

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

Violencias por razones de género

Lineamientos para el abordaje integral en el
sistema sanitario de la Provincia de Buenos Aires

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Daniel Gollán

SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL, CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y
VIOLENCIA DE GÉNERO

Julieta Calmels

DIRECCIÓN PROVINCIAL CONTRA LAS VIOLENCIAS EN EL ÁMBITO DE
LA SALUD PÚBLICA

Carina Lavandeira

DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR Y
DE GÉNERO

Pilar Tuculet

Asesoramiento de contenido:

MINISTERIO DE LAS MUJERES, POLÍTICAS DE GÉNERO Y DIVERSIDAD
SEXUAL - Subsecretaría de Políticas Contra las Violencias por Razones de
Género

Adriana Vicente (Directora de Dir. Prov. de Investigación, planificación y
gestión de políticas públicas contra las violencias por razones de género)

Irma Colanzi (Asesora de la Subsecretaría de Políticas contra las Violencias
por Razones de Género)

EQUIPO TÉCNICO PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA REDACCIÓN
RESPONSABLE DE LA REDACCIÓN Y REVISIÓN DEL CONTENIDO

María Eugenia Bagnasco - Estefanía Gelso - Julieta Sanchorena - Andrea
Nieto - María Laura Viscardi - Virginia Michelli - María Laura Lavarello -
María Julia Montilla

Presentación.....	6
Tomo I: Salud, género y violencias. Perspectivas y herramientas conceptuales	9
Salud y género	9
Perspectiva de géneros en Salud Pública	10
Enfoque de derecho	11
Violencias y Salud.....	12
Herramientas conceptuales.....	14
Patriarcado.....	14
Androcentrismo.....	15
El Sistema Sexo-Género: roles y estereotipos	15
Géneros.....	16
Interseccionalidad	18
Matriz heterosexual.....	19
Identidades de género no cis-heteronormadas, heteronormatividad y violencias	20
Descisexualización / Cisexismo	20
Género, masculinidades y salud	21
Violencias por razones de género	22
Mitos y prejuicios: naturalización y justificación de las violencias	23
Definición, tipos y modalidades de violencia.....	24
Vulneración de derechos e inequidades.....	29
Tomo II: Abordaje integral de las violencias por razones de género.....	32
Bases del proceso de abordaje integral.....	32
Equidad de género: desafíos, para la promoción de la salud.....	32
Servicios de salud y violencias por razones de género.....	33
Herramientas para distinguir y situar la intervención en salud.....	35
Corresponsabilidad	35
Abordajes Intersectoriales	35
Abordajes Interdisciplinarios.....	35
Estrategias de autocuidado del equipo de salud	36
La participación comunitaria y sus implicancias	36
¿Qué es una Red?	37
Las redes locales y el trabajo en red.....	38
Recursos de la red.....	39
Ruta Crítica.....	40
Promoción de una vida libre de violencias. Prevención y detección temprana	41
Recomendaciones generales.....	43
Buenas prácticas sanitarias hacia grupos en situación de vulnerabilidad.....	44
Sistema de Información y Registro.....	44
Tomo III: Derechos, Salud y Marco Normativo	47
Principios que rigen las prácticas de salud	47
Derecho a la salud y normativas	47

Accesibilidad a la salud	49
Derecho a la privacidad	50
Derecho a la confidencialidad	50
Derecho a disponer del propio cuerpo.....	51
Consentimiento informado.....	52
Directivas médicas anticipadas	52
Salud, género y violencias: legislaciones específicas	53
En el ámbito internacional	53
En el ámbito nacional	53
En el ámbito provincial.....	53

● ● ● Presentación

La Dirección Provincial contra las Violencias en el Ámbito de la Salud Pública -dependiente de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública- tiene la misión de elaborar lineamientos y generar articulaciones intersectoriales tendientes a promover abordajes integrales de las violencias en este campo.

Es indispensable para ello que los efectores y equipos de salud cuenten con herramientas o cursos de acción para reconocer e intervenir frente a las distintas formas de presentación de las violencias que emergen al interior del sistema de salud, referidas tanto a trabajadores/as y a usuarios/as.

En sintonía con lo dispuesto por el Plan Nacional de Acción contra las Violencias por motivos de Género 2020-2022¹ y el Sistema Integrado de Políticas Públicas contra las Violencias por Razones de Género de la Provincia de Buenos Aires (SIPP)², este trabajo está orientado a garantizar un abordaje integral de las mujeres, niños/as, adolescentes e identidades de género no cis-heteronormadas que atraviesan situaciones de violencia familiar y por razones de género en el marco de la co-responsabilidad que le compete al sistema de salud.

La provincia de Buenos Aires creó el **Sistema Integrado de Políticas Públicas Contra las Violencias por Razones de Género (SIPP)** por Resolución 997/2020 -bajo la órbita de la Subsecretaría de Políticas Contra las Violencias por Razones de Género del Ministerio de las Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual- como modelo metodológico para el abordaje en prevención y asistencia de las violencias por razones de género, contemplando tanto a quienes sufren dichas violencias como a quienes las ejercen. Promueve la generación de políticas públicas integrales, inter-institucionales, intersectoriales, transversales, interjurisdiccionales, con una sólida articulación de redes locales, regionales, de organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la temática.

El cumplimiento de dicho objetivo implica emprender un proceso de transformación del modelo de atención de las violencias familiares y por razones de género del sistema sanitario, avanzando con acciones concretas hacia la implementación de un modelo atención basado en un enfoque de derechos humanos, con perspectiva de género, integral, interseccional, interdisciplinario, co-responsable e intersectorial a partir de una estrategia de trabajo en red y abordaje comunitario.

Este proceso de transformación está enmarcado a su vez en la política sanitaria provincial que promueve, para alcanzar a efectivizar los derechos de las personas, avanzar hacia un modelo de salud que supere la fragmentación y sectorización actual, fortalezca el trabajo en red con base en la comunidad y el primer nivel de atención y potencie las acciones de prevención y fortalecimiento comunitario.

Al respecto el Dr. Daniel Gollán (2014) ha expresado claramente que “(...) la complejidad del sistema de salud y los hechos que lo han ido desvirtuando paulatinamente generan una falta de accesibilidad equitativa a los servicios de salud por parte de millones de argentinos. Esta situación ha creado un consenso generalizado sobre la necesidad de avanzar en la instrumentación de medidas que produzcan cambios positivos sobre la actual realidad. Ahora bien, esos cambios pueden convertirse en “más de lo mismo” y por lo tanto alimentar aún más el círculo vicioso que aumente la desarticulación y la degradación o, por el contrario, pueden estar orientados a revertir el proceso transformándolo en un “círculo virtuoso” que comience a ordenar el sistema en el sentido deseado (...) Para instrumentar esos cambios son imprescindibles cuatro factores: fuerte decisión y respaldo político; ser operativizadas por equipos político-técnico homogéneos con una clara visión del escenario general a construir como proyecto de nación y cuyos miembros de mayor responsabilidad en las decisiones estén fuera del negocio privado de la salud; consensos institucionales suficientes como para establecerlas como políticas de Estado, y participación activa y permanente de la comunidad”.

Trabajar en pos de dicha transformación constituye un desafío político que requiere de una planificación estratégica a fin de identificar problemas, fijar prioridades, establecer cursos de acción posibles, determinar responsabilidades en la ejecución de las soluciones propuestas y definir los procedimientos de evaluación que posibiliten monitorear los cursos de acción.

Sobre el material:

Este documento es resultado del trabajo conjunto con el Ministerio de las mujeres, políticas de género y diversidad sexual de la provincia de Buenos Aires, (MMPGyDS), a partir del cual se definen los lineamientos centrales de las políticas sanitarias que orientan los abordajes de las violencias familiares y por razones de género en el sistema sanitario de la Provincia de Buenos Aires.

Pretende instalar un marco de referencias comunes que den cuenta de los posicionamientos ideológicos, éticos, conceptuales y políticos desde los cuales se plantea la propuesta de transformación del actual modelo de atención en concordancia con el Sistema Integrado de políticas públicas contra las violencias (SIPP) y la política sanitaria provincial.

Se propone ofrecer insumos conceptuales y técnicos a los equipos de salud a fin de que logren incorporar e institucionalizar efectivamente la perspectiva de género en el abordaje de las violencias familiares y por razones de género.

Se parte de la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos para plantear en qué

términos se concibe el abordaje integral de estas violencias. Por ello, en el **tomo I**, se desarrollan conceptos tales como género, patriarcado, interseccionalidad, heteronormatividad, violencias por razones de género en sus diferentes tipos y modalidades.

Con este bagaje presentado previamente, el **tomo II** está orientado a desarrollar las bases del proceso de abordaje integral de la temática, haciendo hincapié en la transformación del modelo de atención de las violencias y en la importancia del sistema de información y registro de las violencias familiares y por razones de género del sistema sanitario, para conocer la magnitud del problema, las características y los contextos en los que se produce y las respuestas que se ofrecen, a fin de planificar, de manera situada, acciones de promoción, prevención y abordaje.

El **tomo III** presenta la normativa específica vinculada a la problemática. En el plexo normativo se focaliza en el cruce entre violencias y salud, puntualizando los derechos vinculados al acceso a la salud, a la información, a la privacidad y confidencialidad y a la disposición sobre el propio cuerpo, entre otros.

Nota:

El presente documento se redactó respetando el manual de estilo vigente en la provincia de Buenos Aires, implicando que en oportunidades se empleen categorizaciones binarias. Se espera que las normativas futuras favorezcan la utilización de alternativas que representen la pluralidad de las identidades y que este material sea leído considerando que lo expresado no se reduce a una distinción masculino/femenino.³

Siglas:

DPyAVFyG: Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.

SIPP: Sistema Integrado de Políticas Públicas contra las Violencias por Razones de Género de la Provincia de Buenos Aires.

RPDTPI: Red Provincial de Dispositivos Territoriales de Protección Integral.

RUC: Registro Único de Casos de Violencia de Género.

MMPGyDS: Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual.

PSEAC: Proceso Salud Enfermedad-Atención-Cuidado

DSS: Determinantes sociales de la salud

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

UNODC: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

MIP: Mesa Intersectorial Provincial

MLI: Mesa Local Intersectorial

PNUD: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas

CCyC: Código Civil y Comercial de la Nación

CN: Constitución Nacional

● ● ● Tomo I

Salud, género y violencias

Perspectivas y herramientas conceptuales

Perspectiva de género y enfoque de derechos humanos. Herramientas conceptuales para un abordaje integral en salud.

Salud y género

La perspectiva de género y salud incorpora una mirada sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC) que otorga inteligibilidad a los procesos sociales y subjetivos que participan en la multideterminación del mismo, incluidos el modo de ser pensado y las prácticas tanto de los efectores de salud como de los/as usuarios/as. Dicho enfoque genera evidencia sobre los modos de cuidar de la salud, enfermar y acceder a la atención de forma diferencial por género, entre otros desigualadores sociales que operan en cada situación (Tajer, 2012).

La actual pandemia por CoVid 19 ha puesto a la vista las condiciones de salud en las sociedades a nivel mundial a partir de la “cruel pedagogía del virus” (De Sousa Campos, 2020) que evidenció cómo las distintas desigualdades -profundizadas por el orden neoliberal imperante- participan en los modos en que se ha podido dar respuesta desde el campo social y sanitario. Asimismo esta situación ha dejado al desnudo la urgencia, así como el desafío que significa atender desde el campo sanitario a otras pandemias coexistentes, como las de las violencias por razones de género.

Desde una perspectiva de Salud Colectiva/ Medicina Social, los determinantes sociales de la salud⁴ (DSS) refieren al modo en que los procesos biológicos y psíquicos de las personas son influidos por procesos sociales. Es importante visibilizar esta articulación debido a que la misma configura ejes de dominación y exclusiones múltiples de clase social, género, raza y derivan en desigualdades sociales y sanitarias mensurables. Dichas desigualdades se configuran históricamente y tienen expresión concreta en momentos particulares y grupos específicos (López Arellano, 2013).

Los determinantes sociales conforman por tanto un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva (Benach, 2009). De acuerdo a dichos condicionamientos enfermamos y morimos en función de la desigual forma en que vivimos, los lugares donde vivimos, cómo nos alimentamos y trabajamos; también de acuerdo a si podemos participar en la toma de decisiones y si existen condiciones suficientes para que cada ser humano desarrolle sus capacidades y pueda enfrentarse a sus propias limitaciones.

La desigualdad e inequidad⁵ en salud afecta sobre todo a los grupos más oprimidos y vulnerados en sus derechos fundamentales, habitualmente tiene un componente geográfico porque ocupan territorios de relegación y sufren opresiones sociales múltiples (políticas, económicas o culturales). En este planteo, la perspectiva de género y salud pone en visibilidad cómo las asimetrías entre los géneros producidas por el orden patriarcal son uno de los determinantes sociales del PSEAC, que establece vulnerabilidades específicas diferenciales (Tajer, 2012). Para el campo de la promoción y atención integral en salud es importante distinguir entonces las problemáticas de salud específicas por grupo poblacional, así como no compartimentar o jerarquizar entre sí los marcadores de diferenciación social (género, clase, etnia, discapacidad y orientación sexual), sino atender simultáneamente a su interseccionalidad⁶ (Couto, 2019).

Respecto a las desigualdades de género que se expresan en el PSEAC corresponde construir dispositivos de abordaje que contemplen la especificidad genérica para el logro de equidad en salud, y en el caso particular del abordaje de las violencias por razones de género tomar acciones acordes a la particularidad tanto de quienes sufren las violencias como de quienes las ejercen.

La articulación entre los distintos campos de saberes y prácticas con fuerte anclaje latinoamericano -incluida la conformación incipiente de un sanitarismo feminista- empieza a permear la producción de conocimiento en salud e interpela al pensamiento científico convencional, que tiende a reducir la salud a la falta de enfermedad, a lo individual, al plano único de los fenómenos empíricamente observables y a atribuir el movimiento de esa realidad a la simplicidad unidimensional de un orden mecánicamente regido por leyes determinísticas (Breihl, 2003).

Es por ello que se propone pensar la salud desde una mirada colectiva, en la que entren en diálogo múltiples saberes reconociendo que es

también un campo de disputas⁷ en las formas de redistribución de poder y acciones colectivas que son centrales en la idea de salud. Diálogo en el marco de una epistemología del sur que implique producción y valoración de conocimientos válidos, científicos y no científicos y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de los grupos sociales que han sufrido de manera sistemática las desigualdades y discriminaciones causadas por el capitalismo y el colonialismo (De Sousa Campos, 2010).

Una mirada de salud colectiva incorpora los procesos determinantes a las formas de producción, comercialización y consumo, así como a las lógicas redistributivas en donde el Estado tiene un rol clave en la defensa de los derechos humanos y en la protección de la vida de las grandes mayorías, mediante políticas públicas con perspectiva de género y equidad en salud. Es necesario internalizar que garantizar salud refiere a la efectivización de derechos, no un servicio. En esta línea se han de reacomodar los recursos sanitarios para adecuarse justamente a la necesidad de cuidado.

Perspectiva de género en Salud Pública

La perspectiva de género reconoce las relaciones de poder existentes entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias y opresivas para las mujeres y otras identidades. Brinda herramientas de análisis que permiten problematizar las realidades que sostienen las relaciones asimétricas entre los géneros: heterosexual, patriarcal y sexista; desnaturalizar las prácticas históricas y socialmente construidas; visibilizar las desigualdades sociales y las asimetrías que generan las violencias por razones de género; complejizar el análisis de estas relaciones de desigualdad y de poder que tienen efectos de producción y reproducción de las violencias, de discriminación y que adquieren expresiones concretas; re pensar el género en continuo vínculo con el campo de la salud, qué discursos

están presentes y cómo se tensionan y disputan entre sí. Esta perspectiva abre un campo extraordinario para ampliar el cuidado de la salud. Las cuestiones de género no incumben solamente a las mujeres o a cuestiones reproductivas, sino que la perspectiva de género atraviesa todas las dimensiones, las políticas de salud, los programas, la atención y el trato de todas las personas.

Según la OPS, los roles, las normas y las relaciones de género pueden actuar como factores de protección o de riesgo en relación a la salud. En el caso de las mujeres por ejemplo, el organismo señala que sufren problemas de morbilidad y mortalidad prevenibles como consecuencia directa de la discriminación por razones de género. Por ello el equipo de salud debe lograr identificar estas cuestiones y abordarlas a partir de intervenciones eficaces: “...la integración de la perspectiva de género en la salud pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres y los varones en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. Implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad, teniendo siempre en cuenta que el objetivo fundamental es lograr la igualdad de género” (PNUD, 2020).

Incluir esta perspectiva en el proceso de trabajo de los equipos posibilita construir abordajes integrales del PSEAC que garanticen el derecho de acceso a la salud de todas las personas; revisando las intervenciones profesionales reproductoras de los estereotipos de género. En este sentido es importante que el personal problematice qué visión se sostiene de los problemas de salud y fundamentalmente cómo se concibe a las personas que acceden al sistema sanitario, como así también emprender la revisión crítica sobre las relaciones de poder se juegan al interior de los equipos o al interior de las instituciones.

La perspectiva de género en el proceso de trabajo del equipo de salud

- Permite generar abordajes de salud integral del PSEAC que garanticen el derecho de acceso a la salud de todas las personas, tendientes a mejorar las condiciones en términos de cuidado.
- Posibilita revisar las intervenciones profesionales ancladas en prácticas u discursos ahistóricos y biologicistas que reproducen estereotipos de género, sexo y sexualidad.
- Sitúa la corresponsabilidad del equipo de salud.
- Funciona como sostén de los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales dado que permite dar cuenta de que existe la posibilidad de promover e implementar prácticas de intervención que colaboren en el desarrollo de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales que garanticen los derechos desde un enfoque integral de la salud.
- Contribuye a generar redes de intervención al interior del sistema de salud y con otras organizaciones e instituciones que abordan la temática.
- Propicia la capacitación permanente del equipo de salud, a partir de la revisión crítica tanto de prácticas institucionales instaladas como de presupuestos, creencias y actitudes presentes en la labor cotidiana de los/as trabajadores/as de la salud.

Enfoque de derecho:

El enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual promovido por Naciones Unidas para el proceso de desarrollo humano. Basado en las normativas internacionales de derechos humanos y orientado a la promoción y la protección de los mismos, tiene como propósito analizar las desigualdades inherentes a los problemas de desarrollo, así como corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en esta materia. Está orientado a la promoción, protección y restitución de los derechos, vulnerados, garantizando el acceso a la salud cumpliendo con la normativa vigente;

y al mejoramiento de los procesos de accesibilidad y calidad de la atención integral, posibilitando también la revisión crítica de prácticas institucionales instaladas.

Según la CEDAW, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por razón de género es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos, como el derecho a la vida, la salud, la libertad y la seguridad de la persona, la igualdad y la misma protección en el seno de la familia, la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes y la libertad de expresión, de circulación, de participación, de reunión y de asociación.

En el tomo III, se trabaja especialmente sobre los derechos relacionados con la atención de la salud, a saber: el derecho a la salud, el derecho a la privacidad, el derecho a la confidencialidad, el derecho a la disposición sobre el propio cuerpo, el derecho a la participación directa en la toma de decisiones sanitarias, así como también otras cuestiones asociadas como el consentimiento informado, el alcance del secreto profesional, las directivas médicas anticipadas, el deber de entrega de información sanitaria, entre otras.

Violencias y Salud

Hasta no hace mucho tiempo, las violencias familiares y por razones de género eran tratadas en forma casi exclusiva en el ámbito del derecho penal y de la seguridad pública. El sistema sanitario quedaba por fuera del abordaje de estas situaciones y su participación se limitaba a reparar los estragos provocados por estos “conflictos” considerados “externos” a su competencia profesional y referidos al foro íntimo y privado de las personas.

Esta visión recién fue cambiando a partir de los años '70 por la influencia social creciente de los movimientos feministas. Si bien había profesionales que se formaban por su iniciativa algunas actualmente consideradas pioneras⁸- los

movimientos de mujeres que buscaban sensibilizar a la sociedad en contra de la opresión y la dominación patriarcal, fueron generando cambios en los modos de concebir la problemática, convirtiéndola en pública y pasible de intervención⁹.

En la segunda mitad de los años '80 cobra mayor visibilidad en nuestro país este grave problema social y sanitario, a pesar de los prejuicios y de la tolerancia social e institucional que aún hoy existen respecto a las violencias por razones de género. Desde aquel momento y en forma creciente, instituciones, organizaciones de la sociedad civil, trabajadores/as de diversos campos, medios de comunicación y universidades, se comprometieron a desarrollar contenidos y a generar todo tipo de recursos para abordar el problema.

Esta sucinta genealogía da cuenta de la conquista política que implica el que en la actualidad las violencias por razones de género formen parte de la agenda pública de los servicios de salud. La conciencia del valor de la vida y la ampliación de los derechos de ciudadanía, permiten situar a estas violencias -además de ser una violación de los derechos humanos y libertades fundamentales- como un problema de salud pública con un fuerte impacto sobre la morbi-mortalidad, afectando tanto la salud individual como colectiva.

Es decir, sus consecuencias se extienden, no sólo a las problemáticas de las personas en particular, sino también hacia las posibilidades de desarrollo social y económico de las comunidades, especialmente de los sectores más vulnerabilizados. Los efectos que tiene en la salud han sido asociados a riesgos y problemas de la salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, todo tipo de lesiones y hasta la muerte, implicando todo ello un elevado costo tanto en la esfera económica como social.

En la mayoría de las mujeres violentadas se ha observado que los efectos psicológicos son más extendidos y catastróficos que los físicos.

El desgaste que ocasiona la alerta permanente para anticipar el hecho violento, la imposición de ideas que remiten a dichos eventos que angustian y/o obturan el pensamiento, entre otros efectos que desencadenan las experiencias de violencias pueden por acumulación traumática producir daños significativos o generar indicadores de patología como anestesia psíquica (Fridman, 2019). Desde hace tiempo se han señalado con preocupación las altas tasas de depresión en las mujeres en vinculación con las condiciones de subordinación de las mujeres (Burin, 1987).

Se ha comprobado, a través de diferentes estudios citados en informes de organismos internacionales así como en estudios realizados por las organizaciones de mujeres, que el maltrato y los diferentes abusos sostenidos en el tiempo, terminan minando la resistencia de la mujer y tornándola sumamente vulnerable al riesgo de padecer trastornos como el trastorno por estrés postraumático, insomnio y dificultades para conciliar el sueño, diversos trastornos alimentarios, intenso sufrimiento emocional, intentos de suicidio y suicidios consumados, consumo de alcohol y de drogas.

En el caso de los/as niños/as que pertenecen a familias en las que existe violencia, presentan una alta probabilidad de sufrir trastornos conductuales y emocionales, que a su vez pueden asociarse a la comisión o padecimiento de actos de violencia en su vida de adultos.

Existe a su vez, un amplio consenso entre los organismos internacionales y nacionales respecto de la necesidad de brindar respuestas adecuadas y más eficaces para prevenir, atender y mitigar las consecuencias esta problemática por parte de los distintos sectores involucrados como justicia, seguridad, desarrollo social, las ONGs y también el sector salud. Por ello, los objetivos de mayor importancia son la sensibilización y la formación de los/as trabajadores/as y decisores de los servicios de salud así como también la conformación de una respuesta multisectorial para su prevención y abordaje integral.

Reconocer entonces a las violencias por razones de género como un problema social de carácter complejo que afecta la salud, se convierte en una necesidad imperante, del mismo modo que exige que el proceso de fortalecimiento incluya no sólo a la persona, sino también a la comunidad de la cual forma parte.

En este sentido, se han considerado de suma importancia las acciones de prevención en torno al problema. Al respecto la CEDAW plantea:

“Adoptar y aplicar medidas legislativas y otras medidas preventivas adecuadas para abordar las causas subyacentes de la violencia por razón de género contra la mujer, en particular las actitudes patriarcales y los estereotipos, la desigualdad en la familia y el incumplimiento o la denegación de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la mujer, y promover el empoderamiento, la capacidad de acción y las opiniones de las mujeres” Rec. N° 35 CEDAW.

En el caso de las violencias en los vínculos sexo afectivos, se han implementado programas escolares de prevención entre la población adolescente, que han probado ser eficaces en prevenir la violencia en sus inicios.

Otras estrategias de prevención que se destacan son las que han combinado la microfinanciación con la formación en materia de igualdad de género; o bien las que fomentan la comunicación y las relaciones interpersonales dentro de la comunidad; las que reducen el consumo problemático de alcohol y las que tratan de modificar las normas culturales de género.

En esta línea, si comprendemos el PSEAC como parte de una compleja trama que hace al cuidado de la vida, uno de los ámbitos privilegiados para ese cuidado es el de la salud porque es el que acompaña cada proceso y etapa vital de las personas. Aquí las mujeres asumen ese mandato de cuidado de la propia salud como de sus hijas/os, adultas/os mayores u otros familiares sosteniendo las tareas de cuidado,

dentro y fuera del ámbito de lo doméstico por las mismas relaciones sociales generizadas. Muchas experiencias han sabido construir en el orden de lo colectivo otros sentidos del cuidado ligado a los aprendizajes de los movimientos de mujeres.

Si es posible producir estas lecturas como oportunidades de interlocución, de ampliación de la mirada del cuidado de la salud, más allá del motivo de consulta, será posible revertir las innumerables oportunidades perdidas en la percepción del problema de las violencias como prevalente y pertinente al campo sanitario. Esto incluye a las mujeres trabajadoras del propio sector salud, identificando el proceso de la feminización profesionalizante como oportunidad para acciones de promoción, prevención y atención temprana de las violencias por razones de género.

Cabe destacar la importancia que cobra el trabajo comunitario, cuyos objetivos apuntan a develar, atacar y erradicar las naturalizaciones que en la vida cotidiana contribuyen al mantenimiento de situaciones dañinas para las personas y los grupos, centrando la atención en las capacidades, las fuerzas no reconocidas, la potencialidad y la creatividad de las personas y sus organizaciones como una de las vías fundamentales para el desarrollo integral, desestimando todo tipo de prácticas paternalistas y asistencialistas.

Los efectores de salud provinciales y municipales, como representantes del Estado, son vitales para la implementación de iniciativas de prevención de las violencias, promoción de una vida libre de violencias y abordajes integrales de las mismas. Deben jugar un rol articulador en el territorio de los diferentes actores que participan para impactar positivamente en su prevención; registro y monitoreo de las ocurrencias; sistematización, ampliación y consolidación de la atención sanitaria; capacitación de los recursos humanos acompañada de investigaciones que delimiten y evalúen todas las acciones que deberán llevarse a cabo desde el Estado y la sociedad civil, para ser eficaces.

Herramientas conceptuales

A continuación se presentan conceptos propios de los enfoques de derecho y perspectiva de género con la intención de propiciar la reflexión sobre las prácticas y representaciones en el campo de la salud respecto a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados. Se espera de este modo colaborar a la incorporación, afianzamiento y/o reconocimiento de un saber hacer desde las perspectivas mencionadas por parte de los profesionales y equipos de salud.

Patriarcado

El patriarcado es una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, que establece la superioridad de éste sobre las mujeres y otras identidades no cis-heteronormadas. Hace referencia a una situación de dominación y de explotación que se asienta en la afirmación de la hegemonía masculina en las sociedades antiguas y modernas. El origen de estas construcciones es el modelo patriarcal que pone al pater familia como el dueño de la propiedad y la vida, de todo lo que está por debajo de él incluyendo mujeres, hijos e hijas.

En su definición más amplia, el patriarcado es la manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y la ampliación de ese dominio masculino sobre las mujeres a la sociedad en general. Este ordenamiento de poder está presente en acciones cotidianas en todos los ámbitos de la vida social, en tanto es internalizado subjetivamente como un orden natural de las relaciones entre los géneros por socialización, y en su expresión más cruenta es la matriz de las violencias por razones de género. En el orden jurídico contamos con instrumentos que otorgan igualdad formal, y legislaciones que respaldan y orientan las acciones de protección y erradicación de las violencias

que se asientan sobre la matriz patriarcal, pero ello no alcanza a transformar el modo en que el patriarcado se asienta en los roles y estereotipos que se reproducen a través de lo simbólico.

Las jerarquías de poder y opresión patriarcales se asientan en la modernidad en posturas biologicistas, ahistóricas y universalizantes sobre la división binaria de los sexos. Las mismas equiparan al género con la diferencia anatómica de los genitales, de este modo se naturaliza un solo modo posible de ser masculino y femenino en asimetría de poder; y erige como único modelo de relación sexual y afectiva válida la heterosexualidad. Desde el binarismo sexual y la heteronormatividad se excluye como anomalía toda la diversidad de los seres humanos.

Atender al modo en que se configura el PSE-AC -o las relaciones entre trabajadores/as- teniendo en cuenta el carácter sistémico del patriarcado, requiere de un trabajo o esfuerzo de análisis de las distintas prácticas y en ello en parte se refiere el poder integrar el enfoque de género y derecho a la promoción y atención en salud.

Androcentrismo

El androcentrismo hace referencia a la práctica, consciente o no, de otorgar al varón y su punto de vista una posición jerarquizada o como explica Fernandez (1993) ser el modelo de lo humano, donde lo otro, lo diferente es inferior.

El lenguaje es androcéntrico en la medida que utiliza el masculino genérico para referirse a mujeres e identidades no cis heteronormadas. Un analizador del androcentrismo es la disputa y distintas posiciones presentes en nuestra sociedad respecto al uso del lenguaje inclusivo.

Respecto al campo de la salud la antropóloga María Luz Esteban advierte que el sistema médico-científico genera y reproduce desigualdades y discriminaciones de género al participar de la configuración de la experiencia del cuerpo y la salud de las mujeres. La autora

entiende que la problematización y desnaturalización del androcentrismo en el campo de las prácticas de salud es clave, en la medida en que “el discurso médico-científico se proyecta, de una manera mucho más importante que cualquier otro de los discursos dominantes, en ámbitos muy diferentes de la vida social en general, y de la de las mujeres en particular: desde los medios de comunicación hasta la enseñanza, el mundo legal y jurídico, o la moda y los deportes” (1994, p. 19).

El Sistema Sexo-Género roles y estereotipos

El concepto sistema sexo/género, acuñado por Gayle Rubin, refiere a “un conjunto de acuerdos por el cual la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en las cuales estas necesidades sexuales transformadas, son satisfechas” (1996, p. 44).

La producción social y cultural de atribución de significados sociales en base al género, es una tecnología social que asegura la subordinación de las mujeres a los hombres (Rubin, 1996). Esta asimetría que se constituye fuertemente como referencia normativa en los procesos de socialización diferencial, se traduce en lo que se denomina roles y estereotipos de género.

Por roles de género se entienden aquellos comportamientos aprendidos a través del proceso de socialización que se despliega e internaliza, desde la primera infancia en la familia, la comunidad, el grupo de pares, la institución escolar y, en general, en todo el entorno social y cultural. Alicia Puleo (1995) plantea que los mecanismos de reproducción del poder patriarcal se tornan eficientes cuando colocan a las personas en la posición paradigmática de desear aquello que se espera de ellas. Se trata entonces de mecanismos consustanciales a la constitución misma de la subjetividad.

Cuando se habla de **estereotipos**, se hace referencia a las construcciones sociales, cultu-

rales, históricas, que reproducen una concepción esquemática y simplificadora del mundo social, y que estructuran o determinan los modos de habitar el mundo -pensamientos, sentimientos, acciones-. Los mismos varían en función de las épocas y las culturas, pero en cualquier caso, cercenan la percepción de las características particulares de las personas.

En lo que concierne específicamente a los estereotipos de género, éstos refieren a las ideas existentes en las sociedades que definen qué es lo que se espera de los distintos géneros, es decir, cómo son y cómo deberían ser, sus características principales y sus carencias. Sólo por dar algunos ejemplos de estereotipos de género tradicionales, se advierte que a los varones se les atribuyen cualidades como racionalidad, dominación, estabilidad emocional, valentía, cierta tendencia a la agresividad legitimada y justificada. Y, en contrapartida, a las mujeres se les atribuyen características como dependencia, pasividad, inestabilidad emocional, sumisión; siempre sostenidas como carencias justificando de este modo, la dimensión de poder inherente a las relaciones entre los géneros.

Estas cualidades dicotómicas han sido legitimadas a lo largo de la historia por diferentes ámbitos y discursos, como en el campo de la ciencia y en el campo del derecho, y han tenido implicancias significativas por ejemplo, en la división sexual del trabajo, vulnerando el acceso de las mujeres y otras identidades de género no cis-heteronormadas, a este derecho.

En la actualidad, estos roles y estereotipos han sufrido modificaciones, producto de transformaciones políticas, culturales, sociales, normativas de los últimos tiempos. La visibilización de estas desigualdades sistemáticas y sostenidas ha cobrado cada vez más fuerza, y en la actualidad puede advertirse que han comenzado a flexibilizarse, posibilitando que distintos géneros asuman distintos roles. Sin embargo, también es necesario señalar, que existen distintos mecanismos de segregación -aún cuando las mujeres han conseguido in-

sertarse en el mercado laboral y en el ámbito profesional- que reflejan las inequidades. Esto es el resultado, entre otras cosas, de que aquella inserción no fue acompañada por una distribución equitativa de las tareas de cuidado y consecuentemente por un cambio en las políticas de cuidado.

En el campo de salud es importante propiciar procesos de revisión de las prácticas e intervenciones y deconstruir al interior de los equipos prácticas sexistas que limitan el acceso y la calidad de la atención y el cuidado. Incorporar un enfoque de salud integral atento a las problemáticas de géneros y derechos entra en tensión con intervenciones tradicionales, basadas en prácticas universalizantes que al reproducir estereotipos de género configuran barreras al acceso a la salud, cuando no discriminaciones y violencias por razones de género ¹⁰.

Géneros

La categoría género(s) ha sido definida por un sinnúmero de autores y autoras en diferentes campos de conocimiento. La investigadora feminista Joan Scott (1992) la define como “una categoría social que se impone sobre un cuerpo sexuado”. Es importante distinguir la diferencia entre sexo, género y cuerpo sexuado. Sexo refiere a las diferencias biológicas, a las características físicas de los cuerpos, que al nacer culturalmente se le es asignado un género. Cuerpo sexuado hace a la característica siempre contingente de la sexualidad humana respecto a quién se desea o a las prácticas sexuales que no se hallan anudadas a la reproducción de la especie.

El género como concepto responde a un criterio descriptivo, es una categoría analítica e implica una dimensión ética-política:

- Descriptivamente alude a los ordenamientos diferenciales de las creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores y actividades atribuidos a mujeres y varones en un largo

proceso histórico de construcción social que produce desigualdad (Meler y Burin, 2009).

- Como categoría de análisis, tiene como rasgos característicos: el ser siempre relacional, porque involucra relaciones de poder entre los géneros e intragéneros; el ser producto de una construcción histórico-social, y el ser un factor que se enlaza con otros aspectos que configuran la subjetividad, como pueden ser la raza o clase (Meler y Burin, 2009).

- La dimensión ética-política orienta la acción, las estrategias y las metas para deconstruir el sistema sexo/género. Es un modelo de intervención orientado por el principio de equidad y de igualdad de oportunidades para mujeres, varones y otras identidades no cis-heteronormadas.

A continuación se presentan cuatro proposiciones respecto al género que sintetizan lo anteriormente desarrollado y suman algunos aspectos importantes a considerar:

1) El género no es natural, sino una construcción histórica, social y simbólica. El sexo anatómico mismo es producto de una lectura ideológica. La relación del sexo y el cuerpo biológico es siempre una decisión social: a partir de esta diferenciación se establece un orden con jerarquías, donde el varón ocupa un lugar privilegiado.

2) El género trasciende el binarismo. Hay tantos géneros como identidades, el indeterminismo biológico se exponencia con las identidades no cis heteronormadas. Dice Lamm al respecto que “hay un desprendimiento absoluto entre cuerpos e identidades (...) las identidades trans implican una ruptura, diría yo casi absoluta, con el biologicismo” (2018).

Los Principios de Yogyakarta, en su primer documento del año 2006 entienden que la identidad de género “...se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar

la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.

3) Como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, y fundante en las sociedades de relaciones significantes de poder (Scott, 1996) comprende cuatro elementos interrelacionados:

- Símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones.

- Conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas. Esos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino.

- Se construye a través del parentesco, pero no en forma exclusiva dado que también se construye mediante la economía y la política.

- Configura la identidad subjetiva.

Performatividad

En este punto son significativos los aportes de Judith Butler (2008) en torno a la noción de performatividad, ya que dan cuenta de cómo el sujeto generizado deviene en tanto efecto de una producción discursiva y normativa que le antecede.

La autora advierte que “la diferencia sexual nunca es sencillamente una función de diferencias materiales que no estén de algún modo marcadas y formadas por las prácticas discursivas” (2008, p. 17). La performatividad se entiende no como un acto individual y voluntario, sino como una “práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (2008, p. 17) dando cuenta de la compulsión (y necesidad) de repetir las normas que sostienen la matriz heterosexual. Es, entonces, esta repetición la que pone en evidencia, al mismo tiempo, la

fragilidad e inestabilidad de esos discursos y normas. Por lo tanto, si bien las normas condicionan, no determinan. Existen resquicios para subvertirlas discursivamente, resignificarlas, y dar lugar a acciones de transformación de los discursos opresivos.

4) El género como identidad de las personas se transforma, incluso autores/as hablan de cuerpos migrantes¹¹ por lo que se resiste a la clasificación y jerarquización de poder. Su dinamismo también está vinculado a que no puede pensarse por fuera del sistema de interrelaciones entre las mujeres, los varones y las identidades no cis-heteronormadas en un determinado contexto sociohistórico.

Interseccionalidad

Este término refiere a la necesidad de utilizar como categoría de análisis al género en cada situación entrelazada con los contextos de diversidad y conflictividad, que agregan la desigualdad de clases sociales, las diferencias entre generaciones y las basadas en aspectos étnicos o relacionadas con la racialización. Rosana Reguillo Cruz (2007) plantea que no se trata de pensar el género como una noción clausurada, con bordes perfectamente delimitados, sino por el contrario, como un campo de intersecciones.

Para definir la interseccionalidad sencillamente, se podría decir que hace consciente cómo diferentes fuentes estructurales de desigualdad u “organizadores sociales” mantienen relaciones recíprocas. Es un enfoque que subraya que el género, la etnia, la clase u orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser “naturales” o “biológicas” son construidas y están interrelacionadas (Platero, 2014).

Kimberlé Crenshaw analizando las experiencias de las mujeres de color (1991, 1994, 2012) utiliza el término interseccionalidad estructural para dar cuenta de como la raza y el género son dos de los organizadores básicos

de la distribución de los recursos sociales que generan diferencias observables. “Los aspectos económicos —acceso al empleo, vivienda y riqueza— confirman que las estructuras de clase juegan un papel importante a la hora de definir las vivencias de las mujeres de color en situaciones de maltrato. Pero sería un error llegar a la conclusión de que es simplemente una cuestión ligada a la pobreza. En realidad, las experiencias de las mujeres de color evidencian como intersectan las diferentes estructuras, donde la dimensión de clase no es independiente de la de raza o género” (2012, p. 92).

Una cuestión clave sobre la interseccionalidad es la necesidad de preguntarse por las relaciones mutuas que se producen entre las categorías sociales o los “organizadores sociales”, que no sólo se pueden entender en términos de exclusión social, sino también de privilegio, agencia y empoderamiento (Platero, 2014). Esta mirada dinámica y relacional es compleja, en la medida que obliga a confrontar con nociones menos elaboradas de la identidad y de los procesos sociales. “La interseccionalidad se puede entender como un estudio sobre las relaciones de poder, que incluyen también vivencias que pueden ser señaladas como ‘abyectas’, o ‘pertenecientes a los márgenes’, o ‘disidentes’. Sirve también para teorizar el privilegio y cómo los grupos dominantes organizan estrategias de poder (conscientes o no) para preservar su posición de supremacía” (2014, pp. 56-58). Cuando las políticas, los discursos y las matrices teóricas simplifican la realidad no es sólo porque toman como naturales ciertas categorías construidas socialmente, sino porque el contenido descriptivo de tales categorías y las narrativas en las que se basan privilegian voces, experiencias y trayectorias, a la vez, que excluyen otras.

Una mirada crítica sobre la noción de doble o triple discriminación ha llevado a conceptualizarla como una interseccionalidad de tipo “sumativo” o “monofocal” que paulatinamente ha ido dando paso a una nueva mirada: “la discriminación múltiple” o las “desigualdades múltiples”. Este enfoque se vuelve más

dinámico, al considerar que no existe una sola causa de discriminación, sino una maraña de interrelaciones que conforman las experiencias complejas de las personas y de las estructuras sociales que organizan sus vidas (Graham, Cooper, Krishna-das y Herman, 2009). La imagen más evocadora de esta mirada sería literalmente la maraña -dibujada por la artista Cecilia Molano, Palma de Mallorca, 2012-, una figura tridimensional que alude al lío, a la ruptura con los binarismos y las miradas lineales y que permite introducir la complejidad necesaria para concebir tanto las identidades como los privilegios.

Varios/as autores/as han abordado la relación entre interseccionalidad y violencias por razones de género para explicar cómo en contextos de violencias contra las mujeres, la omisión de las diferencias, ignorando o reduciéndolas, dificulta los abordajes porque la violencia que atraviesan muchas mujeres se conforma con otras dimensiones de sus identidades como la raza o la clase (Crenshaw, 2012; Goel, 2015). Si bien es notoria la existencia de personas que sufren los efectos del racismo y el sexismo en simultáneo, en la práctica es frecuente que se presente como una cuestión dicotómica, relegando la identidad de las mujeres de color a un lugar sin discurso (Crenshaw, 2012).

En el campo de la salud la interseccionalidad como categoría analítica aplicada al análisis de los PSEAC ha contribuido a comprender los mecanismos a través de los cuales la desigual distribución del poder entre personas o grupos condicionan el ejercicio del derecho a la salud, regulando el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención sanitaria. La vulnerabilidad interseccional es consecuencia de la imposición de la interrelación con otras vulnerabilidades preexistentes para crear mayor desempoderamiento.

Pensando en las intervenciones de los equipos de salud, el enfoque interseccional permite visibilizar las formas en las que quienes trabajan por ejemplo las violencias por razones de género reproducen desigualdades y ex-

clusiones diseñando políticas y estrategias de abordaje que naturalizan o desestiman los organizadores y las necesidades de quienes las atraviesan. Crenshaw advierte que “decisiones tomadas por quienes llamaríamos ‘aliados’ pueden estar reproduciendo la subordinación interseccional en el seno mismo de las estrategias de resistencia diseñadas para responder al problema de la violencia” (2012, p. 110).

Este enfoque constituye una herramienta para la construcción de políticas de salud que promuevan la equidad de género y a su vez, una manera de interpelar las prácticas de cada uno/a en particular, de los equipos de salud en general -en sus diferentes dimensiones- y las desigualdades estructurales, que determinan las condiciones de acceso pero también los discursos y las prácticas acerca de la salud y la enfermedad y que se organizan alrededor de las categorías de género, etnia, edad, religión, y clase.

Matriz heterosexual:

Judith Butler (1993) denomina matriz heterosexual al modo discursivo/epistémico hegemónico de inteligibilidad de género, el cual da por sentado que para que los cuerpos sean coherentes y tengan sentido debe haber un sexo estable expresado mediante un género estable que se define históricamente y por oposición mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad. Los discursos y normas de la matriz heterosexual definen lo esperable y lo normal, clasifican a las personas desde esos parámetros e incluso establecen “lo humano y lo inteligible”. De este modo, construyen identidades binarias (hombre o mujer) atravesadas por el mandato de la heterosexualidad y las entiende como las únicas posibles.

Por tal razón, Butler (2008) plantea que hay cuerpos que importan más que otros, hay cuerpos que entran dentro del campo de lo inteligible y otros que son expulsados al terreno ininteligible, de lo abyecto. En este sentido, la inteligibilidad de ciertos sujetos es posible

porque al mismo tiempo que se define lo propio, se excluye lo otro, es decir, aquello que no encaja dentro de lo percibido como hombre-mujer o como masculino-femenino.

Identidades de género no cis-heteronormadas, heteronormatividad y violencias

Las teorías **Queer** desde hace años cuestionan el binarismo sexual y han realizado un análisis crítico de la diferencia entre sexo y género que ha enriquecido el debate teórico sobre el patriarcado. Conocer los aportes conceptuales de dicha corriente puede contribuir en el plano de las prácticas de salud la posibilidad de alojar la diferencia que presentan la diversidad sexual e identidades de género trans, travestis, no binarias, entre otras.

Desde dichas contribuciones y los movimientos sociales LGTBQ+, ha devenido relevante la denuncia de la heterosexualidad obligatoria o heteronormatividad que visibiliza la imposición social sobre cómo debe ser la vinculación con el propio cuerpo, a quiénes se debe desear y con quiénes hay que relacionarse sexualmente. En esa imposición se basa la producción de discriminaciones, exclusión social y violencias sobre aquellas personas que no se ajustan a ella, llegando bajo esa justificación hasta a ser asesinadas, tanto por la sociedad civil como por fuerzas represivas del Estado.

El término heterocispatriarcado condensa ambas imposiciones sociales sobre la identidad de género y orientación sexual. Lo cis refiere a la equivalencia entre la identidad de género autopercebida, con el género asignado culturalmente al nacer como varón o mujer. La articulación presente entre lo hetero y el orden patriarcal, además de desconocer otros modos de desear y relacionarse sexualmente las personas, refiere a un modo único de concebirse las relaciones heterosexuales. A este último matiz se refiere la noción de heteronormatividad de dominio, que hace norma universal un modo particular de asimetría de poder

entre varones y mujeres. Por ello, el heterocispatriarcado como matriz de las relaciones sexo-genéricas es la base de legitimación tanto de las violencias hacia mujeres, trans, travestis.

Finalmente puede decirse que el modo de concebir y atender a las desigualdades de género y las formas de violencia contra las mujeres y otras identidades no cis-heteronormadas fueron cambiando a lo largo de la historia, resultado de las luchas colectivas e individuales y de diferentes estrategias políticas¹². Aún queda mucho por hacer.

Descisexualización / Cisexismo

El ordenamiento de poder entre los géneros desde la lógica patriarcal, del que participan todas las personas aún sin tener conciencia de ello, es condición de posibilidad para acceder a mejores condiciones de vida a quienes poseen una identidad cis. La descisexualización o desarticulación del cisexismo refiere a distintas estrategias para subvertir esa desigualdad.

El cisexismo, según Blas Radi (2015), es el sistema de exclusiones y privilegios simbólicos y materiales vertebrado por el prejuicio de que las personas cis son mejores, más importantes, más auténticas que las personas trans.

La descisexualización (Millet, 2018) se refiere al proceso necesario de desaprendizaje y desmantelamiento de concepciones y prácticas cisexistas. Este proceso descisexualizante supone una serie de acciones entre las que el autor identifica: por un lado, el análisis de los supuestos y prejuicios que sustentan el sistema cisexista, acompañado por la descripción de los mecanismos de producción y reproducción de estos supuestos y prejuicios.

Y por otro lado, la examinación y visibilización de la distribución desigual de capitales que el cisexismo arbitra entre las personas a partir de su identidad o de la forma en la que la misma es percibida.

Luciano Fabbri plantea que es necesario politizar las miradas sobre la masculinidad para comprender sus efectos en la configuración de su articulación con el campo de la salud, ya que “la naturalización del sexo trae como consecuencia una despolitización del concepto ‘varón’, que no sería comprendido como una construcción socio-histórica, sino como el ‘sexo biológico macho’ (en tanto dato de la naturaleza), al cual se le atribuirá la masculinidad en tanto mandato cultural. En ese sentido, se traza una continuidad entre sexo y género, entre varón y masculinidad, donde esta última sólo aparece en tanto propiedad o atributos de los varones” (2019, p. 108).

Las críticas a este uso universalizante de la noción de masculinidad ha dado lugar a su uso plural y la operación de distanciamiento de esa masculinidad arquetípica, nombrada como hegemónica, habilitan la inflación discursiva de la noción de “nuevas masculinidades”.

Desde esta mirada, continua Fabbri -aún cuando se asume que la construcción social de la masculinidad supone una socialización de los varones cis para el ejercicio de privilegios- el foco de atención a la hora de pensar el vínculo con la salud está en los denominados costes de la masculinidad. Dichos costes existen, el proceso de construcción de masculinidad supone formas de mutilación existencial des-humanizantes, sin embargo, esto no debe derivar en una victimización de los varones como (pri) meras “víctimas del mandato de masculinidad”. En este punto, retomando los aportes de Bonino, el autor identifica algunos de estos costes: la mortalidad masculina, gestión masculina de la salud y la enfermedad, la ceguera institucional a las necesidades masculinas y el impacto de los comportamientos masculinos en la salud ajena, entre ellos las violencias.

Los problemas de salud que afectan a los varones, que encarnan o pretenden encarnar el modelo de masculinidad hegemónica, están

vinculados a la construcción de una subjetividad que inhibe el registro de sus propios malestares para cumplir con los mandatos de fortaleza y potencia, de modo que niegan sus vulnerabilidades y tienen dificultades en pedir ayuda. Otra de las causales más importantes de problemáticas de salud son los accidentes y exposición a situaciones de violencia. Por ende, según el caso puede haber dificultades en la detección primaria de la enfermedad, acuden al sistema de salud cuando el problema es grave o acceden por guardia, lo que impacta en su tratamiento y pronóstico. Una de las consecuencias más nocivas del mandato de masculinidad hegemónica es el ejercicio de la violencia hacia las mujeres, las identidades no cis-heteronormadas, otros varones y otras formas de habitar las masculinidades (Tajer, 2009; Tajer et al, 2020).

Es indispensable pensar la construcción de masculinidad hegemónica en relación a los privilegios e impunidades presentes en la sociedad. Como señala Tajer, “hay que cambiar la cultura de la impunidad masculina en nuestra sociedad. En realidad, las impunidades de las subjetividades de privilegio en general, donde se ubican las masculinidades aunque no solamente, porque los privilegios son asimismo de clases” (Camacho, 2021).

Los efectores de salud refieren que les es difícil identificar en la consulta a los varones que ejercen violencia, porque no aparece subjetivamente como algo que les preocupe, en cambio sí pueden abordar e intervenir con quienes han sido violentados/as (Tajer et al, 2020). En esta línea, Fabbri advierte que los pocos programas de salud existentes que tienen como destinatarios a los varones suelen pensarlos en tanto víctimas del modelo de masculinidad hegemónica, y buscan reducir el impacto de los costos de la misma, promoviendo nuevas masculinidades: “rara vez nos vamos a encontrar con elaboraciones teóricas y con políticas sanitarias que piensen e interpelen a los varones, las masculinidades y las prácticas sanitarias desde una perspectiva relacional que apunten a reducir las desigualdades de poder,

entendiendo que a mayor equidad y reciprocidad, mejores condiciones de salud habrá para ellos, pero también para el resto de la sociedad que padece las consecuencias” (2019, p. 112).

Violencias por razones de género

Las violencias por razones de género son una vulneración de los derechos humanos por causa de las relaciones desiguales, mantenidas y reforzadas a través del patriarcado y la heteronormatividad.

En este documento se toma la expresión “por razones de género” en sintonía con la recomendación número 35 de la CEDAW, que plantea que dicha expresión refuerza la noción de la violencia como problema social más que individual, exigiendo respuestas integrales por parte de los distintos sectores del Estado y la Sociedad Civil, que den cuenta de tal complejidad:

“(…) la violencia por razón de género contra la mujer está arraigada en factores relacionados con el género, como la ideología del derecho y el privilegio de los hombres respecto de las mujeres, las normas sociales relativas a la masculinidad y la necesidad de afirmar el control o el poder masculinos, imponer los papeles asignados a cada género o evitar, desalentar o castigar lo que se considera un comportamiento inaceptable de las mujeres.

Esos factores también contribuyen a la aceptación social explícita o implícita de la violencia por razón de género contra la mujer, que a menudo aún se considera un asunto privado, y a la impunidad generalizada a ese respecto. (...) se produce en todos los espacios y esferas de la interacción humana, ya sean públicos o privados, entre ellos los contextos de la familia, la comunidad, los espacios públicos, el lugar de trabajo, el esparcimiento, la política, el deporte, los servicios de salud y los entornos

educativos, y en la redefinición de lo público y lo privado a través de entornos tecnológicos, como las formas contemporáneas de violencia que se producen en línea y en otros entornos digitales.

En todos esos entornos, la violencia por razón de género contra la mujer puede derivarse de los actos u omisiones de agentes estatales o no estatales, que actúan territorialmente o extraterritorialmente, incluidas las acciones militares extraterritoriales de los Estados, a título individual o como miembros de organizaciones o coaliciones internacionales o intergubernamentales, o las operaciones extraterritoriales de las empresas privadas”.

Hablar entonces de violencias por razones de género implica que los hechos de violencia que sufren las mujeres y otras identidades no cis-heteronormadas se deben a su condición de género y tienen sus raíces en esta relación de dominio del varón que atraviesa y estructura el orden social, siendo la expresión de la vigencia del sistema sexo-género.

A partir de ello, las mujeres y otras identidades no cis-heteronormadas son colocadas en un lugar de inferioridad, siendo consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión y expuestas continuamente a diversas violencias, a través de las cuales se asegura la supremacía masculina.

María Marta Herrera (2016), centrándose en la conceptualización de las violencias contra las mujeres, introduce la idea de “conciencia de género” para referirse a la posibilidad de transformar los roles de género, tanto a nivel personal como colectivo, con el compromiso político que “permite desarrollar la capacidad de romper creativamente el status quo”. Sumando otra línea de sentido Eva Giberti (2015) advierte en su crítica al uso de “violencia de género” la importancia de nominar de acuerdo a la letra de la ley “violencia contra las mujeres” en tanto visibiliza el ejercicio de la violencia por parte de los varones.

Mitos y prejuicios: naturalización y justificación de las violencias

Resulta importante advertir que estas violencias suelen naturalizarse y justificarse a través de determinados discursos, creencias o mitos, que funcionan como niveles simbólicos de legitimación desvirtuando la verdadera dimensión del problema y minimizando su gravedad. Estos mitos sobre las violencias, arraigados dentro del imaginario colectivo, se expresan en las prácticas institucionales en distintos ámbitos generando abordajes inadecuados y participación en la vulneración de derechos. Cuando las/os trabajadoras/es de salud no los perciben, contribuyen a perpetuar la naturalización y justificación de las violencias; dicha situación conlleva a instancias de revictimización y vulneración del acceso a los servicios de atención en salud.

Estos mitos se encuentran sostenidos bajo diversos mecanismos de invisibilización entre los cuales se pueden mencionar:

- Relativización y minimización del daño y las consecuencias para las mujeres.
- Ridiculización, tanto de las situaciones de violencia como de las reacciones de las mujeres ante ellas.
- Culpabilización y responsabilización a las mujeres por las conductas violentas de que son objeto.
- Focalización y asociación de las violencias hacia las mujeres de ciertos grupos sociales.
- Patologización de las violencias hacia las mujeres: la violencia se entiende como un fenómeno individual y psicopatológico.

Discursos falsos que intentan justificar las violencias de género	
Mito	Realidad
El maltrato a la mujer es un fenómeno que sólo se da en los niveles económicos y educativos bajos.	Ocurre en todos los niveles educativos, sociales y económicos.
El maltrato psicológico no es tan grave como el físico.	Este tipo de maltrato puede ser más desubjetivante que el físico y, si es continuado en el tiempo puede provocar un severo daño emocional.
A las mujeres que son maltratadas les debe gustar; de lo contrario no lo permitirían.	La conducta violenta es responsabilidad de quien la ejerce. Habitualmente las mujeres sienten miedo, indefensión, culpa, vergüenza, aislamiento... y eso les impide pedir ayuda.
Las mujeres maltratan igual que los varones.	Se trata de un fenómeno distinto, el tipo de violencia que ejercen y el significado social de la misma es diferente (Lorente, 2001) y además, la violencia machista tiene como fin el control y dominio de la mujer (Jacobson y Godman, 2001).
El maltrato a la mujer es fruto de algún tipo de padecimiento mental.	Sólo en un bajo porcentaje de los agresores existe padecimiento mental. Lo que sí está demostrado es que a partir de las situaciones de violencia, las mujeres pueden presentar consecuencias psicológicas.

El consumo de alcohol u otras drogas es la causa de las conductas violentas.	Pueden actuar como desencadenantes o como excusa pero no son la causa. Hay muchas personas que beben y toman drogas y no maltratan; y hay maltratadores que ni beben ni consumen drogas.
La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano. Los varones son violentos por naturaleza.	La violencia se aprende a través de modelos familiares y sociales. La mayoría de los que ejercen violencia sobre la pareja no son violentos fuera del hogar.
Si una mujer ama y comprende suficientemente a su pareja, logrará que él cambie y deje de maltratarla.	El problema del maltratador no es la falta de cariño o comprensión. El que pueda cambiar, no está en manos de la mujer.
Lo más importante para la familia es que los/as hijos/as se críen con su padre y con su madre, en el mismo hogar.	Lo más importante para el desarrollo es crecer en un ambiente amoroso y libre de violencias. También los niños y las niñas son víctimas.
La violencia sexual es ejercida por desconocidos.	La mayoría de las situaciones de violencia sexual son cometidas por hombres del entorno cercano o íntimo de las mujeres.

Definición, tipos y modalidades de violencia

En el año 2009, las violencias contra las mujeres fueron incorporadas al marco normativo nacional, cuando se promulgó la **Ley Nacional 26.485, de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar las violencias contra las mujeres, en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.**

La ley nacional define a la violencia contra las mujeres 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, participación política, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes”.¹³

Según la normativa se plantean distintos **tipos de violencias:**

-Violencia Física: contempla aquellas agresiones que producen un daño, dolor o riesgo

de provocarlo sobre el cuerpo de la mujer, incluyendo golpes, patadas, empujones, quemaduras, entre otras formas de maltrato. Es importante poder distinguir dentro de esta forma de violencia que la agresión física que desencadena la muerte de una mujer es un femicidio.

Femicidios/feminicidios:

Son crímenes de odio contra las mujeres por el sólo hecho de ser mujeres, y constituyen muertes evitables e injustas que revelan una profunda desigualdad y abuso de poder en el marco del orden social patriarcal.

La activista feminista norteamericana Diane Rusell (1990), quien le da difusión pública a este término, define al femicidio como el asesinato de mujeres realizado por hombres motivado por odio, desprecio, placer o un sentido de propiedad de las mujeres.

En América Latina, la antropóloga mexicana Marcela Lagarde (2006) incorpora el término

feminicidio en el que anexa los factores de impunidad, dando cuenta de la fractura del Estado de derecho que la favorece, siendo el feminicidio un crimen de Estado. Para Lagarde el Estado tiene responsabilidad en la prevención, tratamiento y protección ante la violencia de género, situando su complicidad y responsabilidad directa -por acción u omisión del feminicidio- frente a la falta de sanciones a los asesinos.

En Argentina, en el año 2012 el Congreso Nacional reformó el artículo 80 del Código Penal que tipifica y describe las circunstancias en las que se agrava el delito de homicidio. La norma castiga con la máxima pena (la reclusión perpetua) a quien asesine a una mujer ejerciendo violencia de género. El texto de la norma introduce el crimen de una mujer perpetrado por un hombre y en el que mediere violencia de género, e incorpora el placer, la codicia, odio racial, religioso, de género o a la orientación sexual, identidad de género o su expresión, entre otras causales para agravar la pena del homicidio.

El **travesticidio/transfemicidio** es la expresión más visible de una cadena de violencias estructurales que responden a un sistema cultural, social, político y económico sostenido como se explicó anteriormente por el heterocispatricado. El modo de referirse a las desigualdades, discriminaciones y violencias que afectan a las personas trans y travestis recibe el nombre de cissexismo. Por su condición diferente a lo esperado o normado socialmente como 'natural', ser travesti o trans tiene consecuencias materiales y simbólicas en las condiciones de vida. La precariedad estructural de las vidas trans, sometidas a una dinámica expulsiva que, en el caso de las travestis, las mantiene separadas de la sociedad y las ubica en un lugar material y simbólico mucho más expuestas a la muerte prematura y violenta.

Así, el travesticidio/transfemicidio es el extremo de un continuum de violencias que comienza con la expulsión del hogar en la niñez/adolescencia, la exclusión del sistema

educativo, y del mercado laboral, la iniciación temprana en la prostitución/el trabajo sexual, la criminalización, la estigmatización social, la patologización, la persecución y la violencia institucional/policial.

Participa del continuum de discriminaciones y violencias (Femenias et al, 2016) contra esta población la inequidad en la accesibilidad y atención del sistema de salud, que en los últimos años, aunque no pueda afirmarse sea homogéneo en todo los territorios, ha incorporado dispositivos que mejoran la vinculación y la especificidad de los abordajes médico/asistenciales de esta población.

-Violencia Psicológica: es la que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones. Este tipo de violencia erosiona la integridad psíquica de la mujer debido a que es manipulada por medio de humillaciones, exigencias, hostigamiento, insultos o indiferencia, provocando consecuencias en su salud como aislamiento, depresión, imposibilidad de planificar un proyecto de vida, etc.

-Violencia Sexual: corresponde a la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, por medio de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, con o sin convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de personas.

-Violencia Económica y Patrimonial: es aquella que opera en detrimento de los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, por medio de: la perturbación de la posesión de sus bienes, la pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales, la limitación de recursos económicos

destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna, la limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

-Violencia Política: se dirige a menoscabar, anular, impedir, obstaculizar o restringir la participación política de la mujer, 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 con los varones.

-Violencia Simbólica: apunta a la naturalización de la subordinación de la mujer dentro de la sociedad, que a través de estereotipos, mensajes, valores, íconos o signos, transmiten alguna manera de dominación, desigualdad y discriminación dentro de estos vínculos sociales.

Se puede reconocer en la violencia simbólica la matriz desde la cual se desprenden todas sus manifestaciones y que sostiene las asimetrías que atraviesan las relaciones entre los géneros.

¿Qué es la Trata de personas?

La trata de personas es, según la ley vigente, el ofrecimiento, la captación, el traslado o transporte, la recepción y la acogida de personas con el fin de explotarlas.

Existen distintas modalidades, que pueden agruparse en:

-Explotación laboral: reducción a la servidumbre, condiciones análogas a la esclavitud, trabajos forzados. Se da mayormente en tareas que requieren gran cantidad de mano de obra, como la industria textil y en la producción agropecuaria. En muchos casos, también, se da en el trabajo doméstico, donde las víctimas realizan las tareas de limpieza, cocina y cuidados en condiciones de explotación o incluso sin remuneración alguna.

-Explotación sexual: prostitución forzada, pornografía infantil, matrimonios o uniones de hecho forzadas. En este tipo de explotación las

mujeres y niñas constituyen casi la totalidad de las víctimas.

La trata de personas es un delito, y también una problemática social, en tanto vulnera los derechos de las personas afectadas. Quienes cometen este delito en general se aprovechan de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran sus víctimas para captarlas; pueden hacerlo mediante engaños, bajo la promesa de oportunidades de trabajo, estudio o vivienda o utilizando la violencia extrema (secuestros).

Las víctimas de trata viven en una situación de sometimiento que implica violencia psicológica, física, económica, simbólica y sexual (especialmente en ese tipo de explotación). Implica fundamentalmente la vulneración del derecho a la autonomía y la construcción del propio proyecto de vida.

Existen diversos contextos en los que se puede presentar alguno o varios de estos tipos de violencia: en el ámbito familiar, dentro de las instituciones, en el espacio laboral, en relación a la libertad reproductiva, aquella ejercida por personal de los servicios de obstetricia y/o reproducida en los medios masivos de comunicación, siendo en ocasiones notablemente visible y expuesta, y en otras muy sutil y solapada. La normativa describe en relación a estos ámbitos o contextos, las **modalidades de violencia** contra la mujer. Estas son:

-Violencia Doméstica: es ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. 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: se refiere a las acciones de los/as funcionarios/as, profesionales,

personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.

Es necesario destacar una forma de violencia institucional que suele estar invisibilizada y que habitualmente ocurre en distintos sectores como salud, justicia, entre otros, que le añaden un mal mayor a la mujer que sufre estas violencias. Esto se puede manifestar en un tratamiento inadecuado y abusivo en la atención o bien en el manejo de la información, desestimando los dichos y las decisiones de las mujeres que han atravesado una situación de maltrato. Esta forma de violencia alude a la **violencia secundaria o revictimización**.

-**Violencia Laboral**: es la discriminación hacia las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre su estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.

-**Violencia contra la libertad reproductiva**: es aquella que vulnera el derecho de las mujeres 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 de Salud Sexual y Procreación Responsable.

-**Violencia obstétrica**: es ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en

un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 de Parto humanizado.

A propósito de estas dos modalidades de violencia -contra la libertad reproductiva y obstétrica- es pertinente señalar lo que la CEDAW plantea al respecto, ya que permite situar claramente el sentido que deben tener las políticas sanitarias para avanzar hacia la transformación del actual modelo de atención:

“Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante” (Rec. N35 CEDAW).

- **Violencia mediática**: corresponde a aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato y la construcción de patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

-**Violencia contra las mujeres en el espacio público**: es aquella ejercida contra las mujeres 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 pública-política contra las mujeres: esta modalidad está fundada en razones de género y mediando intimidación, hostigamiento, deshonra, descrédito, persecución, acoso y/o amenazas, impidiendo o limitando 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 de las mujeres, y/o desalentando o menoscabando el ejercicio político o la actividad política de las mujeres, 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.

Lo que expresan los datos estadísticos:

Según la OMS (2017) a nivel mundial, la violencia contra la mujer ejercida por su pareja y la violencia sexual constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Este organismo plantea que en todo el mundo, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han experimentado algún tipo de violencia física o sexual por parte de la misma; a su vez, un 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por sus respectivas parejas. Un estudio realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) plantea que si bien el 81% de las víctimas de homicidios mundiales son varones, en el contexto familiar y de relaciones de pareja, las mujeres tienen un riesgo mucho mayor que los varones. De hecho el 58% de todas las víctimas femeninas en 2017 fueron asesinadas por sus compañeros íntimos o familiares.

En el Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de género, se analiza el Informe del Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina para el año 2019 que

plantea, que se identificaron 252 víctimas directas de femicidios en la República Argentina entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019, incluyendo 5 travesticidios/transfemicidios. La tasa de víctimas directas de femicidios cada 100.000 mujeres en 2019 fue 1,1, idéntica a la de los años anteriores, 2017 y 2018. Al identificarse 16 víctimas de femicidios vinculados y sumar ambas categorías, la cifra de víctimas aumentó a 268.

Otros datos del Informe de Informe del Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina 2019:

-La cantidad mayoritaria de víctimas directas de femicidios tenían entre 25 y 34 años (25%). Luego, sigue el grupo de edades entre 35 y 44 años (18%). En tercer lugar, cuarenta y dos víctimas tenían entre 45 y 59 años. Siete niñas de hasta 12 años fueron víctimas de femicidios y diecinueve tenían entre 13 y 17 años. Treinta y un víctimas tenían más de 60 años.

-El 90% de las víctimas tenía un vínculo previo con los sujetos activos. En el 66 % de los casos, los femicidios fueron cometidos por parejas o ex parejas de las víctimas.

-6 víctimas eran personas con discapacidad, 9 víctimas estaban embarazadas, 14 víctimas eran migrantes, 7 estaban en situación de prostitución y 4 pertenecían a pueblos originarios.

A su vez en el Plan Nacional también se analizan otros datos pertenecientes a la Línea Nacional 144 entre 2013 y abril de 2020. En ese período se registraron 556.397 comunicaciones vinculadas a situaciones de violencias por razones de género en todo el país. El 43% de esas comunicaciones correspondía a personas en situación de violencias por razones de género. El 57% remitía a consultas en las que las personas no daban cuenta de sus datos.

En el año 2020, se recibieron un total de 35.415 comunicaciones de las cuales 9.692 fueron casos ingresados por la línea y 25.723 fueron consultas. Los datos mostraron un aumento de las consultas, un 73% del total. Este cam-

bio en la demanda se analizó en el contexto del aislamiento social, preventivo y obligatorio, dispuesto por el Poder Ejecutivo Nacional a partir del 20 de marzo, registrándose un aumento del 39% del promedio diario de llamadas en comparación con el período de días anteriores al aislamiento.

Otros datos de la Línea 144:

-Desde sus inicios la Línea 144 ha recibido mayoritariamente comunicaciones vinculadas a la modalidad doméstica de violencia. La proporción se ha ubicado siempre por encima del 90% de las comunicaciones recibidas. Esa tendencia se sostiene al analizar los datos de comunicaciones recibidas durante el año 2020. El 97% corresponde a la modalidad violencia doméstica, el 2% a la modalidad violencia institucional y el 1% a la violencia laboral.

-En relación con los tipos de violencias registrados, casi la totalidad de las personas refirieron sufrir violencia psicológica por parte de su agresor. En segundo lugar, un 69% refirió haber sufrido violencia física. Un 35% afirma haber sufrido violencia económica, un 37% violencia simbólica y un 13% violencia sexual.

-El 98% de las personas en situación de violencias que se comunicaron son mujeres.

-En este período, 22 personas trans solicitaron asistencia a través de la Línea 144 por encontrarse en una situación de violencias.

-La edad de las personas en situación de violencias. De ellas, el 65% tienen entre 15 y 44 años y 17% tienen 45 años o más. Dichos porcentajes se sostienen en los casos en los que está presente la violencia física. En los casos donde hay presencia de violencia sexual, aumenta levemente la proporción de personas en situación de violencias menores de 15 años pero el resto también se mantiene en los valores del universo total.

-En relación a condiciones de vulnerabilidad, 259 mujeres se encontraban embarazadas y en 238 casos las personas en situación de violencias o familiares presentes en el hecho de violencia relatado presentaban algún tipo de discapacidad.

-En el 44% de los casos de personas asistidas por violencias de género, quien comete las agresiones es una ex pareja y casi en la misma proporción quien agrede es la pareja actual, 41%.

Vulneración de derechos e inequidades

Si bien la normativa citada define, describe y contribuye a la visibilización de la vulneración de derechos que las mujeres atraviesan a lo largo de su vida, como destinatarias de estas violencias -razón por la cual es necesario ajustarse a la letra de la ley para definir las- es importante volver a mencionar que cuando se habla de violencias por razones de género, se incluye a otras identidades (ver apartado "Herramientas conceptuales").

Cuando se refiere a violencias por razones de género, esta categoría contempla además de mujeres, a grupos en situación de vulnerabilidad como pueden ser las personas migrantes, personas adultas mayores, pueblos originarios, niñas, adolescentes, identidades no cis-heteronormadas y personas con discapacidad.

Se utiliza la expresión grupos en situación de vulnerabilidad para designar a aquellos grupos de personas o sectores de la población que por razones inherentes a su identidad o condición -de acuerdo a la interseccionalidad de órdenes de desigualdad- se encuentran expuestas a ser violentadas por las discriminaciones y violencias producidas en la sociedad y/o se ven privados del pleno goce y ejercicio de sus derechos fundamentales y de la atención y satisfacción de sus necesidades específicas por acción u omisión de los organismos del Estado. Por lo tanto, requieren de políticas activas para garantizar, mediante el reconocimiento y respeto de su identidad, condición y necesidades particulares, el goce igualitario de derechos¹⁴.

Siguiendo esta línea, la **discapacidad** es pensada desde la vulneración de derechos e inequi-

dades en la medida que se configura en la interacción entre las personas con deficiencias (físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo) y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Es decir, el problema no está en la persona sino en la sociedad que “discapacita” a las personas al no garantizarles su participación plena y efectiva.

Argentina la incorporó a su ordenamiento jurídico en 2008 y luego en 2014 le otorgó jerarquía constitucional. El artículo 12 de la CDPD que consagra el derecho de las personas con discapacidad a ejercer su capacidad jurídica (con los apoyos que pudiesen requerir) en igualdad de condiciones que las demás personas e incorpora la noción de que nadie puede sustituir la voluntad de esta última.

Por otro lado, el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) vigente desde agosto de 2015, establece que se debe presumir la capacidad general de ejercicio de la persona humana, que las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y que la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión (art. 31). A su vez, se define el “apoyo” como cualquier medida que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general (art. 43).

Referencias:

¹El Plan Nacional de Acción contra las Violencias por motivos de Género 2020-2022 se compone de cuatro ejes estratégicos de política pública en torno a los cuales se afianzan las acciones concretas para el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas en materia de abordaje integral de las violencias por motivos de género en todos sus tipos y modalidades, incluyendo la prevención, asistencia, reparación y protección integrales. De manera complementaria, el Plan establece tres ejes transversales referidos a la interseccionalidad, la multiageñalidad y el fortalecimiento de las redes territoriales.

² El SIIP está integrado por la Mesa Intersectorial Provincial y las Mesas Locales Intersectoriales, establecidas en el artículo 20 inciso c) del Decreto N° 2875/05 y sus modificatorios; las personas acompañantes contempladas en el artículo 6° ter de la Ley N° 12.569; la Red Provincial de Dispositivos Territoriales de Protección Integral (RPDPI); el Registro Único de Casos de Violencia de Género (RUC) creado por la Ley N° 14.603; la línea 144 creada en el marco de la Ley N° 26.485; los espacios de trabajo con varones que ejercen violencias; el Programa Comunidades sin Violencias; y el fondo de emergencia en Violencias por Razones de Género.

³ El lenguaje sexista constituye un modo de expresar y reproducir las desigualdades respecto de las diferencias sexo-genéricas emanadas del sistema heterocispatrilarcal. El lenguaje al transmitir los sentidos sobre lo masculino y lo femenino y reforzar los estereotipos de género no es neutral respecto del género. El uso del masculino genérico o de las categorías binarias a/o invisibilizan

a otras identidades no cis heteronormadas, de allí los cuestionamientos que proponen el uso de otras alternativas como la x o la e.

⁴La determinación social de la salud se refiere a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica. Esta comprensión de las articulaciones entre estructuras y sujetos sociales, con sus capacidades de acción y sentido y que se expresan en forma sintética en modos de vida y perfiles de salud de los colectivos humanos” (Arellano, 2013, p. 144).

⁵ La equidad refiere a tomar en consideración las necesidades específicas de cada colectivo genérico para garantizar la igualdad de condiciones en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados, produciéndose inequidad por diferencias y similitudes injustas e innecesarias en el grado de satisfacción de necesidades.

⁶ Con puntos de coincidencia con el concepto de determinaciones sociales, el de interseccionalidad acuñado por Crenshaw para pensar las experiencias de las mujeres negras en el sistema de opresión que articula raza, género y procedencia (geopolítica), es un aporte valioso para poner en diálogo con el campo de la salud (ver en “Herramientas conceptuales”, Tomo I).

⁷ El campo de la salud está atravesado por disputas de sentidos. El proyecto neoliberal imprime su sello en la producción de subjetividades sobre las representaciones y prácticas en torno al PSEAC donde -entre otras características- las personas no significan la salud, ni los padecimientos o enfermedades de acuerdo a las condiciones de vida y condicionamientos sociales, ni se atiende a la equidad en términos de accesibilidad de los distintos grupos poblacionales al sistema de salud. El derecho a la salud queda subsumido a la lógica del mercado.

⁸ Durante la dictadura militar del '76 y primeros años de la democracia empiezan a publicarse libros de autoras argentinas referentes en la temática como Susana Velazquez, Cristina Vila de Gerlic, Eva Giberti, Ana Maria Fernandez, Ines Hercovich, entre otras.

⁹ Aparecen los primeros espacios asistenciales para víctimas de violencia organizados por militantes feministas, tales como “Lugar de Mujer”, el “Centro Alicia Moreau de Justo”.

¹⁰ En este punto se podrían enunciar varios ejemplos vinculados al campo de la salud como el incumplimiento de la Ley de Identidad de Género al nombrar a quienes consultan, al completar una Historia Clínica, la presunción de heterosexualidad o imperativo de la heteronormatividad, generando a su vez situaciones de violencias por razones de género desde y al interior del sistema de salud. Este material audiovisual constituye una referencia a una buena práctica de atención respetuosa de la identidad autopercibida <https://www.youtube.com/watch?v=pxvBGokYPUo&t=17s>.

¹¹ Refiere a la característica cambiante del género.

¹² Por Decreto 5/2021 recientemente se creó el Programa de Abordaje Integral ante Femicidios, Travesticidios y Transfemicidios (PAIF) en el ámbito del Ministerio de las Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual.

¹³ Esta definición permite situar algunas cuestiones importantes. En primer lugar, sitúa que actuar de manera contraria a lo que dicta esta ley, así como también la omisión constituyen violencia. En segundo lugar hace hincapié en definir como violencia indirecta a toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón. En tercer lugar introduce en la definición misma la dimensión de poder, en tanto asimetrías fundantes de estas relaciones en las que se circunscriben las violencias contra las mujeres, y que constituye su dimensión característica. En cuarto lugar interpela directamente al Estado y sus trabajadoras/es tanto en lo referido a las intervenciones como en lo que respecta a sus omisiones. Por último, incluye las distintas manifestaciones que esta violencia puede adoptar y en los distintos contextos.

¹⁴ Grupos en situación de vulnerabilidad y Derechos Humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales. 2011. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos. Disponible en: https://www.google.com/url?q=http://www.jus.gob.ar/media/1129151/31-grupos_vulnerables.pdf&sa=D&ust=1612279834867000&usq=AOvVaw3kC-y-H5kD9WyemU-3H06Eq

Tomo II

● ● ● Abordaje integral de las violencias por razones de género

Bases del proceso de abordaje integral

Abordaje integral de la temática, transformación del modelo de atención de las violencias. Importancia del sistema de información y registro de las violencias familiares y por razones de género del sistema sanitario.

Equidad de género: desafíos, para la promoción de la salud

Los problemas de salud y el perfil epidemiológico actual en el mundo y en nuestro país, han incrementado su complejidad así como la incertidumbre sobre el abordaje eficaz de los mismos. Existe asimismo un reconocimiento generalizado sobre el rol clave de los determinantes sociales en la prevalencia de los problemas; así como en la distribución desigual de estos últimos en perjuicio de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Los resultados de los sistemas de atención de salud han sido muy limitados en la búsqueda de equidad, no sólo en los modelos prestacionales más clásicos basados en un enfoque medicalizado, sino también en los modelos orientados a la transformación, como los basados en la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

En búsqueda de la equidad, varios autores han señalado que las acciones del sector salud deben tener en cuenta el impacto diferencial sobre la salud de los distintos géneros y a partir de ello generar la capacidad para dis-

minuir las desigualdades. Al ser las causas de las mismas de orden social y cultural, no puede desconocerse que los roles y estereotipos de género inciden en los modos en que la población accede y utiliza los servicios de salud, así como también en la relación que establece el personal sanitario con las personas usuarias.

En este sentido Concha Colomer Revuelta (2007) propone pasar de la igualdad a la equidad en las acciones sanitarias: “El sistema de salud debería partir de la idea de que, aunque es un derecho, la igualdad en la oferta de servicios no asegura la equidad en el acceso y la efectividad de los mismos en toda la población por igual. Es necesario reconocer que son necesarias acciones diferentes, lo que se llama ‘acciones afirmativas’, pasar de la igualdad a la equidad, para atender las necesidades diversas de la población y actuar en consecuencia, si se quiere conseguir que los servicios no incrementen las desigualdades”.

Las características del actual modelo de atención sanitaria demuestran la ineficiencia para

prevenir, detectar, atender y acompañar de manera integral las situaciones de violencias familiares y por razones de género, siendo clave entonces generar las condiciones propicias para prevenir el agravamiento de las lesiones, las consecuencias en la salud mental e incluso, los femicidios.

Como se expresó en el tomo anterior, habitualmente el sistema de salud recibía las consecuencias físicas y psíquicas del problema y durante mucho tiempo se encargó exclusivamente a la atención de las lesiones y/o las secuelas psicológicas de las personas que atravesaban situaciones de violencias familiares y por razones de género, entendiéndose como asuntos de competencia personal e individual, o como estados mentales, limitaciones o debilidades psíquicas.

Servicios de salud y violencias por razones de género

Según estudios realizados -en interfaz con organismos de justicia y seguridad- la presencia de consultas espontáneas por violencias por razones de género en el sistema de salud expresa que es identificado por las personas como una puerta de acceso en la búsqueda de amparo y protección por parte del Estado. Sin embargo, también alertan sobre un subregistro de estas situaciones por parte de los servicios de salud, que además de no verse reflejadas en las estadísticas, ponen en evidencia dificultades en la intervención (Fernandez et al 2016).

Si bien se reconoce las voluntades individuales y/o de algunos equipos de salud que han podido sostener, con mucho esfuerzo, atención de calidad hacia las personas en situación de violencia familiar y de género, como se afirma en el apartado anterior, el modelo de atención sanitaria demuestra ineficiencia en el abordaje integral e intersectorial de estas problemáticas. Según estiman las autoras, la persistencia de déficits de acceso y calidad de servicios de

salud de asistencia a personas violentadas impacta en la vulneración de derechos y costos específicos de muerte, enfermedad, discapacidad, revictimización e iatrogenia (Op cit).

Según los servicios de salud a los que acuden las personas que sufren situaciones de violencias familiares y por razones de género, es importante destacar el papel fundamental que juegan determinadas especialidades y servicios como el servicio de emergencia, servicio de RX o de imágenes, servicio de internación, traumatología, salud mental, entre otros, en la detección y abordaje del problema. La información que se presenta a continuación, proviene de un informe donde se ha estudiado en algunos países de la región como Uruguay, el uso de los servicios de salud por parte de las personas que sufren situaciones de violencia familiar y por razones de género, donde se resalta:

“Además de tener un alto riesgo de sufrir lesiones físicas, la comparación de las víctimas de violencia física severa con las mujeres que no sufren violencia demuestra que las mujeres agredidas: acudieron tres veces más a los servicios de salud para ser atendidas por un especialista, triplicaron la asistencia a las salas de urgencias, requirieron cinco veces más radiografías y fueron internadas cuatro veces más que las mujeres que no sufren violencia. Cuando se comparan las mujeres que sufren violencia sexual con las que no la experimentan, las primeras recurrieron ocho veces más a los servicios de urgencia del sistema público, necesitaron cuatro veces más radiografías y estuvieron hospitalizadas casi 10 veces más que las no violentadas”¹⁵ (CEPAL 2002).

En el caso de los servicios de salud mental, algunas autoras plantean que las dificultades en la intervención se deben a la tendencia a psicopatologizar o a atender ignorando los padecimientos psíquicos que puede producir el traumatismo acumulado de las situaciones de violencia y a las dificultades que conlleva el replicar en lo público modalidades de la consulta privada que desconocen herramientas

objetivas de gestión que permiten la optimización de las políticas públicas específicas.

La promoción de la salud mental como así también la prevención de los padecimientos psíquicos, se han destacado como principios esenciales que deberían guiar los procesos de reforma de los servicios, teniendo en cuenta las necesidades locales, las características culturales y étnicas de la población y los problemas sociales más relevantes, entre los cuales se destacan las violencias familiares y por razones de género.

En línea con estas consideraciones, reducir las violencias familiares y por razones de género a un fenómeno psicopatológico individual tiende a sesgar las distintas dimensiones del problema y encubre su entrecruzamiento con lo cultural y lo social. Resulta indispensable, a su vez, respecto a quienes ejercen violencia desarticular la relación causal y lineal que se suele suponer entre “enfermedad mental” y actos de violencia como se ha expresado claramente en el apartado de “Mitos y prejuicios”.

Puede sumarse como indicador del déficit en la calidad de atención de la salud, la elevada prescripción de psicofármacos a mujeres como práctica estereotipada y patriarcal de diagnosticar y tratar los conflictos femeninos como forma de control social. Burín (2010) conceptualiza como ‘tranquilidad recetada’ a la percepción como enfermedad que debe ser llevada a consulta, al momento en que mujeres que no pueden responder a las expectativas de su rol de género vinculadas al mantenimiento de la armonía y el equilibrio afectivo para sostener a su vez el del resto de su familia, o ante el desborde emocional que el desempeño del rol les produce. A menudo ello deriva en la prescripción de un psicofármaco, al cual puede agregarse un tratamiento de reemplazo hormonal cuando el médico entienda que los conflictos emocionales de la mujer que lo consulta puede deberse a un déficit estrogénico atribuido a la perimenopausia. Esta autora advierte a su vez que los/as profesionales de la salud, en general no perciben ni sospechan que muchas

mujeres que consumen psicofármacos o alcohol lo hacen para sobrellevar situaciones de violencias familiares y por razones de género.

En sintonía, Irene Meler ha planteado un nexo significativo entre salud mental y reproducción social (1994). Este concepto se refiere a la tendencia que existe en las sociedades humanas a reproducir a través de las generaciones, sus ordenamientos prácticos y simbólicos, valiéndose para ello de la patologización. Por lo tanto se puede sostener que los criterios de salud mental son ideológicos. Asimismo la autora plantea que el nexo que existe entre el bienestar subjetivo y la justicia social resulta evidente, y que urge “involucrarnos en la tarea cotidiana de deconstruir nuestras identificaciones y deseos para inventar modalidades alternativas de subjetividades posibles y de vínculos recíprocos y vitales” (2017).

Planteadas estas cuestiones, el abordaje de las violencias en el sistema sanitario se entiende como un proceso de PSEAC, y supone tanto la atención, como la promoción de la salud y la prevención de estas violencias.

Los establecimientos sanitarios al igual que escuelas y otros espacios barriales, suelen ser lugares donde la población puede pedir ayuda y recibir orientación, que a su vez constituye la oportunidad que tiene el equipo de salud para detectar tempranamente estas situaciones y abordarlas integralmente.

El proceso de abordaje integral involucra todas aquellas estrategias y acciones dirigidas a garantizar el goce y la restitución de sus derechos vulnerados, coordinando y articulando los diferentes servicios institucionales que se ofrecen desde el Estado y la sociedad civil. Como fue expresado al inicio de este material, se enmarca en la perspectiva de género, el enfoque de derechos así como también en ciertos principios rectores como la corresponsabilidad, interseccionalidad, intersectorialidad, interdisciplina e intersaberes, la participación comunitaria y el trabajo en red.

De acuerdo a esta política de atención integral, dentro del sistema sanitario se contempla la prevención de las violencias por razones de género; la promoción de la salud y de una vida libre de violencias; la detección temprana y la atención de la salud de las personas en todas sus dimensiones evitando la revictimización; el seguimiento y acompañamiento por el tiempo que resulte necesario y la intervención sobre sus consecuencias; la articulación con la red intrainstitucional, la red interna del sistema sanitario y la red conformada por sectores y organizaciones con competencia en la temática; el registro y sistematización de la información vinculada al problema.

Herramientas para distinguir y situar la intervención en salud

Como se planteó en la presentación, este documento contiene un conjunto de definiciones que orientan los lineamientos a seguir en el proceso de abordaje integral de las violencias en el ámbito de la salud pública. A continuación se presentan algunos de los conceptos centrales que guían dicho proceso.

Corresponsabilidad

La noción de corresponsabilidad refiere a que el Estado (Nacional, Provincial y Municipal) y sus poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como la sociedad civil, representada por instituciones políticas, sociales, sindicales, asumen y comparten la tarea, desde sus obligaciones y alcances, de transformar las condiciones que dan origen, reproducen y perpetúan las violencias por razones de género. Esta idea de corresponsabilidad, implica la convocatoria a todos los sectores con sus respectivos actores a dar respuesta a la problemática sin desentenderse, evitando derivaciones de tipo expulsivas. Los niveles y alcances de cada uno, se delimitan de acuerdo a sus implicancias y a la situación particular en la que se tome intervención y supone el trabajo articulado y coor-

dinado entre las instituciones, organismos y redes territoriales involucradas con la problemática y al mismo tiempo, el respeto por las competencias específicas de cada uno.

Abordajes Intersectoriales

La intersectorialidad es el trabajo articulado entre el sector salud y otros sectores y actores de políticas sociales con el fin de generar una alineación entre las distintas perspectivas para abordar el carácter complejo de los problemas de salud/ enfermedad de los conjuntos sociales. Así, dicho carácter requiere de un esfuerzo coordinado y complementario de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante interacciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

Abordajes Interdisciplinarios

Esta concepción hace eje en el trabajo en equipo con el objetivo de resolver problemas de alcance colectivo que requieren de la intervención de diversas disciplinas y de la inclusión de nuevas metodologías y estrategias de enseñanza-aprendizaje. Por ello, no debe confundirse la simple yuxtaposición de disciplinas o profesionales, o bien su encuentro casual a partir de algunas cuestiones laborales compartidas, con la conformación de un equipo de trabajo que funciona bajo esta modalidad.

La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario supone reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina y establecer un marco de representaciones común entre disciplinas delimitando los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción.

Para lograr conformar equipos que trabajen desde esta perspectiva, es necesario que sus integrantes asuman un posicionamiento crítico sobre la propia acción, sin ignorar el protagonismo de la comunidad y sus saberes. En

este sentido, la actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos donde justamente el trabajo interdisciplinario produce y reproduce un pensamiento en este sentido.

Es necesario planificar la forma y las condiciones en las que el trabajo interdisciplinario puede desarrollarse, con la inclusión programada de dispositivos tales como reuniones de discusión de casos, supervisión y formación conjunta en el marco de la estrategia de educación permanente en servicio¹⁶.

Estrategias de autocuidado del equipo de salud

La complejidad del abordaje de las situaciones de violencia familiar y por razones de género conlleva un alto involucramiento emocional y desgaste, motivo por el cual los equipos de salud deben incluir como parte del trabajo interdisciplinario, estrategias de autocuidado y acompañamiento.

En este sentido resulta necesario programar además de las reuniones de intercambio del equipo, otros espacios de estudio de casos y reflexión, de revisión de prácticas, poniendo en tensión los prejuicios o limitaciones personales que puedan obstaculizar la escucha o una intervención adecuada. Por ejemplo, es necesario discutir sobre roles y estereotipos de género que puedan estar presentes en las decisiones que toma el equipo, o bien los mitos y prejuicios sobre las causas que operan en las mujeres para salir o poner fin a las situaciones de violencia, entre otros.

Asimismo es esencial contar con espacios de supervisión, de co-visión y formación conjunta sobre temáticas que aborden las violencias por razones de género, en el marco de la educación permanente en servicio.

La **co-visión** es una práctica dialógica que se basa en el reconocimiento de las diferencias

existentes entre los distintos abordajes profesionales de quienes componen los equipo interdisciplinarios. Posibilita la reflexión compartida de los procesos de intervención como propuesta para el análisis de la intervención profesional. Puede decirse que es un modo menos “jerárquico” que la supervisión.

La participación comunitaria y sus implicancias

La participación comunitaria sólo puede pensarse teniendo presente que el derecho a la salud no se reduce al acceso a los servicios y a la atención, lo que obliga a replantear el concepto mismo de salud, entendiéndolo como una construcción colectiva, donde la ciudadanía ejerce su derecho y su deber de participar, y donde el equipo de salud también forma parte de la comunidad.

Se entiende por la **participación comunitaria** al “proceso que incorpora todos los valores y costumbres de un pueblo o comunidad y que promueve la formación de sujetos activos, solidarios y responsables, con verdadero protagonismo ciudadano para lograr la transformación social¹⁷”.

En este sentido, incorporar la participación comunitaria en la planificación de las acciones de salud, permite entender que la salud sólo puede ser garantizada colectivamente. Es a partir de la interacción y el posterior consenso entre el establecimiento de salud y la comunidad que se puede pensar y transformar el modelo de atención, en todas sus instancias: salud - enfermedad - atención - cuidado, como también debe estar presente en las acciones de prevención de las violencias y en las bases de la construcción de redes a partir del reconocimiento de un/a otro/a que porta un saber.

Introducir la participación comunitaria en las acciones de salud, habilita la democratización del saber y, por lo tanto, del poder. De este modo, las personas son reconocidas como

protagonistas y como sujetos activos de las decisiones que luego tendrán impacto en sus vidas. También interpela a las prácticas tradicionales y hegemónicas en salud, en las que habitualmente es el/la “paciente” quien debe escuchar al/la profesional, que es quien le indica o prescribe cómo proceder. Es por ello que el reconocimiento de un/a otro/a que porta un saber, permite que quienes consultan, tengan soberanía sobre sus cuerpos y autonomía en sus decisiones, y que el equipo o profesional de salud informe y acompañe esas decisiones con una escucha activa y respetuosa.

Finalmente, promover la participación comunitaria implica superar la participación pasiva donde las personas son invitadas a las reuniones del establecimiento de salud, pero meramente como receptoras y sin poder de decisión (Rifkin, 1990). Es el equipo de salud, el que debe participar y conocer las costumbres, tradiciones, celebraciones y las representaciones que la comunidad tiene acerca de la salud, la enfermedad, el cuerpo y la vida; incluirse en las formas organizativas propias de cada comunidad, reconociendo sus propios liderazgos y trabajar en conjunto, respetando los valores culturales y sociales.

Las acciones sanitarias para conformar redes, prevenir y abordar las violencias familiares y por razones de género, como también promover una vida libre de violencias, deben construirse junto a la comunidad. Generar espacios en los cuales todas las personas puedan ponerse en diálogo con las/os integrantes de los establecimientos de salud permitirá: sensibilizar y conocer sobre la problemática de las violencias por razones de género, conocer y compartir las representaciones que circulan en relación a estas violencias y sus consecuencias, favorecer la deconstrucción de prejuicios instalados, tanto los que circulan dentro de la comunidad, como dentro de los equipos de salud; reconocer los problemas que identifica la comunidad en torno a este tema, y cuáles identifican los equipos de salud -que pueden coincidir o no-, reconocer los grupos que concentran y ejercen poder, dando la posibilidad de construir

un pensamiento grupal y crítico que apunte a la equidad, y a un movimiento transformador y emancipatorio que contribuya a la igualdad de oportunidades y acceso a derechos de mujeres, niñas, adolescentes e identidades no cis heteronormadas.

¿Qué es una Red?

Como fue expresado más arriba, el trabajo integrado por la interdisciplina dentro del equipo de salud y la comunicación e intercambio con otros sectores del estado y de la sociedad civil constituye una estrategia imprescindible basada en la consolidación de redes, para dar una respuesta integral a las situaciones de violencias por razones de género.

La red es un espacio de vinculación, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria o concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes, generando en las personas, instituciones y organizaciones que la conforman, capacidad instalada para dar respuestas a situaciones y problemas de salud complejos.

Las redes son redes de personas, donde se da una construcción permanente de los vínculos, siendo esencial la asociatividad. Pueden distinguirse **cinco niveles en el proceso de construcción de estos vínculos**:

El proceso comienza por el reconocimiento que expresa la necesaria aceptación de la existencia del otro y de su heterogeneidad de funcionamiento con respecto a la propia disciplina o institución.

A partir de que el otro es reconocido y aceptado como par co-responsable de la atención, empieza a ser incluido en la percepción y a ser conocido y entendido en su accionar, lo que conducirá a que pueda establecerse una colaboración (co-laboración, en el sentido de trabajar-con), en un vínculo de apoyo y ayuda recíproca.

Cuando esta relación se torna estable, puede hablarse ya de un vínculo de cooperación (co-operar, que significa operar en forma conjunta), lo que implica un mayor nivel de complejidad, ya que se parte del supuesto de que existe un problema en común y un compartir sistemático de actividades. Finalmente cuando esta actividad se profundiza a partir de un vínculo de confianza, se comparten de manera formalizada, mediante acuerdos, una visión, proyectos e iniciativas, logrando la asociatividad (Rovere y Tamargo, 2005).

Las redes locales y el trabajo en red

Las redes locales consisten en el intercambio y la comunicación fluida entre el Equipo de salud, la Comunidad, Organizaciones de la Sociedad Civil y los distintos sectores del Estado, para actuar en función de problemas complejos y prevenir sus consecuencias, como así también para la construcción de capacidades y la socialización de los recursos disponibles y la creación de los que sean necesarios.

El trabajo en red implica la puesta en marcha de acciones articuladas y coordinadas a fin de brindar respuestas más eficaces e integrales. En este sentido, el diseño de estrategias de abordaje requiere de la participación de actores del nivel local, siendo función de los niveles provinciales, acompañar el funcionamiento de las redes locales.

Desde el SIPP está previsto entre sus principios rectores que la problemática debe resolverse en el territorio donde viven las mujeres y otras identidades no cis-heteronormadas, que atraviesan la situación de violencias familiares y por razones de género cobrando particular importancia la figura de los/as acompañantes territoriales en el marco de una red de trabajo.

En el marco del SIPP, el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual, como autoridad de aplicación de la Ley

N° 12.569, convoca y conduce la **Mesa Intersectorial Provincial (MIP)**. El objetivo de la MIP es la producción de políticas públicas destinadas a la erradicación de las violencias, de manera articulada con todos los ministerios y sectores del poder ejecutivo y el judicial ocupados en dicha problemática.

Gestión en Red: La modalidad de gestión en red constituye un paradigma que resulta inclusivo de la participación, la interdisciplina y la articulación intersectorial. La gestión en red apunta a promover la articulación intersectorial e interjurisdiccional de la problemática para la conformación de redes de abordaje y tratamiento, articulando con otras instancias de la gestión pública, ONGs, Universidades, Colegios Profesionales, instituciones de la comunidad, organizaciones sociales, en la gestión integral e integradora de una Política Pública Provincial.

Mesas Locales Intersectoriales: Desde el SIPP se considera que toda persona que sufre violencia por razones de género pertenece a una red formal e informal de relaciones personales y sociales que se desarrollan en un determinado territorio, por tal motivo promueve a nivel local el trabajo en red e intersectorial a través de las Mesas Locales Intersectoriales (MLI). Estos espacios son el lugar donde se concertan y organizan las acciones en relación con la problemática en territorio, generando así una política pública a nivel municipal. Participan todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales locales que tengan injerencia en la materia, incluida la representación de establecimientos sanitarios provinciales con asiento en los distintos territorios.

Funcionan articuladamente en dos niveles: uno regional, entre pares, lo que permite el intercambio de experiencias y el reconocimiento de buenas prácticas; y otro con la Mesa Intersectorial Provincial.

En el marco de este dispositivo se implementa el **Fondo Especial de Emergencia** destinado a dar una respuesta rápida frente a la necesi-

dad de salida de la situación de riesgo y emergencia derivada de las violencias por razones de género. Dicho recurso forma parte de los dispositivos de asistencia y atención de la problemática.

Acompañantes en Violencia por razones de género:

La función de estas referentes territoriales será, además de la escucha activa, brindarle a la persona que necesita ayuda la información acerca de los recursos del territorio al cual pertenece. De este modo proporcionará, a quien la necesita, la información pertinente que la conduzca al encuentro con los equipos interdisciplinarios formados en el tema (la dirección de género, área mujer del municipio, servicio de salud, Línea 144, entre otros dispositivos) que la acompañarán, en otra instancia del proceso, a organizarse y copensar su situación.

Desde las Mesas Locales Intersectoriales (MLI) de cada municipio se tenderá a fortalecer una línea de trabajo que apunte a la implementación de la figura de acompañante en red, es decir, una persona que asuma el acompañamiento solidario de la persona en su singular proceso de salida de la situación de violencia.

Dentro de estas redes, el sector Salud tiene la responsabilidad de facilitar la accesibilidad a los servicios de salud y la obligación de garantizar la atención sanitaria a las personas que atraviesan situaciones de violencia familiar y por razones de género.

Para el armado de estas redes es importante recuperar estructuras colectivas y comunitarias preexistentes, que puedan complementar los dispositivos y generar acompañamientos y asesoramientos integrales a partir de las posibilidades reales.

Recursos de la red

En este espacio de la MLI es esperable que se construya un Recurso Local -es decir lugares de articulación y/o derivación- y la Hoja de

Ruta o los diferentes servicios que según la particularidad de cada situación, transitará quien se encuentre en la situación de violencia.

Se llama **recursero** al instrumento que permite organizar y sistematizar la información necesaria para articular respuestas y acciones con otras instituciones, áreas y referentes con capacidad de intervenir en determinado problema. Es una construcción colectiva que contiene datos, direcciones, teléfonos e información institucional, tanto formales como informales para el asesoramiento, atención y seguimiento de personas en situación de violencia.

Es importante que cada institución sanitaria cuente a su vez con un recursero local, donde queden plasmados los recursos orientados a la problemática y pertenecientes a la jurisdicción. Es necesario clasificar los contactos que se relevan de manera colectiva, ya sean recursos en caso de emergencia o aquellos destinados a la orientación y el asesoramiento.

El recursero debe ser permanentemente actualizado y contener los recursos que integran la red. Todo el personal de la institución sanitaria debe conocer y tener acceso al mismo durante todo el horario de atención.

A su vez, armarlo es una de las tareas que posibilita incluirse en una red o generar una nueva, ya que constituye un punto de partida en el que necesariamente deben contemplarse los distintos momentos de constitución de la red en cuanto a lo vincular.

La hoja de ruta, según el SIPP, consiste en los lugares y/o servicios de atención por los que transitará la persona en situación de violencia, teniendo como eje la organización de ese recorrido particular, determinando las funciones y roles de cada espacio para orientar en el logro de los objetivos del acompañamiento. Implica la existencia de una lógica de articulación de cada organismo municipal, provincial y nacional, actores comunitarios y organizaciones de la sociedad civil. Estarán incorporados los recursos existentes en el territorio con pertinencia

en la temática con el detalle de direcciones, teléfonos, días y horarios de funcionamiento y toda la información que facilite la accesibilidad. Para su elaboración se propone tener en cuenta dos momentos:

1. Detección del maltrato o pedido de ayuda: el inicio del camino de salida de las violencias puede iniciar en diferentes instituciones u organizaciones. Por ejemplo, en la escuela donde concurren sus hijos/as, en servicios de atención en violencia, realizando la denuncia en la comisaría de la mujer, mediante llamado a la línea 144, en los centros de atención primaria de la salud, etc.
2. Articulaciones: se realizarán entre espacios institucionales y organizacionales teniendo en cuenta si se trata de una emergencia policial y/o de salud, la existencia de una situación de riesgo, si puede o no permanecer en el hogar, si se trata de una situación de violencia crónica que requiere de un acompañamiento para la construcción de la estrategia más adecuada en cada situación, entre otros (Anexo III de la Resolución del SIPP).

Ruta Crítica

Muchas veces sucede que en la práctica alguno o varios de estos sectores que deberían participar de la Red no lo hacen o lo hacen de manera deficiente y que, por esta razón, algunos de ellos a nivel territorial se perciban expulsivos ante las demandas de las mujeres y otras identidades no cis-heteronormadas para acceder a sus derechos.

El concepto de ruta crítica contempla tanto las decisiones de las personas que buscan ayuda como las respuestas de su entorno cercano (familiares, amigos/as) y de las instituciones pertenecientes a diferentes sectores (establecimientos de salud, comisarías, escuelas, poder judicial, equipos de atención especializados o líneas telefónicas). La criticidad está definida por aquellas respuestas que revictimizan, obstaculizan la restitución de derechos,

representando cuellos de botella e inhibiendo el acceso a la justicia, a las medidas de protección, entre otros.

La **revictimización** se trata de las actuaciones de las personas o instituciones que operan a favor de colocar a las personas en una condición de víctimas desempoderadas. En particular implica el sometimiento de las personas que sufren situaciones de violencia por razones de género a demoras, derivaciones, consultas inconducentes o innecesarias, realizar declaraciones reiteradas, responder sobre cuestiones referidas a sus antecedentes o conductas no vinculadas al hecho denunciado y que exceden el ejercicio del derecho de defensa de parte, ser objeto de exámenes médicos repetidos, superfluos o excesivos; y a toda práctica, proceso, medida, acto u omisión que implique un trato inadecuado, sea en el ámbito policial, judicial, de la salud o cualquier otro.

La ruta crítica es un proceso iterativo constituido por factores que impulsan o inhiben tanto a las personas afectadas y sus acciones, como a la respuesta social encontrada, que es determinante en la ruta. La toma de decisiones de las personas está influenciada por la información, el conocimiento, sus percepciones y actitudes, por los recursos disponibles, por la experiencia anterior, por la valorización de la situación y los apoyos u obstáculos que encuentran en el camino.

Es decir, que la ruta crítica permite conocer por ejemplo, el recorrido que hacen las mujeres cuando deciden salir de la situación de violencia y los factores que inciden en sus decisiones, pudiendo funcionar tanto como impulsores o inhibidores y ser internos o externos:

Factores inhibidores, externos e internos, a considerar:

- La dependencia económica, las limitaciones materiales, los mandatos del deber ser, las obligaciones en relación al matrimonio y la familia, el aumento de la violencia y la impunidad con la que responden las instituciones, la culpa, la vergüenza, el miedo, las presiones famil-

iares, el desconocimiento de los derechos y la falta de información.

- También existen factores precipitantes, que determinan el momento del pedido de ayuda como el recrudecimiento de las violencias, cuando se perciben los efectos de las mismas en hijos/as (ya sea como testigos o víctimas directas), o sentir en riesgo la vida.

- Reconocer estos factores permite pensar en una estrategia de intervención de acuerdo a las particularidades de cada situación y su contexto.

C. Teodori (2015) profundiza el término de ruta crítica y lo reemplaza por el concepto de “trayectoria”, entendiendo que este nuevo concepto rompe con la linealidad planteada en la ruta crítica. En este sentido, y a pesar de que puedan localizarse ciertos patrones comunes, cada trayecto es singular. De este modo se piensa en la hoja de ruta enunciada anteriormente.

En ambos conceptos, el trayecto se inicia ante la decisión de la mujer de “romper el silencio” y plantea ese momento como un aspecto clave en el que se pueden comprender los modos en que cada persona enfrenta la situación de violencia que atraviesa. Este momento resulta movilizador no sólo a nivel personal y familiar, si no que muchas veces constituye un verdadero cambio de vida, ya que puede implicar mudanzas, denuncias, pérdidas de trabajo, cambios escolares, y esta situación puede incrementar la vulnerabilidad de las personas que inician este recorrido, pero que es fundante para lograr una vida libre de violencias.

Los equipos de salud deben tener presente que la consulta es el resultado de un proceso interno que está en interacción con múltiples factores que inciden en las decisiones de las personas que se encuentran en esta situación. Es por ello que resulta fundamental que la respuesta del personal de salud pueda acompañar este proceso de manera respetuosa y contenedora, brindando una atención adecuada, reconociendo

los recursos materiales y simbólicos con los que cuenta la persona que consulta, identificar los factores que inciden en sus decisiones, respetar sus procesos internos, evitando, como se planteó unas líneas más arriba, la revictimización.

Finalmente, problematizar y analizar la ruta crítica o la trayectoria permite también, dar cuenta a su vez, de la importancia de la intersectorialidad, la corresponsabilidad y la construcción de redes para el abordaje de estas situaciones.

Promoción de una vida libre de violencias

Prevención y detección temprana

Trabajar en la línea de la prevención facilita la detección temprana de estas situaciones siendo a su vez un requisito indispensable para brindar seguridad, asistencia y protección a las personas que las atraviesan. La intervención preventiva implica que el trabajo del equipo de salud promueva el ‘contra-poder’ de la comunidad, como producto de la reflexión, la conciencia y la acción del proceso colectivo, el que actuará sancionando y poniendo freno a las violencias, donde los/as trabajadores/as de la salud serán acompañantes de este proceso de fortalecimiento comunitario¹⁸.

En el marco del trabajo en red y en función de lo planteado por el SIPP es importante que el sistema sanitario trabaje de manera articulada no solo sobre la atención y seguimiento de estas situaciones sino también sobre su detección temprana, su prevención y la promoción de una vida libre de violencias:

El SIPP prevé el trabajo en la promoción y/o prevención de la siguiente forma: “una vez que la Mesa Local haya adquirido reconocimiento en la comunidad y establecido su dinámica de funcionamiento podrá realizar campañas de promoción y/o prevención. Las mismas tendrán

diferentes fines: promocionar la existencia de la Mesa, informar sobre los recursos existentes para la atención de la problemática, difundir los derechos de las mujeres y LGTBI+, sensibilizar a la ciudadanía en relación a las violencias por razones de género, la promoción de vínculos libres de violencias, etc.” (Anexo III de creación del SIPP).

Como se planteó a propósito de la participación comunitaria, es necesario que se defina en lo local, de manera conjunta una estrategia en esa dirección -que será llevada adelante por todos/as los/as integrantes de la red y MLI, adecuándose a las incumbencias específicas de cada sector.

Distintos organismos internacionales proponen algunas recomendaciones definiendo los niveles principales de prevención de la violencia familiar y por razones de género:

- La prevención primaria en este marco refiere a trabajar con la sociedad en su conjunto, implementando diversas estrategias que apuntan a desnaturalizar las relaciones de poder propias del sistema patriarcal, reduciendo así las probabilidades de aparición de casos de violencia.

- La prevención secundaria apunta a la detección precoz o temprana y a brindar respuestas adecuadas para evitar su progresión.

- La prevención terciaria implica trabajar con aquellas mujeres, niñas, niños y adolescentes que ya se encuentran atravesando una situación de violencia, implementando las estrategias necesarias para que puedan salir de dicha situación.

En esta línea se sugiere:

- Informar por medio de carteleros y folletos que es importante pedir ayuda y asesoramiento ante la problemática de la violencia de género.

- Dar a conocer la existencia de la Línea 144 PBA como un espacio de asesoramiento y atención continua en situaciones de violencias por razones de género.

- Fomentar a través de la relación del personal sanitario con las usuarias, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía de la mujer y el ejercicio de sus derechos y sus relaciones sociales.

- Incluir en las actividades de educación para la salud y en los grupos de lactancia y crianza, contenidos vinculados a la sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres y otras identidades no cis heteronormadas.

- Articular con organizaciones comunitarias la realización de charlas, talleres y otras acciones para la prevención, asistencia y acompañamiento de esta problemáticas.

- Participar en campañas y acciones que estén realizando organizaciones de la comunidad.

Los equipos de salud deben lograr advertir en qué contexto se suscitan las situaciones de violencia y a la vez deconstruir mitos y prejuicios que en muchos casos limitan el acceso y la calidad de la atención.

Cualquier sospecha de maltrato puede ser una alerta para dar lugar a la intervención y/o prevención. El acercamiento de la mujer a un hospital ya sea durante una consulta ginecológica, un control prenatal, control de sus hijos/as, consultas por dificultades de aprendizaje en la escuela, dolores de cabeza, malestares digestivos, reacciones dermatológicas, entre otros, pueden ser ocasiones posibles para detectar o sospechar situaciones de violencias, y allí el equipo de salud tiene la oportunidad de realizar una detección temprana a partir de los signos y síntomas, cualquiera sea su expresión, evaluar el riesgo y planificar un abordaje posible para disminuir su impacto.

A su vez las situaciones pueden llegar de diferentes maneras, pueden ser expresadas por

quien las padece, intuidas por los/as promotores/as de salud, advertidas por el equipo o informadas por organizaciones de la comunidad (clubes, escuelas, comedores, organizaciones sociales); y abarcan manifestaciones físicas, psíquicas y/o sociales.

Es muy importante hablar de la articulación que debe existir en la red interna del propio sistema, donde los tres niveles de atención deben definir claramente los alcances de las intervenciones y seguimiento de las mismas.

La detección temprana, puede darse en cualquiera de los tres niveles de atención a partir de las diferentes consultas y actividades realizadas. Es necesario que los/as trabajadores/as de la salud tengan siempre presente que:

- pueden estar frente a una posible situación de violencia familiar y por razones de género,
- que la escucha debe ser respetuosa,
- tener conocimiento de ciertos indicadores para la detección,
- brindar la contención adecuada,
- conversar sobre los riesgos y las posibles medidas de protección a adoptar,
- ponderar la situación familiar, social, los recursos económicos y otros datos como el domicilio, teléfonos de familiares, vecinos/as, amigos/as, etc.
- tener planificado con qué servicios o integrantes del equipo o de la red local articular en caso de sospecha o detección efectiva y qué acciones deben ponerse en marcha en ese caso, teniendo en cuenta que la persona puede no reconocer su situación y no volver por temor o desconfianza.

De producirse la detección en el segundo o tercer nivel de atención es necesario evaluar las posibilidades concretas de atención y posterior seguimiento en conjunto con el primer nivel de atención ya que es un espacio próximo y accesible que permite un acompañamiento más personalizado y ofrece la oportunidad de percibir las señales, signos y demandas de aquellas personas que sufren las consecuencias de vivir en estas condiciones.

Recomendaciones generales

Violencias familiares y por razones de género:

A continuación se presentan algunas sugerencias a tener en cuenta, extraídas del Protocolo y guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el Primer nivel de atención y de la Guía Práctica para el abordaje de las violencias de género, ambos documentos del Ministerio de Salud-PBA:

- Siempre debe incorporarse alguna dimensión de la temática como problema de salud en todas las consultas, controles de salud y la totalidad de las actividades de promoción y prevención que se realicen.
- Es importante prestar atención en las consultas, controles y actividades comunitarias a los grupos referidos como de mayor vulnerabilidad: mujeres embarazadas, adolescentes (sobre todo en el noviazgo), personas con discapacidad, adultos/as mayores y niñas/es.
- Para el abordaje de dichas situaciones todo el personal del Centro debe involucrarse en la capacitación, para poder detectar y recibir las situaciones.
- Los Centros de Salud que posean Servicio de Guardia y Emergencias deben brindar la cobertura de atención necesaria y adecuada en los horarios en los que se suelen producir estas situaciones críticas (por la noche, fines de semana, feriados).
- Es esencial detectar el problema cuanto antes, ya que, por lo general, las personas no conciben el maltrato que recibieron y/o reciben como una forma de perturbación de su salud. Pueden negar su situación por vergüenza, temor o, tal vez, no registren siquiera qué les está sucediendo, ya que suele pensarse que si no hay violencia física no hay perjuicio y, mucho menos, considerar su consulta.
- Ante la detección de una situación de violencia familiar y por razones de género, es necesario saber que la ocasión de la consulta puede ser la única oportunidad de intervenir. Por ello, quien la reciba, debe valorar la situación familiar, social, los recursos económicos y

todos los datos que resulten de utilidad a fin de asegurar el posterior seguimiento integral de la situación.

- Es necesario poner en marcha mecanismos comunitarios de protección, como facilitar el acceso a la información sobre recursos locales y dar apoyo con respecto a las decisiones de la persona afectada.

Buenas prácticas sanitarias hacia grupos en situación de vulnerabilidad:

En este apartado se explicitan cuáles serían las buenas prácticas sanitarias hacia las identidades de género no cis-heteronormadas y algunas recomendaciones para los equipos de salud, considerando la reorganización de los servicios y el fortalecimiento de los equipos existentes desde una perspectiva de género y derechos humanos:

Recomendaciones para la atención de identidades no cis heteronormadas (PNUD, 2020)

- No presuponer determinadas prácticas sexuales ni la orientación sexual en la población.
- No utilizar la orientación o la identidad de género como “factores de riesgo” para las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual). Las solicitudes de diagnósticos deben pedirse según las recomendaciones para la población general, evaluando las prácticas de riesgo.
- Evaluar deseos de fertilidad/ maternidad/ paternidad.
- Respetar el nombre y el género elegido, aunque difieran de los consignados en el DNI.
- En situaciones donde se requiera una interacción, la asignación de salas debe respetar la identidad de género de cada persona, aunque no haya realizado el cambio registral.
- No patologizar las identidades trans, por ello la interconsulta con el equipo de salud mental no es una práctica necesaria ni obligatoria. La identidad de género y orientación sexual no son un diagnóstico.
- Promover la articulación con la comunidad y las organizaciones LGTBI.
- Los equipos deben conocer los derechos fun-

damentales establecidos en las normativas específicas y garantizar su accesibilidad, promoción y resguardo.

Accesibilidad y resguardo de derechos de personas con discapacidad

Hacer accesible un servicio de salud requiere medidas a diferentes niveles que incluyen decisiones institucionales, intervención de técnicos/as profesionales y asignaciones presupuestarias.

En esta adecuación, la actitud y conducta de los equipos de salud es fundamental para lograr la accesibilidad de los servicios de salud.

Es necesario realizar esfuerzos para responder de forma adecuada a las necesidades funcionales, comunicacionales y de asistencia para la toma de decisiones que requieran todas las personas con discapacidad, reforzando la obligación de atención y prestación de servicios sin barreras o requerimientos especiales innecesarios (por ejemplo, no se deben exigir dictámenes médicos, declaraciones judiciales sobre una presunta “incapacidad”, certificaciones u otra acreditación de la discapacidad como requisito para acceder a las prestaciones de salud sexual y reproductiva).

Sistema de Información y Registro

Como se ha expresado al inicio de este material, las violencias familiares y por razones de género son un problema social y de salud al que el Estado debe dar respuesta a través de políticas públicas que tiendan a restituir y ampliar derechos. Estas políticas sólo pueden ser diseñadas de manera eficaz y eficiente, a partir de contar con información oportuna y de calidad. De allí la importancia del registro de información.

El ámbito de salud tiene la oportunidad de proveer una gran cantidad de datos, lo que

puede cooperar con la respuesta estatal frente a la problemática. Esto muestra una importante permeabilidad del sector a los temas de salud de las mujeres y la existencia de una percepción del problema de las violencias, como prevalente y pertinente al campo sanitario, dados los daños físicos y/o psíquicos que provocan:

“En el caso de la información en salud, ésta se refiere fundamentalmente al impacto de la violencia y a la respuesta del Estado en términos de atención en salud. Si las estadísticas judiciales y de seguridad refieren a incidencia en materia de violencia, las de salud, en cambio, recogen la frecuencia o prevalencia de la violencia” (CEPAL 2010).

Conocer entonces, la magnitud del problema, las características, los modos y contextos en los que estas violencias son perpetradas, permite proyectar acciones preventivas adecuadas y organizar los recursos para enriquecer estrategias de abordaje. Algunos datos son de vital importancia para entender el problema y poder abordarlo, como las edades más críticas, el tipo de vínculo con el agresor, los grupos más vulnerables, las localidades y regiones donde se registra la mayor cantidad de muertes, entre otros.

Dado que los establecimientos de salud cumplen un rol fundamental en la detección y atención de tales situaciones, tienen la oportunidad de registrar esos datos. La información obtenida a partir de un registro estadístico, resulta de utilidad tanto para el establecimiento, como para las instancias de gestión municipales, regionales y provinciales, quienes a partir de la sistematización y análisis de la misma, pueden llevar adelante políticas públicas tendientes a prevenir y erradicar las violencias por razones de género.

Consolidar un sistema de registro permite dar visibilidad a estas situaciones, que muchas veces sólo quedan registradas en historias clínicas, libros de guardia o informes profesionales en relación sólo a las consecuencias

que producen estas violencias en la salud, por ejemplo: estados de ansiedad y angustia, traumatismos, quemaduras, golpes, entre muchas otras, sin considerar, que son el resultado de haber atravesado o estar atravesando una situación de violencia. Esta invisibilidad tiene impacto en la atención, que se torna fragmentada y deficiente como se planteó anteriormente.

Para proyectar y planificar acciones tendientes a un cambio en el modelo de atención, resulta fundamental conocer la magnitud, los contextos y las características con las que se presentan estas situaciones en los efectores de salud, como las respuestas que son ofrecidas a partir de los mismos. Disponer de información oportuna y de calidad permite tomar decisiones traducidas en políticas públicas que tengan un verdadero impacto en la transformación de este modelo.

Contar con un sistema de registro de situaciones de violencia familiar y/o por razones de género dentro del Sistema de Salud, además de dar cumplimiento a la normativa vigente¹⁹, constituye una de sus líneas prioritarias de la DPYAVFYG, que a lo largo de su historia ha trabajado para su efectiva implementación, vinculándose con diferentes actores institucionales para alcanzarlo. Al mismo tiempo la implementación de un sistema de registro que se sostenga en el tiempo permitirá evaluar y medir el impacto que tuvieron esas decisiones, pudiendo desestimarlas, rediseñarlas o mantenerlas.

Es responsabilidad de todos/as los/as integrantes de los equipos de salud, favorecer la implementación de un registro estadístico de estas violencias dentro del establecimiento de salud, así como también conocer el estado de situación de la problemática en la comunidad en la que se encuentran.

Referencias:

¹⁵ La negrita es nuestra.

¹⁶ La formación se entiende en el marco de la educación permanente en servicio ya que es uno de los enfoques más adecuados para la capacitación, que intenta promover transformaciones en la práctica en los contextos reales de trabajo, fortaleciendo la reflexión en la acción, el trabajo en equipo y la capacidad de gestión sobre los propios procesos locales.

¹⁷ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. PROGRAMA DE EQUIPOS COMUNITARIOS. Unidad n° 2. Participación Comunitaria. Curso en Salud Social y Comunitaria. Trabajo en equipo, Redes y Participación. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención.

¹⁸ Protocolo y guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el Primer nivel de atención y de la Guía Práctica para el abordaje de las violencias de género. Ministerio de Salud -PBA.

¹⁹ Ley 12.569 (art.19) sobre violencia familiar, en la que se establece que: "El Poder Ejecutivo llevará un registro unificado de casos atendidos por los organismos competentes y anualmente elaborará un informe estadístico de acceso público que permita conocer las características de quienes ejercen o padecen violencia y sus modalidades, vínculo entre las partes, tipos de violencia, de medidas adoptadas y sus resultados para el diseño de políticas públicas, investigación, formulación de proyectos y producción de informe en el marco de los compromisos contraídos con Organismos de seguimiento y/o monitoreo de Tratados y/o Convenciones y/o otros instrumentos referidos a la materia."

La Ley 14.604, por la cual se crea el Registro Único de Casos (RUC) de Violencia de género de la Provincia de Buenos Aires, dando cumplimiento a los requerimientos de la Ley Nacional 26.485; y la Ley 15.164 en la que se establece al Ministerio de las Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual como la autoridad de aplicación.

Tomo III

● ● ● Derechos, Salud y Marco Normativo

Normativa específica vinculada a la temática. Derechos.

Principios que rigen las prácticas de salud

En este apartado se trabajará especialmente sobre los derechos relacionados con la atención de la salud. Como se planteó respecto del proceso de abordaje integral sanitario de las violencias familiares y por razones de género, éste se enmarca en el enfoque de derechos que se describió anteriormente, basado en las normativas internacionales de derechos humanos, orientado a la promoción, protección y restitución de los derechos vulnerados.

Los derechos humanos reconocidos en la reforma del año 1994 en la Constitución Nacional –y los que posteriormente fueron incorporados a nuestro ordenamiento jurídico–, son indivisibles e interdependientes, tal y como lo reconocen las distintas convenciones. La indivisibilidad se refiere a que los derechos no pueden ser fragmentados en su ejercicio, garantía o protección. Es decir, en materia de salud no se puede garantizar la salud física sin garantizar la salud mental y social o el tratamiento de la enfermedad y no su prevención. Se deben tomar medidas para alcanzar la satisfacción plena de todos los aspectos relacionados con la salud integral.

Por su parte, la interdependencia tiene que ver con el reconocimiento de que los derechos no

se garantizan en forma fragmentada. Están relacionados de forma tal, que cualquier vulneración indefectiblemente lesiona un conjunto, más o menos amplio, de derechos. Por ejemplo, el abordaje en una situación de violencia por razones de género, no solamente se vincula al derecho a la salud, sino también a los derechos a la vida, dignidad, libertad, integridad personal, etc.

A continuación se describirán las principales características de los derechos que deben ser garantizados especialmente durante la atención sanitaria: el derecho a la salud, el derecho a la privacidad, el derecho a la confidencialidad, el derecho a la disposición sobre el propio cuerpo, el derecho a la participación directa en la toma de decisiones sanitarias. Asimismo se abordan otras cuestiones asociadas a éstos como el consentimiento informado, el alcance del secreto profesional, las directivas médicas anticipadas, entre otras.

- Derecho a la salud y normativas

Los fundamentos del derecho a la salud se encuentran en el propio texto de la Constitución Nacional (art. 14 bis, 33, 41, 42, etc.) en los fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en los tratados internacionales de derechos

humanos incorporados a nuestra Carta Magna y a las interpretaciones, observaciones y recomendaciones realizadas por los organismos pertinentes creados por dichos tratados para la aplicación de sus prescripciones.

Para el análisis de los documentos internacionales antes referidos, resulta importante señalar que no en todos ellos se hace una mención específica y literal sobre el derecho a la salud:

- La Convención Americana sobre Derechos Humanos –**Pacto de San José de Costa Rica**, 1969–, que en su artículo 4º establece: toda persona tiene derecho a que se respete su vida.

- El **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** –1966–, establece en su artículo 6º que el derecho a la vida es inherente a la persona humana.

- La **Declaración Universal de Derechos Humanos** –1948– establece en su artículo 3º que todo individuo tiene derecho a la vida y, en el artículo 25, párrafo 1º, plantea: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación y la vestimenta, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

- La **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial** –1965–, que en su artículo 5º, apartado e), inciso IV), establece que es deber de los Estados garantizar el derecho a la salud pública y a la asistencia médica.

- Con un mayor grado de precisión, la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** –1948– establece en su artículo 1º que todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la integridad, y en su artículo 11 dice: toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada.

- La **Convención sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer** –1979–, promulgada por la República Argentina en 1980, establece en su artículo 11, párrafo 1º, apartado f), la protección de la salud, y el artículo 12 prevé el acceso a la atención médica.

- No menos trascendente, por el universo que abarca, es la **Convención de los Derechos del Niño** –1989–, que en su artículo 24 establece

que se reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

- No puede obviarse por su trascendencia e importancia, al **Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales** –1966–, que contiene las previsiones más completas y de mayor alcance sobre el derecho a la salud dentro del sistema internacional de los derechos humanos, entendiendo por salud conforme la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

En tal sentido resulta clarificadora la **Observación General 14 del 11 de agosto de 2000**, (apartado 8 del Pacto), que no sólo reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sino que abarca aquéllas condiciones socioeconómicas que posibilitan llevar una vida sana, a saber: Suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y una vivienda adecuada, el acceso a agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo sanas y seguras, medio ambiente sano, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Finalmente y en este aspecto, cabe recordar el apartado 33 del Pacto en análisis que expresa que al igual que en los casos de todos los derechos humanos fundamentales, el derecho a la salud impone tres (3) niveles de obligaciones a los Estados: el deber de respetar, la obligación de proteger y la obligación de cumplir.

Esta última obligación implica dar plena efectividad al derecho a la salud, y que su reconocimiento no se limite a meras declamaciones, sino que los Estados dicten todas las medidas necesarias tanto de carácter legislativo, como asimismo administrativas, presupuestarias y judiciales. Tanto la nación como las provincias son responsables del debido cumplimiento de estas obligaciones internacionalmente contraídas, siendo el Estado nacional su garante último.

Un aspecto relevante para la regulación normativa del derecho a la salud fue, sin dudas, la adopción en el 2005 por parte de la UNESCO de la **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos**. Los principios acordados en dicho instrumento han servido de guía para la inclusión de sus postulados en el Código Civil y Comercial (CCyC) actualizado en el año 2015 y en la mayoría de las leyes de nuestro país.

Por otro lado, respecto a identidades no cis-heteronormadas son de vital importancia los **Principios de Yogyakarta** del año 2007 y su versión actualizada del año 2017 ya que reflejan el estado actual del Derecho Internacional de los Derechos Humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Si bien no son obligatorios para los Estados, constituyen una declaración de cómo debe interpretarse el Derecho para proteger a todas las personas por igual. El principio 17 desarrolla específicamente el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Por último, en términos regionales, nuestro país en el año 1996 ratificó la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer** (Convención de Belém do Pará, 1994). En su Preámbulo declara que la violencia contra las mujeres es una violación a sus derechos humanos y define qué debe entenderse por la misma. Si bien hasta la fecha no ha sido investido de jerarquía constitucional, cuenta con jerarquía superior a las leyes.

- Accesibilidad en salud

En estrecha relación con el derecho a la salud, el concepto de accesibilidad subyace a ese derecho. En clave sanitaria, este concepto es central para pensar las prácticas en salud y el modelo de atención y las condiciones para garantizar el ejercicio concreto del derecho a la salud.

La accesibilidad es un concepto central para la política sanitaria que atraviesa a todos los niveles de atención del sistema sanitario. La definición más extendida se refiere a valorar

el acceso de la población beneficiaria al sistema de salud como un valor en sí mismo, identificando el acceso al sistema sanitario con la obtención de una atención que genere efectos positivos en la salud de los beneficiarios, circunscribiendo el acceso a la cuestión del espacio geográfico. Desde esta perspectiva centrada en la oferta de servicios, es importante trabajar sobre las “barreras” que obstaculicen esa llegada al sistema. Estas barreras pueden ser geográficas, económicas, administrativas, culturales y simbólicas.

Comes (2006), Stolkner (2000) y Landini (2014) señalan la importancia de introducir una mirada relacional la cuestión de la accesibilidad en salud. Comes señala “que si sólo se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad”; propone poder pensar en que “los servicios son productores de discursos que entran representaciones y prácticas de las población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización”. En este sentido, Stolkner define la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, a partir de una combinatoria entre las condiciones de discursos de los servicios y las condiciones y representación de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de esos servicios.

Para Landini (2014) es necesario incluir los aspectos que inciden en los resultados de la atención en sí, que se relacionan con la interacción entre los beneficiarios y el sistema de salud y sus agentes, así como los marcos culturales, ideológicos y materiales que dan forma a esta interacción. Este autor introduce la valoración de la accesibilidad psico-socio-cultural como una interfaz social que incluye el reconocimiento de la diversidad cultural, los marcos culturales y subjetivos de los beneficiarios que son reconocidos al igual que aquellos que portan los equipos de salud y sus instituciones. Esto significa que si las instituciones sanitarias no son permeables

a los marcos de sentidos de las personas que las transitan deberán estructurar los modelos de atención incluyendo estos mundos de sentido que portan los sujetos si se espera que respondan a las propuestas que se les realizan. También incluye repensar en forma crítica las prácticas centradas en las propias lógicas profesionales, a menudo ausentes de perspectiva de derechos, género y disidencias y de salud integral. Esto implica poder reflexionar y reconocer de qué modo se está contribuyendo con ellas para llegar a resultados esperados, evaluando en esas prácticas, la capacidad para entrar en diálogo con los sujetos.

Es importante por lo tanto, problematizar que no es en la ausencia de marcos jurídicos donde residen las mayores dificultades para garantizar el Derecho a la Salud y a una vida libre de violencia, en la que el sector asuma un rol protagónico en ese proceso de transformación.

Tomando las palabras de Stolkiner, puede decirse que sobre el Derecho a la Salud subyace un debate central en este momento histórico: “entre aquellos que niegan su existencia o la reducen al mínimo dentro de la lógica de libertad de mercado y aquellos que pugnan por sistemas universales de acceso gratuito”. Finalmente, esta autora y referente de la salud colectiva latinoamericana, plantea que el “reconocimiento del derecho a la salud basado en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad- cuidado, requiere de una política de integralidad de derechos, que también incluya el derecho a la no medicalización de la vida”.

- Derecho a la privacidad

El derecho a la privacidad en materia sanitaria, se refleja principalmente en dos sentidos. Por un lado, a la privacidad que se debe respetar en el momento de la consulta y por otro lado, respecto a la protección de la información que es conocida en el marco de la consulta. El primer sentido se relaciona con la obligación de los servicios de salud de contar con espacios físicos adecuados para la atención. Solamente

las personas autorizadas por el/ la paciente- así lo deseara- pueden estar presentes durante la consulta.

El segundo sentido, tiene que ver con la protección de la información que es conocida en el marco de la consulta y que pertenece a la vida privada de las personas y por tanto no puede ser dada a conocer sin la autorización del/a titular del derecho. Por regla general, toda la información que se transmite al profesional de la salud en la consulta es privada y su comunicación a otras personas, incluso al equipo de salud, debe contar con el consentimiento informado expreso de la persona titular del derecho. Cabe mencionar que la excepción a esta regla cede ante una justa causa.

Surge expresamente de la Ley de los derechos de los pacientes Nro 26.529 en su artículo 4.C establece que: “c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326”.

Este aspecto del derecho a la privacidad como protección de los datos relacionados con la vida privada de las personas, está íntimamente ligado al derecho a la confidencialidad y al secreto profesional.

- Derecho a la confidencialidad

El derecho a la confidencialidad en materia de información sanitaria, se deriva del artículo 2.d de la Ley 26.529 que establece: “d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente”.

Se trata del derecho a la conservación en secreto de la información relacionada con el estado de salud y cualquier otra situación revelada en el marco de la consulta médica. Este derecho es reconocido de forma prioritaria para la atención de adolescentes, ya que se entiende que es fundamental para garantizar la demanda de servicios de salud, especialmente de salud sexual y (no) reproductiva.

Alcance del Secreto Profesional

Las situaciones de violencia por razones de género son de una complejidad tal, que quienes intervienen pueden presentar dudas respecto de la obligación de denunciar y sobre el alcance del secreto profesional. Como resultado en varias ocasiones no se recepcionan las situaciones o bien no se realiza la denuncia amparándose en el secreto profesional. El secreto profesional no exime de la responsabilidad de realizar la denuncia correspondiente, atendiendo a cada normativa vigente.

Las/os obligadas/os a denunciar no deben investigar los hechos, siendo una competencia exclusiva del Poder Judicial. La obligación de denunciar por parte del personal de salud y funcionarios públicos está estipulada en la normativa de forma precisa, por ello su revelación resguarda a quien sufre la situación de violencia siendo por ello una consecuencia tácita de la obligación de denunciar.

Según los distintos Códigos de Ética, la revelación del secreto profesional puede ocurrir por **justa causa** para evitar un peligro inminente para sí o terceros; o bien por orden de la autoridad judicial competente y; en casos de urgencia, cuando no exista posibilidad de contar con el consentimiento de la persona y deba solicitarse a su representante. La revelación debe hacerse a las personas que tienen interés cierto en dicha información y para evitar un daño efectivo. El personal de salud -alcanzado en sus respectivos códigos de ética profesionales- está exceptuado de guardar el secreto profesional en estos casos.

Es imprescindible que se informe a las perso-

nas, según su capacidad de comprensión, edad y grado de madurez, las acciones a desarrollar, haciendo explícita la decisión del equipo o profesional de romper con el secreto profesional en pos de proteger sus derechos.

Las/os profesionales ya sea del subsector público o privado, pueden informar a sus superiores jerárquicos a fin de que la denuncia o próximas intervenciones se realicen con el respaldo institucional correspondiente. Sin embargo debe quedar claro que la realización de la misma constituye una obligación, por lo cual no requiere de ninguna autorización y debe realizarse aún sin el mencionado respaldo, ya que esto no constituye una barrera para su efectivo cumplimiento.

- Derecho a disponer del propio cuerpo

Este derecho se deriva de los derechos constitucionales a la vida, a la integridad psicofísica, el derecho a la salud, el derecho a la autonomía personal y el derecho a la intimidad. Se trata de un derecho personalísimo y por tanto debe ser ejercido por la persona que está atravesando la atención sanitaria. En torno a NNyA el Código Civil y Comercial en su artículo 26 estipula que en los casos en que se deben tomar decisiones que serán irreversibles sobre el cuerpo de NNyA, siempre se deberá seguir el procedimiento que garantice el respeto del interés superior y su participación significativa de acuerdo con su grado de desarrollo madurativo:

- Las y los menores de 13 años podrán brindar su consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos. El principio de autonomía progresiva debe guiar el accionar del equipo de salud y de las/os adultas/os que la acompañan.

- Entre los 13 y 16 años: Pueden brindar su consentimiento autónomamente cuando la práctica no implique un riesgo grave para su salud o su vida. Si la práctica implica un riesgo

grave para su salud o su vida, además de su consentimiento, será necesario el asentimiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas ´allegadas´ o referentes afectivos. Este asentimiento implica el acompañamiento a la decisión del/la titular del derecho, es decir la/el adolescente.

- 16 años en adelante: son consideradas como personas adultas en lo referente al cuidado del propio cuerpo.

- Consentimiento informado

Es un proceso mediante el cual se obtiene la autorización de una persona para la realización de una práctica sanitaria sobre su cuerpo. El equipo de salud debe brindar toda la información necesaria (clara, actualizada, completa y adecuada a las necesidades de cada persona) para que pueda tomar decisiones sobre las prácticas sanitarias.

La obligación de tomar el consentimiento informado previo a la realización de prácticas médicas está establecida en el artículo 5 de la Ley N° 26.529 de derechos del paciente:

“Entiéndese por **consentimiento informado**, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir por parte del profesional interviniente información clara y precisa con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de las alternativas especificadas”.

El consentimiento informado, por regla general puede ser verbal, y solo requiere hacerse por escrito en los casos descriptos en el

artículo 7 de ley de derechos del paciente: “a) internación; b) intervención quirúrgica; c) procedimientos invasivos, sean ellos diagnósticos o terapéuticos; d) procedimientos que implican riesgos y e) revocación”.

Respecto a NNyA el consentimiento informado está íntimamente ligado al cuidado del propio cuerpo, tal como se referenció anteriormente (art. 26 CCyC).

Directivas médicas anticipadas

Las directivas anticipadas constituyen un documento voluntario que contiene instrucciones que realiza una persona en pleno uso de sus facultades mentales, con el objeto que surta efecto cuando no pueda expresar su voluntad. En otras palabras, se trata de una declaración de voluntad en caso de que quedare privada/o de capacidad por causa sobrevenida.

Consiste, entonces, en un consentimiento informado por anticipación. Así, estos documentos deben entenderse como un consentimiento informado realizado con anterioridad al supuesto o supuestos en los que debería entrar en vigor.

Estas manifestaciones encuentran su fundamento esencial en el derecho a la autonomía decisoria sobre el propio cuerpo y en el derecho a contar un ámbito de reserva, en la medida que las acciones privadas de las personas no dañen a terceros (conf. art. 19, CN). Asimismo, estas disposiciones se encuentran bajo el amparo de un conjunto de preceptos sobre derechos humanos y personalísimos de los individuos, que surgen de los pactos internacionales incorporados a nuestro derecho por el artículo 75 inciso 22, Constitución Nacional (CN) y consagrados en el Código Civil y Comercial (CCyC).

El CCyC las regula en el artículo 60 que establece: “Directivas médicas anticipadas. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad.

Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento”.

Salud, género y violencias: legislaciones específicas

El ordenamiento jurídico posee un profuso bloque de leyes que están vinculadas al acceso a la salud y las violencias por razones de género. En este material se mencionan las más importantes en el ámbito internacional, regional, nacional y provincial, además de la Ley de Protección Integral 26485 y la Ley de Violencia Familiar 12569 que son las que mayormente se conocen.

En el ámbito internacional

- **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés, 1979):** tiene jerarquía constitucional (artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional). Aborda disposiciones en materia de igualdad y no discriminación y si bien no menciona el derecho a una vida libre violencia de género la misma ha sido incorporada a través de las Recomendaciones 19 y 35 de su Comité que han sido referenciadas en este material.

- **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994):** que pertenece al ámbito del sistema interamericano de protección y constituye el primer tratado que aborda con especificidad el tema de las violencias por motivos de género como un derecho humano.

- **Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas (Protocolo de Palermo, ratificado en 2002):** es el instru-

mento jurídico internacional creado con el objetivo de abordar todos los aspectos de la trata de personas.

- **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ratificada en 2008):** subraya la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales para las personas con discapacidad.

- **Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género (Principios de Yogyakarta, actualizados en 2016):** si bien no constituyen un instrumento jurídicamente vinculante, establece estándares legales para guiar la actuación de los Estados y otros agentes en materia de prevención y erradicación de la violencia, abuso y discriminación sistemática que sufren las personas LGBTI+.

En el ámbito nacional

- **Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes:** Esta ley presenta el marco general de aplicación local de la Convención de los Derechos del Niño y establece tanto los derechos de NNyA, como las obligaciones que corresponden al Estado para su protección.

- **Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI):** Su objetivo principal es la adopción por parte del Estado de una política tendiente a la promoción de la educación para una sexualidad responsable desde una perspectiva de género.

- **Ley 26.364 de Prevención y sanción de la trata de personas:** Esta ley tiene por objeto implementar medidas destinadas a prevenir y sancionar la trata de personas, asistir y proteger a sus víctimas.

- **Ley 25.673 de Salud Sexual para adolescentes:** Establece el derecho de les adolescentes

a recibir información sobre reproducción y sexualidad, así como a la anticoncepción transitoria.

- **Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado:**

Estipula que todas las personas tienen derecho a intervenir en la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. Para ello deberá garantizarse el derecho a la información adecuada y oportuna en un marco de trato digno. En el Art. 1 inciso b se señala que “las personas tienen el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.”

- **Ley 26.657 de Salud Mental:** Esta ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional.

- En el año 2009 se promulgó la **Ley Nacional de Protección Integral 26.485**, en la que se contempla la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar las violencias contra las mujeres, por eso es tarea de todas y todos efectivizar su cumplimiento. Define los distintos tipos y modalidades.

- **Ley 26.743 de Identidad de Género:** Esta ley reconoce el derecho de toda persona a identificarse y ser identificada con el género auto-percibido, sin más requisito que la expresión de su voluntad. Asimismo, reconoce el acceso integral a la salud.

- **Ley 26.862 de Reproducción Médica Asistida:** Establece que toda persona mayor de edad, cualquiera sea su orientación sexual o estado civil, tenga obra social, prepaga o se atienda en el sistema público de salud, puede

acceder de forma gratuita a las técnicas y procedimientos realizados con asistencia médica para lograr el embarazo.

- **Ley 27.206 de respeto a los tiempos de las víctimas:** Dispone la suspensión de la prescripción de la acción penal en los delitos contra la integridad sexual cuando la víctima sea menor de edad, como así también, hasta que haya cumplido la mayoría de edad y formule por sí misma/e/o la denuncia o ratifique la formulada por sus representantes legales durante la minoría de edad.

- **Ley 27.455 modifica el Artículo 72 del Código Penal:** se establece el abuso sexual contra NNyA como delito de instancia pública. Implica que cualquier persona podrá denunciar y así la Justicia, a través de sus dependencias, estará obligada a investigar, sin importar, si se ratifica o no la denuncia y podrá resguardar la protección de las/os mismas/os.

- **Ley 27.499 - Ley Micaela:** Dispone la capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del estado.

- **Resolución 65/2015 MSAL Salud.** ‘Mesa de trabajo: Nuevo código civil y comercial, lectura desde los derechos sexuales y los derechos reproductivos’. Clarifica los alcances de la entrada en vigencia del Código Civil y Comercial en torno al acceso a esos derechos.

- **Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.** Su objetivo es regular el acceso a la IVE y a la atención postaborto, el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado Argentino en materias de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

En el ámbito provincial

La Constitución de la Provincia de Buenos Aires, en el art. 36. estipula que “la Provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales. A tal fin reconoce explícitamente diez derechos sociales entre el que se encuentra lo referido al derecho a la salud: inc. 8: La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud (...)”.

Ley 12.807 de Prevención del Abuso Sexual contra Niños: Estipula que el Poder Ejecutivo deberá capacitar al personal de las dependencias oficiales e instituciones privadas que realicen tareas vinculadas con NNyA para poder reconocer síntomas que indiquen que un NNA haya sido o este siendo objeto de la comisión del delito de abuso sexual. Establece la obligación que tienen las/os funcionarias/os públicos de denunciar cuando tomen conocimiento de una situación de violencia sexual contra niñas o adolescentes, pornografía infantil o prostitución infantil.

Ley 13.298 de Promoción y Protección de Derechos de NNyA: Considera NNyA a todas las personas desde su concepción hasta los 18 años de edad. Incorpora el Interés Superior del Niño como principio rector. En caso de la contraposición de intereses igualmente legítimos prevalece dicho principio. A su vez, regula el Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños.

Ley 14.744 Provincial de Educación Sexual Integral: Establece el derecho de todos los educandos y educandas a recibir educación sexual ya sea en los establecimientos públicos de gestión estatal o privada. Define el término “educación sexual”. La misma es de carácter obligatorio.

Ley 15.134 de adhesión “Ley Micaela”: Establece 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 forma permanente o transitoria, ya sea por cargo electivo, designación directa, por concurso o por cualquier otro medio legal, en el ámbito de los tres poderes del Estado provincial.

En el marco de la **Ley 12.569 de Protección Contra la Violencia Familiar** de la Provincia de Buenos Aires, el concepto de violencia es definido como: “toda acción, omisión, abuso, que afecte la vida, libertad, seguridad personal, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito”.

Referencias bibliográficas

- BARAGATTI, D., DIENE MONIQUE, C., DA CRUZ LEITAO, M., CARVALHO FERRIANI, M. y ELIETE, M. (2018). Ruta crítica de mujeres en situación de violencia perpetrada por su pareja. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Vol. 26. Riberáo Preto.
- BENACH, J. y MUNTANER, C. (2009). La Epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo. En *Ecología Política*. N° 37, junio de 2009. Barcelona.
- BREIHL, J. (2013). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- BURIN, M. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina: Mujeres y Salud Mental*, Grupo Editor Latinoamericano SRL, buenos Aires
- BURIN, M. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1
- BUTLER, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, Paidós.
- BUTLER, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires, Paidós.
- CAMACHO, M. F. (16 de febrero de 2021). Entre la indiferencia y el silencio: el cuestionamiento al rol de los varones que despiertan los femicidios. *Infobae*.
- CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo 40 (2002). *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: una propuesta para medir su magnitud y evolución*” Autores Varios. Santiago de Chile.
- CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo 99 (2010). División Asuntos de Género. Lorena Frías y Victoria Hurtado: *Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile.
- COMES, Y., SOLITARIO, R., GARBUS, P., MAURO, M., CZERNIECKI, S., VÁZQUEZ, A., SOTELO, R. y STOLKINER, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, vol. XIV, 2007, pp. 201-209 Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- COUTO, M; OLIVEIRA, E; ALVES, M; SEPARAVICH, O (2014). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*. 2019;15:e1994. doi: 10.18294/sc.2019.1994
- CRENSHAW, KIMBERLE W. (1991). *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. Publicación original *Stanford Law Review*, 43 (6), pp. 1.241-1.299. Traducido por: Raquel (Lucas) Platero y Javier Sáez (2012)
- DE SOUSA CAMPOS, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. CLACSO.
- DE SOUSA CAMPOS, B. (2010). *Refundación del Estado en América Latina Perspectivas desde una epistemología del Sur*.
- ESTEBAN, M. L. (1994). *Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico*. KOBIE (Serie Antropología Cultural). Bilbao Bizkaiko Foru Aldundia-Diputación Foral de Bizkaia N.º VII, 1994/96
- FABBRI, L. (2019). *Género, Masculinidad (es) y saludo de los varones: Politizar la mirada en Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón, 2019*.
- FEMENIAS, M. L., COLANZI, I. y SEOANE, V. (2016). *Violencia contra las mujeres. La subversión de los discursos*. Cap. 2. Herrera, Ma. Marta. *Avances y retrocesos en el análisis de las violencias contra las mujeres*. Editorial Prohistoria. Rosario, Argentina.

- FERNÁNDEZ, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Editorial Paidós.
- FERNÁNDEZ, A. M.; TAJER, D.; BARRAZA, S.; CABRERA, C.; CHIODI, A.F.; FERNÁNDEZ CIATTI, N.; ROGNONI, D.; BARRERA, M. I. (2016). "Atención de las violencias de género. Interfases entre salud, justicia y seguridad". XXXI Congreso Nacional de medicina general y el equipo de salud. Ciudad de Bariloche, Río Negro. Noviembre de 2016
- FRIDMAN, I. (2019). *Violencia de género y Psicoanálisis: Agonias impensables*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- GRABHAM, E., COOPER, D., KRISHNADAS, J. y HERMAN, D. (Eds.) (2009). *Intersectionality and Beyond: Law, Power, and the Politics of Location*. Londres: Routledge Cavendish.
- GARCIA MENDEZ, E. (2001). "La dimensión política de la responsabilidad penal de los adolescentes en América Latina: Notas para la construcción de una modesta utopía" en GARCIA MENDEZ, Emilio. (Comp.) "Adolescentes y Responsabilidad Penal". Editorial Ad. HOC. Buenos Aires.
- GIBERTI, E. (14 de mayo de 2015). *Violencia, ¿de género?*. Página 12. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/diario/contratapa/13-272615-2015-05-14.html>
- GOEL, U. (2015). From Methodology to Contextualisation. *The Politics and Epistemology of Intersectionality*. *Raisons politiques* 2015/2 (N° 58), p. 25-38. DOI 10.3917/rai.058.0025
- GOLLÁN, D. (2014). El Camino hacia la transformación sanitaria. Una propuesta desde el campo nacional y popular. *Rev. Voces en el Fénix* N 41. Bs. As. disponible en: https://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/numero_pdf/fenix41%20baja.pdf
- IRIART, C. (2014). Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención. En *Salud Mental e Infancias*. Silvia Faraone y Eugenia Bianchi (compiladoras) / Flavia Torricelli y Ana Silvia Valero (colaboradoras) Editorial Teseo. Bs.As.
- LAGARDE, M. (2006). Del femicidio al feminicidio. Desde el Jardín de Freud. *Revista de Psicoanálisis*, n.º 6, p. 216-225. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/8343/8987>
- LANDINI, F, COWES, V. G., DAMORE, E. (2014) *Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural*. *Cad. Saúde Pública* [online]. Vol.30, n.2, pp.231-244. ISSN 0102-311X. Disponible en <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030313>.
- LAMM, E. (2018). *Identidad de Género. Sobre la incoherencia legal de exigir el sexo como categoría jurídica*. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, ISSN 2386-4567, IDIBE, núm. 8.
- LOPEZ ARELLANO, O. (2013). *Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles*. En: *Divulgacao em saude para debate*. N° 49:150 - 156. Río de Janeiro. Brasil.
- MELER, I. (Comp.). (2017). *Psicoanálisis y género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia*. Editorial Paidós. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- MELER, I. (Julio de 2009). *Género y salud mental*. Topía. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. <https://www.topia.com.ar/articulos/g%C3%A9nero-y-salud-mental>
- MILLET, A. (2018). *Procesos necesarios de descisexualización de la Salud Mental*. Ponencia presentada en las VII Jornadas InterRisam. 15 y 16 de Noviembre 2018. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental/Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- MILLET, A. (2019). *De la patologización de las identidades trans al análisis del cisexismo: conceptos básicos para una descisexualización de la Salud Mental*. Ponencia presentada en las XVII Jornadas de Amaicha de Profesionales en Formación en Salud Mental. 14, 15 y 16 de Marzo. Amaicha, Tucumán.
- MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN. Secretaría de Derechos Humanos (2011). *Grupos en situación de vulnerabilidad y Derechos Humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales*. Disponible en: https://www.google.com/url?q=http://www.jus.gob.ar/media/1129151/31-grupos_vulnerables.pdf&sa=D&ust=1612279834867000&usq=AOv

Vaw3kC-y-H5kD9WyemU3H06Eq

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. PROGRAMA DE EQUIPOS COMUNITARIOS. Unidad n° 2. Participación Comunitaria. Curso en Salud Social y Comunitaria. Trabajo en equipo, Redes y Participación. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención.

MINISTERIO DE SALUD-PBA (2009). Protocolo y guía de Prevención y Atención de Víctimas de Violencia Familiar y Sexual para el Primer Nivel de Atención-DPyAVFyG.

MINISTERIO DE SALUD-PBA (2020). Guía práctica para el abordaje de las violencias de género. DPyAVFyG.

OMS (2017). Nota descriptiva: Violencia contra la mujer. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

ONU: Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). (2017). Recomendación General N° 35 sobre la violencia de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general N° 19

OPS/OMS. PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO. SAGOT, M, CARCEDO, A. (2000). Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudio de caso de diez países)

PÉREZ CONTRERAS, M. Montserrat.(2005) Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar. Bol. Mex. Der. Comp. vol.38 no.113 México may./ago. 2005.Disponible en : <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v38n113/v38n113a9.pdf>

PINTO, G. y ROFLER, E. (2011) Ley Provincial N° 13.298 de la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños. Decreto Reglamentario 300/05. En el marco de Fortalecimiento de instituciones para la prevención y erradicación de la violencia familiar en la Provincia de Buenos Aires en el marco del Acuerdo de Cooperación para el Programa de UNICEF en Argentina con la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Provincia de Buenos Aires.

PLATERO, R. (2014). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. Quaderns de Psicología. Vol. 16, No 1, 55-72. ISSN: 0211-3481

PNUD (2020) Violencia de género. Conceptos, marco normativo y criterios de actuación en el ámbito de la salud. Adaptado por Lucila Tufró; contribuciones de Alejandra García; María Eugenia Miranda; Virginia Laura García; ilustrado por Ariel Aragües; A. Albornoz. - 1a ed ilustrada. - Buenos Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

PULEO, A. (1995). Patriarcado. 10 palabras claves sobre mujer Amorós (Comp.), Navarra, Editorial Verbo Divino.

RADI, B. (25 de septiembre de 2015). Economía del privilegio. Página 12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/subnotas/10062-951-2015-09-25.html>

REGUILLO CRUZ, R. (2007). Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto. Bogotá, Grupo Editorial Norma.

SIPP (2020). Resolución 997/2020. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/997-local-buenos-aires-creacion-sistema-integrado-politicas-publicas-contra-violencias-razones-genero-provincia-buenos-aires-sipp-ambito-ministerio-mujeres-politicas-generos-diversidad-sexual-b2020000997-2020-11-16/123456789-0abc-799-0000-0202bvorpced?&o=5&f=Total%7CFecha%7CEstado%20de%20Vigencia%5B%2C1%5D%7CTema%5B%2C1%5D%7COrganismo%5B%2C1%5D%7CAutor%5B%2C1%5D%7CJurisdicci%F3n%5B%2C1%5D%7CTribunal%5B%2C1%5D%7CPublicaci%F3n%5B%2C1%5D%7CColecci%F3n%20tem%Etica%5B%2C1%5D%7CTipo%20de%20Documento/Legislaci%F3n/Decreto&t=48487>.

ROVERE, M. (investigador tutor); BERTOLOTTA, A.; FUKS, A.; JAIT, A.; BAGNASCO, M. E. (Investigación realizada en el período 2008-2011). La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos - Una reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en un estudio espacial y temporal - Asociación Civil El Ágora. Proyecto

Tesdale Corti: Programa de subsidio a la investigación “Revitalizando la Salud para Todos”, del Institute of Population Health University of Ottawa –Canadá.

ROVERE, M. Y TAMARGO M. D. C. (2005). Redes y coaliciones o cómo ampliar el espacio de lo posible. Colección Gestión Social-Universidad de San Andrés. Disponible en: www.gestionsocial.org

RICH, A. (1980). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana.

RUBIN, G. (1996). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, compilado por Marta Lamas, 35–98. México: PUEGUNAM.

SCOTT, J. (1992). “El problema de la invisibilidad” en RAMOS ESCANDON, Carmen (Comp.) Género e Historia: La historiografía sobre la mujer, México, Instituto Mora.

SCOTT, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México. Pp. 265-302.

STOLKINER, A. (1994). Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental. En: Políticas en Salud Mental. Compiladores: O. SAIDÓN y P. TROIANOVSKI. Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial, Buenos Aires.

STOLKINER, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. IX JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL I JORNADAS PROVINCIALES DE PSICOLOGÍA SALUD MENTAL Y MUNDIALIZACIÓN: ESTRATEGIAS POSIBLES EN LA ARGENTINA DE HOY 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones, Argentina. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad.1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf

STOLKINER, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Disponible en <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/410/805>

STOLKINER, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP (en prensa marzo 2013)

TAJER, D. (2009). Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires. Paidós.

TAJER, D. (2012). Género y salud. Buenos Aires. Lugar Editorial.

TAJER, D., CUADRA, M. E., DE LA SOVERA, S., FABBIO, R. P., FERNÁNDEZ ROMERAL, J., GABA, M., LAVARELLO, M. L., LO RUSSO, M. A., REID, G. B., SAAVEDRA, L. D., SOLÍS, M. (2020). Niñez, adolescencia y género. Herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación. Ed. Noveduc. ISBN: 978-987-538-791-1.

TAJER, D. (2021)

TEODORI, C. (2015). A los saltos buscando el Cielo: trayectoria de mujeres en situación de violencia familiar. Editorial Biblos. 1a ed. CABA

UNODC (2019). “Estudio global sobre el homicidio”. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

VIAR, J. P. (2009) Abuso sexual infantil: aspectos jurídico – legales. Cuando denunciar es proteger. Abuso sexual en la infancia. Campo de Análisis e Intervención - Jorge Volnovich (comp.) - Editorial Lumen - Buenos Aires. Disponible en: http://www.edumargen.org/docs/2018/curso2720/unid05/apunte04_05.pdf

VACA NARVAJA, T. (2012) El cambio de paradigma en el marco legal vigente. En Sistemas de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes: recorridos y perspectivas desde el Estado y la sociedad civil / María Eugenia Danieli y Mariela del Valle Messi; compilado por Mariela del Valle Messi y María Eugenia Danieli. - 1a ed. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, 2012.

