

PÁGINA ABIERTA

Espacio destinado a la producción de conocimiento, reflexiones y debates vinculados a nuestro ejercicio profesional

La experiencia de la Ley Micaela en el Ministerio de Salud de la Nación

Por Luana Gimena Raimondi – Junio de 2023

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

¿Cómo nace esta Ley? Micaela García era una mujer joven de 21 años, estudiante y militante del “Movimiento Evita” y del movimiento “Ni Una Menos”. El 1° de abril de 2017, fue víctima de secuestro, violación y femicidio en la ciudad de Gualeguay, provincia de Entre Ríos. El responsable del femicidio, Sebastián Wagner, había sido condenado a nueve años de prisión por haber violado a dos mujeres en 2010 y había quedado absuelto de una tercera causa. En 2016, un juez de Ejecución Penal dispuso su libertad condicional, desoyendo los informes emitidos por el Servicio Penitenciario que desaconsejaban esa decisión y advertían de la peligrosidad de la misma. Mientras dicho agresor gozaba del beneficio de libertad condicional, llevó a cabo la violación seguida de femicidio de Micaela.

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

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



¿Qué significa pensar la perspectiva de género y diversidad en clave de una salud integral?
¿Qué implica pensar la salud pública en clave de género? Son éstas preguntas y otras tantas que guían e interpelan a los profesionales de la salud, y a los trabajadores y las trabajadoras sociales.

El Ministerio de Salud de la Nación, como todas las instituciones de nuestra sociedad, está atravesado por el cisexismo, la heteronorma y el patriarcado. ¿Cómo se expresan en lo cotidiano las desigualdades, los estereotipos y mandatos de género?

Para responder a esta pregunta, podemos remitirnos a algunas estadísticas que resultan esclarecedoras. En la administración pública en general, en los puestos de trabajo de quienes no ejercen cargos políticos ni de conducción, la paridad es de 50/50 entre mujeres y varones. Sin embargo, a medida que se asciende en la escala jerárquica, comienza a percibirse el “techo de cristal” que pone un freno a las mujeres en cargos de decisión: en la alta dirección pública, la relación es de 44% mujeres y 55% varones, al tiempo que en las autoridades superiores la distancia es de 22% mujeres y 78% varones¹.

Según el módulo de Uso del Tiempo que se incorporó en 2013 a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos del INDEC, el tiempo social promedio dedicado al trabajo de cuidado no remunerado es muy desigual. Las mujeres pasan 5.7 horas por día haciendo trabajo de cuidado no remunerado (quehaceres domésticos, apoyo escolar, cuidado de personas) y los varones dedican en promedio sólo 2 horas diarias. En total estas tareas no pagas que realizan las mujeres se traducen en casi un 16 % del PBI².

Según un informe de la OMS³, en muchos países las mujeres cis representan más del 75% de la fuerza laboral en de los servicios de atención de salud. Sin embargo, tienden a estar concentradas en las ocupaciones de salud de menor estatus y a ser una minoría en especialidades que están más jerarquizadas y en posiciones de gerencia/jefatura. Por ejemplo, la enfermería, la partería y los trabajos comunitarios de salud, son

¹ Base Integral de Empleo Público, Secretaría de Gestión y Empleo Público de la Nación. Disponible en: Brecha de género en los cargos de gobierno 2009-2019 4. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto. Disponible en: Los cuidados un sector económico estratégico Dirección Nacional de Economía Igualdad y Género, Ministerio de Economía.

² Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto. Disponible en: Los cuidados un sector económico estratégico Dirección Nacional de Economía Igualdad y Género, Ministerio de Economía.

³ Estadísticas de género de la fuerza laboral de salud en: Spotlight: estadísticas de la fuerza de trabajo en salud, Publicación N°2, febrero de 2008, Departamento de Recursos Humanos para la Salud. OMS.



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

Si bien el sector salud ha sido un ámbito históricamente feminizado, en los últimos cuarenta años se ha producido un cambio, debido a un crecimiento importante en la proporción de mujeres cis profesionales: en 1980 representaban cerca de 3 de cada 10 puestos, mientras que en 2016 la cantidad prácticamente se duplicó, alcanzando el 59,3%. A este fenómeno se lo denomina *feminización profesionalizada*. Pero más allá de esta transformación, persisten desigualdades y brechas laborales: las mujeres cis tienen mayor dificultad que los varones cis para realizar las residencias y especializarse, para acceder a puestos de decisión y cargos jerárquicos.

Existen también diferencias marcadas entre las especialidades, siendo las vinculadas a mayor remuneración las que están altamente masculinizadas: mientras que pediatría, ginecología y neonatología son especialidades con predominancia de mujeres cis, cirugía y anestesiología tienen mayoría de varones cis.

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

La importancia de la transversalización de la perspectiva de género y diversidad en el Estado reside en reconocer el rol central del mismo para la transformación de las formas de organización social, hacia una sociedad más igualitaria en torno a las relaciones de género, mejor distribución de recursos y el acceso a los derechos y a la ciudadanía plena por parte de todas las personas. Las políticas públicas son la principal herramienta para la transformación. Especialmente la relación del organismo con otros actores, muchas de las políticas e iniciativas son producto de articulaciones interministeriales que fortalecen la transversalización de la perspectiva de género y diversidad.



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

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

Mediante la decisión administrativa N° 457/20 el 6 de abril de 2020, el Ministerio de Salud de la Nación creó la Dirección de Géneros y Diversidad (actualmente perteneciente a la Unidad de Gabinete de Asesores). De esta forma se decidió jerarquizar la transversalización de las políticas de género y diversidad. El objetivo principal de esta Dirección es impulsar la formulación de políticas de género y diversidad tanto al interior de la cartera sanitaria, como en los organismos y establecimientos de salud de las jurisdicciones provinciales y la CABA, articulando acciones en forma transversal con las áreas con competencia en la materia.

Como ejemplo de transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas que apuntan a reducir las desigualdades y violencias, a garantizar derechos, a promover autonomía y salud, en el año 2020 se conformó la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, impulsada en forma conjunta desde Jefatura de Gabinete de Presidencia y el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad, e integrada por los organismos del Estado Nacional que tienen incumbencia y competencias en el tema. Esta mesa nació con el compromiso de diseñar una estrategia integral para redistribuir y reconocer el cuidado como una necesidad, como un trabajo y como un derecho, y avanzar hacia la legislación de un Sistema Integral de Cuidados.

En el material Hablemos de cuidados, elaborado desde la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, se plantea: *“cuando hablamos de cuidados nos referimos al núcleo duro de la desigualdad de género provocado por la división sexual del trabajo que regula las esferas de lo público y lo privado, lo productivo y lo reproductivo y también el imaginario de estos mundos como ámbitos escindidos. (...) Partimos de la evidencia de que la distribución del cuidado entre lxs actorxs sociales es inequitativa, recayendo mayoritariamente sobre las*



familias y dentro de estas sobre las mujeres, personas travestis y trans u otras identidades feminizadas asociadas a “naturales cuidadorxs”, repercutiendo en el desarrollo vital, los trayectos formativos y laborales de estas personas”. ⁴

En junio de 2021 se aprobó en el Senado la Ley de Cupo Laboral Travesti- Trans en el sector público para garantizar un mínimo del 1% de la totalidad de cargos y contratos para personas travestis, transexuales y transgénero. A casi dos años de la vigencia de esta Ley se emplearon 600 personas en el sector público, y se reparten en 60% para organismos públicos del AMBA y 40% en el resto de las provincias.⁵

Asimismo, propone incentivos económicos para contrataciones en el sector privado. Tal medida responde a una reivindicación histórica de los colectivos LGBTI+, y se trata solo de un primer paso en términos de inclusión de un sector históricamente excluido del sistema laboral formal.

Al Ministerio de Salud de la Nación le corresponde entre sus acciones y sobre esta temática:

- Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres y personas LGBTI+, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las personas que padecen violencia, resguardando su intimidad y promoviendo una práctica médica no sexista.
- Incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres y de las personas LGBTI+ en los programas de salud integral;
- Promover servicios o programas con equipos interdisciplinarios especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres y personas LGBTI+ y/o de quienes la ejerzan con la utilización de protocolos de atención y derivación;
- Impulsar la aplicación de un Registro de las personas asistidas por situaciones de violencia;
- Asegurar la asistencia especializada de los/ as hijos/as testigos de violencia;

⁴ Material disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado.pdf>

⁵ <https://feminacida.com.ar/cupo-laboral-travesti-trans-2-anos/?fbclid=PAaAaAePxwcR58uKU3Asg2w2MucOFNjJzS208Nlyo13v9NZGruaaVG0-KqifY>



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

Por este motivo resulta imperativo asumir la responsabilidad de impulsar políticas públicas que contemplen la perspectiva de género y de diversidad, que promuevan la equidad y la autonomía de mujeres cis y personas LGBTI+; así como también, desarticular micro machismos, construir vínculos respetuosos, romper complicidades machistas, prevenir las violencias.

Todas/os/es podemos brindar una primera escucha, desde un lugar respetuoso, sin cuestionar los dichos o juzgar las decisiones. Está a nuestro alcance informar acerca de los derechos, los protocolos, los recursos de ayuda y acompañamiento a los que se puede acudir ante una situación de violencia.

En relación a estos aspectos, los trabajadores sociales que cumplen funciones en tanto agentes del Estado, puede resultar esenciales en la implementación de estas políticas públicas así como ocupar un lugar significativo en las interacciones cara a cara, cotidianamente, con destinatarios y destinatarias de las intervenciones del Estado.

Quienes trabajan en la asistencia, por ejemplo, saben que los recursos asistenciales están fragmentados, desarticulados y son escasos en la mayoría de las veces. Tal vez tengamos pocas certezas sobre los recursos materiales con los que contamos, pero nos valemos de las redes que vamos tejiendo en el entramado cotidiano de nuestro trabajo, de nuestras articulaciones y conexiones informales que son las que nos dan los soportes con los que intentamos tejer la trama asistencial.

Resulta de gran importancia en nuestro quehacer profesional tener un compromiso ético y político “somos profesionales cuya práctica está dirigida para hacer enfrentamientos críticos de la realidad, por tanto, necesitamos de una sólida base de conocimientos, aliada a una dirección política consistente que nos posibilite desvendar adecuadamente las tramas coyunturales, las fuerzas sociales presentes.” (Martinelli, 2008).

La intervención y práctica profesional produce un impacto en las personas con las que trabajamos, es necesario tener conciencia crítica desde la perspectiva de la cual se va a abordar la problemática a intervenir, teniendo en cuenta la sensibilidad de los problemas de las personas intervinientes en las mismas.



Bibliografía utilizada:

- Base Integral de Empleo Público, Secretaría de Gestión y Empleo Público de la Nación. Disponible en: Brecha de género en los cargos de gobierno 2009-2019 4. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto. Disponible en: Los cuidados un sector económico estratégico Dirección Nacional de Economía Igualdad y Género, Ministerio de Economía.
- Estadísticas de género de la fuerza laboral de salud en: Spotlight: estadísticas de la fuerza de trabajo en salud, Publicación N°2, febrero de 2008, Departamento de Recursos Humanos para la Salud. OMS.
- <https://feminacida.com.ar/cupo-laboral-travesti-trans-2-anos/?fbclid=PAAaaAePxwcR58uKU3Asg2w2MucOFNJjZS208NlYo13v9NZGruaaVG0-KqjfY>
- <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado.pdf>
- <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/08.-Garcia-Politicas-sociales-e-institucionales-implementadas-para-abordar-la-tematica-de-generoen-la-practica-del-trabajador-social-en-el-ambito-publico.pdf>
- Martinelli, María Lucía (2008). “Reflexiones sobre el trabajo social y el proyecto ético-político profesional”. Revista Escenarios Facultad de Trabajo Social –UNLP.
- Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto. Disponible en: Los cuidados un sector económico estratégico Dirección Nacional de Economía Igualdad y Género, Ministerio de Economía.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Géneros y Diversidad (2020) Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1886-2020-344244
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020) Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022. Para la prevención, asistencia y erradicación de todas las formas de violencia por motivos de género.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2021) Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género. Pautas de acompañamiento para personas en situación de violencia.

