

Ley Micaela

Salud pública en clave de género



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Jefa Unidad Gabinete de Asesores

Sonia Gabriela Tarragona

Directora de Géneros y Diversidad

Candela Cabrera

CRÉDITOS

Abril 2022

Coordinación general: Martina Violeta Prina.

Elaboración de contenidos*: Martina Violeta Prina, Catalina González del Cerro, Morena Díaz, Sofía Victoria Rodríguez, Luciana Mignoli, Alicia Comas, Gabriela Cancellaro, Lucila Rodríguez Martín, Mailen Burgos, Florencia Couto, Irina Alejandra Perl.

Diseño: Silvina Tarragona, Solange Coste.

Corrección de estilo: Fran Castignani

Se agradece a: Gabriela Bauer (DiSaPeNi, MSAL), Mariano Lozza (Consultorio Amigable de Chilcoy - CACH), Micaela Navill (Dirección de Derechos Humanos, Géneros y Diversidad, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas) y Silvana Palestrini (Coordinación de Géneros y Diversidad Sexual, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas).

*En base a los contenidos mínimos establecidos por el Formador de replicadoras y replicadores Ley Micaela 2020 del Ministerio de Mujeres Géneros y Diversidad.





Índice

Prólogo.....	[03]
Clase virtual 1. Perspectiva de género, salud y derechos	[05]
Clase virtual 2. Diversidad, salud y derechos.....	[31]
Clase virtual 3. Violencias por motivos de género como problema social y de salud.....	[57]





Prólogo

Este material representa un recurso pedagógico para la implementación de la Ley Micaela en el ámbito de la salud. Se trata de las clases de la capacitación titulada “Ley Micaela: Salud pública en clave de género”, diseñadas por la Dirección de Géneros y Diversidad para dar cumplimiento, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, a la Ley N° 27.499 de capacitación obligatoria en la temática de género y violencias contra las mujeres y LGBTI+ para todas las personas que integran los tres poderes del Estado.

Tres clases componen el curso: 1. “Perspectiva de género, salud y derechos, 2. “Diversidad, salud y derechos” y 3. “Violencias por motivos de género como problema social y de salud”. Para su elaboración se contemplaron los contenidos establecidos por el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad, organismo rector de la Ley. En cada una de las clases se aborda el marco normativo nacional e internacional en materia de derechos de mujeres y LGBTI+, se recorren las trayectorias y demandas de los movimientos de mujeres, feminismos y diversidades y se desarrollan conceptos claves en relación a las perspectivas de género y diversidad. Asimismo, se hace hincapié en





experiencias situadas y en las políticas públicas que reflejan la transversalización de tales perspectivas en el campo de la salud.

Cada clase cuenta con recursos múltiples como imágenes, materiales oficiales, audiovisuales, bibliografía ampliatoria, testimonios de experiencias colectivas vinculadas a la temática y una videoconferencia elaborada específicamente para este curso, que trabaja el cruce entre perspectiva de género y diversidad y ámbito sanitario.

Este material es parte de un proceso pedagógico más amplio. Se articula con la realización de actividades, la participación en instancias colectivas de intercambio y aprendizaje. Sin embargo, decidimos ponerlo a disposición porque consideramos que tiene un valor en sí mismo y que representa una oportunidad para dialogar con otras experiencias, para iniciar o continuar profundizando el intercambio con otrxs actorxs e instituciones que están trabajando estas temáticas. Esperamos que resulte de utilidad para el desarrollo de procesos de aprendizaje semejantes, y que aporte herramientas para el desempeño en la función pública cotidiana.

¿Qué implica pensar la salud pública en clave de género? ¿Qué significa pensar la perspectiva de género y diversidad en clave de una salud integral? Son preguntas que guían e interpelan estas páginas de modo permanente. Vamos construyendo estos interrogantes en cada instancia del proceso pedagógico, y apostamos a seguir profundizándolos con esta publicación.

Entendemos esta experiencia de implementación de la Ley Micaela como una llave, es decir, como parte del desarrollo de una trama que nos permita tejer alianzas entre experiencias formativas desde la perspectiva de géneros y diversidad. Como espacio y posibilidad para transformarnos, y hacer de la obligatoriedad de la ley un tránsito hacia los deseos compartidos de construir vínculos más saludables, igualitarios y libres de violencias.



[CLASE VIRTUAL]

1

Perspectiva de género, salud y derechos

Comenzamos el recorrido...

Les damos la bienvenida a la *Clase 1* del **Curso virtual “Ley Micaela: Salud Pública en clave de Género”**. Este curso se enmarca en la [Ley N° 27.499](#), que lleva el nombre de Micaela García y establece en su artículo 1° “la capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que se desempeñen en la función pública en todos sus niveles y jerarquías en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación”.

Las próximas páginas se organizan en tres partes y buscan explorar los siguientes temas y preguntas:

Contexto sociohistórico y marco normativo: ¿De qué se trata la Ley Micaela? ¿En cuáles procesos sociales y políticos se enmarca esta formación? ¿Con cuáles normativas nacionales e internacionales contamos?

Conceptos fundamentales: ¿Qué es la perspectiva de género? ¿Qué son y cómo nos atraviesan los estereotipos y roles de género? ¿Qué es el sistema cis-hetero-patriarcal? ¿A qué nos referimos cuando hablamos de violencias y desigualdades por motivos de género?

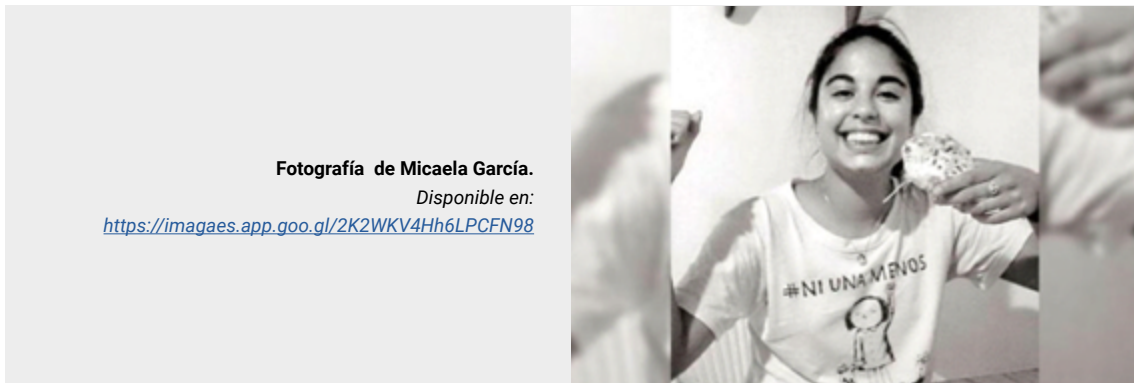


Desigualdades de género, políticas transversales y salud pública: ¿Por qué razón quienes trabajamos en el Ministerio de Salud debemos conocer las desigualdades históricas y también las políticas que buscan subsanarlas? ¿Cómo se expresan esas desigualdades en la vida cotidiana, en el ámbito laboral, en el sistema de salud? ¿Cómo transversalizar la perspectiva de género en las políticas públicas de salud?

CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO Y MARCO NORMATIVO

Micaela García y la ley que lleva su nombre

Micaela García era una mujer joven de 21 años, estudiante y militante del “Movimiento Evita” y del movimiento “Ni Una Menos”. El 1° de abril de 2017, fue víctima de secuestro, violación y femicidio en la ciudad de Gualeguay, provincia de Entre Ríos.



El responsable del femicidio, Sebastián Wagner, había sido condenado a nueve años de prisión por haber violado a dos mujeres en 2010 y había quedado absuelto de una tercera causa. En 2016, un juez de Ejecución Penal dispuso su libertad condicional, desoyendo los informes emitidos por el Servicio Penitenciario que desaconsejaban esa decisión y advertían de la peligrosidad de la misma. Mientras dicho agresor gozaba del beneficio de libertad condicional, llevó a cabo la violación seguida de femicidio de Micaela.



Les compartimos el corto **Micaela, tu sonrisa como bandera**, realizado por la *Dirección de Igualdad, del Departamento de Géneros y Diversidad Sexual de la Cámara de Diputados*, que nos acerca a Micaela a partir de testimonios de familiares, amigas, compañeras.

El caso de Micaela no fue un hecho aislado sino que se inscribe en los múltiples hechos de violencias por motivos de género los cuales, en su expresión más extrema, elevan las estadísticas **a un femicidio cada 30 horas**. La conmoción social y la violencia institucional que develó, en el marco de las movilizaciones frente a las violencias por motivos de género, del movimiento “Ni una menos” y de debates emergentes como producto de las luchas sociales de los movimientos de mujeres y feminismos, dieron fuerza a demandas históricas que exigían reconfiguraciones con fuerte dimensión institucional. La muerte de Micaela fue percibida como un hecho evitable, que puso de manifiesto la necesidad de sensibilizar y de formar agentes del Estado de todos los poderes y niveles jerárquicos.

En este contexto, en diciembre de 2018, se sancionó la Ley N° 27.499, **Ley Micaela de capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado**. La misma forma parte de un proceso integral de cambios sociales y culturales, los cuales se han ido plasmando en el diseño de leyes y normas nacionales, que a su vez responden a los compromisos internacionales que Argentina ha asumido en el campo de los Derechos Humanos.



Les invitamos a recorrer esta **LÍNEA DE TIEMPO*** en la que figuran **hitos y avances jurídicos** en los cuales se inscribe esta normativa, que apuntan a la erradicación de las violencias por motivos de género, a la garantía de derechos y a la promoción de autonomía de las mujeres y personas LGBTI+.

*Recurso Línea de Tiempo audiovisual Clase ABC Ley Micaela: ¿Quién era Micaela García? Recorrido histórico y marco normativo [Audiovisual]. Ministerio de las Mujeres Género y Diversidad de la Nación-Dirección de Capacitación del Sector Público en Género y Diversidad (2020).



Con la implementación de la Ley Micaela se busca **transversalizar la perspectiva de género** en el diseño e implementación de las políticas públicas de cada sector, y en los ámbitos cotidianos laborales de los tres poderes del Estado, para prevenir y promover la adecuada intervención frente a situaciones de violencias por motivos de género, y para tender a la **erradicación de las violencias**, así como a la promoción de vínculos y prácticas igualitarias. Para ello, resulta fundamental **visibilizar y problematizar las desigualdades entre los géneros**, ya que **los femicidios son la punta del iceberg** de relaciones de poder y violencias que se entraman en la cotidianeidad de la vida social.

Marco normativo nacional e internacional

A continuación destacaremos diferentes instrumentos jurídicos internacionales, regionales y nacionales que reconocen las violencias por motivos de género como una problemática central, y establecen la disposición de recursos para el diseño de estrategias, acciones de protección, reparación, sensibilización y programas de capacitación destinados a toda la comunidad y agentes gubernamentales en particular.





Entre estos instrumentos se destaca la [Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer](#) (CEDAW), adoptada por las Naciones Unidas en el año 1979 y luego incorporada a la Constitución Nacional en el año 1994 con jerarquía constitucional. Esta convención refiere al hecho de que la violencia se inscribe dentro de las formas de discriminación por motivos de género y está basada en relaciones desiguales de poder.

La CEDAW define la discriminación contra la mujer como **“toda distinción, exclusión o restricción** basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado **menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer**, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera” (Art. 1°). Los Estados Partes se comprometen a **tomar todas las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta asociados al género**, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en funciones estereotipadas (Art. 5°).

Dentro de la normativa regional, sobresale la [Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer](#) (conocida también como Convención de Belem do Pará), adoptada por la Organización de los Estados Americanos en 1994 y aprobada por la Argentina en 1996.

La Convención de Belem do Para afirma que “la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”. Define violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Art. 1°).

Asimismo, cabe destacar los [Principios de Yogyakarta](#) —elaborados en 2006 por un Comité de expertos/as a pedido de la entonces Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Louise Arbour— los cuales subrayan que: “Todas las personas tienen derecho al disfrute de todos los derechos humanos, **sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género**” (Principio 2).

La [Convención sobre los Derechos de los Niños](#), sancionada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1989, establece que las niñas por su estatus particular, requieren de una protección especial a través de derechos. La convención refiere a la no discriminación, el ser escuchado/a/e, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo como principios fundamentales. Además, marca un hito en la institucionalización del **paradigma de protección integral** y en el reconocimiento de las niñas como sujetos de derechos.

En el año 2009 el Estado Argentino sanciona la [Ley N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los](#)

[ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales](#), que se enmarca en las convenciones antes citadas. La vigente ley refleja un cambio de paradigma con respecto a la Ley N° 24.417, de “Protección contra la Violencia Familiar”, ampliando la concepción de las violencias no sólo como algo individual y sólo del ámbito doméstico, sino como una problemática social vinculada a las desigualdades de género.

La [Ley N° 26.743 de Identidad de Género \(2012\)](#) garantiza a toda persona el reconocimiento de su identidad de género autopercebida, entendida esta como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo” (Art. 2). Las disposiciones de esta normativa “proyectan sus efectos en todas las medidas que se impulsen para prevenir, erradicar y reparar las violencias por motivos de género”¹. Nos detendremos en esta ley en la *Clase 2: Diversidad, salud y derechos*.

En la *Clase 3: Violencias por motivos de género como problema social y de salud*, profundizaremos en el cambio de paradigma del abordaje de las violencias por motivos de género que se ha ido plasmando en estas normativas, así como en otras leyes vinculadas a la temática y en las políticas públicas que de ellas se desprenden. Pero antes, nos parece importante detenernos en algunos conceptos que resultan útiles para comprender las causas estructurales de las violencias y desigualdades de género.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

¿Qué es la perspectiva de género?

Se trata de una forma de mirar la realidad que permite identificar y principalmente cuestionar las relaciones que se construyen entre las personas a partir del género.

1. Así lo plantea el Plan Nacional de Acción contra las Violencias 2020-2022 impulsado desde el Ministerio de Mujeres Géneros y Diversidad (pág. 27).



Es decir, a partir de características, sentimientos, creencias y actitudes que las personas adoptan a lo largo de la vida y que históricamente fueron agrupadas en dos opciones presentadas como las únicas válidas: masculino y femenino.

Decimos que la perspectiva de género es constructivista, pues nos permite entender que esa forma de clasificar y agrupar características, es resultado de procesos socio-culturales y no se desprende necesariamente de un orden natural dado ni de los rasgos anatómicos. También se trata de una perspectiva crítica, que busca **visibilizar y problematizar las relaciones de poder que se han instituido históricamente entre los géneros** y cuya reiteración produce cotidianamente condiciones de desigualdad que pone en **desventaja a las feminidades y a otras identidades y expresiones de género** con respecto de la masculinidad hegemónica.

A veces se asocia erróneamente “género” a las cuestiones o problemáticas de las mujeres, pero no se trata de algo que se acote a un grupo o sector social, sino que **el concepto de género se refiere a relaciones sociales, de las que somos parte todas las personas.**

¿Por qué decimos que el género es una construcción social?

En nuestra sociedad, cuando nacemos se determina nuestro sexo en función de los genitales que se observan. Esta clasificación suele ser binaria: vulva y vagina define sexo femenino, pene y testículos indica sexo masculino. A esto lo llamamos **binarismo sexual o de género**, ya que se plantean únicamente dos posibilidades, que se construyen relacionamente y por oposición: se presuponen únicamente **dos modelos de cuerpos**, donde cada uno se corresponde directamente con **un modo de vivenciar el género y de expresarlo: varón cis o mujer cis.**



Se les llama personas CIS a aquellas que se identifican con el género asignado al nacer. Y se usa el término TRANS para referirse a las personas que se identifican con un género diferente al asignado. Al presupuesto o naturalización de que el género de las personas se corresponde linealmente con el sexo asignado al nacer se le llama **cis-xismo o cis-normatividad**.

Pero esta clasificación binaria no es natural. La relación entre genitalidad y comportamientos, gustos, características asociadas a un género ha cambiado a lo largo de la historia y varía en distintos contextos y culturas. Aprendemos a ser y comportarnos de acuerdo al género asignado, a partir de una serie de concepciones y normas que están naturalizadas. El género es una dimensión estructural del proceso de socialización que nos va formando como personas, y en el cual intervienen diferentes instituciones (familia, escuela, comunidad étnica, religión, medios de comunicación, Estado, sistema de salud, etc.).

Los **estereotipos de género** juegan un papel central en el proceso de socialización, en la construcción de expectativas, representaciones y mandatos sociales, y actúan como un factor de presión social. Delimitan **roles y formas de actuar** establecidas culturalmente como “apropiadas”, que se espera que las personas desempeñen según el género asignado.



Tira cómica de Mafalda, Quino.

Disponible en: <https://stryptor.herokuapp.com/mafalda/06-129>





Tira cómica de La Cope.

Disponible en: <https://www.lacopecope.com/>

Por estereotipos de género nos referimos a **ideas simplificadas, generalizadas y estáticas** sobre las características que las personas tienen o deberían tener según el género asignado al nacer. Atributos relacionados con lo emocional, la debilidad, roles de cuidado y protección de las niñas y personas mayores, se asocian con “lo femenino”. Mientras que se espera que los varones sean fuertes, dominantes, agresivos, desafiantes. Esos estereotipos y roles se enseñan desde la niñez. Por ejemplo, cuando se estimula que las niñas jueguen con muñecas, a “la cocinita”, a cuidar bebés, a ser princesas; en cambio, se promueve que los varones jueguen a la pelota, se identifiquen con superhéroes, y así podemos pensar múltiples situaciones de las distintas etapas vitales y ámbitos de la sociedad. ¿Qué otros ejemplos se nos ocurren? Podemos pensar en cómo se muestra a varones y mujeres en las publicidades, en los roles que ocupamos en nuestra casa, familia, en el trabajo o en un grupo de personas que son amigas... ¿Qué pasa cuando no nos identificamos con esos estereotipos y roles? ¿Algo de esos mandatos está transformándose? ¿Por qué?

Cuando la diferencia se transforma en desigualdad

La filósofa feminista Diana Maffia plantea que los estereotipos culturales acerca de lo femenino y lo masculino están asociados a **dicotomías**, es decir, a pares de conceptos opuestos y exhaustivos que han dominado el pensamiento occidental y siguen condicionando nuestra manera de entender la realidad,



como si existieran ámbitos completamente separados que se excluyen mutuamente y por fuera de los cuales no hay nada:



La primera columna está asociada a las características de lo masculino y la segunda a aquellas que se vinculan a lo femenino. Y no se trata sólo de **calidades opuestas** sino que también están **jerarquizadas**. Las que se le atribuyen tradicionalmente a los varones se consideran superiores a su par opuesto: lo objetivo es más válido que lo subjetivo, la razón prima por sobre las emociones, la vida pública es más relevante que la privada, la mente gobierna el cuerpo y así sucesivamente.

Podemos notar cómo los roles y estereotipos de género que nombramos anteriormente o que conocemos, se asocian con estas dicotomías y que no sólo delimitan meras diferencias, sino que **refuerzan y reproducen relaciones de poder desiguales y opresivas**, pues tienden a valorarse como superiores los atributos asociados a **lo masculino por sobre lo femenino, y se cuestionan o discriminan aquellas prácticas, expresiones, comportamientos, subjetividades que no se “ajustan” a esos mandatos.**

Sistema cis-hetero-patriarcal

La activista y teórica norteamericana Gayle Rubin se refiere al **sistema sexo/género** para explicar la manera en que las sociedades organizan culturalmente la sexualidad y la reproducción humana. Esta organización puede o no estar jerarquizada y puede generar desigualdades en caso de establecer jerarquías. El **sistema sexo-genérico que estructura nuestra sociedad es patriarcal, cisexista y heteronormativo**.

El **patriarcado** es un sistema milenario que estructura la **desigualdad entre los géneros**, y lo hace de manera regulada y sistemática. Esa desigualdad tiene como causa principal la **jerarquía masculina por sobre los demás géneros**. Un ejemplo concreto de las marcas históricas de esta predominancia es la institucionalización del apellido paterno como central en nuestros nombres.

El **androcentrismo** (andros: hombre en griego) es la visión del mundo que concibe a lo masculino como la medida de todas las cosas y la representación global de la humanidad. Ejemplos de ello son el uso del masculino en **el lenguaje** para referirse a todas las personas, los **parámetros biomédicos** que toman al cuerpo masculino como universal, la **Historia** narrada desde acciones, perspectivas y figuras masculinas. El concepto de androcentrismo suele hacer referencia a un modelo único de varón: blanco, heterosexual, occidental, de clase media, sin discapacidad.



El hombre de Vitruvio de Leonardo da Vinci.

Disponible en: <https://medium.com/@proyectocreatublogudvg/el-hombre-de-vitruvio-d2843f05cd40>



Más arriba vimos que la cisnormatividad o cissexismo supone una relación lineal y binaria entre sexo y género. La **heterosexualidad obligatoria** o **heteronormatividad** implica considerar como normales a las relaciones heterosexuales, reduciendo la sexualidad al coito y a la reproducción, patologizando o negando la homosexualidad y otras posibles formas de relacionarse sexo-afectivamente.

Rubin y otras teóricas feministas de distintas disciplinas sociales, han dado cuenta de la existencia de diferentes formas de organizar los géneros y las sexualidades, en distintos momentos de la historia y en culturas diferentes. Es decir que **el patriarcado**, si bien es un sistema antiguo y naturalizado, **no ha existido siempre y por lo tanto, puede dejar de existir, puede transformarse.**

Masculinidad hegemónica y maternidad obligatoria como pilares del patriarcado

El ejercicio y construcción de la **masculinidad hegemónica** es la base para la desigualdad y la violencia hacia otros géneros. Se sostiene en un **deber pertenecer** al que nadie puede responder al 100%, pero a la vez se sigue reproduciendo como **ideal**. Esta masculinidad es medida a través del cumplimiento de determinados **mandatos**:

- **Ser proveedor** (Principal fuente de ingresos en su familia)
- **Ser protector / valiente / fuerte** (Especialmente respecto de las mujeres y niñeces)
- **Ser independiente** (Autonomía física, económica, emocional en la toma de decisiones, etc.)
- **Ser potente / viril**
- **Ser cisheterosexual**
- **Ser procreador** (Padre de familia)

Es una forma de ejercer la masculinidad que apela a **NO SER**, es decir, para ser un varón hegemónico no se debe tener rasgos femeninos, ni infantiles, ni homosexuales. Hay una superioridad por sobre las mujeres, los varones “menos masculinos” o “no hegemónicos”, y cualquier otra identidad considerada subalterna. Les proponemos leer la [entrevista de Diario Digital Femenino a la antropóloga Rita Segato](#), en donde explica la relación entre masculinidad hegemónica y violencia.

La **maternidad obligatoria** es un **mandato social** que impone a las mujeres cis el ser madres más allá de sus propios deseos. Según esta idea, deben ser madres para ser “realmente mujeres” y sentirse realizadas. Se confunde el ser mujer con el ser madre, como si fueran términos intercambiables entre sí.

Se considera “**natural**” que la mujer sea madre, porque el prototipo propuesto posee la capacidad de gestar. Además, se asume que un “**instinto maternal**” la guiará en la crianza y en los **trabajos de cuidados**. De esta manera se adscribe la maternidad como un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura. Todos los aspectos relativos a lo reproductivo y a lo familiar-doméstico son considerados responsabilidad de las mujeres. Desde este ideal se invisibilizan las diferentes estrategias de crianza que existieron a lo largo de la historia y que existen en la actualidad. La maternidad es pensada como **una forma de amor incondicional**, de pura ternura sin agresividad ni erotismo. Se niegan y se castigan las prácticas o posicionamientos subjetivos que lo desdigan, como el deseo y/o decisión de no ser madre, o los sentimientos de enojo, malestares, angustias que pueden experimentarse al maternar.

La masculinidad hegemónica y la maternidad obligatoria son mandatos que se articulan con la **dicotomía público-privado**, con la asignación del ámbito social y político a los varones y de la vida privada y doméstica a las mujeres. Pensemos en los estereotipos de género que consideran que las mujeres no tienen el carácter competitivo para ocupar cargos jerárquicos, o que suponen que la maternidad



y las tareas domésticas deben tener un peso mayor en la vida de las mujeres que su carrera laboral/profesional, o las exigencias de algunos puestos de trabajo que se presentan como irreconciliables con las obligaciones familiares que se les imponen a las mujeres, etc.

Interseccionalidad: desigualdades que se articulan

Las desigualdades sociales no pueden analizarse sin tomar en cuenta la **interseccionalidad**, es decir, las **múltiples dimensiones identitarias** en torno a las cuales se organizan históricamente las relaciones de poder y las opresiones que de ellas se derivan según las variables de pertenencia en juego: **etnia, clase social, género, sexualidad, religión, discapacidad, migración, entre otras.**

Así por ejemplo, si tenemos presente este enfoque, podemos observar y distinguir que la pobreza no afecta por igual a varones y mujeres, ya que del total de las personas que viven en situación de pobreza, más del 70% son mujeres. Existe un creciente empobrecimiento material, un empeoramiento de las condiciones de vida y una vulneración de derechos fundamentales de las mujeres, que van de la mano de su posición subordinada en el sistema de relaciones de género. **La feminización de la pobreza es consecuencia de la desigualdad entre varones y mujeres.**

Hasta aquí estuvimos recorriendo algunas características del sistema cis-hetero-patriarcal. Ahora les invitamos a preguntarse ¿cómo se expresa este sistema en sus vidas cotidianas, en sus vínculos, en sus experiencias biográficas? Podemos pensar en las normas, prácticas, estructuras, relaciones sociales y en todo aquello que se plantea como natural y normal, que reproduce y refuerza desigualdades de género. Por ejemplo, el lenguaje sexista, la división sexual del trabajo, la brecha salarial que existe entre varones cis y mujeres cis, la exclusión de las personas trans y travestis del empleo formal, la feminización y desvalorización



de las tareas de cuidado; el acceso diferencial a la educación, a los espacios/ cargos de toma de decisiones, a la participación en ámbitos políticos; las expectativas diferenciales en torno a las condiciones de decisión y disfrute de la sexualidad y la corporalidad; la violencia familiar, la trata y la explotación sexual, los femicidios, transfemicidios, travesticidos, los homolesbotransodios. ¿Qué otras manifestaciones de las desigualdades de género se te ocurren?

DESIGUALDADES DE GÉNERO, POLÍTICAS TRANSVERSALES Y SALUD PÚBLICA

La **perspectiva de género es una llave hacia la equidad** ya que permite **visibilizar y desnaturalizar** las discriminaciones y violencias que sufren y han sufrido de forma sistemática y a lo largo de la historia no sólo las mujeres cis, sino también las personas LGBTI+. Y también posibilita tomar medidas y modificar prácticas para subsanar estas desigualdades, para construir vínculos más saludables y respetuosos, **en pos de garantizar los derechos y la autonomía de todos, todas y todes.**

El Ministerio de Salud, como todas las instituciones de nuestra sociedad, está atravesado por el cisexismo, la heteronorma y el patriarcado. Entonces es probable que al analizar las prácticas que dan forma a esta institución contemplando la perspectiva de género, comencemos a desnaturalizar muchas cosas. Podemos, por ejemplo, preguntarnos, *¿cómo se expresan las desigualdades, los estereotipos y mandatos de género en el cotidiano de la institución en la que trabajamos?* Veamos a continuación uno de los nudos problemáticos más importantes que los movimientos de mujeres y colectivos de diversidad sexual vienen visibilizando: **las desigualdades en el trabajo y en las tareas de cuidado.**

Desigualdades de género y trabajo

Podemos identificar numerosas **desigualdades en el ámbito laboral entre varones cis y mujeres cis**. Compartimos algunos datos:

- Existe una brecha salarial estructural entre varones y mujeres en todos los ámbitos. Durante el tercer trimestre de 2019 se registró una diferencia de 29% entre el ingreso promedio de los varones en relación al de las mujeres. Esta brecha se recrudescer cuando se trata de empleos no registrados o cuentapropistas. En el primer caso el diferencial se amplía hasta llegar a 35,6% mientras que en el segundo alcanza un 29,4%².
- En la administración pública, en los puestos de trabajo de quienes no ejercen cargos políticos ni de conducción, la paridad es de 50/50 entre mujeres y varones. Sin embargo, a medida que se asciende en la escala jerárquica, comienza a percibirse el “techo de cristal” que pone un freno a las mujeres en cargos de decisión: en la alta dirección pública, la relación es de 44% mujeres y 55% varones, al tiempo que en las autoridades superiores la distancia es de 22% mujeres y 78% varones³.
- Según el módulo de Uso del Tiempo que se incorporó en 2013 a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos del INDEC, el tiempo social promedio dedicado al trabajo de cuidado no remunerado es muy desigual. Las mujeres pasan 5.7 horas por día haciendo trabajo de cuidado no remunerado (quehaceres domésticos, apoyo escolar, cuidado de personas) y los varones dedican en promedio sólo 2 horas diarias. En total estas tareas no pagas que realizan las mujeres se traducen en casi un 16 % del PBI⁴.

2. Encuesta Permanente de Hogares (INDEC, 3er trimestre 2019) en población urbana ocupada de 14 años y más. Disponible en: [Las brechas de género en la Argentina, Dirección Nacional de Economía Igualdad y Género, Ministerio de Economía.](#)

3. Base Integral de Empleo Público, Secretaría de Gestión y Empleo Público de la Nación. Disponible en: [Brecha de género en los cargos de gobierno 2009-2019](#)

4. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto. Disponible en: [Los cuidados un sector económico estratégico Dirección Nacional de Economía Igualdad y Género, Ministerio de Economía.](#)

Para explicar las dificultades que se articulan en las trayectorias de vida de las mujeres cis y obstaculizan su desarrollo en la esfera pública, su autonomía económica, laboral y profesional, suelen utilizarse las expresiones “**piso de barro**”, “**techo de cristal**” y “**paredes de cristal**”:

PISO DE BARRO

Realidad por la cual las mujeres cis tienen grandes **dificultades para poder abandonar la esfera de lo privado**, del ámbito doméstico hacia el espacio público y que dificultan el acceso al mercado laboral. El tiempo dedicado a los **trabajos de cuidados** (no reconocidos ni remunerados) dificulta el desarrollo profesional/laboral pago.

TECHO DE CRISTAL

Barreras invisibles dentro de las instituciones que **limitan las trayectorias y el ascenso laboral** basadas en prejuicios respecto de la falta de capacidades de las mujeres cis para estar en roles de liderazgo.

PAREDES DE CRISTAL

Asignación arbitraria de **roles que impone la división sexual del trabajo** por la cual los varones cis se concentran en actividades de la industria que representan ocupaciones con mayor nivel de ingresos y las mujeres cis en los sectores de salud, enseñanza y trabajo doméstico; tareas peor remuneradas y que se consideran extensivas de la función cuidadora.

Los datos compartidos reflejan cómo las realidades tan dispares en el ámbito público laboral se articulan con lo que sucede en el ámbito doméstico: la maternidad y las tareas de cuidado históricamente asignadas como naturales a las mujeres cis son el principal obstáculo para lograr una equidad en la autonomía económica y en la posibilidad de tomar decisiones más libres sobre el uso del tiempo.

Para ampliar algunos datos sobre la enorme asimetría en la organización de los cuidados de las niñeces, personas con enfermedades o adultas mayores, les acercamos esta [nota del colectivo Economía Femenita](#) que analiza el reciente informe *Organización Social de los Cuidados a la luz del COVID-19 en América Latina y el Caribe*.



"Deconstrucción". Performance organizada por Asociación Cultural Octubre. Torrelavega (España, 2018).

Disponible en: <https://www.facebook.com/Art.Innovation.Creativity/photos/pcb.303197917021231/303197843687905/>

¿Qué pasa si hacemos un cruce entre trabajo, sector de la salud y género? Según un informe de la OMS⁵, en muchos países **las mujeres cis representan más del 75% de la fuerza laboral en de los servicios de atención de salud**. Sin embargo, tienden a estar concentradas en las ocupaciones de salud de **menor estatus** y a ser una **minoría en especialidades que están más jerarquizadas y en posiciones de gerencia/jefatura**. Por ejemplo, la enfermería, la partería y los trabajos comunitarios de salud, son profesiones/ocupaciones mayormente

5. [Estadísticas de género de la fuerza laboral de salud](#) en: *Spotlight: estadísticas de la fuerza de trabajo en salud*, Publicación N°2, Febrero de 2008, Departamento de Recursos Humanos para la Salud. OMS.

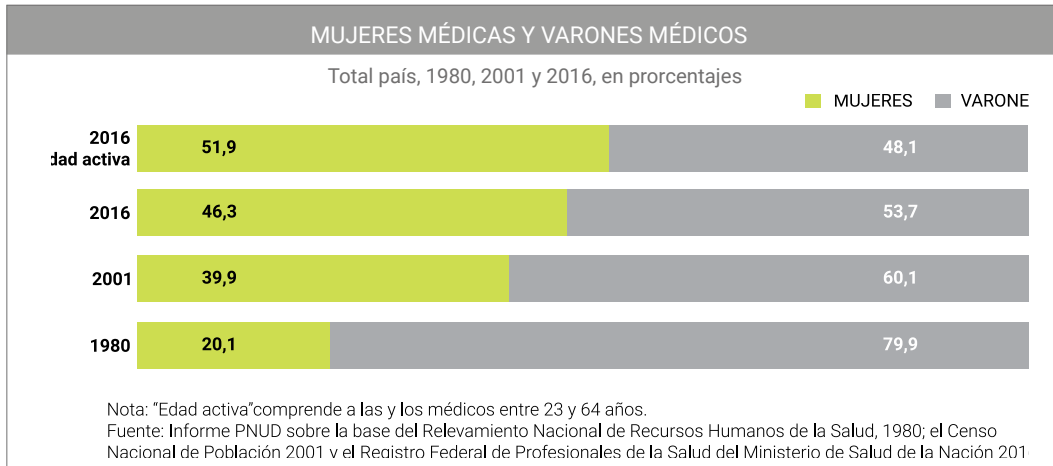
ejercidas por mujeres cis, y menos “prestigiosas” o valorizadas socialmente, a la vez que más precarizadas que otros roles del ámbito de la salud históricamente ocupados por varones cis.

El Informe [Género en el sector salud: feminización y brechas laborales](#) que realizó el PNUD en nuestro país en 2018, afirma que si bien el sector salud ha sido un ámbito históricamente feminizado, en los últimos cuarenta años se ha producido un cambio, debido a un crecimiento muy importante en la proporción de mujeres cis profesionales: en 1980 representaban cerca de 3 de cada 10 puestos, mientras que en 2016 la cantidad prácticamente se duplicó, alcanzando el 59,3%. A este fenómeno se lo denomina **feminización profesionalizada**.

Más allá de esta transformación, **persisten desigualdades y brechas laborales**: las mujeres cis tienen mayor dificultad que los varones cis para realizar las residencias y especializarse, para acceder a puestos de decisión y cargos jerárquicos. Existen también diferencias marcadas entre **las especialidades, siendo las vinculadas a mayor remuneración las que están altamente masculinizadas**: mientras que pediatría, ginecología y neonatología son especialidades con predominancia de mujeres cis, cirugía y anestesiología tienen mayoría de varones cis.

El informe también indaga en cómo influyen los estereotipos de género y la discriminación en las trayectorias laborales de las médicas y en la división sexual del trabajo al interior de las instituciones hospitalarias. Por ejemplo, la cirugía suele vincularse a atributos generalmente asociados con la masculinidad hegemónica –mayor “control” y manejo de alto riesgo– y se presupone que las mujeres tienen una mayor predisposición a la atención materno-infantil, a las tareas de cuidado y a la intensidad en términos de demandas horarias.





Estereotipos de género y cultura hospitalaria

"Las mujeres toleran mucho menos el estrés, se desbordan más rápido, se sienten saturadas, explotan en llanto, son más impulsivas. Los hombres son más tranquilos, más estables... Por ahí a propósito la biología nos creó así, uno más estable y el otro más cíclico, con la responsabilidad de la reproducción y el otro para sostener". Nefrólogo, 37 años

"Los médicos más grandes tienen una mentalidad muy machista, porque la escuela quirúrgica que se ha formado es así, entonces directamente no ven a la mujer capaz para realizar ciertos trabajos". Cirujana coloproctóloga, 45 años

Testimonios de médicas y médicos extraídos del Capítulo III del informe del PNUD.

Las mujeres cis no son las únicas que sufren violencias económicas a partir de los mandatos de género. Para las **personas trans y travestis el acceso al empleo y la permanencia es aún más crítica**. Cabe aclarar que no se cuenta con datos estadísticos representativos para este sector de la población ya que hasta ahora las estadísticas oficiales han reproducido el binarismo y el cissexismo. Compartimos algunos datos parciales:

- Según un relevamiento realizado a la población trans de la Ciudad de Buenos Aires por el Ministerio Público de la Defensa en el año 2017, **un 80 % nunca tuvo empleo formal y un 70 % nunca accedió al menos a una entrevista laboral.**
- En la Primera Encuesta sobre Población Trans: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans que realizaron el INADI e INDEC en 2012, sobre una muestra de 209 personas, el 20% declaró no realizar ninguna actividad por la que obtenga dinero. **El 80% restante expresó dedicarse a actividades vinculadas a la prostitución y trabajos informales de precaria estabilidad.**

Políticas públicas con perspectiva de género

¿Qué rol tiene el Estado ante estas desigualdades? ¿Qué implica considerar la perspectiva de género a la hora de diseñar, planificar e implementar políticas públicas en general y de salud en particular?

El 10 diciembre de 2019, **el gobierno argentino creó el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad** ([Decreto N° 7/2019](#)), en pos de garantizar políticas públicas que hagan efectivo el ejercicio y goce de derechos de las mujeres cis y personas LGBTI+, frente a toda forma de discriminación y violencia, permitiendo la construcción de una sociedad más igualitaria que promueva la autonomía integral de todas las personas, sin establecer jerarquías entre las diversas orientaciones sexuales, identidades o expresiones de género y asumiendo esos compromisos como uno de sus objetivos prioritarios.

Mediante la [decisión administrativa N° 457/20](#) el 6 de abril de 2020, **el Ministerio de Salud de la Nación creó la Dirección de Géneros y Diversidad (actualmente perteneciente a la Unidad de Gabinete de Asesores)**. De esta forma se decidió jerarquizar la transversalización de las políticas de género y diversidad.



El objetivo principal de esta Dirección es impulsar la formulación de políticas de género y diversidad tanto al interior de la cartera sanitaria, como en los organismos y establecimientos de salud de las jurisdicciones provinciales y la CABA, articulando acciones en forma transversal con las áreas con competencia en la materia.

A continuación les acercamos algunos ejemplos de transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas que apuntan a reducir las desigualdades y violencias, a garantizar derechos, a promover autonomía y salud:

- En el año 2020 se conformó la **Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado**, impulsada en forma conjunta desde Jefatura de Gabinete de Presidencia y el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad, e integrada por los organismos del Estado Nacional que tienen incumbencia y competencias en el tema. Esta mesa nació con el compromiso de diseñar una estrategia integral para redistribuir y **reconocer el cuidado como una necesidad, como un trabajo y como un derecho**, y avanzar hacia la legislación de un **Sistema Integral de Cuidados**.

En el material [Hablemos de cuidados](#), elaborado desde la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, se plantea:

“cuando hablamos de cuidados nos referimos al núcleo duro de la desigualdad de género provocado por la división sexual del trabajo que regula las esferas de lo público y lo privado, lo productivo y lo reproductivo y también el imaginario de estos mundos como ámbitos escindidos. (...) Partimos de la evidencia de que la distribución del cuidado entre lxs actorxs sociales es inequitativa, recayendo mayoritariamente sobre las familias y dentro de estas sobre las mujeres, personas travestis y trans u otras identidades feminizadas asociadas a “naturales cuidadorxs”, repercutiendo en el desarrollo vital, los trayectos formativos y laborales de estas personas”.

- En junio de 2021 se aprobó en el Senado la Ley de Cupo Laboral Travesti-Trans en el sector público para garantizar un mínimo del 1% de la totalidad de cargos y contratos para personas travestis, transexuales y transgénero. Asimismo, propone incentivos económicos para contrataciones en el sector privado. Tal medida responde a una reivindicación histórica de los colectivos LGBTI+, y se trata solo de un primer paso en términos de inclusión de un sector históricamente excluido del sistema laboral formal.

Cartel de movilización por el cupo laboral trans.
 Disponible en: https://www.24horas.com.ar/noticias/val/16697-45/nacion_establecio_el_cupo_laboral_trans_en_el_sector_publico.html#.YIBtlmf0k2w



- Dentro del **Ministerio de Salud de la Nación** existen áreas, programas, equipos que buscan contemplar la perspectiva de género en sus líneas de acción. Les compartimos algunas reflexiones y recorridos que fue realizando en ese sentido la **Dirección Nacional de Salud Perinatal y Niñez**, perteneciente a la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida, Subsecretaría de Estrategias Sanitarias, Secretaría de Acceso a la Salud.

¿Qué otras experiencias al interior del Ministerio conocen?



Perspectiva de género en salud pública.
[Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Secretaría de Acceso a la Salud. MSAL. Dra. Gabriela Bauer.](#)



Palabras de cierre

En esta primera clase recorrimos el contexto social y normativo que nos lleva a encontrarnos en esta formación y repensarnos desde el lugar común que compartimos: trabajar en el Ministerio de Salud. Abordamos también algunos aportes conceptuales que nos permiten enfatizar la idea central de esta primera etapa del curso: **la equidad de género es condición fundamental para que exista un ejercicio pleno del derecho (nuestro y de la población) a una salud integral; para poder decidir libremente sobre el tiempo, el trabajo, el disfrute y el conocimiento de nuestros cuerpos.**

Para finalizar les invitamos a reflexionar acerca de las propias prácticas, los roles que asumimos o delegamos, los comentarios y conversaciones que mantenemos con las personas con las que trabajamos, las formas en las que nos relacionamos, las modalidades organizativas y las jerarquías del ámbito laboral:

- En relación a las interacciones laborales cotidianas, *¿quiénes ocupan mayormente cargos jerárquicos? ¿Es común el uso de chistes sexistas? ¿Hay diferencia entre varones y mujeres en el uso de licencias por cuidado de familiares en nuestro lugar de trabajo? ¿Hay diferencia entre quienes ocupan los cargos de asistencia de los cargos jerárquicos?*
- En cuanto al diseño, planificación e implementación de políticas públicas sanitarias, *¿se tienen en cuenta los indicadores de género? ¿Reproducen el androcentrismo? ¿contemplan la perspectiva de género?*
- Con respecto a los cambios sociales y los derechos que se han ido conquistando y plasmando en leyes y políticas en los últimos tiempos, *¿han participado o conocen dispositivos, programas, iniciativas desde el Ministerio que apuntan a cuestionar los mandatos, desigualdades y violencias por motivos de género, a promover derechos y equidad?*



Esperamos que este recorrido les haya resultado de interés. Nos encontramos en los espacios de intercambio del curso para seguir reflexionando sobre estas temáticas, compartir experiencias, construir saberes colectivamente.

Bibliografía de referencia

Barrancos, D. (2008) [Mujeres, entre la plaza y la casa](#). Buenos Aires, Sudamericana. (pp. 9-27).

Fundación Soberanía Sanitaria (2019) [Salud Feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización](#). Tinta Limón.

Crenshaw, K. (2012). [Cartografiando los márgenes: Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color](#). En R. Platero (ed), *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Maffía, D. (2003). [Contra las dicotomías: feminismo y epistemología crítica](#). Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires - Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género.

Rubin, G. (1986). [El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo](#). Revista. Nueva Antropología, 8(30), 95–145.

Documentos sugeridos

Mesa Interministerial De Políticas De Cuidado (2020) [Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros](#).

Ministerio de Mujeres Géneros y Diversidad y Presidencia de la Nación (2020) [Guía para una comunicación con perspectiva de género](#)

Dirección de Géneros y Diversidad. Ministerio de Salud de la Nación (2021) Apuntes para pensar La Salud Pública En Clave De Género <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/la-salud-publica-en-clave-de-genero>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2018) [Género en el sector salud: feminización y brechas laborales](#)





[CLASE VIRTUAL]

2

Diversidad, salud y derechos

Repasando...

Les damos la bienvenida a la segunda clase del **Curso virtual “Ley Micaela: Salud Pública en clave de género”**.

En la *Clase 1* recorrimos los fundamentos de la Ley Micaela y vimos que esta norma se enmarca en un proceso social, político y legislativo tendiente a avanzar en materia de derechos y autonomía de las mujeres cis y personas LGBTI+. Nos acercamos a la perspectiva de género en tanto enfoque que permite visibilizar y desnaturalizar las violencias y desigualdades de género. Analizamos los estereotipos, mandatos y roles tradicionales de género, así como la clasificación binaria que jerarquiza lo masculino por sobre lo femenino y la heterosexualidad con fines reproductivos por sobre otras relaciones sexo-afectivas, negando o desvalorizando las diversas formas de vivenciar el género y la sexualidad. Esto nos permitió comprender que las violencias y su expresión más extrema, los femicidios, transfemicidios o travesticidios, las dificultades en el ascenso laboral o



la sobrecarga de tareas de cuidados que padecen las mujeres **no son cuestiones individuales y/o aisladas sino que son problemáticas sociales** producto del sistema cis-hetero-patriarcal.

En esta clase profundizaremos en el reconocimiento de la diversidad sexual y corporal en tanto dimensión central de toda política y práctica que apunte a **prevenir, reparar y erradicar las violencias por motivos de género**. Para ello, las próximas páginas se organizan en tres partes y buscan explorar los siguientes temas y preguntas:

Conceptos fundamentales: ¿Qué entendemos por diversidad y, en particular, por la diversidad sexual y corporal? ¿Qué tienen en común el sistema binario, cis-heteronormativo y patriarcal con otros sistemas que perpetúan violencias?

Desigualdades y contexto sociohistórico: ¿Cómo se expresan las desigualdades en la vida cotidiana, en el ámbito laboral y en el sistema de salud? ¿Cuáles son las demandas centrales de los colectivos LGBTI+?

Marco normativo, prácticas y políticas públicas en salud: ¿Cuáles son las normativas que acompañan las luchas contra la discriminación por motivos de identidad de género y orientación sexual? ¿Cómo transversalizar el enfoque de diversidad sexual y corporal en las prácticas y en las políticas públicas de salud?

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Enfoque de diversidad

Podemos empezar por reconocer que la **diversidad es inherente a la existencia humana**. Las personas tenemos diferentes edades, gustos, intereses, creencias religiosas, políticas, condiciones sociales, origen étnico, nacionalidades, lenguas, etc. Sin embargo existen **parámetros de “normalidad” o normativización que je-**

rarquizan a los seres humanos, considerando a ciertos grupos/sectores como superiores en relación al resto. Estos parámetros constituyen distintos sistemas de opresión que sostienen desigualdades estructurales. Por ejemplo, se llama **capacitismo**, a la creencia de que algunas capacidades son más valiosas que otras, y que quienes las poseen son personas capaces y quienes no, discapacitados; o el **adultocentrismo**, el cual implica valorar la mirada y la etapa adulta por sobre las otras edades/etapas de la vida. Cabe hacer referencia al **racismo o etnocentrismo**, ideología por la cual se considera a una cultura/grupo étnico como superior a otra, a partir de argumentos de superioridad racial que históricamente han justificado procesos como la esclavización, el colonialismo, genocidios, etc.

Existe también diversidad en las expresiones de **la sexualidad, el género y la corporalidad**. El problema es que la construcción binaria de los géneros y la sexualidad (varón o mujer) que rige en nuestra sociedad, tiende a plantear como inferiores a aquellas identidades, relaciones y/o maneras de ser que no se corresponden con esa norma binaria. Por ejemplo, las identidades trans o la homosexualidad.

Tal como vimos en la primera clase, el enfoque de la **interseccionalidad** nos permite entender que estos sistemas de opresión no funcionan por separado sino que se articulan complejizando las situaciones de vulnerabilidad de los grupos considerados "inferiores". Por ejemplo, no es lo mismo ser una adulto gay con estudios universitarios y trabajo formal, a ser un adolescente gay de un barrio popular, que tiene dificultades para sostener la regularidad escolar porque tiene que aportar económicamente en su casa. Si bien ambos comparten la orientación sexual, sus trayectorias personales y las situaciones de vulnerabilidad que se articulan son completamente distintas en cada uno de ellos.

Estos parámetros, ideologías o sistemas de opresión tienden a justificar las desigualdades a partir de la naturalización, es decir, la utilización de la naturaleza o biología como fundamento de las mismas. Además construyen estereotipos,



como los que analizamos en la clase pasada en relación al género, que reproducen representaciones homogéneas, restringidas y dicotómicas de las personas: varón-mujer, blanco-negro, normal-discapacitado, lindo-feo, flaco-gordo, etc. La diversidad y singularidad de las personas no puede caber nunca en esas etiquetas.

Entonces el enfoque de diversidad desde el cual nos posicionamos en este curso implica cuestionar estos parámetros de normalidad porque generan y profundizan violencias y desigualdades. Problematizar estas miradas reduccionistas es central para **construir vínculos respetuosos, saludables, deseables, diversos y para erradicar la discriminación y las violencias.**

Sexualidades y vínculos diversos

Poner el foco en la diversidad sexual y corporal implica cuestionar el sistema sexo-género establecido que, como vimos en la *Clase 1*, en nuestra sociedad es patriarcal, cissexista y heteronormativo. Este sistema establece una **relación lineal y única** entre genitales, identidad de género, expresiones de género y orientaciones sexuales. En el siguiente gráfico se puede ver a qué nos referimos en cada una de estas cuatro dimensiones:



En nuestra sociedad se espera que a una persona que nace con pene, se la asigne como varón, asuma una expresión de género masculina y guste de mujeres. Si nace con vulva se espera que actúe, sienta y piense de forma “femenina” y desee a alguien del otro grupo que se presenta como su complementario. El enfoque de la diversidad sexual y corporal plantea que este esquema genera violencias, ya que las experiencias y cuerpos de muchas personas no se ajustan a este ordenamiento lineal. Reconocer que las formas de expresar y vivenciar la sexualidad, el género y la corporalidad son diversas y singulares, nos lleva a **cuestionar el esquema binario, biologicista, capacitista y estereotipado que propone el sistema cis-hetero-normativo.**

Para visibilizar las experiencias e identidades que se ubican por fuera de la cis-hetero-norma, utilizamos la **sigla LGBTI+** que incluye a algunas de las identidades y sexualidades que conforman los colectivos de la diversidad (lesbianas, gays, bisexuales, trans, travestis, intersex). El símbolo + da cuenta de que estas categorías y modos de nombrar no son las únicas posibles. Hay personas, por ejemplo, que se identifican como queer, no-binaries, asexuales... La diversidad de formas de vivenciar el género, la sexualidad y la corporalidad no se reduce a una sigla, es abierta, está en continua transformación. Pero nombrarlas, es fundamental para reconocerlas. Escuchemos al respecto [las voces de los colectivos protagonistas.](#)

A continuación, proponemos unas breves definiciones para problematizar este esquema y establecer un lenguaje común, de acuerdo a los consensos actuales. Cabe aclarar que estos términos están abiertos al diálogo con las organizaciones sociales, los colectivos LGBTI+, y pueden variar según el contexto, la situación y asumir usos singulares.

Identidad de género: la vivencia interna e individual del género, tal como cada persona la siente profundamente. Puede coincidir o disentir con el género asignado en el nacimiento, y también puede transformarse. Algunas identidades de género pueden ser: mujer cis, mujer trans, travesti, varón cis, varón trans, no binarie.

***Cis:** el género autopercibido, es decir el que se siente como propio, es el mismo que el asignado al momento del nacimiento.*

***Trans:** el género autopercibido, con el cual la persona se identifica, no coincide con el asignado al nacer.*

***Travesti:** persona que asume la identidad o expresión de género femenina y cuya asignación sociocultural de género previa es masculina. Esta categoría recupera las experiencias y trayectorias políticas locales y de la región latinoamericana que reivindican el carácter disidente frente al binarismo sexo-genérico.*

***No binarie / género fluido:** el género autopercibido no se condice con categorías fijas o binarias, o tradicionalmente asignadas a algún género en particular.*

Expresión de género: la vivencia personal del cuerpo y la manera en que las personas expresan su identidad a través de modales, vestimenta, modos de hablar, modificaciones de la apariencia del cuerpo, etc.

Orientación sexual: atracción emocional, afectiva y/o sexual hacia otras personas. Algunas de las orientaciones sexuales son: heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, pansexualidad. Puede mantenerse la misma orientación sexual toda la vida o puede ir variando.

Sexualidad: “dimensión fundamental del hecho de ser humano. [...] Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, activida-



des, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. [...] En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”¹. De esta concepción se entiende a la sexualidad de manera integral, no reducida a lo genital ni a lo reproductivo. Además del cuestionamiento hacia la heterosexualidad como única forma válida de vivir la sexualidad, se agrega el cuestionamiento hacia el coito (penetración pene-vagina) como única práctica sexual socialmente aceptable.

Cada una de estas dimensiones se refiere a **distintos** aspectos, **no hay una correlación causal** entre ellas. Es decir, la identidad o expresión de género de una persona no define su orientación sexual, ni sus prácticas sexuales. Existen diversas formas de vivenciarlas y **se interrelacionan singularmente** en el ejercicio de la sexualidad de cada persona.



Les sugerimos ver [¿De qué hablamos cuando hablamos de sexo, género e identidad?](#) para comprender mejor los conceptos y realidades esbozadas aquí.

Si bien el paradigma binario se ha ido globalizando para delimitar los modos de entender lo humano, en diferentes épocas y culturas han existido otras formas de concebir y vivenciar los géneros y la sexualidad. Algunos ejemplos contempo-

1. Reunión de Consulta sobre Salud Sexual, convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial para la Salud Sexual, que se realizó del 19 al 22 de mayo de 2000 en Antigua Guatemala, Guatemala.

ráneos que tienen sus raíces en culturas preexistentes a la colonización europea son [hijas de la India](#) y [muxes zapotecas](#).

No hace falta irse lejos para encontrarse con la diversidad de cuerpos, subjetividades, expresiones e identidades de género y formas de vivir la sexualidad. Les invitamos a conocer [las experiencias de Felix, Gio y Feliciano, tres jóvenes de Argentina](#).



Los cuerpos también son diversos...

Como vimos en la clase anterior, desde que nacemos (e incluso antes, con la ecografía) la biomedicina y otras instituciones sociales, como las escuelas, las iglesias, los medios de comunicación, toman como base la genitalidad (y con ello las expectativas reproductivas) para establecer una división totalizadora entre dos posibilidades: cuerpo femenino/cuerpo masculino. Se establece, por ejemplo, una escala y una medida “standard” de la dimensión máxima que debería tener un clítoris y la dimensión mínima que debería tener un pene. También se considera en esta clasificación binaria a las gónadas (ovarios/testículos), los niveles de hormonas (estrógenos y progesterona/testosterona), la presencia o ausencia de útero y vagina y los cromosomas sexuales (XX, XY).

Las personas con cuerpos que se adecuan a esos estándares son llamadas **endosex**, pero también existen personas **intersex**, cuyas corporalidades y características sexuales **no se adecúan** a esos parámetros biomédicos. Dichas variaciones pueden ser en relación al tamaño y forma de los genitales o bien a otras características sexuales, como las gónadas y/o los cromosomas. Por ejemplo, nos han enseñado a ver al clítoris y al pene como partes absolutamente inco-

nexas, pero se trata del mismo tejido eréctil que durante el desarrollo embrionario cambia su forma y tamaño por acción de las hormonas.

Se estima que aproximadamente **el 1.7% de quienes nacen a nivel mundial tienen características intersex**. Actualmente se busca evitar intervenciones quirúrgicas tempranas en personas intersex, las cuales se suelen realizar amparadas en motivos “de salud” pero sin estar realmente sostenidas en criterios clínicos. El verdadero fundamento es “adecuar” los cuerpos a los parámetros culturales binarios sexo-genéricos. Como afirma el activista Mauro Cabral en *Pensar la intersexualidad, hoy*, “**la intersexualidad no es una enfermedad, sino una condición de no conformidad física con criterios culturalmente definidos de normalidad corporal**”

Así como vemos en la vida cotidiana una diversidad notable de cuerpos, de tamaños, de rostros e incluso de huellas digitales, los sistemas genitales también son diversos y generalmente no coinciden del todo con las imágenes estandarizadas de vulvas o penes que se suelen mostrar en láminas escolares o en la pornografía hegemónica, por ejemplo.



“Imagen de The Vulva Gallery”, una plataforma educativa centrada en retratos ilustrados que muestran la diversidad de genitalidades que existen.

Disponible en: <https://www.thevulgallery.com>

Desde el enfoque de la diversidad se señala que no necesariamente la expectativa reproductiva debe ser el criterio divisorio fundamental de las identidades y que no es posible aislar los procesos de fecundación, parto y crianza por fuera de las condiciones sociales de las personas ni los sentidos que estos le atribuyen. Asimismo no siempre existe esa fisiología, anatomía y esa fertilidad esperada, y las culturas han desarrollado un amplio espectro de dispositivos sociales, como la adopción o la reproducción asistida por ejemplo. Además no siempre existe un deseo reproductivo, y la expectativa de reproducción no tiene por qué determinar un género o una práctica sexoafectiva o una configuración familiar. La visión totalizadora del modelo binario cis-hetero normativo no es natural, sino **naturalizada**, ya que responde a formas culturales de percibir, valorar y constituir los cuerpos y las subjetividades. **Hay tantos sistemas genitales, cuerpos, sexualidades, como seres humanos existen** y cada persona tiene derecho a habitar su cuerpo del modo más libre posible.

Reconocer la **diversidad corporal** nos lleva a cuestionar los parámetros de normalidad y estereotipos que suponen la existencia de cuerpos normales, o más capaces, o más bellos, o más deseables o deseantes que otros. Los colectivos de la [diversidad funcional o activismo disca](#), y el [activismo gordx](#), tienen mucho para decir y enseñarnos al respecto.

Hasta aquí hemos desarrollado algunos conceptos para comprender la diversidad sexual y corporal, es decir, la existencia de múltiples y singulares vivencias en relación a la sexualidad, la corporalidad y el género, que deben ser reconocidas y garantizadas acorde al paradigma de derechos humanos. Este abordaje nos lleva a cuestionar la patologización, desprotección legal, y criminalización a la que ha sido sometida la población LGBTI+. A continuación compartiremos algunas dimensiones del proceso histórico de despatologización, reconocimiento y conquista de derechos que se han ido logrando en las últimas décadas en nuestro país y en el mundo.



DESIGUALDADES Y CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO

Discriminación y heteronorma

Pararnos desde el enfoque de diversidad sexual y corporal implica **cuestionar las desigualdades, la discriminación y las violencias que sufren las personas LGBTI+** en el marco de un sistema que las excluye, patologiza, criminaliza y estigmatiza ¿Cómo se manifiestan las desigualdades y violencias hacia quienes vivencian su identidad de género, corporalidad y sexualidad por fuera del mandato binario, cis-heteronormativo y capacitista? ¿Qué formas de discriminación identificás en el ámbito laboral? ¿Y en el sistema de salud?

La Dirección de Adolescencia del Ministerio Salud de la Nación elaboró en 2017 la Guía [“Salud y adolescencias LGBT: Herramientas de abordaje integral para equipos de salud”](#). En la misma se explica:

“La discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género puede definirse como el **rechazo, la exclusión y la estigmatización de una persona o grupo por parecer o ser lesbiana, gay, bisexual, trans, travesti y/o intersex**. Tradicionalmente se la llama “fobia” (homofobia, transfobia, etc.), pero nada tiene que ver con el miedo irracional e incontrolable de carácter personal, sino que se trata de “un prejuicio social construido culturalmente e interiorizado a través de la socialización: somos educadxs para rechazar (...) a las personas que son o parecen [LGBTI].”

En la actualidad algunas personas y colectivos prefieren no usar la expresión “fobia” y utilizar homo-odio, lesbo-odio, bi-odio y trans-odio haciendo foco en lo violento del acto de la discriminación, y en que el mismo puede ser comprendido como un fenómeno social.

Existen distintas formas de discriminación: un comentario agresivo en la calle, situaciones de acoso en la escuela o en espacios de trabajo, situaciones más sistemáticas de violencia institucional, entre otras. También las formas más extremas de violencia como homicidios, femicidios, transfemicidios o travesticidios, las cuales abordaremos en la *Clase 3*.

Mientras tanto, reflexionemos acerca de comentarios o conductas que acontecen en la vida cotidiana, que estigmatizan o excluyen a personas gays, travestis, trans, no binaries, lesbianas. Por ejemplo, cuando se juzga o mira mal a dos chicas que se besan en una plaza, el uso del término “puto” como insulto, preguntarle a un hijo adolescente si ya tiene novia, suponer que una colega está en pareja/casada con un varón y desea ser madre, etc.

Foto de Rocio Guirat y Marian Gomez, quienes fueron hostigadas por la policía y judicializadas por besarse en un espacio público en el barrio de Constitución, CABA, el 2 de octubre de 2017.

Disponible en: <http://sistemadealertasregional.org/vista/verAlerta/134>



No se trata solamente de actos discriminatorios individuales o aislados, sino que tienen que ver con un sistema que estructura y condiciona nuestras formas de ver y hacer, y que en ocasiones se plasma en leyes e instituciones. Hasta hace no mucho tiempo la homosexualidad y la transexualidad estaban en la lista de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la actualidad en 70 países la homosexualidad es ilegal o está penalizada, y en algunos, como Arabia Saudita, Irán, Sudan, dicha orientación sexual conlleva condena de muerte. Asimismo, existen países que penalizan la identidad o comportamiento de las

personas trans. Según [The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Inter-sex Association](#) (ILGA), las mal llamadas “terapias de conversión” están vigentes en muchos lugares del mundo, mientras que sólo en tres países se las prohíbe explícitamente: Brasil, Ecuador y Malta. Cuando las normas y el funcionamiento de las instituciones **excluyen, patologizan y criminalizan sistemáticamente** a las personas LGBTI+, estamos hablando de **violencia institucional**.

La **presunción de heterosexualidad** es una forma de discriminación bastante naturalizada y frecuente que implica suponer que todas las personas son heterosexuales, invisibilizando otras prácticas y vínculos sexo-afectivos. En una nota publicada en [ANCCOM](#) se reflexiona en torno a la **presunción de heterosexualidad en el sistema de salud**. Por ejemplo, narra cómo las lesbianas y mujeres bisexuales muchas veces sienten vergüenza de hacer una consulta en relación a su propia salud sexual. En el caso de los varones gays, el foco estuvo concentrado por muchos años en el VIH y se dejó de lado otras consultas posibles. ¿En qué medida las prácticas sanitarias que conocemos/articulamos reproducen lógicas patologizantes y discriminatorias?. Por el contrario, ¿en qué medida las cuestionan e intentan transformarlas?



El corto audiovisual “[¿Cuál es la diferencia?](#)” del Colectivo uruguayo “Ovejas negras” nos ayuda a reflexionar acerca de cómo se pueden transformar prácticas cotidianas en pos de garantizar el derecho a la salud.

Contexto socio sanitario de las personas trans y travestis

Si pensamos en las vidas cotidianas de las personas trans y travestis, en el contexto social que habitan y en la relación que tienen con el sistema sanitario, vamos a encontrar **muchas barreras y vulneraciones**.

Actualmente no hay datos oficiales y representativos a nivel nacional sobre la situación, lo cual es una expresión más de la invisibilización y vulneración de sus derechos. Sin embargo, existen estudios de diferentes jurisdicciones del país realizados a partir de la iniciativa de organizaciones sociales (fundamentalmente LGBTI+) en articulación con distintos ámbitos estatales. Todos ellos dan cuenta de la alarmante brecha con respecto a la población cis. A continuación compartimos una serie de datos que la reflejan:

- **El promedio de vida estimado de una persona trans es de 35 - 40 años**, muy por debajo de la expectativa de vida del resto de la población, que en Argentina es de 75 años. La mortalidad de la población travesti / trans femenina arroja como principal causa de muerte el VIH / Sida (55%). Como segunda causa aparecen los trans-travesticidios (16%), y otras causas son: suicidio, cáncer, sobredosis, ataques cardíacos, diabetes, cirrosis, complicaciones derivadas de la auto-administración de hormonas y/o siliconas o aceites². Estos datos dan cuenta de las **barreras para acceder a los servicios de salud**.
- El 91% de las personas trans y travestis encuestadas por Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexua (ALITT) en 2007³ señaló haber sufrido **situaciones de violencia en escuelas, hospitales, transportes y oficinas públicas**. En muchos casos es **la propia familia la primera en rechazar y expulsar** a las personas trans y travestis. De acuerdo al *Primer Relevamiento sobre condiciones de vida de la población travesti/trans de la provincia de Buenos Aires realizado en 2019*, seis de cada diez se mudaron de sus hogares de origen antes de los 18 años.
- La **permanencia y egreso del sistema educativo es otra de las dificultades** más frecuentes para esta población. Todas las encuestas realizadas muestran que un alto porcentaje de las mujeres trans y travestis no han finalizado

2. Estadísticas relevadas por la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexua (ALITT) en Cumbia, copeteo y lágrimas (2007) y la Dirección Nacional de SIDA y ETS.

3. ídem

el nivel secundario. Según [La Revolución de las Mariposas](#)⁴ casi el 60% de las encuestadas no terminó dichos estudios.

- Con respecto al sistema sanitario, **3 de cada 10** personas encuestadas **abandonaron tratamientos médicos** y **5 de cada 10 dejaron de concurrir** al efector de salud como consecuencia haber sido objeto de discriminación⁵. Esta discriminación es **ejercida por parte de distintos integrantes del equipo de salud**, en especial personal médico y administrativo y por otras personas usuarias de los servicios.⁶
- En cuanto a la **cobertura en salud**, el **83% de las travestis y trans feminidades**, y el **69% de trans masculinidades** cuentan únicamente con cobertura del subsistema público de salud. Estos son valores muy elevados por sobre el **36% de la población general** que cuenta con esta cobertura de forma exclusiva⁷.
- En relación al acceso al **trabajo**, para más del 70% de las mujeres trans y travestis encuestadas en el estudio arriba citado, la prostitución es la principal alternativa de generación de ingresos. Un 15% realiza tareas informales de carácter precario y solo el 9% accede al mercado formal de trabajo. Los datos son muy similares a los de la encuesta del INADI-INDEC 2012 que compartimos en la *Clase 1*.

Los indicadores que observamos dan cuenta de las **profundas desigualdades de las que parten las personas trans y travestis en relación a derechos humanos como la salud, la educación y el trabajo**. Estas desigualdades se interseccionan y pueden agravarse si tomamos en cuenta las condiciones socioeconómicas, la edad, el origen étnico u otras características identitarias de la persona.

4. Informe realizado en 2017 sobre la situación de la población trans/travesti en la Ciudad de Buenos Aires.

5. Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: Travestis, transexuales, transgéneros y hombres trans

6. Relevado en el Informe sobre la situación de las personas trans en Argentina realizado por Fundación Huésped, ATTTA en 2014.

7. Datos extraídos de La revolución de las mariposas y la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) realizada por el INDEC.

Les invitamos a conocer la experiencia del [Bachillerato Popular Mocha Celis](#). ¿Qué cuenta la docente del video acerca de las personas que van a estudiar al bachillerato? ¿Qué vulneraciones y problemáticas se articulan?



Camino a la despatologización

Los colectivos LGBTI+ han luchado en nuestro país y en el mundo por visibilizarse y para que sean reconocidos sus derechos. Sus luchas y reivindicaciones se han ido plasmando en el marco normativo nacional e internacional. Así se logró el reconocimiento de la diversidad sexual dentro de los derechos humanos, el respeto por la identidad de género autopercebida y el reconocimiento de derechos civiles como el matrimonio igualitario, entre otras.

Una demanda histórica importante fue la de quitar a la homosexualidad y a la transexualidad de la lista de **enfermedades** de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras sociedades científicas. Para comprender el **proceso de patologización** les compartimos este fragmento recuperado en la [Guía para Equipos de Salud para la Atención de la Salud Integral de Personas Trans, Travestis y No binarias](#), del Ministerio de Salud de la Nación:

“En 1952 se publicó la primera versión del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, conocido por sus siglas en inglés como DSM. El objetivo del DSM es simplificar los debates de las diversas escuelas de psiquiatría y psicología en una única perspectiva: el padecer psíquico se reduce a partir de este manual a una serie de signos y síntomas que permiten una clasificación sin necesidad de indagar en las causas y



características específicas de cada persona. Las diversas prácticas y orientaciones sexuales que se distanciaban de la heterosexualidad tradicional con fines reproductivos, al igual que las distintas expresiones e identidades de género que no cumplían con las convenciones establecidas, fueron incluidas como diagnósticos.”

En los años ´60, movimientos activistas desarrollaron intercambios con ámbitos académicos, denunciando que la psiquiatría justificaba la discriminación hacia las mujeres y hacia las personas cuyas prácticas sexuales e identidades de género no se correspondían con el binarismo y la heteronormatividad. Un hito para estos movimientos fue la denominada “revuelta de Stonewall”, que consistió en una serie de manifestaciones de gays y drag-queens que una noche decidieron defenderse ante las usuales razzias policiales que sufrían por socializar en un pub conocido como Stonewall Inn. Un año después, un 28 de junio de 1970 se organizó en New York la primera marcha del orgullo en conmemoración a aquel evento.

A partir de estas luchas y articulaciones, en 1974 se retira la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales del DSM de la *Asociación Americana de Psiquiatría*. Recién en 1990 se la elimina de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud* (CIE) de la OMS.

Los activismos trans, transgéneros, transexuales y travestis, en nuestro país y a nivel internacional, han cuestionado el peso de la clasificación diagnóstica como estrategia histórica de legitimación de la discriminación. En 2007 surgió la campaña mundial **Stop Trans Pathologization** que propuso la eliminación de los supuestos trastornos mentales del DSM y del CIE, tales como la “disforia de género” o los “trastornos de la identidad de género”.





"Imágen disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Frente_de_Liberaci%C3%B3n_Homosexual_\(Argentina\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Frente_de_Liberaci%C3%B3n_Homosexual_(Argentina))"

En la década del 70 en la Argentina surgieron las primeras agrupaciones de derechos LGBTI+. En la foto de 1973 se ve a miembros del Frente de Liberación Homosexual (FLH) en la plaza de mayo durante la asunción de Cámpora.

En mayo de 2019 la **Asamblea Mundial de la Salud** aprobó la **CIE 11** (que entrará en vigencia el 1 de enero de 2022) en la cual se eliminaron todas las categorías patologizantes que había en el capítulo sobre trastornos mentales, pero se introdujeron dos nuevas categorías en el capítulo sobre "Condiciones relacionadas con la Salud Sexual": "incongruencia de género en la adolescencia y la adultez" e "incongruencia de género en la infancia". La inclusión de la primera, tiene como propósito asegurar el acceso al reconocimiento legal de la identidad de género y derecho a la salud trans en aquellos países donde todavía se requiere alguna referencia diagnóstica. Sin embargo, la categoría de "incongruencia de género en la infancia" no cumple ese rol, por lo que se sigue demandando su remoción.

MARCO NORMATIVO, PRÁCTICAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

La diversidad como derecho

En las últimas décadas el reconocimiento de la diversidad sexual y corporal comenzó a plasmarse en normativas internacionales y nacionales.

Los [Principios de Yogyakarta](#) (2006) establecieron estándares mínimos sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y a la identidad de género. Su enunciado primordial establece que:



“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Todos los derechos humanos son universales, complementarios, indivisibles e interdependientes. **La orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben ser motivo de discriminación o abuso**”.

En relación al derecho a la salud, plantea que: *“Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género”*

En la Argentina podemos identificar avances en las siguientes normativas:

- La [Ley N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable](#) (2002) hace referencia al derecho a ejercer la preferencia sexual libremente, sin sufrir discriminación ni violencia.
- La [Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral](#) (2006) establece el derecho de toda la población estudiantil a recibir una educación sexual con enfoque integral y señala que “respetar la diversidad” debe ser uno de los cinco ejes transversales a enseñar (Resolución del CFE N° 340/18).
- La [Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente](#) (2009-2012) estipula en su Art. 2 el derecho a recibir trato digno que respete las condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad.
- La [Ley N° 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental](#) (2010) afirma en el Art. 3 que: “En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de (...) la elección o identidad sexual.”
- La [Ley N° 26.618 de Matrimonio Civil](#) (2010), más conocida como Ley de Matrimonio igualitario, en su Art. 2º, dispone la sustitución del artículo 172 del Código Civil para permitir el matrimonio entre personas de cualquier género.



- La [Ley N° 26.743 de Identidad de Género](#) (2012) garantiza el reconocimiento de la identidad de género autopercebida.
- La [Ley N° 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida](#) (2013) reconoce el derecho a acceder de forma gratuita a técnicas y procedimientos para lograr el embarazo independientemente de la orientación sexual, identidad de género y/o estado civil de las personas.
- El [Código Civil y Comercial Nacional vigente desde 2015, aprobado por la Ley Nacional N° 26.994](#), contiene modificaciones que avanzan en el reconocimiento de derechos, conforme al paradigma de derechos humanos, en diversas materias. Incorpora la perspectiva de género en todo su texto y en particular con respecto a las relaciones de familia, aporta modificaciones en materia de autonomía y presunción de capacidad de las personas.

Ley de identidad de Género: reconocer la identidad es promover salud

Nos detendremos en la Ley de Identidad de Género ya que es pionera en el mundo y representa una **conquista histórica en materia de derechos, de desjudicialización y despatologización de las identidades de género**. Impulsada por organizaciones y activistas travestis y trans, representa el reconocimiento desde el Estado argentino del derecho a la identidad de género como un Derecho Humano.

En su Artículo 2 define la identidad de género como: “la **vivencia interna e individual** del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la **vivencia personal del cuerpo**. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido”.

En su Artículo 3 prevee que “toda persona podrá solicitar la **rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen**, cuando no coincidan con su



identidad de género autopercebida”. Todas las personas deben ser respetadas en el nombre que usan y en el género autopercebido en todos los espacios en los que se desenvuelven, **haya sido realizado o no el cambio registral de su identidad.**

Esta normativa reconoce las **cirugías de modificación corporal** y los **tratamientos de hormonización** porque dan materialidad al derecho al libre desarrollo de la persona de acuerdo a su identidad de género. Se trata de **decisiones personales**, dado que no todas las personas trans optan por dichas modificaciones o tratamientos. Estas prestaciones están incluidas dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO) y deben garantizarse tanto en el subsistema público, como en obras sociales y prepagas. **A partir de los 16 años**, se requiere únicamente el **consentimiento informado** de la persona. No puede exigirse ninguna autorización judicial ni administrativa, ni realización de pericias psicológicas y/o psiquiátricas o de terapias de apoyo.

Algunos lineamientos para la aplicación de la Ley de identidad de Género en el sistema de salud:

- Consignar el nombre de pila que usa cada persona y el género autopercebido en los **instrumentos de registro** (carnet, expedientes, historia clínica, planillas, certificados, etc.)
- Asignar la sala correspondiente al género autopercebido en caso de **internación**. Siempre con el consentimiento de la persona y bajo condiciones adecuadas de privacidad y seguridad.
- Es fundamental cuando las personas sean nombradas **respetar el nombre que usan o llamarlas por el apellido.**
- Para solicitar las prestaciones se consigna: “En el marco de la Ley N° 26.743 de Identidad de Género”. De acuerdo con la Ley 26.657 de Salud Mental, **se abandonan las categorías diagnósticas** de “disforia de género” y “trastorno de la identidad de género”.



- Es contrario al espíritu de la normativa vigente prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas por el sólo hecho de manifestar una identidad y/o expresión de género determinada.
- Brindar información y atención en salud de calidad, **sin juzgar** las formas de vivir las identidades y/o expresiones de género de las personas, sus orientaciones y prácticas sexuales.

Políticas públicas y estrategias para la ampliación de derechos

¿Qué implica considerar el enfoque de diversidad sexual y corporal a la hora de diseñar, planificar e implementar políticas públicas en general y de salud en particular? ¿Qué rol tiene el Ministerio de Salud de la Nación al respecto? Les compartimos algunas medidas y políticas que representan avances en el reconocimiento de la diversidad sexual y corporal y en el acceso a la salud de todas las personas:

■ Resoluciones y Decretos del Ministerio de Salud de la Nación:

- **Resolución 1507-8-9/2015:** Se elimina de los formularios para **Donación de Sangre** la prohibición y/o impedimento para la donación por motivos referidos a la **orientación sexual y/o identidad de género**.
- **Resolución 65/2015:** Afecta al Nuevo Código Civil y Comercial. Equipara **16 años** con la mayoría de edad para el acceso a modificaciones corporales. Entre los **13 y 16 años** de acuerdo con el tipo de intervención, pueden dar consentimiento autónomo o acompañar su consentimiento con el asentimiento de una persona adulta (familiar, referente afectivo o del equipo de salud).
- **Decreto 903/2015:** Implementación del artículo 11 de la Ley 26.743 de Identidad de género. Realiza aclaraciones sobre **tratamientos hormonales y cirugías de modificación corporal**, otorgándole facultades al Ministerio de Salud para la aplicación.



- **Resolución 1045/2018:** Establece la cobertura del **cien por ciento** en medicamentos para tratamientos de reproducción médicamente asistida que deberá ser brindada por el sistema de salud.
 - **Resolución 3159/2019:** Efectiviza la incorporación al Plan Médico Obligatorio (PMO) de las drogas contempladas para los procesos de hormonización con una cobertura del **cien por ciento**
- **Guía para equipos de salud:** En el año 2015, en el marco de la implementación de la Ley de Identidad de género, el *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* (PNSSR- MSAL) elaboró una primer guía destinada a equipos de salud para la atención de la salud integral de personas trans. En la misma se delinearon propuestas para facilitar el acceso de la población trans y travesti a una atención de salud respetuosa e integral. Este material ha representado una herramienta clave en todo el país para la construcción de nuevos espacios de atención y el fortalecimiento de dispositivos ya existentes.



Les compartimos la nueva versión de la [Guía para la Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias](#), actualizada en el año 2020 a partir del trabajo conjunto entre la Dirección de Géneros y Diversidad y la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la cartera sanitaria nacional.

- **Incorporación de la variable identidad de género en el próximo censo nacional:** Hemos visto en esta cursada la ausencia de registro estadístico con respecto a la población trans, travesti y no binaria en la Argentina. La incorporación de esta nueva variable implica un avance crucial en materia de políticas censales y un valioso insumo para la elaboración de futuras políticas públicas integrales.



- **Consultorio amigable:** Para conocer una experiencia en salud afín al enfoque aquí planteado invitamos a conocer el Consultorio Amigable de Chivilcoy (CACH) - Provincia de Buenos Aires.”

Enfoque de diversidad sexual
y corporal en salud pública.
[Dr. Mariano Lozza.](#)



Prácticas recomendadas

A continuación les compartimos algunas herramientas que podemos tener en cuenta en nuestros lugares de trabajo:

- Incorporar estrategias de comunicación que nombren e incluyan diferentes expresiones del género. Por ejemplo, ejercitar un uso del lenguaje no sexista y acuñar expresiones como: “agentes de salud”, “personas usuarias”, “trabajadorxs de la salud”, “adultes, niñes”, “médicos y médicas”.
- Preguntar a las personas cómo quieren ser nombradas y que pronombres prefieren (ella, él, elle). Cuando no se tiene seguridad si el nombre que figura en los registros es el que utiliza llamar a la persona por su apellido. Siempre es mejor preguntar que asumir.
- Asesorarnos sobre espacios de pertenencia, organizaciones y asociaciones de la sociedad civil LGBTI+ para eventuales articulaciones.
- Intervenir y/o realizar las derivaciones pertinentes frente a situaciones de incumplimiento de la normativa vigente así como ante acciones discriminatorias.
- Consultar en la *línea 0800 - 222 - 3444 de salud sexual* espacios de referencia que atienden a población LGBTI+ en el territorio nacional.



- En la planificación y el diseño de políticas públicas, tener en cuenta que la población LGBTI+ ha sido históricamente discriminada y excluida del sistema de salud, y por ende hay que reconstruir los lazos con el sistema sanitario.

Palabras de cierre

En esta segunda clase recorrimos conceptos fundamentales, normativas y problemáticas sociales que refuerzan la importancia de reconocer la diversidad sexual y corporal **para que exista un ejercicio pleno del derecho a una salud integral de todos, todas y todes**. Repensar nuestro **rol como agentes del Estado** a la luz de este enfoque, nos lleva hacia el compromiso de contribuir a una vida institucional más respetuosa e inclusiva, y de pensar las políticas sanitarias desde una mirada integral que contemple la singularidad y la autonomía de las personas.

Para ir finalizando, les invitamos a reflexionar acerca de las propias prácticas, los comentarios y conversaciones que mantenemos con las personas con las que trabajamos, las formas en las que nos relacionamos y las políticas que implementamos:

- En relación a las interacciones laborales cotidianas, *¿cuán presente está la presunción de heterosexualidad? Cuando atendemos o nos comunicamos con otras personas, ¿cómo nos referimos a ellas? ¿Contemplamos que existen diversas identidades de género?*
- En cuanto al diseño, planificación e implementación de políticas públicas sanitarias, *¿cuáles son las poblaciones destinatarias de las mismas? ¿Se contempla la diversidad sexual y corporal? Cuando elaboramos un material de comunicación, ¿a quién está dirigido? ¿Consideramos las diversas identidades de género y formas de vivir la sexualidad y la corporalidad?*
- Con respecto a los cambios sociales y los derechos que se han ido conquistando y plasmando en leyes y políticas en los últimos tiempos, *¿han partici-*



pado o conocen dispositivos, programas, iniciativas desde el Ministerio que apuntan a cuestionar el binarismo sexual y la cis-heteronorma?

Esperamos que este recorrido les haya resultado de interés. Nos encontramos en los espacios de intercambio del curso para seguir reflexionando sobre estas temáticas, compartir experiencias y construir saberes de manera colectiva.

Bibliografía de referencia

- Butler, J. (2008). [Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo](#). Buenos Aires: Paidós.
- Cabral, M. (2003). [Pensar la intersexualidad, hoy](#). En Maffía D., (Comp.). Sexualidades migrantes. Género y transgénero, 117-126. Buenos Aires: Feminaria Editora.
- Wittig, M. (2015). [El pensamiento heterosexual y otros ensayos](#). Libros de la Mala Semilla.

Documentos sugeridos:

- Dirección de Géneros y Diversidad. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación (2020) Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. [Guía para Equipos de Salud](#).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2020) [Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans](#).
- Ministerios de Mujeres, géneros y diversidad (2020) [Plan Nacional de Igualdad en la Diversidad 2021-2023](#)
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2017) [Salud y adolescencias LGBTI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud](#).
- Ministerio Público de la Defensa de la CABA y Bachillerato Popular Trans Mocha Celis (2017) [La Revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio](#).
- Dirección de Géneros y Diversidad. Ministerio de Salud de la Nación (2021) Recomendaciones para la Atención integral de la salud a niñeces y adolescencias trans, travestis y no binarias. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/2021-06-24-recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-nineces-adolescencias-ttnb.pdf>





[CLASE VIRTUAL]

3

Violencias por motivos de género como problema social y de salud

Introducción

Hemos llegado a la última clase del **Curso virtual “Ley Micaela: Salud Pública en clave de Género”**, en la cual abordaremos las violencias por motivos de género, entendiéndolas en el marco de todo lo que vimos hasta ahora, como manifestaciones de las desigualdades estructurales que existen entre varones y mujeres y otras identidades de género. Como sucede en las clases anteriores, ésta también se organiza en tres partes que buscan explorar los siguientes temas y preguntas:

Contexto sociohistórico y marco normativo: *¿Cuál es el marco normativo nacional e internacional en relación a esta temática? ¿Qué entendemos por violencias por motivos de género? ¿Por qué elegimos hablar de las violencias en plural? ¿De qué distintas formas puede manifestarse? ¿Qué son los femicidios, transfemicidios, travesticidios y crímenes de odio?*

Conceptos fundamentales: *¿Qué mitos y creencias circulan alrededor de esta problemática? ¿Cuáles son los mecanismos que invisibilizan las violencias por motivos de género? ¿Qué son los micromachismos y el ciclo de las violencias?*



***Violencias por motivos de género, políticas transversales y salud pública:** ¿Qué políticas públicas existen en pos de la erradicación, prevención y abordaje de las violencias por motivos de género? ¿Cómo abordar esas situaciones en el ámbito laboral? ¿Y en el sistema de salud?*

CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO Y MARCO NORMATIVO

Como vimos en la *Clase 1* existe un marco normativo internacional y nacional para prevenir, atender y erradicar las violencias por motivos de género. Y el mismo tiene que ver con procesos sociohistóricos, con demandas de los movimientos de mujeres, feminismos y de los activismos LGBTI+.

Los Encuentros Nacionales de Mujeres, representan un fenómeno significativo en relación a las luchas por la autonomía y los derechos de las mujeres y personas LGBTI+. Se trata de encuentros multitudinarios que se realizan anualmente desde 1986, en distintas ciudades del país. Se caracterizan por ser autónomos, auto-convocados, democráticos, pluralistas, autogestionados, federales y horizontales. En los mismos se abordan y debaten las diferentes problemáticas de género. Esta instancia participativa, ha incorporado en los últimos años las demandas de los activismos LGBTI+, indígenas, afro, migrantes y de la diversidad corporal.”

Como parte de ese proceso a partir de 2019 pasó a denominarse: Encuentro Plurinacional y Disidente de Mujeres, Lesbianas, Trans, Travestis, Bisexuales y No Binaries. Uno de los múltiples frutos de los encuentros es La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, seguro y gratuito. Para ampliar más sobre este fenómeno único en el mundo les dejamos esta serie documental de Canal Encuentro [“El grito de la marea”](#)



Imagen de la marcha del ENM 2018 en la ciudad de Trelew. Disponible en: <http://www.apocba.org.ar/v2/index.php/351-encuentro-nacional-de-mujeres-en-trelew>





De “violencia familiar y doméstica” a “violencias por motivos de género”

En la Argentina en el año 2009 se sancionó la Ley N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales **y su decreto reglamentario N° 1011/10** que se inscribe en los compromisos internacionales asumidos por el Estado Argentino. Esta ley se instituye como el **principal marco normativo nacional en la materia**. Como ya hemos expresado en la *Clase 1*, la misma marcó un **cambio de paradigma**, ampliando los márgenes conceptuales, jurídicos y de ciudadanía con respecto al abordaje de esta problemática y a la anterior Ley N° 24.417, de “Protección contra la Violencia Familiar”, la cual reducía la violencia al ámbito doméstico y no hacía alusión al género de las personas involucradas.

En consonancia con la Convención de Belem do Pará, la ley N° 26.485 brinda una **definición amplia del concepto de violencia** como *“toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal”*.

Esta normativa reconoce que no se trata de un problema individual ni psicológico, ni del ámbito privado, sino que **las violencias por motivos de género vulneran los derechos humanos, son un problema de salud pública y su abordaje incumbe al Estado**. Además, no las reduce al ámbito familiar o doméstico sino que reconoce que existen diferentes tipos y modalidades de violencia basadas en el género, que se dan en todos los órdenes y relaciones de la vida. Es por ello que actualmente se habla de **violencias -en plural- por motivos de género**.



Si bien la Ley N° 26.485 hace referencia a las violencias “contra las mujeres”, a partir de la implementación de la Ley N° 26.743 de Identidad de Género (2012), cabe **contemplar a las personas LGBTI+ en todas las medidas que se impulsen para prevenir, erradicar y reparar las violencias por motivos de género.**

Tipos y modalidades de violencias

A continuación, expondremos los tipos y modalidades de violencia descritos en la Ley N°26.485. El **“tipo” de violencia** refiere al aspecto de la vida en el cual se produce algún daño o perjuicio. Los tipos de violencias se refieren a las dimensiones de la vida que se ven afectadas y se clasifican en: física, sexual, psicológica, económica y patrimonial, simbólica y política. Cuando se nos presente la duda, formulemos la pregunta ¿cómo se ejerce la violencia?

Se denomina **“modalidad” de violencia** a los diferentes ámbitos en los cuales esos vínculos tienen lugar. **Las modalidades pueden ser:** doméstica, institucional, laboral, mediática, obstétrica, contra la libertad reproductiva, política y en el espacio público. Cuando tengamos duda, preguntémonos: ¿dónde se ejerce la violencia?

Generalmente, los diversos tipos y modalidades de violencia **interactúan entre sí en cada situación**. Sin embargo, estas diferenciaciones nos permiten entender mejor el entramado fino de las violencias por motivos de género. A su vez, visibilizar aquellas que no son tan explícitas promueve abordajes diferenciados y específicos.



Tipos de violencias

VIOLENCIA SIMBÓLICA

La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de las mujeres y de las personas LGBTI+ en la sociedad.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal, o que busca degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonor, descrédito, manipulación o aislamiento.

VIOLENCIA ECONÓMICA Y PATRIMONIAL

La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer o persona LGBTI+, a través de la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales.

VIOLENCIA SEXUAL

Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer o persona LGBTI+ de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de personas.

VIOLENCIA POLÍTICA

La que se dirige a menoscabar, anular, impedir, obstaculizar o restringir la participación política, vulnerando el derecho a una vida política libre de violencia y/o el derecho a participar en los asuntos públicos y políticos en condiciones de igualdad respecto a los varones

VIOLENCIA FÍSICA

La que se emplea contra el cuerpo de la mujer o persona LGBTI+ produciendo dolor, daño o riesgo de producirlos, y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.



Modalidades de violencias

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las personas gestantes, expresada en trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 de parto respetado

CONTRA LA LIBERTAD REPRODUCTIVA

Aquella que vulnera el derecho de las personas gestantes a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

VIOLENCIA LABORAL

Realizada en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza el acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física, etc. al igual que quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función.

VIOLENCIA DOMÉSTICA

Ejercida por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.

VIOLENCIA INSTITUCIONAL

Ejercida por funcionarios, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres o personas LGBTI+ tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan sus derechos.

VIOLENCIA EN EL ÁMBITO PÚBLICO

Ejercida contra las mujeres y personas LGBTI+ por una o más personas, en lugares públicos o de acceso público, como medios de transporte o centros comerciales, a través de conductas o expresiones verbales o no verbales, con connotación sexual, que afecten o dañen su dignidad, integridad, libertad, libre circulación o permanencia y/o generen un ambiente hostil u ofensivo.

VIOLENCIA POLÍTICA

Fundada en razones de género, mediando intimidación, hostigamiento, deshonra, descrédito, persecución, acoso y/o amenazas, impida o limite el desarrollo propio de la vida política o el acceso a derechos y deberes políticos, atentando contra la normativa vigente en materia de representación política y/o desalentando o menoscabando el ejercicio político o la actividad política de las mujeres y personas LGBTI+, pudiendo ocurrir en cualquier espacio de la vida pública y política, tales como instituciones estatales, recintos de votación, partidos políticos, organizaciones sociales, asociaciones sindicales, medios de comunicación, entre otros

VIOLENCIA MEDIÁTICA

Aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o personas LGBTI+ o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra su dignidad, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construcción de patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencias por motivos de género.



Podemos notar que muchas de las situaciones de discriminación y desigualdades que analizamos en las clases anteriores, tales como la maternidad obligatoria, la brecha salarial entre varones cis y mujeres cis, travestis y trans, la presunción de heterosexualidad en una consulta médica, el lesbo-homo-bi-trans-odio, etc., se encuadran en los distintos tipos y modalidades de violencia por motivos de género. Invitamos a pensar en todos los episodios cotidianos en los que vivenciamos o identificamos estas múltiples formas de violencia.

Les compartimos un video que nos lleva a reflexionar acerca de la **violencia obstétrica**, modalidad que acontece en particular en el ámbito de la salud: Voces contra la violencia obstétrica, de la agrupación feminista Las Casildas.



Las violencias por motivo de género como problema de salud

¿Qué tienen que ver las violencias por motivos de género con el sistema de salud? Por un lado, como ya hemos visto, el sistema de salud es un ámbito en el que se reproducen estereotipos de género y prácticas patriarcales cis-heteronormativas que generan violencias y vulneran derechos humanos de mujeres y personas LGBTI+. Por otro lado, las violencias por motivos de género impactan en la salud de las personas que las padecen con múltiples consecuencias, que incluyen lesiones físicas, problemas de salud mental como depresión, ansiedad y estrés postraumático, suicidio, discapacidades, así como un mayor riesgo de contraer enfermedades no transmisibles, en particular trastornos hipertensivos y enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, es fundamental problematizar nuestras prácticas como agentes del sistema y contemplar su abordaje específico en el ámbito de salud.



En el Art. 11 de la Ley N° 26.485 se estipulan acciones prioritarias que debe implementar el Estado Nacional, “promoviendo la articulación y coordinación con los distintos Ministerios y Secretarías del Poder Ejecutivo Nacional, jurisdicciones provinciales y municipales, universidades y organizaciones de la sociedad civil con competencia en la materia”. En particular **al Ministerio de Salud de la Nación le corresponde:**

- **Incorporar la problemática** de la violencia contra las mujeres y de las personas LGBTI+ en los programas de salud integral;
- Promover la discusión y adopción de los instrumentos aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación en materia de violencia contra las mujeres y personas LGBTI+ en el ámbito del Consejo Federal de Salud;
- **Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia** contra las mujeres y personas LGBTI+, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las personas que padecen violencia, resguardando su intimidad y promoviendo una práctica médica no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios;
- **Promover servicios o programas con equipos interdisciplinarios** especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres y personas LGBTI+ y/o de quienes la ejerzan con la utilización de protocolos de atención y derivación;
- Impulsar la aplicación de un **Registro** de las personas asistidas por situaciones de violencia, que posibilite la coordinación entre los niveles nacionales y provinciales;
- Asegurar la **asistencia especializada de los/ as hijos/as testigos de violencia**;
- **Promover acuerdos con la Superintendencia de Servicios de Salud** u organismo que en un futuro lo reemplace, a fin de incluir programas de pre-



vención y asistencia de la violencia, en los establecimientos médico-asistenciales, de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga, los que deberán incorporarlas en su cobertura en igualdad de condiciones con otras prestaciones;

- Alentar la **formación continua** del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género;
- Promover, en el marco del Consejo Federal de Salud, el **seguimiento y monitoreo de la aplicación de los protocolos**. Para ello, los organismos nacionales y provinciales podrán celebrar convenios con instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

Del “crimen pasional” a los femicidios, travesticidios, transfemicidios y crímenes de odio

Otra ley de gran relevancia fue la **Ley N° 26.791 de Femicidio y Crímenes de Odio** sancionada en el año 2012. Esta ley reformó el artículo 80 del Código Penal para establecer como agravante homicidios especialmente relacionados con el fenómeno de las violencias por motivos de género. La ley amplió la figura del homicidio calificado por el vínculo (inciso 1), que previamente sólo comprendía a los cónyuges, a un abanico de relaciones presentes y pasadas, hubiera habido o no convivencia, y amplió el catálogo de crímenes de odio a aquellos cometidos por odio de género o a la orientación sexual, identidad de género o su expresión (inciso 4). Además, incorporó el inciso 11 que agrava el homicidio de una mujer cuando el hecho sea perpetrado por un hombre y mediare violencia de género y el inciso 12 que agrava el homicidio cometido con el propósito de causar sufrimiento a una persona con la que se mantiene o ha mantenido una relación. Esta ley representó un avance en la **visibilización de las violencias extremas contra las mujeres y personas LGBTI+**.



El uso del término femicidio representó un cambio en los imaginarios sociales y mediáticos que anteriormente nombraban como “crímenes pasionales” a estos asesinatos. Desde esta perspectiva, se los concebía como una responsabilidad de la víctima, como casos aislados y causados por supuestas pulsiones irrefrenables.

Para reflexionar acerca de la articulación entre organización social y avances en materia de derechos y políticas públicas, les compartimos un video de la periodista y feminsita Luciana Peker en el que relata algunos **hitos del movimiento Ni una Menos**.



Pasemos ahora a ver algunas definiciones que se desprenden del marco normativo vigente:

- El **femicidio** es el asesinato de mujeres cis / mujeres trans y travestis (niñas, adolescentes y/o adultas) por motivos asociados al género, perpetrado por un varón en contextos domésticos, culturales, interpersonales e institucionales por motivos de discriminación y misoginia (odio hacia las mujeres).
- El **transfemicidio y travesticidio** hace referencia a la muerte violenta de mujeres trans/travesti, por motivo de su identidad de género. Se categoriza de esta manera independientemente del cambio de DNI y de si habían realizado o no modificaciones corporales. Este tipo de homicidios son manifestaciones de violencia por prejuicio, son crímenes de odio y de violencia de género, que se caracterizan por la **discriminación y el rechazo hacia las identidades y expresiones de las feminidades trans**. Basado en los mecanismos de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará en el año 2016, se incorporó la variable sexo/género de la persona víctima, a fin de visibilizar los travesticidios y transfemicidios.





- En el año 2017, se sumaron dos nuevas categorías de víctimas al registro: los **femicidios vinculados** (homicidio cometido contra una o varias personas menores de 21 años, mujeres, varones, trans, travesti, a fin de causarles sufrimiento a una mujer cis, mujer trans o travesti) y los **femicidios vinculados por interposición en línea de fuego** (homicidio cometido contra quien se interpone o intenta evitar un femicidio).
- Las situaciones de violencia contra las personas LGBTI+ se encuadran dentro del concepto de **crímenes de odio**. Este tipo de crímenes se describen como un **acto voluntario, consciente y generalmente realizado con saña** que incluye pero no se limita a violaciones del derecho a la dignidad, a la no discriminación, a la igualdad, a la integridad personal, a la libertad personal y a la vida. Se trata de agresiones con la intención de **causar daños graves o muerte a la víctima**, y está basado en el rechazo, desprecio, odio y/o discriminación hacia un colectivo de personas históricamente vulneradas y/o discriminadas.

El juicio por el asesinato a la activista travesti Amancay Diana Sacayan fue paradigmático ya que se lo nombró por primera vez en la historia judicial como “travesticidio” y se lo calificó como un crimen de odio. Les compartimos este [documento elaborado por Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres \(UFEM\) del Ministerio Público Fiscal de la Nación](#) que describe el proceso penal de dicho caso y difunde buenas prácticas de investigación y litigio.



Amancay Diana Sacayan

Foto disponible: <https://www.cultura.gob.ar/diana-sacayan-activista-travesti-matanze-ra-que-promovio-el-cupo-trans-9949/>





Marco jurídico internacional y nacional

Las leyes explicadas se enmarcan en las convenciones internacionales que compartimos en la primera clase y volvemos a citar a continuación:

- [Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer](#) (CEDAW – 1979).
- [Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer](#) (Belem do Pará-1996).
- [Protocolo Facultativo a la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer](#) (OP-CEDAW-1999).
- [Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas](#) (Protocolo de Palermo-2002).
- [Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual e identidad de género](#) (Principios de Yogyakarta-2006).

Asimismo, existen leyes nacionales que acompañan y orientan las acciones del estado en materia de prevención, abordaje y erradicación de las violencias por motivos de género:

- [Ley N° 25.673 de Salud Sexual y reproductiva](#) (2002) - Crea el Programa de Salud sexual y reproductiva en el ámbito del Ministerio de Salud, entre cuyos objetivos se encuentran: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, reducir la morbilidad materno-infantil, promover la participación de las personas con capacidad de gestar en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.
- [Ley N° 25.929 de Parto Respetado](#) (2004) - Decreto Reglamentario N° 2035/15. Establece los derechos de las personas gestantes en relación al trabajo de parto, parto y postparto, entre otros: a ser informadas de los pro-





cedimientos médicos, a ser respetadas en su singularidad, a ser consideradas personas sanas, a estar acompañadas todo el tiempo.

- **Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes** (2005) - Retoma los principios de la Convención sobre los Derechos de los Niños. Dispone de principios y garantías como el derecho a la vida, a la dignidad e integridad personal, a la identidad, a la salud y la educación, entre otras. Esta ley se enmarca en la perspectiva de protección integral, que reconoce a las niñas y adolescencias como sujetos de derechos y con autonomía progresiva.
- **Ley N° 26.150 de ESI** (2006) - Crea el Programa de Educación Sexual Integral, estableciendo el derecho a una educación sexual integral que articule aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos, en todo el sistema educativo nacional. Propone un enfoque pedagógico que incorpore como ejes transversales: el ejercicio de derechos, la perspectiva de género, el respeto de la diversidad, el cuidado del cuerpo y la salud, la valoración de la afectividad.
- **Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica** (2006) - Garantiza el acceso a la ligadura tubaria y a la vasectomía como un derecho de todas las personas. Establece que para solicitarlo no es necesario brindar el consentimiento de la pareja, cónyuge o conviviente, ni presentar una autorización judicial, ni ningún tipo de evaluación psicológica o psiquiátrica.
- **Ley N° 26.364 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas** (2008) - Modificada luego por la Ley Nacional N° 26.842 (2010) - Define tipos de explotación que se ejercen contra las personas víctimas de trata y establece mecanismos de garantía y protección a las víctimas.
- **Ley N° 26.743 de Identidad de Género**¹ (2012). Decreto reglamentario 903/15.

1. En la Clase 2 analizamos el sentido y alcance de esta normativa.





- **Ley N° 27.363 de Privación de la responsabilidad parental** (2017) - En consonancia con la tipificación del femicidio, dispuso la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación para establecer la privación de la responsabilidad parental al progenitor condenado como autor, coautor, instigador o cómplice del delito de homicidio agravado por el vínculo o mediando violencia de género.
- **Ley Brisa N° 27.452** (2018) - Establece que las personas menores de veintún años o personas con discapacidad, cuyas madres hayan sido víctimas de femicidio o de homicidio en contexto de violencia intrafamiliar y/o de género deben recibir protección por parte del Estado y tienen derecho a percibir una reparación económica mensual, acceder a una cobertura integral de salud y contar con acompañamiento de manera integral durante su crianza.
- **Ley Micaela N° 27.4992** (2019) - Ley de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado.
- **Ley N° 27.610 de IVE** (2020) - Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Establece el derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar a decidir la interrupción del embarazo hasta la semana 14 inclusive y la obligatoriedad del sistema de salud de brindar cobertura integral y gratuita. Además, **el derecho a recibir atención postaborto y el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces para prevenir embarazos no intencionales.**
- **Ley N° 27611 de Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia** (2020) - Conocida como ley de los Mil Días, tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las personas gestantes y de la primera infancia para reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.

2. En la Clase 1 analizamos el sentido y alcance de esta normativa.



Hasta aquí estuvimos recorriendo las luchas y las leyes que forjaron un cambio de paradigma en relación a las violencias por motivos de género. ¿Qué podemos hacer ante estas *violencias*? ¿Cómo *prevenirlas, abordarlas, erradicarlas*? Como *pudimos observar* una y otra vez desde el comienzo del curso, lo primero y lo que más a nuestro alcance está es repensar nuestra cotidianidad, vínculos, prácticas, expresiones, problematizando aquellas que discriminan a mujeres cis y personas LGBTI+, cuestionando los propios privilegios o identificando situaciones en las que sentimos que se vulneran derechos, propios o de alguna persona cercana. La perspectiva de género y de diversidad son herramientas fundamentales en este sentido. Les acercamos, a continuación, algunos conceptos y reflexiones que seguramente nos ayuden a identificar y comenzar a desarticular las violencias más sutiles o invisibles en las que se sustentan las violencias más extremas.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Deconstruyendo sentidos

Como vimos en las *Clases 1 y 2*, **todas las manifestaciones de violencias por motivos de género son expresiones de una estructura social desigual**. Se asientan y reproducen el sistema patriarcal, la hegemonía de lo masculino por sobre lo femenino e identidades diversas, de lo heteronormado por sobre otras formas de vivenciar la sexualidad y los vínculos. Por eso, para prevenir las y erradicarlas, es fundamental empezar por **problematizar el machismo**, es decir, las **prácticas, expresiones, creencias, estereotipos que refuerzan las desigualdades y naturalizan las violencias de género**.

El “**amor romántico**” es un mandato en el que se sustentan las violencias por motivos de género. No nos referimos a las expresiones de afecto sino en particular al ideal del “amor verdadero”, “único”, “para toda la vida” basado en la posesión y



la dependencia. Tengamos presente que **los femicidios son perpetrados generalmente por parejas o ex parejas varones que decían amar a quienes mataron.**



De las denuncias que recibió la [Línea 144](#) en el 2020, en **el 90% de los casos los agresores son varones cis**, en el **44%** se trata de una **ex pareja** y en el **39%** quien agrede es la **pareja actual**.

Les compartimos un video de Colectivas Deseantes que recopila canciones muy populares de distintos estilos y épocas para reflexionar sobre el arraigo del machismo en la cultura.

Podemos decir que en la **violencia simbólica** quedan sedimentadas las bases para que se naturalicen y desarrollen el resto de las violencias. Socialmente operan una serie de **mecanismos de invisibilización**, entre los cuales podemos encontrar:

- **Patologización:** Las violencias se identifican con procesos psicopatológicos donde el agresor es asociado a una condición de salud mental, invisibilizando los discursos sociales de dominación patriarcal. Cuando, por ejemplo, los medios de comunicación individualizan los femicidios como fenómenos aislados: *“Un enfermo de los celos”, “un loco perverso”, etc.*
- **Ridiculización:** Se banalizan las situaciones de violencia y las reacciones ante las mismas: *“Los que se pelean se aman”.*
- **Relativización y minimización:** Se menosprecian el daño y las consecuencias que implican para las personas sufrir situaciones de violencia. *“Si la está pasando mal, que se separe y listo”.*

- **Focalización:** Se asocia la violencia a ciertos grupos sociales, a contextos de pobreza, o a determinados niveles de educación, invisibilizando la matriz cultural de las violencias y el sistema patriarcal que atraviesa todos los estratos sociales. *“Es una universitaria muy formada, ¿cómo va a estar sufriendo violencia?” o “Es un profesional prestigioso, nunca sería capaz de lastimar a nadie”.*
- **Culpabilización y responsabilización:** Las personas son responsabilizadas por las conductas agresivas de las que son víctimas. *“Una mujer de familia no anda de noche sola”, “La culpa es de ella por volver con un violento” o “¿Y vos qué hacías para que te pegara?”.*

Si bien en los últimos años se ha logrado una mayor visibilización de lo que implican las violencias contra las mujeres cis y personas LGBTI+, aún persisten creencias y prejuicios que refuerzan la violencia simbólica y que justifican las violencias por motivos de género. En el siguiente cuadro³ reflejamos algunos de ellos y los contrastamos con lo que acontece en la realidad:

Creencias y prejuicios	Datos y experiencias
<i>Los casos de violencia contra las mujeres son escasos, no representan un problema grave.</i>	En Argentina se comete un femicidio cada 30 horas.
<i>La violencia de género es un fenómeno que sólo se da en los niveles socioeconómicos y educativos bajos.</i>	Atraviesa todas las clases sociales, los niveles educativos económicos.

³ Basado en la Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género Instituto Canario de Igualdad Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género. Gobierno de Canarias, España, 2011.G

Creencias y prejuicios	Datos y experiencias
<i>Las mujeres por sus hijos e hijas deben aguantar todo en la pareja, incluso el maltrato y la violencia.</i>	Las niñas también están en riesgo de sufrir violencia por parte del padre. Hay teorías y datos estadísticos que señalan que los patrones de conducta violentos observados durante la infancia se aprenden y pueden repetirse en la adultez.
<i>El maltrato psicológico no es tan grave como la violencia física.</i>	El maltrato emocional puede resultar más incapacitante que el físico. Las personas víctimas de violencia de género pueden cursar cuadros de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno por estrés post traumático, abuso de drogas, psicofármacos, alcohol e intentos de suicidio.
<i>A las mujeres les gusta que las maltraten, sino no lo permitirían.</i>	La conducta violenta es responsabilidad de quien la ejerce. Lo que suelen sentir las personas que padecen situaciones de violencia es miedo, indefensión, culpa, vergüenza, aislamiento. Eso les impide pedir ayuda.
<i>El consumo de alcohol o drogas es la principal causa de las conductas violentas.</i>	Puede actuar como desencadenante o como excusa, pero no es la causa. Hay quienes beben y toman drogas y no maltratan, y quienes son maltratadores pueden no beber consumir drogas.
<i>El maltrato hacia la mujer es a causa de algún tipo de enfermedad mental.</i>	Sólo en un bajo porcentaje de los agresores existen padecimientos mentales. Lo que sí está demostrado es que tras el maltrato, son las personas que lo sufren las que pueden padecer problemas psicológicos.

Creencias y prejuicios	Datos y experiencias
<p><i>Los varones son violentos por naturaleza. La conducta violenta es innata.</i></p>	<p>La violencia se aprende a través de modelos familiares y sociales.</p>
<p><i>Lo más importante para la familia es que hijos e hijas se críen con su padre y con su madre en el mismo hogar.</i></p>	<p>Lo más importante para el desarrollo es crecer en un ambiente amoroso y libre de violencia. El ser testigo de la violencia es un factor de riesgo. También las niñas son víctimas.</p>
<p><i>La violación ocurre a manos de extraños.</i></p>	<p>La mayoría de los casos de violencia sexual son ejercidos por varones cis que las personas víctimas conocen y/ o en quienes confían.</p>
<p><i>Cuando lesbianas o gays se besan en el espacio público, están provocando. Es entendible que la gente reaccione.</i></p>	<p>Todas las personas tienen derecho a vivir una vida libre de violencias y discriminación, y al disfrute del espacio público. Las demostraciones de afecto entre dos personas con orientaciones sexuales no normativas son simplemente eso, demostraciones de afecto, y jamás pueden ser motivo de violencias y agresiones.</p>
<p><i>Por más que pidan ser nombrados de otra manera, su nombre es el que consigna su DNI, y por ende el que hay que utilizar</i></p>	<p>La Ley N°27.643 plantea la obligación legal de llamar a las personas con el nombre y el género con el que se presentan. Incumplir este deber constituye un acto de discriminación que vulnera sus derechos y, en el caso de efectores de salud, obstaculiza su acceso al sistema de salud, por lo que supone también una manifestación de la violencia institucional por motivos de género.</p>



Micromachismos

Cuando hablamos de micromachismos nos referimos a situaciones del ámbito cotidiano que perpetúan los roles de género y que son **sutiles**, es decir que es difícil que sean identificadas y “leídas” como violencias. Son ejercidas tanto de forma consciente como inconsciente para reforzar y sostener el control sobre las mujeres y personas LGTBI+ y para sancionar prácticas e identidades no cis-heteronormativas. Son **formas de violencia poco visibles y naturalizadas**, que menoscaban la autoestima y obstaculizan el ejercicio de derechos por parte de mujeres y LGTBI+

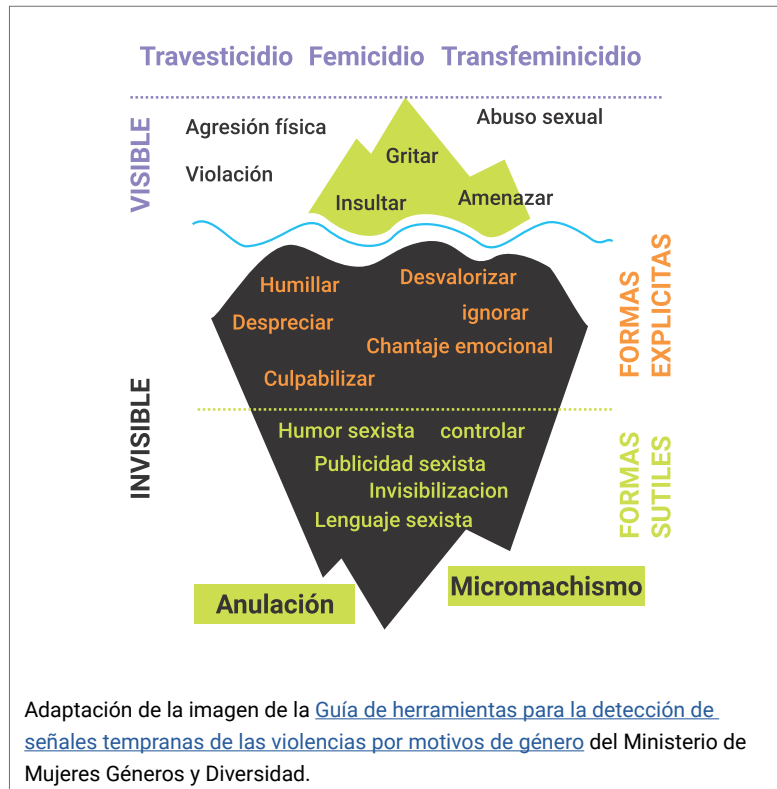
Algunos ejemplos pueden ser:

- Cuando un compañero de trabajo se ocupa del cuidado de familiares o realiza una tarea vinculada al cuidado del hogar y comenta que “ayuda” a su esposa, como si fueran tareas que corresponden naturalmente a las mujeres.
- Dar por sentado que quienes preparan el mate y el café o toman nota en una reunión laboral son las mujeres.
- Dar la palabra prioritariamente a varones en una reunión gremial, o interrumpir cuando habla una compañera.

¿Qué otros ejemplos se te ocurren?

La imagen del iceberg nos permite notar cómo acciones menos visibles, tales como los **micromachismos, el lenguaje, el humor sexista y el control** sobre la vida, las acciones y las decisiones de otra persona, funcionan como la base estructural de las violencias por motivos de género. Hacer conscientes y visibles todas estas creencias y acciones, que funcionan como la **antesala de las violencias más explícitas**, nos invita a hacer un proceso de reflexión para **prevenir las violencias extremas**. De esta manera empezamos a reconocer y desnaturalizar muchas representaciones machistas que circulan socialmente y reproducimos.





Por otro lado, el gráfico del “espiral” o “ciclo” de la violencia, muestra las distintas fases que suelen sucederse en los vínculos atravesados por violencias por motivos de género, en particular en parejas heterosexuales en donde el agresor es varón cis. También nos permite ver como las violencias más explícitas no son hitos o situaciones aisladas, sino que suelen ser parte de un proceso. A la vez, pone atención sobre el papel relevante que cumple el contexto social y el entorno de las personas.”

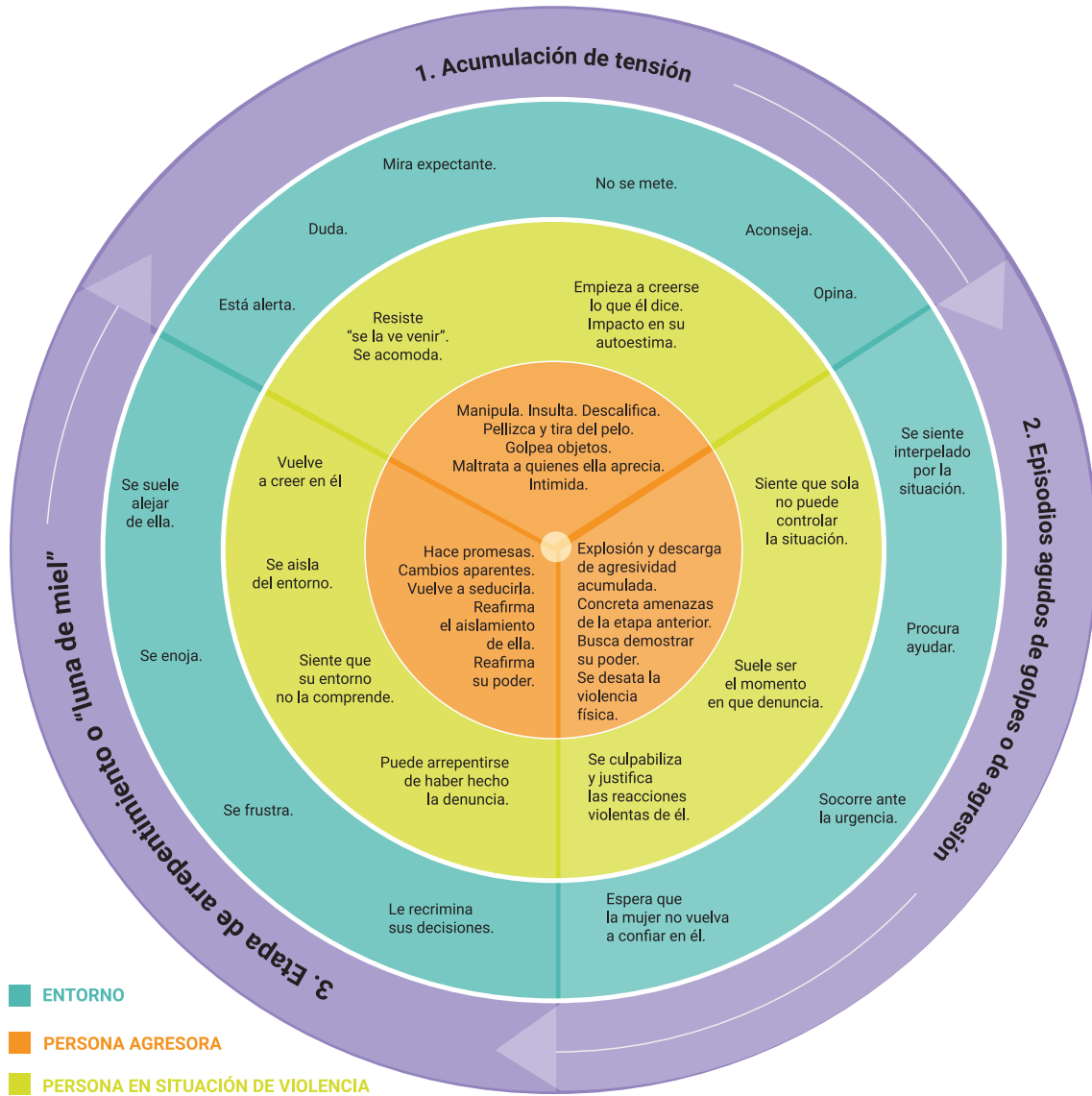


Gráfico del material "[Herramientas para la formación de promotoras y promotores territoriales en género](#)" del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Esperamos que lo trabajado hasta este punto sirva para identificar y prevenir las violencias. En el próximo apartado profundizaremos en qué podemos hacer como agentes del Ministerio de Salud para acompañar a las personas que las padecen.



VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO, POLÍTICAS TRANSVERSALES Y SALUD PÚBLICA

Quienes trabajamos en el Ministerio de Salud tenemos la obligación legal y el derecho de conocer las normativas y políticas vigentes, así como las herramientas disponibles en el ámbito laboral para abordar situaciones de violencias por motivos de género, ya sea que las estemos viviendo en primera persona, o para acompañar y asesorar a otras personas en el trabajo. Además, es importante conocer las herramientas y protocolos para el abordaje de esta problemática en el sistema de salud y así poder contemplarlas en las tareas que llevamos a cabo, si involucran el desarrollo de programas, intervenciones o articulaciones en territorio. En fin, en el lugar que estemos, el desafío es pensar qué está a nuestro alcance para **aportar a prácticas cotidianas y políticas públicas** libres de violencias.

Las situaciones de violencias pueden presentarse de diferentes maneras: pueden ser expresadas por quien las padece, pueden ser intuitas por agentes de salud, advertidas por personas con las que se trabaja, informadas por organizaciones de la comunidad, etc. Abarcan manifestaciones físicas, psíquicas y/o sociales.

Algunos datos para dimensionar esta problemática

Antes de profundizar en políticas públicas transversales y herramientas para el abordaje de las violencias por motivos de género en el espacio de trabajo y en el sistema de salud, compartimos algunos datos de las violencias más extremas que reflejan la gravedad de esta problemática:



- El [Observatorio de Violencia de Género “Ahora que sí nos ven”](#) registró **288 femicidios** entre el 20 de marzo de 2020 y el 19 de marzo de 2021, un femicidio **cada 30 horas** en los últimos 5 años.
- La **trata de personas** con fines de explotación sexual-comercial es otra situación crítica en la que se manifiesta la violencia hacia las mujeres. Desde la sanción de la ley 26.364 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y asistencia a sus víctimas hasta el 31 de agosto de 2019, se han rescatado y/o asistido un total de **14.505 víctimas**⁴.
- En el año 2019, el [Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT](#) registró **78 muertes** de personas LGBTI+: 16 asesinatos (12 fueron dirigidos a mujeres trans y 4 a varones gay cis) y 62 muertes por abandono y/o ausencia estatal, todas ellas fueron de mujeres trans. En ese año, el [Registro Nacional de Femicidios](#) registró 5 femicidios a mujeres trans/travestis.
- La **violencia sexual contra niños, niñas, niños y adolescentes** se entrama en un andamiaje cultural y jurídico de dominación masculina que autoriza a varones a tomar los cuerpos de niños y niñas (como también de mujeres y personas con discapacidad) para su propio beneficio. Según un informe de 2016 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) **1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 varones** han declarado haber sufrido abusos sexuales durante su niñez y en la gran mayoría de los casos son ejercidos por varones cercanos a la víctima. En un documento de [UNICEF](#) se especifica la gran variedad de indicadores en el ámbito de la salud que permiten establecer, con mayor o menor certeza, la ocurrencia de abusos sexuales.

4. Dato extraído del [Informe anual 2019](#), elaborado por el Consejo Federal para la Lucha contra la Trata y Explotación de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas

imagen disponible en: <https://www.dw.com/es/argentina-y-la-violencia-machista/a-37551614>



Violencias por motivos de género en tiempos de pandemia

El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), decretado en la Argentina como medida principal de cuidado establecida ante la pandemia por COVID-19, implicó una **mayor exposición y riesgo para quienes padecen violencia en el ámbito doméstico** al tener que permanecer en sus hogares conviviendo con su agresor. Asimismo, implicó una **sobrecarga para quienes se ocupan de las tareas domésticas y de cuidado** que, como analizamos en la primera clase, recaen mayormente en las mujeres, tanto cis como trans.

El [Diagnóstico de la situación de las mujeres rurales y urbanas, y disidencias en el contexto de COVID-19](#)⁵, reveló un aumento del trabajo doméstico y las tareas de cuidado durante el ASPO, que afectó al estado de ánimo y la salud de muchas mujeres. También un incremento de la precarización del trabajo y de la pérdida de ingresos para quienes se dedican a trabajos de las economías populares o no formales, siendo más grave la situación entre las mujeres afrodescendientes, trans/travestis, originarias y migrantes. Según las mujeres urbanas encuestadas, la percepción de las violencias de género aumentó en un 84,6% y según las mujeres rurales un 81,3%. Por su parte, las mujeres rurales y originarias identificaron a la violencia institucional, los conflictos ambientales, territoriales y de tenencia precaria de

5. Coordinado por la Dra. Bidaseca (IDAES/UNSAM). Elaborado desde la Unidad Coronavirus, creada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el CONICET y la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación -Agencia I+D+I+.





la tierra, como problemáticas que se intensificaron en el contexto de ASPO, complejizando el entramado y circuito de las violencias de género sobre los cuerpos femeninos racializados. De acuerdo a los datos estadísticos de las líneas de ayuda por violencia de género y familia, hubo un aumento del 18% de los llamados⁶.

En este contexto, el Estado Argentino redobló sus esfuerzos tomando medidas específicas para prevenir y atender el impacto de la pandemia y el ASPO en la vida de las mujeres y personas LGBTI+ en general, y en particular de aquellas que padecen violencia por motivos de género. Entre ellas:

- La [Resolución N° 15/2020](#) exceptuó a circular por razón de fuerza mayor a mujeres y personas LGBTI+ víctimas de violencia por motivos de género, para solicitar asistencia y efectuar la denuncia;
- Se reforzaron las líneas telefónicas de orientación y asesoramiento y las líneas de asistencia y emergencia nacionales provinciales y municipales, a la vez que se incorporaron líneas de WhatsApp;
- Se efectuaron campañas de comunicación para fortalecer las medidas a nivel nacional, en acciones interministeriales y en articulación con las redes territoriales y las organizaciones de la sociedad civil.

Políticas públicas transversales para el abordaje de las violencias por motivos de género

¿En qué políticas públicas transversales se enmarcan estas medidas? El Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad elaboró un [Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022](#) (en adelante PNA) que involucra a todo el Poder Ejecutivo Nacional en el compromiso de avanzar en la implementación de políticas públicas de prevención y erradicación de todas las formas de violencia por motivos de género. A tales fines, el PNA establece cuatro

6. Comparativa de promedios diarios de comunicaciones por violencias de género con anterioridad y posterioridad a la sanción del ASPO (226 días). Datos del 7 de agosto de 2019 al 19 de marzo de 2020 y del 20 de marzo al 31 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/informacion-estadistica>



ejes estratégicos y tres ejes transversales. Sus ejes estratégicos son: **1. Prevención, 2. Asistencia y Abordaje Integral, 3. Protección y Fortalecimiento del Acceso a la Justicia y 4. Gestión de la información, Transparencia y Monitoreo.** Los ejes transversales son: **1. La interseccionalidad**, que supone la consideración de las múltiples opresiones que pueden entrelazarse con la situación de violencia y agravar el estado de vulnerabilidad de las mujeres y personas LGBTI+; **2. La multiagencialidad**, es decir, la coordinación y articulación entre las distintas áreas de la Administración Pública Nacional, gobiernos locales y provinciales para propiciar un trabajo en red; y **3. El fortalecimiento de las redes territoriales.**



Mapping realizado en el Ministerio de Salud de la Nación el 25 de noviembre de 2020 en el marco del Día Internacional de la Eliminación de la violencia contra las Mujeres.

El Ministerio de Salud de la Nación se constituyó en uno de los organismos responsables para la ejecución de las acciones estratégicas de este plan, tanto en materia de salud como en relación al trabajo conjunto con otras instituciones de la Administración Pública Nacional. En ese sentido, la Dirección de Géneros y Diversidad del Ministerio de Salud, presentó el [Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública](#), aprobado por Resolución N° 1886/2020, el cual plantea entre sus objetivos: promover la transversalización de la perspectiva de géneros y diversidad en el diseño y ejecución de las políticas públicas en salud; e impulsar acciones de prevención, detección temprana y de atención integral en el sistema de salud de las mujeres y personas LGBTI+ en situación de violencia por motivos de género.



Ambos planes proponen acciones estratégicas alineadas al **cambio de paradigma** que plantea el Estado Argentino en relación con el abordaje de las violencias por motivos de género. Asimismo, ponen el foco la promoción de la autonomía de las personas que padecen violencias por motivos de género, contemplando el enfoque basado en las tres dimensiones de la autonomía, propuesta por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), integrado por la autonomía económica, física y sobre la toma de decisiones.

Recientemente, el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad elaboró una [Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género](#). Les recomendamos su lectura.

El día 28 de mayo de 2021 mediante la [Resolución ministerial 1531/2021](#) se presentó la actualización del [Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo \(IVE/ILE\)](#). El mismo tiene como objetivo brindar a los equipos de salud un marco regulatorio y pautas clínicas para la atención permita garantizar el **derecho a la interrupción del embarazo** de todas las personas que así lo requieran. Esta normativa se enmarca en el principio de garantizar desde el sistema de salud una atención con los más altos estándares, sin violencias y respetando la **autonomía en la decisión** de “mujeres, niñas, adolescentes y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar” de interrumpir un embarazo.

Abordaje de las violencias en la Administración Pública Nacional (APN)

A partir del **Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional** -Art. 125 del [Decreto 214/2006](#), se creó la [Comisión de Igualdad de Oportunidades y Trato - CIOT*](#), cuyo objetivo es velar por el cumplimiento del



principio de no discriminación e igualdad de oportunidades y trato en el Ámbito de la Administración Pública Nacional. La CIOT se encuentra integrada por representantes del Estado empleador y de las organizaciones sindicales. Cuenta con delegaciones en las jurisdicciones y entes descentralizados.

Las situaciones de violencia de género en el ámbito laboral pueden ser denunciadas ante la [CIOT central](#), o ante sus Delegaciones Jurisdiccionales.

El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con su respectiva delegación:

[Comisión de Igualdad de Oportunidades y de Trato - Delegación Salud](#)

Ante cualquier consulta o denuncia podemos dirigirnos a las entidades gremiales o al grupo de orientación a: orientaciongeneros@msal.gov.ar

Las personas que sufren violencias por motivos de género tienen **el derecho de solicitar licencia laboral por violencia de género** (Art. 147 bis del [Convenio Colectivo de Trabajo para la APN](#)). A tales fines se puede consultar el [Protocolo de Actuación e Implementación de la Licencia por Violencia de Género](#)

Un **protocolo** es una herramienta que estandariza procedimientos de actuación frente a una situación específica en un ámbito determinado. Tratándose de violencias por motivos de género estos protocolos se convierten en una medida preventiva que produce dos efectos concretos: el primero de ellos, generar un espacio de contención, abordaje y orientación para las personas afectadas; el segundo, enviar un mensaje claro de que tales conductas no son toleradas

Por otro lado, se encuentra vigente el [Protocolo Marco para el Abordaje de las Violencias por Motivos de Género en el Sector Público Nacional](#), elaborado conjuntamente por la CIOT y el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. El mismo contempla el [Convenio N° 190 de la Organización Internacional del Trabajo \(OIT\)](#).

A través de este protocolo se promueven ámbitos y relaciones laborales libres de violencias y desigualdades de género así como también se brindan herramientas para el abordaje integral de las violencias y el acoso laboral por motivos de género.

Su accionar en todos los casos, se rige por:

Confidencialidad y respeto	No revictimización
<p>La persona que efectúe una consulta o presente una denuncia será escuchada en su exposición sin menoscabo de su dignidad y sin intromisión en aspectos que resulten irrelevantes para el conocimiento de los hechos.</p> <p>En todo momento se respetará su voluntad en cuanto a las acciones que decida realizar, así como en la confidencialidad de los datos que manifieste querer mantener en reserva.</p>	<p>Se evitará el sometimiento de la persona agredida a innecesarias demoras, derivaciones, consultas y reiteraciones del relato de los hechos, exámenes médicos repetidos, superfluos o excesivos, como también la exposición pública de la persona denunciante y/o de los datos que permiten identificarla. La revictimización también se produce cuando la persona es estigmatizada por su orientación sexual, identidad de género o modo de vida.</p>
Contención y orientación	Escucha activa y empática
<p>La persona afectada será orientada de manera gratuita, en la medida que así lo requiera, en todo trámite posterior a la consulta y/o denuncia administrativa realizada, respecto del procedimiento que pudiera seguir a dicha denuncia y de las acciones legales que tiene derecho a emprender, orientándola hacia los organismos de atención competentes.</p>	<p>Por parte de quien recibe las consultas, adoptando una actitud receptiva, sin críticas ni prejuicios, que favorezca la comunicación por parte de quien consulta, así como su participación en las decisiones para el diseño de una estrategia de intervención y acompañamiento.</p>
	Acceso a la información
	<p>Las personas que efectúen una consulta o presenten una denuncia tienen derecho a recibir información acerca del estado de las actuaciones, de las medidas adoptadas y de la evolución del proceso.</p>



Abordaje de las violencias en el sistema de salud

De acuerdo a la Ley N° 26.485, el sistema de salud tiene un rol central en la prevención y detección temprana y oportuna de las violencias por motivos de género, así como en la elaboración, difusión e implementación de protocolos. **Toda consulta (cualquiera sea el motivo) puede ser una oportunidad para prevenir y detectar situaciones de violencia**, pudiendo contribuir a reducir la morbilidad por esta causa y promover intervenciones que no se concentren sólo en la atención de la emergencia.

Los equipos de salud tienen la responsabilidad de realizar una detección temprana y su posterior abordaje, siendo fundamental que adquieran una mirada amplia e integral, ya que no existe una única manera de manifestación de las violencias. Consultas que se consideran “inespecíficas” o “polisintomáticas” desde la clínica tradicional, pueden ser indicadores de violencias padecidas de forma prolongada: dolores poco definidos, o dolores de cabeza frecuentes, alergias en cualquier lugar del cuerpo, dificultades en la implementación de métodos anticonceptivos, dolores de estómago, disfonías prolongadas, tics, caída del cabello, agotamiento psicofísico, etc. **Pasar por una situación de violencia produce sufrimiento, daño psicológico, daño físico**, así como también impacta en el sistema inmunológico, disminuye o vuelve más rígidas las defensas psíquicas, empeora las enfermedades existentes o produce nuevas patologías.

La **primera escucha** a una persona que padece una situación de violencia por motivos de género es clave para poder brindarle información y orientación respecto de dónde buscar atención. Junto a la **detección temprana**, se debe hacer una **evaluación del riesgo**, es decir, contemplar los múltiples factores, la historia de vida y las particularidades de cada caso para poder derivar y hacer un acompañamiento adecuado. Se debe contemplar la situación familiar, social, económica,





de salud de la persona desde un enfoque interseccional, teniendo en cuenta que el padecimiento de otras desigualdades además de las de género, puede agravar la situación por la que está pasando.

Es central la **capacitación de los equipos de salud** para problematizar creencias, mitos, estereotipos, prejuicios de género que refuerzan las desigualdades y violencias, que en muchos casos limitan el acceso y la calidad de la atención a la salud de las víctimas, y pueden producir su revictimización.

Otra cuestión fundamental es la **identificación y registro de las redes personales, territoriales e institucionales** como estrategia de acompañamiento y contención para la persona en situación de violencia. A la vez, es clave el abordaje **multigénero y transversal**, lo cual puede implicar la derivación a otros organismos del Estado, como la Justicia, el acceso a planes o programas para personas que padecen situaciones de violencia, etc.

Para seguir profundizando en este abordaje les acercamos unos [materiales](#) elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo de OPS.

A modo de ejemplo, les compartimos el video “Abordaje de las violencias por motivos de género en salud pública”, en el cual Micaela Navill - Directora de Derechos Humanos, Géneros y Diversidad, y Silvana Palestrini - Coordinadora de Géneros y Diversidad Sexual, comparten su experiencia en el Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas Provincia de Buenos Aires.





Recursos nacionales de atención, asesoramiento, orientación e información por violencias por motivos de género

- **Línea 144.** Atención, asesoramiento y contención para situaciones de violencias por motivos de género, disponible las 24 horas, de manera gratuita y en todo el país. También se puede consultar por vía WhatsApp al 1127716463. E-mail: linea144@mingeneros.gob.ar o descargando la [aplicación](#).
- **Programa para el apoyo urgente y la asistencia integral inmediata ante casos de femicidio, travesticidio y transfemicidio.** El trámite se puede realizar a través de la Línea 144 o a través de las áreas con competencia en materia de género de las provincias o municipios en el plazo de 60 días posteriores al hecho. Consultas al correo apoyourgente@mingeneros.gob.ar
- **Línea 137.** Cualquier persona que sea víctima o tenga conocimiento de una situación de violencia familiar o sexual puede comunicarse las 24 horas, los 365 días del año, desde todo el país y de manera gratuita, o enviar un mensaje de WhatsApp al 11-3133-1000.
- **Línea 145.** Asistencia y denuncias por trata y explotación de personas. Gratuita, anónima y nacional. Disponible las 24 horas durante todo el año.

Palabras finales...

¿Qué tenemos a nuestro alcance para prevenir, acompañar y erradicar las violencias por motivos de género?

En primer lugar, asumir la responsabilidad, en tanto agentes del Estado y **personas que trabajamos en el Ministerio de Salud**, de impulsar políticas públicas que contemplen la perspectiva de género y de diversidad, que promuevan la equidad y la autonomía de mujeres cis y personas LGBTI+.





En segundo lugar, en nuestro ámbito cotidiano de trabajo, problematizar estereotipos, roles, comentarios que hacemos, la forma en la que nos referimos a las otras personas, en que nos vinculamos, desarticular los micromachismos, construir vínculos respetuosos, romper complicidades machistas, prevenir las violencias...

Por último, ahora sabemos que cualquier sospecha de maltrato puede ser una alerta para ayudar a una persona que esté pasando por una situación de violencia. Todas/os/es podemos brindar una primera **escucha, desde un lugar respetuoso**, sin cuestionar los dichos o juzgar las decisiones, manteniendo la **confidencialidad**, para no exponer ni revictimizar a quien padece la situación de violencia. Está a nuestro alcance informar acerca de **los derechos, los protocolos, los recursos** de ayuda y acompañamiento a los que se puede acudir ante una situación de violencia. También podemos ayudar a la persona a identificar sus redes personales de confianza así como organizaciones que puedan brindarle un acompañamiento y contención.

Este recorrido concluye aquí, pero esperamos que sea el inicio de nuevas prácticas, vínculos, propuestas, inquietudes y diálogos.

Bibliografía de referencia

- Bidaseca, K. Aragão Guimarães Costa, M., Brighenti, M., Ruggero, S. (2020). [Diagnóstico de la situación de las mujeres rurales y urbanas, y disidencias en el contexto de COVID-19](#). (IDAES/UNSAM). Elaborado desde la Unidad Coronavirus, creada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el CONICET y la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación -Agencia.
- Bonino, L. (2004). [Los micromachismos](#). La Cibeles, 2(1.6).
- Lamas, M. (1998). [La violencia del sexismo](#). En Sánchez Vázquez, A. (coord.), El mundo de la violencia. México: Fondo de Cultura Económica.

- Lagarde, M. (2008). [Antropología, feminismo y política: violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres](#). In Retos teóricos y nuevas prácticas. Anku-
legi; pp. 209-240.
- Segato, R. (2004). [Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos](#). Buenos Aires: Editorial Prometeo.

Documentos sugeridos

- Ministerio de Salud de la Nación (2021) Violencias por motivos de género Plan 1000 días sobre “violencias por motivos de género” https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-poblacion/soporte/folletos-y-volantes?-field_problematika_target_id=All&field_soporte_target_id=All&title=violencias+por+motivos+de+g%C3%A9nero
- Ministerio de Salud de la Nación (2021) sobre “[Plan 1000 días](#)”
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Géneros y Diversidad (2020) [Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública](#)
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020) [Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022. Para la prevención, asistencia y erradicación de todas las formas de violencia por motivos de género.](#)
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2021) [Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género. Pautas de acompañamiento para personas en situación de violencia.](#)
- Ministerio Público Fiscal. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2019) [“Herramientas para la formación de promotoras y promotores territoriales en género. Material teórico y práctico.](#)
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa médicos comunitarios (2017) [Violencia sobre las mujeres. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención](#)
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021) [Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales](#)
- Ministerio de Salud de la Nación (2021) [Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo \(IVE/ILE\).](#)





Ministerio de Salud
Argentina