Revista
Debate Público
Reflexión de Trabajo Social
Año 15 - Nro. 29 - Enero/Junio 2025

Artículos seleccionados

Género y diversidad en los servicios de salud en Argentina: aportes desde el marco normativo.

María Natalia Echegoyemberry[a], Paula Rojo[b] y Pablo Javier de Cruz[c]

Fecha de recepción: 21 de octubre de 2024
Fecha de aceptación: 12 de mayo de 2025
Correspondencia a: María Natalia Echegoyemberry
Correo electrónico: echegoyemberry2014@gmail.com

a. Magíster en Salud Pública, abogada y psicóloga. Vicepresidenta de XUMEK, Directora del Observatorio de Justicia Sanitaria y Climática.

b. Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social (ISALUD). Farmacéutica (UBA), Auditora en ANMAT.

c. Psicólogo (UBA) Defensoría del Pueblo de CABA. Asesor de salud en ONG Federación Argentina LGBT - Secretaría de Niñeces y Adolescencias Trans, Diversas.

Resumen:

A pesar de que Argentina dispone de un amplio marco legal en materia de género y diversidad, aún persisten prácticas y creencias en los servicios y sistemas de salud, contrarias a los derechos humanos de mujeres y disidencias. Por ello, el presente artículo tiene por objetivo sistematizar el marco normativo aplicable en materia de género y diversidad, a nivel local, nacional e internacional, superando la fragmentación entre lo técnico-sanitario y lo jurídico.
Presenta un marco conceptual sobre qué se entiende por género y diversidad y destaca su relevancia en el ámbito de la salud. A tal fin, se realizó una revisión bibliográfica y un análisis documental y normativo de fuentes oficiales, actualizados hasta junio de 2022. Este artículo, se enmarca en un

Proyecto de Investigación más amplio sobre "Representaciones sociales del personal sanitario sobre los servicios de salud con perspectiva de género y diversidad sexual" (Beca ISALUD Mario González Astorquiza, 2022). A efectos de esta publicación, se consignan únicamente los resultados parciales de dicho estudio, estableciendo un piso mínimo de derechos que debe guiar la atención en salud.
Finalmente, se destaca la importancia de que las investigaciones cuenten con una sistematización de la normativa aplicable en la materia, con el propósito de que se visibilice los estándares de derechos humanos y género para asegurar prácticas respetuosas para las mujeres y disidencias y reforzar la apropiación ciudadana de estos derechos.
En el contexto político actual, donde múltiples conquistas en materia de género y diversidad se encuentran en riesgo, su defensa y cumplimiento se tornan fundamentales para evitar retrocesos.

Palabras clave: Género y diversidad - Salud - Derechos humanos.

Summary

Although Argentina has a broad legal framework on gender and diversity, practices and beliefs in healthcare services and systems that violate the human rights of women and dissidents still persist. Therefore, this article aims to systematize the applicable regulatory framework on gender and diversity at the local, national, and international levels, overcoming the fragmentation between the technical-health and legal aspects.
It presents a conceptual framework on what is understood by gender and diversity and highlights their relevance in the healthcare field. To this end, a bibliographic review and a documentary and regulatory analysis of official sources were conducted, updated through June 2022. This article is part of a broader research project on "Social Representations of Healthcare Personnel on Health Services from a Gender and Sexual Diversity Perspective" (ISALUD Mario González Astorquiza Scholarship, 2022). For the purposes of this publication, only the partial results of this study are included, establishing a minimum level of rights that should guide healthcare. Finally, the importance of systematizing the applicable regulations in the research is highlighted, with the aim of making human rights and gender standards visible to ensure respectful practices for women and dissidents and strengthen citizen ownership of these rights. In the current political context, where multiple achievements in gender and diversity are at risk, their defense and enforcement become essential to avoid setbacks.

Key words: Gender and diversity; Health; Human rights.

Introducción

Argentina cuenta con un marco normativo extenso en materia de género, diversidad y derecho a la salud (que incluye leyes como la Ley 26.743 de Identidad de Género; Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres; Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, entre otras), sin embargo, las condiciones reales de acceso a servicios respetuosos de estas normativas están lejos de cumplirse de forma homogénea (Scarpino, 2020). Las brechas entre la norma y las prácticas sanitarias muestran una persistente resistencia institucional al enfoque de derechos, particularmente en el abordaje de las identidades y corporalidades no hegemónicas.

En este contexto, el presente artículo tiene por objetivo sistematizar el marco normativo vigente en materia de género y diversidad, a nivel local, nacional e internacional, con el fin de superar la fragmentación entre práctica y teoría propias del campo técnico-sanitario y las respectivas del campo jurídico. Paralelamente, se presenta un marco conceptual que define qué se entiende por género y diversidad y destaca su relevancia en el ámbito de la salud.

La metodología se basó en una revisión bibliográfica y un análisis documental de fuentes normativas oficiales, extendida hasta junio de 2022.

Este artículo, se enmarca en un Proyecto de Investigación sobre "Representaciones sociales del personal sanitario sobre los servicios de salud con perspectiva de género y diversidad sexual" (Beca ISALUD Mario González Astorquiza, 2022), del cual aquí se exponen resultados parciales centrados exclusivamente en la dimensión normativa. Los resultados fueron presentados en el IV Congreso Argentino de Derecho Sanitario (Red Argentina de Derecho Sanitario - Red Iberoamericana de Derecho Sanitario, Buenos Aires, junio 2023).

El proyecto original, enmarcado en la metodología cualitativa, se abocó a analizar las representaciones sociales de personal del ámbito sanitario de CABA respecto a la prestación de servicios caracterizados por el enfoque de género y diversidad. En esta coordenada, se atendió a la existencia de conocimientos sobre la perspectiva de género y diversidad en la atención, considerando dentro esta última al reconocimiento de conceptos básicos, demandas prestacionales frecuentes, conocimiento de pautas culturales y los derechos de los colectivos referidos. La metodología se basa en un estudio cualitativo, empleó la técnica de evocación libre de palabras y la revisión de fuentes secundarias, incluyendo bibliografía y normativa nacional e internacional sobre derechos humanos. Además, se utilizó el análisis prototípico de representaciones sociales con el apoyo del software IRAMUTEQ.

Por razones de extensión, este artículo se focaliza exclusivamente en la sistematización del marco normativo y no aborda en profundidad el grado de conocimiento ni la apropiación de dicho marco por parte del personal de salud, dimensiones que han sido desarrolladas en otros trabajos del equipo.

En este sentido, dos de sus autores ampliaron esta línea de investigación en el marco de sus tesis de maestría, analizando el conocimiento de la normativa, las instancias de capacitación recibidas y las representaciones sociales del personal sanitario. Estas investigaciones exploran diversos contextos de atención —particularmente en salud mental y enfermedades inflamatorias intestinales— y analizan rigurosamente el grado de apropiación y aplicación de las normas en la práctica profesional.

Durante el desarrollo de ambas tesis, se advirtió que, aunque muchos profesionales y personal de salud refieren haber recibido formación en género y diversidad, reconocen limitaciones en el conocimiento y aplicación del marco normativo vigente y un uso erróneo de conceptos fundamentales como identidad de género, orientación sexual, expresión de género, sexo, género, diversidad y disidencias. Se constató, además, que la mayoría de las personas en el ámbito de la salud perciben la perspectiva de género y diversidad como una imposición externa o como una obligación formal y despersonalizada. Ello, en el entendimiento que gran parte de la literatura describe prácticas institucionales o barreras desde una perspectiva socioantropológica o de políticas públicas, este trabajo introduce como eje estructurante la evaluación del cumplimiento (o incumplimiento) de estándares normativos nacionales e internacionales.

El presente estudio incorpora al marco referencial perspectivas y conceptos que nutren el análisis jurídico y político-institucional de las políticas públicas en salud con enfoque de género y diversidad. En particular, se retoman enfoques del derecho a la salud desde una perspectiva de derechos humanos, interseccionalidad y ciudadanía sexual, así como categorías analíticas como gubernamentalidad, discriminación estructural y justicia

sanitaria. Estas herramientas permiten problematizar no solo los avances normativos y programáticos, sino también los modos en que las políticas públicas configuran subjetividades, jerarquizan poblaciones y producen desigualdades en el acceso a los derechos, en tensión con prácticas institucionales ancladas en representaciones sociales muchas veces marcadas por el cisheterosexismo y la patologización.

Este enfoque pretende contribuir a una agenda de investigación aplicada, útil tanto para el monitoreo por parte de la ciudadanía como para el diseño de políticas con enfoque de género y diversidad.

Se destaca la importancia de que las investigaciones cuenten con una sistematización de la normativa aplicable en la materia, a fin de que se visibilice que el enfoque de derechos y género no es un aspecto relegado al voluntarismo de quienes lo aplican, sino que se constituye en un verdadero imperativo legal, además de político y ético.

Esta problemática se refleja en prácticas que no reconocen las identidades no binarias, generando dificultades en la atención médica, registro de datos y en la visibilidad de estas identidades en las estadísticas sanitarias.

Desarrollo

Se recuperan los aportes de Lamas (2000), Bourdieu (2000, 2011) y Butler (1990, 1996) para comprender cómo las estructuras de género moldean tanto las prácticas profesionales como los esquemas institucionales en salud. La incorporación del enfoque interseccional (Crenshaw, 1989; CEPAL, 2016a) permite superar lecturas binarias e incluir una mirada crítica sobre las múltiples desigualdades que operan simultáneamente (Echegoyemberry, 2018). La discriminación no es una suma de factores, sino un sistema complejo de relaciones sociales que afectan la autonomía y la dignidad de mujeres y disidencias (Scarpino, 2020; CIDH, 2008).

a. Perspectiva de género y diversidad

Según Lamas (2000), el género actúa como un marco de referencia que moldea la interpretación del mundo, con una tendencia de las sociedades a categorizar lo asociado a mujeres y hombres de manera binaria, basada en diferencias anatómicas. Esta clasificación da lugar a atribuciones, prescripciones y prohibiciones. La autora destaca que los esquemas de género influyen en la conducta objetiva y subjetiva al estructurar prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales en función de la diferenciación sexual, asignando características específicas a las esferas de la vida, conductas y actividades.

Para Bourdieu (2000, 2011) el género estructura no sólo la percepción individual, sino la organización concreta y simbólica de la vida social. El orden social se autoimpone asimismo como evidente, por medio de las estructuras cognoscitivas inscriptas en los cuerpos y en las mentes como habitus, éstas son el conjunto de relaciones históricas depositadas en los cuerpos individuales bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción.

Lamas (2000) sostiene que la diferencia sexual es la base sobre la cual se asienta la distribución de papeles sociales, pero esta asignación no se desprende naturalmente de la biología, sino de la cultura, y es la forma en la que un hecho biológico (la genitalidad) es valorado socialmente. La valoración social de un hecho biológico podría configurar discriminaciones basadas en el género.

En la cultura patriarcal se establecen discriminaciones entre hombres y mujeres que afectan las posibilidades y oportunidades en la sociedad. Estas discriminaciones son injustas y arbitrarias y deben ser revertidas.

Petracci y Mattioli (2009) sostienen que la discriminación de género se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción que se hace tomando de base los roles y normas socialmente construidas que impiden a una persona disfrutar plenamente de los derechos humanos y se establecen jerarquías que alteran la distribución de bienes, prestigio y poder.

Los aportes teóricos de Butler (1996) complejizan la relación sexo-género, ubicando a la identidad de género como un término que articula los dos primeros con la práctica sexual y el deseo, y cuestionan que la determinación cultural solo incide en el campo del género, quedando reservada la determinación biológica en el campo del sexualidad.

En este sentido, Butler (1996) se pregunta hasta qué punto estos términos no son determinados por prácticas reguladoras y señala la existencia de una matriz cultural, aquella que define a la heterosexualidad del deseo como norma, la cual exige que algunos tipos de identidades no puedan existir: aquellas en las que el género no

es consecuencia del sexo y otras en las que las prácticas del deseo no son consecuencia ni del sexo, ni del género (Butler, 1990).

Dentro de los resultados preliminares del estudio realizado, se identificó que el personal de salud presenta dificultades para reconocer identidades no heteronormativas, pero también desconocía el significado de la sigla LGTTBIQ+[1] y los protocolos, guías de atención y/o pautas de trato respetuoso hacia la diversidad. El personal de salud manifestó poco interés en capacitarse en materia de diversidad, pero también en detectar la necesidad de ésta formación y nuevas formas de abordaje.

En convergencia con los aportes teóricos de los feminismos en materia de género y diversidad, distintas autoras y autores se dedican a abordar la realidad de conjuntos sociales afectados por múltiples formas de subordinación social, bajo la denominada perspectiva interseccional.

Si bien la realidad de mujeres y disidencias se encuentra atravesada por ejes de discriminación como la homofobia, el sexismo y el estigma social, la situación es más grave aún cuando, al interior del colectivo, los entrecruzamientos por cuestiones de edad, sexo y/o raza operan produciendo nuevas instancias de desigualdad (Scarpino, 2020).

De esta manera, Crenshaw (1989), refiere a interseccionalidad, designando este término para mencionar múltiples formas de discriminación que pesan sobre las mujeres y que interactúan de manera compleja.

La acumulación e interacción de las diversas formas de desigualdad crea un complejo cuadro de relaciones sociales en el que las múltiples discriminaciones se expresan en brechas de autonomía, bienestar y poder, así como en disparidades de trato y marcadas diferencias en el ejercicio de los derechos, la adquisición de capacidades y el goce de oportunidades (CEPAL, 2016a), que se manifiestan en todos los ámbitos del desarrollo social inclusivo, como el acceso y la calidad de la educación, la salud, el trabajo decente, la infraestructura básica, la protección social y la posibilidad de vivir una vida libre de violencia (CEPAL, 2019).

Tajer (2012) destaca que la perspectiva de género en el ámbito de la salud revela cómo los sesgos pueden distorsionar la comprensión de enfermedades, especialmente en mujeres, afectando el acceso a la atención médica oportuna y generando errores diagnósticos y disparidades en las estrategias terapéuticas y prescripciones basadas en el género.

En la literatura encontramos distintos estudios que evidencian las discriminaciones a las que son expuestas las mujeres (Londoño, 1996). Para revertir algunas de las desigualdades, es necesario considerar la perspectiva de género, en tanto que es una perspectiva de cambio y denuncia contra todo sistema de opresión que pesa sobre las mujeres y disidencias.

Es crucial reconocer que las discriminaciones y violaciones de derechos hacia mujeres y disidencias no solo provienen del texto legal, sino también de interpretaciones y valoraciones en su aplicación por parte de personas en instituciones públicas y privadas (Campillo & Lara, 1996:1). La perspectiva de género, por ende, sirve para guiar interpretaciones normativas y jurisprudenciales que, en apariencia neutrales, pueden ocultar sesgos (CIDH,2008).

Por el lado de la diversidad, Scarpino (2020) realiza un recorrido documental del derecho a la salud en poblaciones LGBTINb+ de distintos contextos sociohistóricos. Identifica un entramado complejo que determina numerosos obstáculos cuando personas de la diversidad sexual intentan ejercer el derecho a la salud. Este colectivo encuentra una serie de violencias ejercidas a través de diferentes estrategias como:

> […] falta de reconocimiento de la Identidad de Género de las personas trans; procedimientos burocráticos y administrativos que dificultan el ingreso al Sistema de Salud; falta de servicios capacitados en los cuidados de la salud sexual y reproductiva de las personas LGTB; la presunción de heterosexualidad en la atención médica; prejuicios, concepciones y creencias de los equipos de salud hacia la comunidad LGTB que pueden constituirse en prácticas discriminatorias (Ministerio de Salud de la Nación, 2011: 8).

1. N de A: Esta sigla es el acrónimo formado con las iniciales de las palabras lesbiana, gay, bisexual, transgénero, intersexual y queer. La sigla con el tiempo se ha ido modificando, incluyendo nuevas identidades y nuevas reivindicaciones de derechos. Históricamente, el colectivo LGTTIBQ+ ha promovido la no binariedad de los sexos, rechazado la heteronormatividad y abogado por igualdad de oportunidades en todos los ámbitos de la vida.

Esas violencias deben ser leídas en el marco de los escenarios sociales, económicos, políticos, ambientales y culturales, de manera que constituyen finalmente problemáticas de salud colectiva.

Se puede mencionar que si bien existe una producción cada vez mayor de normas dirigidas al reconocimiento de derechos a la par que se visibiliza en forma creciente la cuestión de la diversidad sexual, las barreras al ejercicio efectivo de los mismos son persistentes e incluso se agrandan (Cáceres, Talavera y Mazín Reynoso, 2013 en Scarpino, 2020).

b. ¿Por qué es importante la perspectiva de género y diversidad en los servicios de salud?

La perspectiva de género y diversidad en los servicios de salud es fundamental para eliminar todo tipo de discriminación y violencias contra las mujeres y disidencias, teniendo en cuenta que el Estado, en todas sus jurisdicciones, es responsable de realizar acciones afirmativas de derecho en pos de revertir barreras que pesan sobre los grupos vulnerabilizados.

Se han aprobado distintas resoluciones para promover la igualdad de oportunidades para las mujeres en el cuidado y acceso a los servicios de salud (Resolución 431 de 2005 [Ministerio de Salud Argentina]), estos servicios deben ser libres de violencias y discriminaciones.

A pesar de ello, algunos estudios referidos al análisis de las representaciones sociales del personal de salud han encontrado, en la atención a población sexogénero diversa, la presencia de desinformación sobre nociones básicas de sexualidad y género, actitudes LGBTIQ+ odiantes, segregación, estigmatización, discriminación, burlas, distintos tipos de violencias y maltrato en los servicios, con justificaciones de base moral para comportamientos que niegan practicar (Ottosson, 2009).

También en revisiones sistemáticas realizadas en estudiantes de salud identificaron representaciones sociales homofóbicas (Campos Arias & Herazo, 2008), restricciones del acceso a la salud para personas trans vinculadas con un sistema de atención médica binaria y trans excluyentes (CELS, 2020).

Por otra parte, distintos estudios señalan que en los servicios se siguen reproduciendo prácticas que presuponen la heterosexualidad y la conformación binaria de género como norma (Ministerio de Salud, 2011; Petracci & Mattioli, 2009). Esto se expresa en la falta de adecuación de historias clínicas, sistemas de información sanitaria que logran la invisibilización de identidades trans y no binarias, el desconocimiento de marcos legales por parte del personal y la escasa implementación de protocolos inclusivos y de procesos y entornos laborales saludables para el propio personal de salud.

Estas barreras tienen efectos materiales concretos en la salud de las personas LGBTIQNB+, quienes experimentan mayores niveles de discriminación, abandono terapéutico y deterioro psicosocial (CELS 2017, 2020). Complementariamente, las discriminaciones sistemáticas podrían generar además mecanismos de autoexclusión de las mujeres y disidencias, lo que limita aún más la accesibilidad a los servicios. Así, 3 de cada 10 mujeres trans abandonan los tratamientos médicos por discriminación en el ámbito de salud (INDEC y el INADI en 2012 en CELS, 2017). Estudios locales revelan que las personas trans han sufrido violencias en los servicios de salud (CELS, 2016, 2020).

La existencia de representaciones sociales que toman la forma de soportes distorsivos de prácticas asistenciales, y promueven el rechazo de los colectivos de referencia en el sistema de salud y el desconocimiento de la perspectiva de género y diversidad por parte de les prestadores del sistema, se instituyen como verdaderos obstáculos para el efectivo acceso a los servicios de salud o para el desarrollo por parte de los mismos de una atención ajustada a altos estándares de calidad de la atención y apego a los DDHH.

En un sentido concordante, distintos estudios permiten aprehender la relevancia de la consideración de variables psico-socio-culturales para considerar el acceso y la calidad de la atención de los servicios de salud destacando a la vez, la dimensión conflictiva inherente a las pautas culturales que atraviesan a prestadores de servicios y usuaries (Comes, Stolkiner y otros, 2007; Landini, González Cowes y D´Amore, 2014; Szulik, 2023).

Asimismo, la accesibilidad organizacional o respuesta de los servicios de salud (responsividad), entendida como un aspecto esencial para la prestación de servicios apegados a altos estándares de calidad y apego a DDHH, no escapa la la incidencia de las representaciones sociales contrarias a los derechos de las mujeres y personas trans.

La responsividad ha sido definida como los aspectos no médicos del cuidado (Vaitsman, Rieveres Borges de Andrade, 2005). Esta dimensión incluye: la dignidad o el trato respetuoso, la confidencialidad de la información, la autonomía para tomar decisiones, el apoyo social que implica el poder ser acompañada estando en un servicio de salud, la comunicación e información, la agilidad en la atención, las instalaciones y el ambiente físico digno para la atención, la posibilidad de elegir el profesional, aspectos interpersonales, la calidad técnica de los profesionales intervinientes, la localización de la unidad de salud, la resolutividad, la continuidad de cuidados, la viabilidad, la confiabilidad, la empatía, la receptividad y la gestión participativa de las y los trabajadores y usuarias (De Andrade, 2010; Holanda, Siqueira, Andrade, Molinaro, Vaitsman, 2012).

En Argentina se cuenta con una normativa progresista en la materia, es decir que amplía y reconoce derechos para el colectivo LGTTBIQ+ sin patologizar las diversidades y además el Estado está obligado a realizar acciones afirmativas de derechos para eliminar todo tipo de discriminación que pueda pesar sobre este colectivo (Echegoyemberry, 2020).

Es necesario entender las prácticas sociales (jurídicas, sanitarias) a partir de una perspectiva de género y diversidad porque permite garantizar la igualdad de trato entre hombres, mujeres y diversidades, la aplicación del principio de igualdad y permite que las personas tengan las mismas oportunidades de participar y beneficiarse de una intervención (FMAM 2017).

Existen compromisos internacionales asumidos por el Estado para aplicar la perspectiva de género y diversidad sexual, por lo tanto, constriñen, condicionan el accionar del Estado en la materia.

La perspectiva de género y diversidad es un marco de interpretación ineludible. Este marco no está vinculado con el voluntarismo o con una militancia feminista o de diversidad, sino con compromisos y obligaciones que el Estado asumió a través de los tratados internacionales de derechos humanos (artículo 75 inc. 22 y 33 de la Constitución Nacional) y que emanan de la propia normativa nacional, de las jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Lo que conduce a que puede (o no) existir coincidencia con los valores, sentidos y creencias de las personas que trabajan en los organismos o sectores del Estado, incluso puede existir divergencia con esta perspectiva en términos individuales, pero en términos legales son de aplicación obligatoria.

A su vez para el Estado no alcanza con tener una actitud en apariencia neutral frente al género, sino que debe realizar acciones afirmativas de derechos que permitan revertir las barreras que enfrentan las mujeres y disidencias y recomponer las asimetrías que pudieran estar presentes en el caso concreto (Echegoyemberry, 2018).

c. Servicios de salud en Argentina: entre la norma y la práctica

Lejos de ser uniformes, los servicios de salud en Argentina presentan una heterogeneidad notable en cuanto a sus capacidades institucionales, abordajes profesionales y trayectorias organizacionales. Estudios recientes muestran que las representaciones del personal de salud varían ampliamente según el tipo de efector (hospital público, centro de salud barrial, obra social sindical, etc.), su localización (urbano, periurbano, rural), su inserción institucional y la composición de los equipos (Vacchino et al., 2021; Dides et al., 2020).

d.Prácticas cisheteronormativas y barreras estructurales

En los servicios se siguen reproduciendo prácticas que presuponen la conformación binaria de género como norma (Ministerio de Salud, 2011; Petracci & Mattioli, 2009). Esto se expresa en la falta de adecuación de historias clínicas, sistemas de información sanitaria que logran la invisibilización de identidades trans y no binarias, el desconocimiento de marcos legales por parte del personal y la escasa implementación de protocolos inclusivos y de procesos y entornos laborales saludables para el propio personal de salud.

Estas barreras tienen efectos materiales concretos en la salud de las personas LGBTIQNB+, quienes experimentan mayores niveles de discriminación, abandono terapéutico y deterioro psicosocial (CELS 2017, 2020).

La aplicación de una perspectiva interseccional permite evidenciar que las formas de discriminación no afectan del mismo modo a todos los cuerpos y subjetividades. Las personas trans racializadas, las mujeres migrantes indígenas o afrodescendientes, y las personas LGBTI+ con discapacidades enfrentan obstáculos múltiples y acumulativos (Crenshaw, 1989; Scarpino, 2020; CEPAL,

2019). Reconocer esta complejidad es clave para formular políticas sanitarias y para pensar marcos normativos y estándares de derechos humanos.

La integración de conceptos como efectividad normativa, implementación y justiciabilidad en el análisis del marco jurídico sobre género y diversidad en los servicios de salud resulta sumamente necesaria, orienta el estudio hacia una comprensión crítica y contextualizada.

En esta línea, sería importante considerar los aportes del análisis jurídico crítico (Kennedy, 1976; Carbonell, 2004), del institucionalismo histórico (Thelen, 2003) y de los estudios de políticas públicas (Pressman & Wildavsky, 1984; Sabatier, 2007), con el fin de examinar no sólo el contenido formal de las normas, sino también su implementación efectiva.

Este enfoque permite identificar los factores institucionales, técnicos y políticos que condicionan la operatividad del derecho en contextos específicos, especialmente en lo relativo a capacidades estatales, dinámicas de poder y disponibilidad de mecanismos de control y monitoreo. En paralelo, se torna necesario incorporar la dimensión de la justiciabilidad como categoría clave para evaluar la eficacia de los marcos regulatorios en términos de garantía de derechos fundamentales.

Tal perspectiva se apoya en la tradición del constitucionalismo transformador (Rodríguez-Garavito, 2011) y en el enfoque basado en derechos (UN OHCHR, 2018). Desde este enfoque, el análisis normativo no se limita a registrar avances formales, sino que se orienta a evaluar su efectividad material, su capacidad de generar transformaciones sociales y su articulación con la justicia social y la equidad.

Relevamiento Normativo

Si bien las leyes vigentes configuran un piso normativo progresivo, su implementación requiere voluntad política, asignación de recursos, procesos formativos constantes y participación activa de las comunidades involucradas.

La Ley Micaela (Ley 27.499), por ejemplo, impone la formación obligatoria en género para agentes del Estado, pero su impacto real depende de cómo se territorializa y se adapta a contextos específicos (Vacchino et al., 2021). La perspectiva de género debe dejar de considerarse un acto voluntario del personal y consolidarse como una obligación legal, ética y política (CIDH, 2008).

Cabe destacar que un marco normativo protector es condición necesaria, aunque no suficiente para la protección efectiva, eficiente y eficaz, equitativa y oportuna de mujeres y disidencias.

El marco normativo tiene que actuar como un primer paso para la protección integral e integrada de grupos en situación de vulnerabilidad.

El desconocimiento de la perspectiva de género puede operar como una barrera que dificulta el acceso de las mujeres y disidencias a los servicios de salud y en consecuencia, al efectivo ejercicio de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA).

Se señaló la importancia de contar con servicios de salud inclusivos, libres de violencias, prejuicios y sesgos (responsivos), que brinden un trato digno, empático, confidencial que respete la autonomía de las mujeres y disidencias, a fin de hacer realidad la igualdad y no discriminación en los servicios y sistemas de salud.

Para ello las leyes pueden contribuir de manera sustancial a permear otras prácticas y nuevas representaciones sociales acorde a los derechos humanos de las mujeres y disidencias.

Por ello, seguidamente se describe el marco normativo nacional, internacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, destacándose algunas de las normativas más relevantes en la materia. Además, se incorporan líneas cronológicas para dar cuenta de los procesos históricos en los que surge la normativa.

a. Normativa a nivel internacional:

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

1. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (CADH) - 1948, promueve los derechos humanos en América.
2. Declaración Universal de Derechos Humanos - 1948, establece estándares globales de derechos hu-

manos, promoviendo la igualdad y prohibiendo la discriminación, incluida la basada en género.
3. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial - 1965, prohíbe la discriminación, incluyendo la orientación sexual.
4. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos - 1966, protege derechos civiles y políticos sin discriminación, supervisado por comités que incluyen derechos de mujeres y población LGTBQ.
5. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - 1966, garantiza igualdad de derechos económicos, sociales y culturales, prohibiendo la discriminación por género.
6. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) - 1969, garantiza la igualdad y prohíbe la tortura y violencia de género.
7. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) - 1979, promueve los derechos de mujeres y niñas, exigiendo igualdad y no discriminación de género.
8. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes - 1984, establece la ilegalidad de la tortura, exigiendo que los Estados prevengan y castiguen estos actos.
9. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer - 1993, reconoce la violencia contra las mujeres como violación de derechos humanos, exigiendo prevención y sanción.
10. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) - 1994, primer tratado que sanciona la violencia contra las mujeres como una violación de derechos humanos.
11. Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia- 2013, lucha contra la discriminación racial y la intolerancia.
12. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores - 2015, protege los derechos de las personas mayores y aborda la discriminación de género.

Las Resoluciones internacionales: Resolución 1040 (XI. Anexo, 1958) Convención sobre la Nacionalidad de la Mujer Casada; Resolución 1763 A (XVII), Anexo/1964 y la Resolución/2018 (XX)) protegen los derechos de las mujeres en el matrimonio, asegurando su nacionalidad y combatiendo el matrimonio forzado y el infantil.
Respecto a los Protocolos se distinguen, el Protocolo de San Salvador/1988 que complementa la CADH al tratar derechos económicos, sociales y culturales y el Protocolo de Palermo/2002 que aborda la trata de personas a nivel internacional (especialmente mujeres y niños) buscando su erradicación y la protección de las víctimas.

Este último fue ratificado por Argentina en 2002 y se acompañó de leyes relacionadas como la Ley 26.364/2008 y la Ley 26.842/2012.

La CEDAW emite recomendaciones que abarcan temas como derechos en la familia, acceso a atención médica, violencia de género, derechos de mujeres rurales, dimensiones de género en desastres y cambio climático, así como derechos de mujeres y niñas indígenas.

Resulta importante resaltar otros documentos tales como las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer/1985 que compromete a 157 Estados a promover la igualdad de género en ámbitos social, político y laboral y los Principios de Yogyakarta/2006 que establecen estándares mínimos para los derechos LGBTIQ, incluyendo orientación sexual, identidad, expresión de género y diversidad corporal.

Estos instrumentos han influido en legislaciones como la Ley de Identidad de Género de Argentina; complementados por los Principios de Yogyakarta más 10 (2017) que incorporan nuevas obligaciones en relación con derechos de personas LGBTI.

Asimismo, se destacan las Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia para grupos vulnerabilizados/2008 que tienen como objetivo garantizar un acceso equitativo a la justicia para personas en situación de vulnerabilidad y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing/1995, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, marcando un hito en igualdad de género y empoderamiento femenino al establecer objetivos y medidas para avanzar en 12 áreas críticas.

Es importante señalar también la Resolución Nº 2653 (Xli-O/11)/2011 de Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género sobre la protección de los derechos de las personas LGBTI que llama a prevenir la discriminación y violencia, y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo/2013 que reafirma el compromiso regional con igualdad de género y derechos sexuales.

Asimismo, podemos citar el Plan de Acción sobre Género CDB (Convenio sobre la Diversidad Biológi-

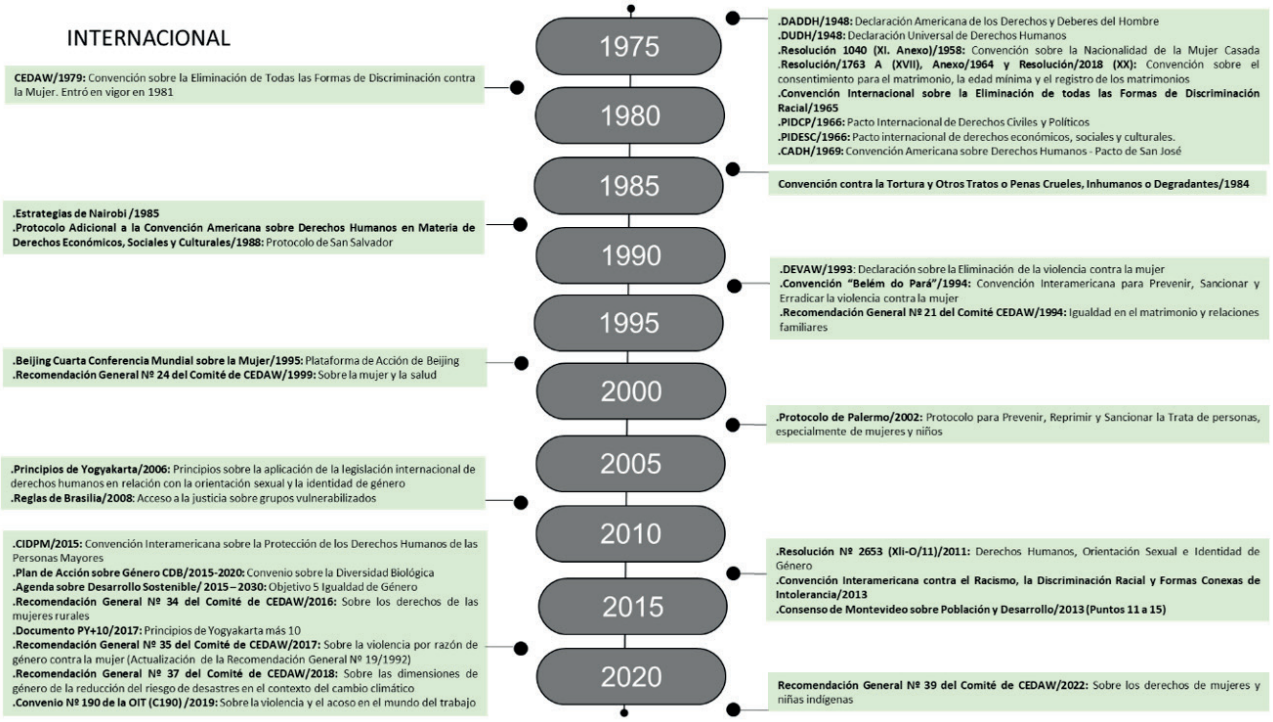
ca)/2015-2020 que busca integrar la igualdad de género en la preservación de la biodiversidad, reconociendo su relación con la reducción de la pobreza; la Agenda sobre Desarrollo Sostenible/2015-2030 cuyo Objetivo 5 promueve la igualdad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas, considerándolo fundamental para un mundo sostenible.

También encontramos el Convenio Nº 190 de la OIT (C190) /2019 sobre la violencia y el acoso en el mundo del trabajo que reconoce el derecho de un entorno laboral libre de violencia y acoso, ratificado por Argentina.

A su vez, existen distintos instrumentos y procesos internacionales abiertos que tienen impacto en la en la agenda feminista y particularmente, en salud de las mujeres, niñas y disidencias.

Así, en mayo del 2024, se aprobó la enmienda al Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005); el Tratado de prevención preparación y pandemias (INB 11/2024), el tratado vinculante sobre Empresas Transnacionales y derechos humanos; y se aprobó el Pacto del Futuro (Septiembre 2024). Sin embargo, no se asegura en estos instrumentos y procesos las precondiciones para participar de las mujeres y disidencias como el acceso a la información, educación y participación real y significativas. En estos instrumentos de relevancia internacional no se menciona el colectivo LGTTBIQ+, tienen un enfoque en binario, con referencia sólo a mujeres y niñas.

Gráfico 1. Línea cronológica con la normativa en materia de género a nivel internacional



Fuente: Elaboración propia

b. Normativa a nivel nacional:

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

El análisis del material documental emitido por el Ministerio de Salud de la Nación permite comprender la orientación institucional de las políticas públicas en torno al género y la diversidad en el ámbito sanitario. Durante el período analizado, se observa una creciente incorporación de marcos normativos y programáticos que promueven la equidad, la inclusión y el respeto por las identidades de género y orientaciones sexuales diversas. Por ejemplo, se elaboraron *Lineamientos para la atención de la salud integral de personas trans* (Ministerio de Salud, 2011), el *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, y las disposiciones que reglamentan el acceso al aborto legal en el marco de la Ley 27.610 constituyen insumos fundamentales para la institucionalización de una perspectiva de derechos en los servicios de salud.

Asimismo, los planes estratégicos y las resoluciones del Ministerio, como la implementación de la Ley Micaela en el sistema de salud (Resolución 476/2021), evidencian una voluntad política por transversalizar la perspectiva de género. No obstante, la existencia de estos instrumentos no garantiza su aplicación efectiva en todos los niveles del sistema.

La distancia entre el diseño normativo y la práctica cotidiana de atención persiste como una de las principales tensiones, lo cual refuerza la necesidad de monitorear no solo la existencia de políticas, sino también sus condiciones reales de implementación, territorialización y apropiación por parte de los equipos de salud.

Haciendo un breve raconto histórico encontramos que en 1985 se sanciona la Ley Nº 23.179, que ratifica la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Esta ratificación dota de rango constitucional a esta convención, fortaleciendo la protección de los derechos de las mujeres en el país. Pocos años después, en 1988, la Ley N° 23.592 prohíbe actos discriminatorios sin mencionar de forma explícita la orientación sexual y la identidad de género, resultando en un alcance restringido para abordar la discriminación hacia el colectivo.

En 1994, con la Reforma Constitucional, la Constitución Nacional Argentina establece la igualdad y la no discriminación en su artículo 16, prohibiendo la discriminación en el artículo 37 y reconociendo los tratados internacionales de derechos humanos en el artículo 75, inciso 23, incluyendo aquellos que protegen contra la discriminación. También garantiza la igualdad de género y la protección de los derechos de las mujeres en diversos artículos y a través de leyes y políticas públicas.

Luego, en 1996, la Ley Nº 24.632 aprueba la Convención Belém do Pará, que se compromete a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, enfatizando la importancia de la no violencia y no discriminación. Posteriormente, surge la Ley Nº 26.150/2006 que instituye la Educación Sexual Integral (ESI) en todas las etapas de la educación, promoviendo contenidos de educación sexual de manera integral.

En el año 2009 se sanciona la Ley Nº 26.485 que aborda la violencia contra las mujeres de manera integral, ampliando su definición y estableciendo el derecho a vivir sin violencia como un derecho humano fundamental. Esta ley es un hito en la protección de los derechos de las mujeres.

El 2010 fue un año de grandes avances. La Ley Nº 26.618, conocida como «Matrimonio Igualitario», hizo historia al legalizar el matrimonio entre personas del mismo sexo en todo el territorio argentino, convirtiendo al país en un pionero en América Latina y el mundo. En el mismo año, la Ley Nº 26.657 de Salud Mental prohíbe los diagnósticos basados en la elección o identidad sexual, contribuyendo a la despatologización del colectivo LGBTTIQ+.

La Ley Nº 26.743 de Identidad de Género, promulgada en 2012 en Argentina, representa un hito en la defensa de los derechos LGTTBIQ+. Esta legislación garantiza el derecho a la identidad de género, permitiendo a las personas elegir su identidad sin imposiciones médicas o diagnósticos psicológicos. Al eliminar la necesidad de procedimientos no deseados, la ley promueve el libre desarrollo de la persona, reconociendo su identidad de género en documentos legales. Este marco legal ha sido elogiado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como un ejemplo destacado, marcando un cambio de paradigma hacia el reconocimiento y legitimación de la diversidad en orientación sexual e identidad de género en el país (CIDH, Opinión Consultiva 24/17).

En los años siguientes se sucedieron transformaciones significativas. La Ley Nº 27.210 en 2015 crea el Cuerpo de Abogadas y Abogados para Víctimas de Violencia de Género, garantizando el acceso a la justicia de las personas afectadas por violencia de género. La Ley Nº 27.234 de 2016 establece la obligatoriedad de jornadas anuales de prevención de violencia de género en las escuelas, contribuyendo a la concienciación temprana sobre estos problemas.

En 2017, la Ley Nº 27.352 reformó el Código Penal para precisar el delito de abuso sexual, fortaleciendo las protecciones legales para las víctimas.

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

En 2019, la Ley Nº 27.499, también conocida como Ley Micaela, establece la obligatoriedad de capacitación en género y violencia contra las mujeres para todas las personas que trabajan en los tres poderes del Estado. Ese mismo año, la Ley Nº 27.501 aborda la violencia hacia las mujeres en el espacio público (conocido como acoso callejero). Además, en 2019, la Ley Nº 27.533 modifica la Ley de Protección Integral para incorporar la violencia política, reconociendo una forma específica de violencia de género.

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

El año 2020 continuó con avances significativos. El Decreto Nº 721 garantiza la igualdad de oportunidades en el empleo para personas travestis, trans y transexuales, reconociendo la necesidad de inclusión laboral. La Ley Nº 27.580, en el mismo año, ratifica el Convenio Nº 190 de la OIT, promoviendo un entorno laboral sin violencia ni acoso por razones de género y protegiendo la salud durante el embarazo y la primera infancia.

El año 2020 también trajo cambios importantes con la Ley Nº 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Post-Aborto que reconoce el derecho de mujeres y personas gestantes a decidir sobre la interrupción del embarazo, estableciendo plazos y excepciones, y garantizando atención post-aborto y acceso a métodos anticonceptivos. Además, la Ley Nº 27.611 de 2020, la Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, fortalece el cuidado de la salud de personas gestantes y niños/as, respetando la identidad de género, la interseccionalidad y previniendo la violencia.

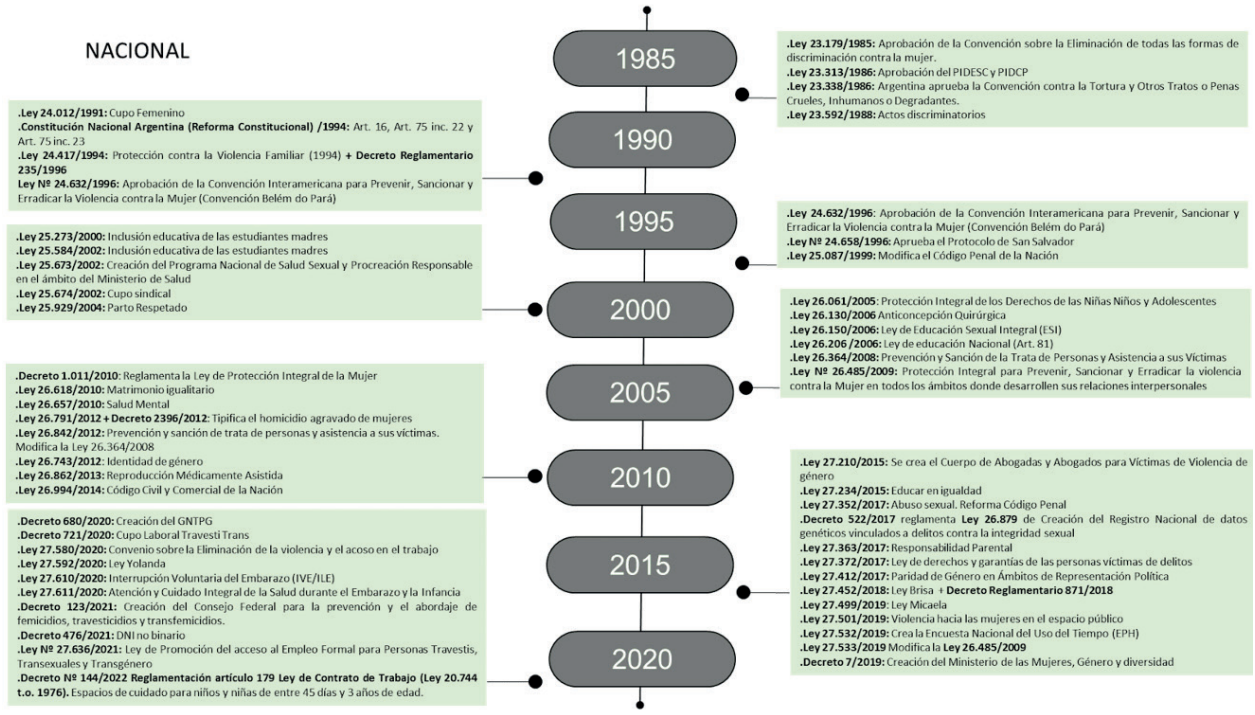
En el mismo año, la Ley Nº 27.592, conocida como Ley Yolanda, obliga a la capacitación en ambiente para funcionarios públicos, considerando impactos diferenciados por género en degradación ambiental y cambio climático.

El año 2021 trajo otra transformación con el Decreto Nº 476, que permite identidades de género no binarias en documentos. La Ley Nº 27.636, también de 2021, conocida como la Ley de Promoción del acceso al Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero fomenta la inclusión laboral de personas travesti-trans, estableciendo cuotas en el sector público y exhortando al sector privado.

Estas son algunas de las normativas más significativas que reflejan el compromiso constante de Argentina con la igualdad de género y los derechos humanos. En la línea temporal, se observa un aumento en la legislación nacional (2002-2020) dirigida a prevenir y castigar la violencia contra mujeres y personas de género diverso. A pesar del sólido marco legal de género, persisten desafíos en la implementación debido a diversas barreras (administrativas, simbólicas, geográficas, económicas y de conocimiento legal) que obstaculizan la plena realización de sus derechos.

A continuación, se presenta el relevamiento normativo a nivel nacional, y una línea cronológica esquematizando la principal normativa.

Gráfico 2. Línea cronológica con la normativa en materia de género a nivel nacional



Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento normativo.

c. Normativa en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.):

En 1996, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires incorpora el artículo 11 que reconoce el derecho a la diversidad, rechazando cualquier forma de discriminación basada en la orientación sexual o la identidad de género.

En el año 2000, se promulga la Ley Nº 418/2000 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, garantizando los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Esta ley busca asegurar la accesibilidad a información y servicios esenciales para una vivencia responsable de estos derechos, con un enfoque en la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.

La Ley Nº1.004 de Unión Civil de 2002 desarrolla los parámetros legales para las uniones civiles entre personas del mismo sexo, preparando el terreno para la posterior aprobación de la Ley de Matrimonio Igualitario a nivel nacional en 2010.

El Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de 2004, incorpora sanciones específicas para los actos discriminatorios, incluyendo la orientación sexual y otras circunstancias de exclusión o menoscabo.

En los años siguientes, se promulgaron diversas leyes que abordan la violencia de género y la igualdad de oportunidades, a saber, la Ley Nº 1.265/2005 de Protección y Asistencia a las víctimas de violencia familiar y doméstica y la Ley Nº 1.688/2005 de Prevención de la Violencia Familiar y Doméstica y su modificatoria, la Ley Nº 5.466/2015.

La Ley Nº 2.110/2006 de Educación Sexual Integral establece la obligatoriedad de enseñar educación sexual en todos los niveles del sistema educativo.

En el año 2008, se promulga la Ley Nº 2.687 de Lucha Contra la Discriminación por Orientación Sexual o Identidad de Género que establece el 17 de mayo como el Día de la Lucha contra la Discriminación por Orientación Sexual o Identidad de Género y la Ley Nº 2.781 que garantiza asistencia integral a las víctimas de tratamiento de personas, abordando su situación de emergencia social y cumpliendo con normativas internacionales. Mientras tanto, la Ley Nº 2.957/2008 crea un Plan Marco para promover la plena ciudadanía, sin discriminación por orientación sexual o identidad de género, fortaleciendo los derechos y la diversidad sexual.

La Ley Nº 4.238 de Atención Integral de la Salud de Personas Intersexuales, Travestis, Transexuales y

Transgénero, promulgada en 2012, establece políticas de atención médica integral para los mencionados colectivos, contribuyendo a despatologizarlos. La Ley Nº 4.376/2012 promueve una política pública para el reconocimiento y ejercicio pleno de la ciudadanía LGBTTIQ+, incluyendo la creación de un Consejo Consultivo para políticas de respeto a la diversidad.

La Ley N° 4.628/2013 modifica la Ley de Sangre de C.A.B.A., eliminando requisitos discriminatorios a donantes LGBTTIQ+. Además, la Resolución Nº 431/14 de la Asesoría General Tutelar crea el Área Género y el Comité Asesor en Diversidad Sexual para proteger los derechos y promover la igualdad de las personas trans.

En 2015, se promulgó la Ley Nº 5.261 que combate la discriminación en Buenos Aires, abarcando orientación sexual e identidad de género, y brindando herramientas sólidas contra actos discriminatorios.

La Ley Nº 5.742/2016 combate el acoso sexual en lugares públicos y protege los derechos relacionados con género, identidad y orientación sexual.

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

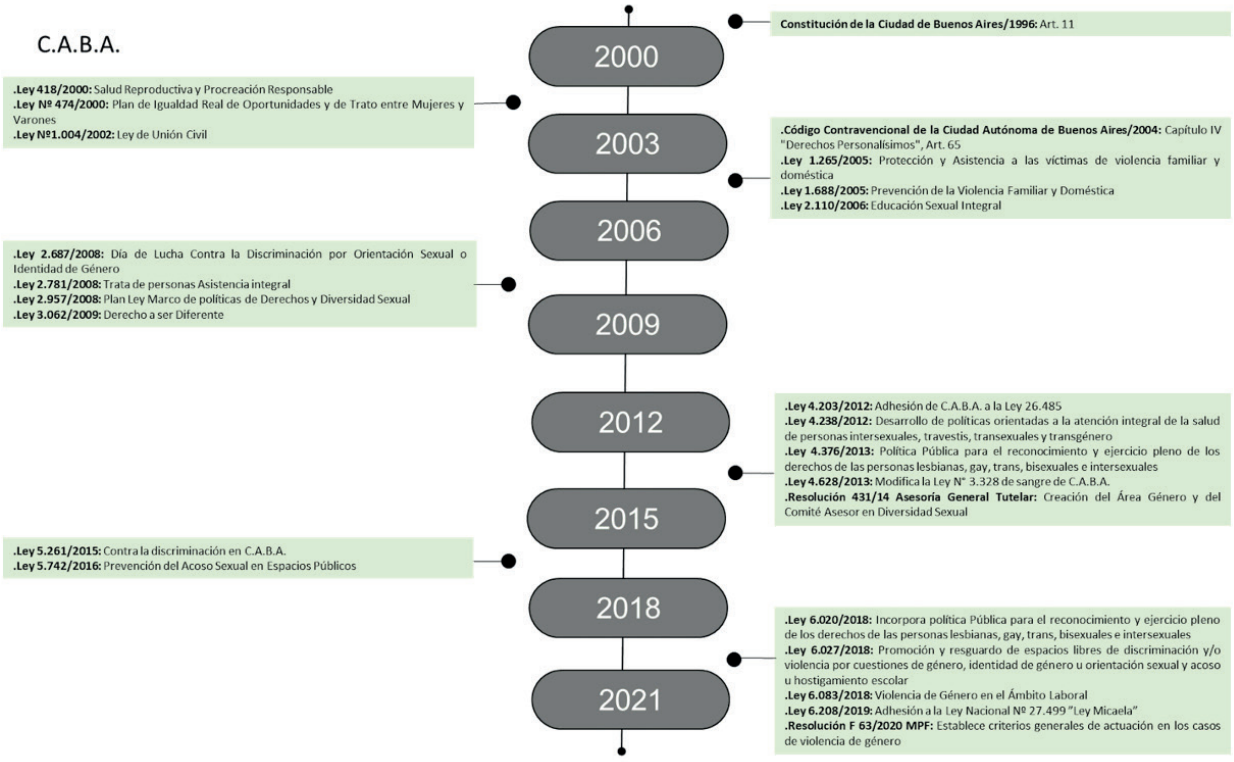
La Ley Nº 6.083 de Violencia de Género en el Ámbito Laboral de 2018 obliga a los poderes estatales a crear protocolos de abordaje de violencia de género en el entorno laboral.

La adhesión a la Ley Nacional Micaela en 2019, a través de la Ley Nº 6.208 hizo obligatoria la capacitación en género para integrantes de los poderes del Estado.

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

A continuación, se presenta una línea cronológica que contiene la principal normativa en materia de género en la CABA, como sigue:

Gráfico 3. Línea cronológica leyes de C.A.B.A.



Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento normativo.

La normativa analizada aún requiere de un abordaje de interseccionalidad de género, teniendo en cuenta cómo interactúan las distintas formas de opresión y barreras que pesan sobre los grupos históricamente vulnerabilizados, sea por acción u omisión del Estado.

En este sentido, es necesario pensar nuevos desafíos que permitan convertir a las políticas de género y diversidad en políticas de Estado, con sustentabilidad económica, de modo que no puedan ser eliminadas, suprimidas o se verifique regresión en términos de derechos humanos por parte de gobiernos de turno reaccionarios y conservadores. Para ello, la agenda de género tiene que responder a las prioridades de las mujeres y disidencias, incluida la lucha por la justicia social, sanitaria, hídrica y climática en el ámbito local-territorial, pero también global.

A modo de cierre

La sistematización de la normativa en el contexto del derecho a la salud con una perspectiva de género y diversidad se presenta como una herramienta esencial para guiar y condicionar las prácticas inclusivas y respetuosas de los derechos humanos, especialmente para mujeres y personas de diversas identidades.

Por el contrario, la falta de conocimiento legal del personal de salud de los servicios y sistemas de salud, se ha identificado como una barrera significativa, especialmente para mujeres y disidencias sexuales, en el acceso a sus derechos en el ámbito de la salud.

El conocimiento del derecho sanitario tiene impacto en las representaciones sociales y en las prácticas de las y los trabajadores de la salud. Integrar el marco normativo en la formación y en la producción científico-académica es esencial para lograr una atención médica más equitativa y sensible al género y la diversidad.

Resulta importante promover una formación integral de profesionales que comprenda información sobre el campo jurídico y sanitario en el plano local, nacional e internacional. Los estándares de derechos humanos se presentan como un pilar fundamental para la consecución de prácticas respetuosas de las personas usuarias de servicios de salud.

Este artículo propone superar visiones reduccionistas sobre los servicios de salud, reconociendo su diversidad interna, los factores institucionales que reproducen la desigualdad, y los desafíos concretos para garantizar derechos en contextos marcados por la cisheteronormatividad.

A través de un enfoque interseccional, se busca contribuir a una mirada más crítica y transformadora sobre el rol del Estado, las políticas públicas y los actores sanitarios en la garantía del derecho a la salud con perspectiva de género y diversidad.

En un contexto político regresivo, donde peligran avances en materia de derechos, la consolidación y aplicación del marco normativo cobra aún mayor relevancia. Lejos de ser una herramienta meramente formal, constituye un instrumento fundamental para proteger conquistas logradas, orientar las prácticas institucionales y garantizar el acceso equitativo a la salud. En este sentido, el Estado argentino tiene la obligación ineludible de cumplir con los tratados internacionales de derechos humanos que ha suscrito, asegurando que sus políticas sanitarias se alineen con los principios de igualdad, no discriminación y respeto por la diversidad.

Bibliografía

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.

Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de reproducción social*. Siglo Veintiuno Editores.

Butler, J. (1990). El Género en Disputa. Paidós.

Butler, J. (1996). Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En M. L. (comp.), *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG Porrúa.

Cáceres, Carlos F.; Talavera, Víctor A., & Mazín Reynoso, Rafael. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 698-704. Recuperado el 25 de septiembre de 2024, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400026&lng=es&tlng=es.

Campillo, F.; Lara, S. (1996). *Lineamientos para la integración de la perspectiva de género*. San José, Costa Rica: IIDH.

Campo-Arias, A; Herazo, E. (2008). *Homofobia en estudiantes de medicina: una revisión de los diez últimos años*. MedUNAB, 11, 120-123.

Carbonell, M. (2004). El principio pro persona: El nuevo paradigma hermenéutico de los derechos humanos. *Revista del Instituto de la Judicatura Federal*, (17), 5–24.

Centro de estudios legales y sociales CELS (2017) y otros. *Evaluación sobre el cumplimiento de la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW)*. https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/02/INT_CEDAW_NGO_ARG_25486_S.pdf.

Centro de estudios legales y sociales (2020). Los derechos humanos de la población travesti y trans en aislamiento obligatorio. En: https://www.cels.org.ar/web/2020/06/los-derechos-humanos-de-la-poblacion-travesti-y-trans-en-aislamiento-obligatorio/.

CEPAL (2019). Nudos críticos del desarrollo social inclusivo en América Latina y el Caribe: Antecedentes para una agenda regional. En https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44799/1/S1900579_es.pdf.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2016). Informe 50/16. Caso 12.834. Trabajadores indocumentados. P. 72. Estados Unidos de América.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Opinión Consultiva OC-24/17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos Solicitada por Costa Rica.

Crenshaw, Kimberle (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989:* Iss. 1, Article 8. Disponible en: http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8.

Echegoyemberry, M N (2018). Grietas en la ciudadanía: Interseccionalidad de género, ambiente, territorios y derechos humanos. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía, 3*(2), 23-41. https://doi.org/10.29112/ruae.v3.n2.2

Echegoyemberry, M. N. (2020). El Derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario. Hacia la construcción de la justicia sanitaria. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 11,* Nro. 21. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-conte.

Hollanda, E., Siqueira, S. A. V.; Andrade, G. R. B., & Molinaro, A. (2012). Satisfacción y responsividad en servicios de atención a la salud de la Fundación Oswaldo Cruz. *Ciênc Saúde Coletiva, 17*(12), 3343-52.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). *Herramientas básicas para integrar la perspectiva de género en organizaciones que trabajan derechos humanos*. IIDH.

Kennedy, D. (1976). Form and Substance in Private Law Adjudication. *Harvard Law Review,* 89(8), 1685–1778 openyls.law.yale.edu

Lamas, M. (2000). *El género es cultura*. Campus Euroamericano de Cooperación Cultural. Awada.

Londoño, M. I. (1996). *Género y salud: un nuevo paradigma*. [Ponencia] VII Congreso de Sexología: El género, un proceso cultural. Medellín, Colombia.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2011). *Identidades diversas, los mismos derechos*. Primera jornada nacional de diagnóstico participativo. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000574cnt-Identidades%20Diversas%20los%20mismos%20Derechos.pdf.

Ottosson, D. (2009) Homofobia de Estado. Un informe mundial sobre las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas. *ILGA, Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex*. Disponible en: www.ILGA.org.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2018). *A Human Rights-Based Approach to Data: Leaving No One Behind in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. https://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-be-

hind-2030-agendaUNSDG+2ACNUDH+2Foro Político sobre Desarrollo Sostenible+2

Petracci, M.; Mattioli, M. (2009). *Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: Evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich*. Buenos Aires.

Política de Igualdad de Género FMAM. (2017). Disponible en: https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36>https://docs.google.com/presentation/d/1TI-1o5Jziw-fybmWwqVOtkLPbeCSXPHus-m_dMLOLSo/edit#slide=id.gdaf5c1b22d_0_11.

Programa Mujer, Salud y Desarrollo. (2000). *La Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudio de caso en 10 países*. Disponible: file:///C:/Users/MHERNA~1/AppData/Local/Temp/GDR-Violencia-Domestica-Ruta-Critica-2011.pdf https://www.paho.org/es/documentos/violencia-contra-mujeres-ruta-critica.

Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1984). *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland: Or, Why It's Amazing That Federal Programs Work at All* (3rd ed.). University of California Press.

Rodríguez-Garavito, C. (2011). Toward a Sociology of the Global Rule of Law Field: Neoliberalism, Neoconstitutionalism, and the Contest over Judicial Reform in Latin America. In Y. Dezalay & B. G. Garth (Eds.), *Lawyers and the Rule of Law in an Era of Globalization* (pp. 156–180). Routledge.

Sabatier, P. A. (Ed.). (2007). *Theories of the Policy Process* (2nd ed.). Westview Press.Amazon+3Taylor & Francis+3ruby.fgcu.edu+3

Scarpino, P. (2020). *¿Salud para todes? Un estado de la cuestión*. Con X, (6), e036. https://doi.org/10.24215/24690333e036.

Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud.

Thelen, K. (2003). How Institutions Evolve: Insights from Comparative Historical Analysis. In J. Mahoney & D. Rueschemeyer (Eds.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences* (pp. 208–240). Cambridge University Press.Google Académico.

Vacchino, M., Pita, M., & Aranguren, M. (2021). Salud y género: abordajes desde las prácticas médicas en Argentina. CLACSO.

Vaitsman, J.; Andrade, G. R. B. (2005). Satisfacción y responsividad: formas de medir la calidad y la humanización de la asistencia a la salud. *Ciênc Saúde Coletiva, 10*(3), 599-613.

Vaitsman, J.; Rieveres Borges de Andrade, G. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet, 10*(3), 599–613.