el proceso de la EII y en la forma en que reciben atención sanitaria? Si la respuesta es sí y crees que hay una mayor desventaja para las mujeres, continúa con la pregunta 13. Si la respuesta es no, continúa con la pregunta 14.

C.4. ¿Qué desafíos adicionales enfrentan las mujeres, en términos de acceso a la atención médica para EII? Puede considerar barreras socioeconómicas, culturales, geográficas y la conciliación con otras responsabilidades como el cuidado familiar o laboral.

---

C.5. ¿Cuáles son los desafíos adicionales que enfrentan las personas de diversidades sexogenéricas en términos de la experiencia del proceso de la EII, acceso a la atención sanitaria y la calidad de esta? Puede considerar barreras sociales, culturales, discriminación, sesgos, prejuicios, violencia, falta de comprensión, falta de servicios especializados y apoyo social, económico o familiar.

C.6. Durante la atención de mujeres y personas de diversidades sexuales con EII, ¿Has identificado alguna necesidad específica que requiera una atención diferenciada y/o alguna información adicional que consideres importante recopilar para garantizar una atención integral, inclusiva y respetuosa?

C.7. Durante la atención médica ¿Qué consideraciones tienes en cuenta al comunicarte, tomar datos y completar la historia clínica de pacientes con EII que pertenecen a diversidades sexuales?

C.8. En la atención médica para EII ¿Se abordan adecuadamente las temáticas relacionadas con la vida sexo-afectiva, sin presumir automáticamente una orientación heterosexual?

C.9. ¿Crees que los desafíos asociados a vivir con la EII se ven agravados para las personas en situación de vulnerabilidad, pobreza, discapacidad, baja alfabetización, trabajo informal, o que residan en regiones alejadas a grandes centros urbanos del país? ¿Podrías compartir alguna experiencia específica que hayas presenciado o conocido relacionada con esta situación?

C.10. ¿Consideras que es relevante actuar en los servicios de salud con perspectiva de género y diversidad? En su caso, ¿por qué?

C.11. ¿Encontrás algún tipo de relación entre el trato respetuoso (o libre de discriminación) a las personas y la calidad de la atención que se brinda en los servicios de salud para personas con EII?

**MUCHAS GRACIAS POR TU TIEMPO Y TESTIMONIO. ES MUY IMPORTANTE PARA MI TRABAJO**

### **ANEXO III**



CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ESTIMADA/O:

---

El presente cuestionario ha sido elaborado por una alumna de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad ISALUD con fines académicos, para obtener información y realizar la investigación que lleva por nombre: *“Representaciones sociales del personal de salud sobre Enfermedades Inflammatorias Intestinales desde una perspectiva de géneros y diversidad (CABA, 2023-2024)”* la cual permitirá realizar el presente estudio y posibilitará dar a conocer la realidad de las personas con EII, mejorando su calidad de vida, por lo que apreciamos su valiosa colaboración.

Esta es una investigación sin riesgo debido a que solo se recopilan datos de manera estrictamente confidencial. Las únicas personas que tendrán acceso a ésta información son la autora y su directora de tesis, manteniendo siempre el anonimato de los participantes. Cabe señalar que esta es una investigación sin fines de lucro, únicamente será utilizada para los fines ya establecidos.

Es importante destacar que los resultados obtenidos no tendrán ninguna repercusión laboral y serán dados a conocer mediante una publicación, ya que se realizará una propuesta de intervenciones específicas para mejorar la calidad de vida de las personas con EII.

En caso de aceptar ser partícipe de esta investigación marca con una “X” el cuadro correspondiente, en caso contrario devuelva este cuestionario a la persona responsable.

SI

NO

---

FIRMA DEL PARTICIPANTE  
ENTREVISTADORA

---

FIRMA DE LA

FECHA:

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO IV

En las siguientes tablas se presentan las respuestas de las 14 personas entrevistadas, utilizando una escala donde "+" indica una respuesta positiva, mientras que "-" indica una respuesta negativa o falta de información.

En el ítem de género, se completa "M" para mujer, "V" para varón, "NB" o "I" si se percibe como no binario o indefinido, respectivamente, y "PND" si prefiere no decirlo. Los resultados de cada pregunta se resumen de la siguiente manera:

**Tabla 4.** Conocimientos sobre normativa, perspectiva de género y diversidad sexogenérica.

La escala de Likert utilizada fue la siguiente:

"-" (Ningún conocimiento): La persona no tiene conocimientos sobre el tema.

"+" (Conocimiento limitado): La persona tiene un conocimiento básico o parcial sobre el tema.

"++" (Amplio conocimiento): La persona tiene un conocimiento extenso o profundo sobre el tema.

Clave	Profesión/ formación/ especialidad	Sexo/ Género	Tipo de establecimiento de salud en el que trabaja	Normativa sobre derechos de las mujeres	Perspectiva de género en la atención de mujeres	Normativa sobre derechos de personas LGBTIQ+	Perspectiva de diversidad sexual en la atención	Conocimiento sobre término LGBTIQ+ / disidencias sexo-genérica s
P1	Odontóloga	M	Público y privado	+	-	+	+	+ / -
P2	Psicóloga	M	Público, junta de discapacidad	++	++	-	-	++ / -
P3	Psicóloga	M	Privado	-	+	++	++	++ / ++
P4	Psiquiatra en salud digestiva	V	Privado, pero estuvo años en publico	+	+	+	-	++ / -
P5	Farmacéutica	M	Privado	+	-	+	+	+ / -
P6	Oftalmólogo	V	Público y privado	+	-	-	-	+ / -
P7	Gastroenteróloga	M	Privado, pero estuvo años en publico	+	-	-	-	- / -
P8	Bioquímico	V	Público y privado	-	-	+	+	++ / -
P9	Licenciada en trabajo social	M	Público, junta de discapacidad	+	+	+	-	+ / -
P10	Nutricionista	M	Público y privado	-	-	-	-	- / -
P11	Proctólogo	V	Público y privado	+	-	+	+	+ / -
P12	Enfermero	V	Privado	-	-	-	-	- / -
P13	Secretaria	M	Privado	+	-	-	-	- / -
P14	Gastroenteróloga	M	Público y privado	-	-	-	-	- / -

**Tabla 5.** Capacitación sobre género y diversidad sexogenérica

Clave	Edad	Sexo/ Género	Profesión/ formación/ especialidad	Tipo de establecimiento de salud en el que trabaja	Importancia de la Capacitación en Género y Diversidad	Capacitaciones recibidas en los últimos 5 años	Integración en práctica diaria	Capacitaciones buscadas
P1	34	M	Odontóloga	Privado	Si	No	Si	No
P2	36	M	Psicóloga	Público, junta de discapacidad	Si	Si	Si	Si
P3	30	M	Psicóloga	Privado	Si	Si	Si	Si
P4	47	V	Psiquiatra en salud digestiva	Privado, pero estuvo años en publico	Si	No	Si	No
P5	37	M	Farmacéutica	Privado	Si	No	No	Si
P6	28	V	Oftalmólogo	Público y privado	Si	Si	No	No
P7	36	M	Gastroenteróloga	Privado, pero estuvo años en publico	Si	Si	No	No
P8	38	V	Bioquímico	Público y privado	Si	No	Si	No
P9	45	M	Licenciada en trabajo social	Público, junta de discapacidad	Si	Si	Si	No
P10	50	M	Nutricionista	Público y privado	Si	No	No	No
P11	55	V	Proctólogo	Público y privado	Si	No	Si	No
P12	60	V	Enfermero	Privado	Si	No	No	No
P13	58	M	Secretaria	Privado	Si	No	No	No
P14	60	M	Gastroenteróloga	Público y privado	Si	No	No	No

**Tabla 6.** Trayectoria de atención en EII y dificultades asociadas

Clave	Edad	Género	Profesión/ formación/ especialidad	Tipo de establecimiento de salud en el que trabaja	Trayectoria de atención en EII y dificultades asociadas	Barreras y mejoras en la atención a pacientes con EII
P1	34	M	Odontóloga	Privado	Si	Si
P2	36	M	Psicóloga	Público, junta de discapacidad	Si	Si
P3	30	M	Psicóloga	Privado	Si	Si
P4	47	V	Psiquiatra en salud digestiva	Privado, pero estuvo años en publico	Si	Si
P5	37	M	Farmacéutica	Privado	Si	Si
P6	28	V	Oftalmólogo	Público y privado	Si	Si
P7	36	M	Gastroenteróloga	Privado, pero estuvo años en publico	Si	Si
P8	38	V	Bioquímico	Público y privado	Si	Si
P9	45	M	Licenciada en trabajo social	Público, junta de discapacidad	Si	Si
P10	50	M	Nutricionista	Público y privado	Si	Si

P11	55	V	Proctólogo	Público y privado	Si	Si
P12	60	V	Enfermero	Privado	Si	Si
P13	58	M	Secretaria	Privado	Si	Si
P14	60	M	Gastroenteróloga	Público y privado	Si	Si

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

Aspectos	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Conteo de +
Conocimiento y formación sobre la patología	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	14
Diagnóstico preciso y tratamiento adecuado	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	14
Accesibilidad:															
-Económica,	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	12
-Cobertura médica,	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	12
-Burocrática,	-	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	11
-Física,		+	+	+	-	-	+	-	+	-	+	+	+		8
-Geográfica,	+	+	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	+	+	7
-Cultural,	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	3
Vergüenza y pudor asociada a los síntomas	-	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	-	+	9
Estigma social /discriminación asociado a la enfermedad	-	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	5
Apoyo emocional	-	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+	7
Investigación y Desarrollo de Tratamientos	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Enfoque Multidisciplinario	-	+	+	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	5
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**Tabla 8.** Detección de diferencias de género en la experiencia y atención de la EII

Clave	Edad	Género	Profesión/ formación/ especialidad	Tipo de establecimiento de salud en el que trabaja	Diferencias de Género en la Experiencia y Atención de la EII	Género que enfrenta desafíos adicionales relacionados a la EII
P1	34	M	Odontóloga	Privado	Si	Femenino
P2	36	M	Psicóloga	Público, junta de discapacidad	Si	Femenino
P3	30	M	Psicóloga	Privado	Si	Femenino
P4	47	V	Psiquiatra en salud digestiva	Privado, pero estuvo años en publico	Si	Femenino
P5	37	M	Farmacéutica	Privado	Si	Femenino

P6	28	V	Oftalmólogo	Público y privado	Si	Femenino
P7	36	M	Gastroenteróloga	Privado, pero estuvo años en publico	Si	Masculino
P8	38	V	Bioquímico	Público y privado	Si	Femenino
P9	45	M	Licenciada en trabajo social	Público, junta de discapacidad	Si	Femenino
P10	50	M	Nutricionista	Público y privado	Si	Femenino
P11	55	V	Proctólogo	Público y privado	Si	Femenino
P12	60	V	Enfermero	Privado	Si	Femenino
P13	58	M	Secretaria	Privado	Si	Femenino
P14	60	M	Gastroenteróloga	Público y privado	No	N/A

**Tabla 9.** Desafíos adicionales para las mujeres en el manejo de la EII y el acceso a la atención sanitaria de calidad

Como se mencionó previamente, 2 personas (P7 y P14), ambas gastroenterólogas, no consideran que existan diferencias significativas entre géneros o creen que la EII afecta más a los hombres. Por esta razón, no aportaron datos en este eje y no se analizan en el presente apartado, siendo sombreadas en el cuadro.

Para organizar estas respuestas, se utilizó el símbolo "+" para indicar una barrera mencionada como significativa y el símbolo "-" para indicar una barrera menos relevante o que no fue mencionada por la persona entrevistada. Los aspectos mencionados fueron:

Aspectos	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Conteo de +
Equilibrio entre cuidado familiar y responsabilidades laborales	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+		12
Impacto en la salud reproductiva	-	+	+	+	-	-		-	+	+	+	+	-		7
Presiones sociales/culturales	-	+	+		+	-		-	+	-	-	+	-		5
Relaciones sexoafectivas	-	+	+		+	-		-	+	-	-	+	-		5
Carga emocional y psicológica	-	+	+	+	+	-		-		-	-	-	-		4
Desventajas socioeconómicas	+	+	-	-	-	-		-	+	-	-	-	-		3
Violencia de Género	-	+	-	+	-	-		-	+	-	-	-	-		3
Factores hormonales	-	-	-	+	-	-		+		-	-	-	-		2
Barreras Geográficas	-	-	-	-	-	-		-		-	+	-	-		1

**Tabla 10.** Desafíos adicionales para las personas de diversidades sexogenéricas en el manejo de la EII y el acceso a la atención sanitaria de calidad

<b>Aspectos</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>	<b>P11</b>	<b>P12</b>	<b>P13</b>	<b>P14</b>	<b>Conteo de +</b>
Discriminación, sesgos, prejuicios, estigma y violencia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	<b>14</b>
Falta de capacitación de personal sanitario	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	<b>14</b>
Apoyo social, Económico y Familiar	+	+	+	+	+	-	-	-	+	-	+	+	-	-	<b>8</b>
Desafíos Psicológicos y Emocionales	+	-	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	<b>5</b>
Desafíos en la investigación y representación	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>3</b>

---

## ANEXO IV

### GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE:

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

Lugar: \_\_\_\_\_

Escena: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora inicio: \_\_\_\_\_ Hora fin: \_\_\_\_\_

Código registro gráfico/audiovisual: \_\_\_\_\_

#### 1. Descripción general

Ítem observado	Sí	No	No fue observado
Infraestructura general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribución de espacios de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribución de consultorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribución de áreas de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rampa de acceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascensor disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espacios adaptados en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baños adaptados para personas ostomizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de baños accesibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## 2. Uso del tiempo

Ítem observado	Sí	No	No fue observado
Apertura en horario programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cierre en horario programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumplimiento de agenda diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duración adecuada de consultas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo dedicado a cuestiones de salud sexual y de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.1 Relación administrativo–usuario

Ítem observado	Sí	No	No fue observado
Uso del nombre del usuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentación del personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silencio respetuoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escucha activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empatía en la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claridad en normas/procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenguaje inclusivo en la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interacción respetuosa con diversidad sexogenérica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Planillas o formularios que permiten autocompletar identidad de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### 3.2 Relación profesional–administrativo

Ítem observado	Sí	No	No fue observado
Respeto y cordialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolución de conflictos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestión de tensiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación activa del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusión de perspectiva de género en decisiones organizativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.3 Interacción entre pacientes

Ítem observado	Sí	No	No fue observado
Apoyo mutuo en sala de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación entre usuarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompañamiento entre usuarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversidad en las interacciones (género/orientación sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4.1 Inicio de la consulta

Ítem observado	Sí	No	No fue observado
----------------	----	----	------------------

---

Presentación y saludo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisión de historia clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de insumos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apertura para abordar salud sexual y afectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4.2 Desarrollo

Ítem observado	Sí	No	No fue observado
Aplicación de protocolos de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de normativas de atención inclusive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificación de comprensión del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abordaje de la orientación sexual o identidad de género si es relevante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de lenguaje inclusivo durante toda la consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación de impacto de la EII en la vida sexual y afectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4.3 Cierre

Ítem observado	Sí	No	No fue observado
Recapitulación de la consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Plan de seguimiento elaborado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cita o estudios programados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro de temas de género/sexualidad si fueron abordados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Notas de campo y croquis

Registro libre de observaciones relevantes:

(Utilizar este espacio para describir situaciones, gestos, silencios, interacciones no verbales, contradicciones, resistencias o prácticas ejemplares observadas durante la atención. Puede incluir un croquis del espacio si aporta a la comprensión de la dinámica observada).