



# ¿Y AHORA CÓMO SE HACE?

[ Pensando la comunicación con perspectiva de  
género y diversidad con los equipos de salud ]



Ministerio de Salud  
Argentina

## **AUTORIDADES**

### **Presidente de la Nación**

Alberto Fernández

### **Ministra de Salud de la Nación**

Carla Vizzotti

### **Jefa Unidad de Gabinete de Asesores**

Sonia Tarragona

### **Directora de Géneros y Diversidad**

Candela Cabrera

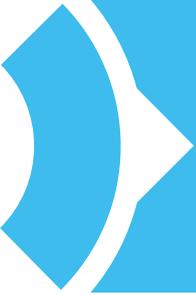
## **CRÉDITOS**

**Coordinación general:** Luciana Mignoli

**Redacción:** María Paula Cabañez Silva, Gabriela Cancellaro, Luciana Mignoli

**Diseño:** Silvina Tarragona

**Ilustraciones:** Melo Riedel



# ÍNDICE

Introducción .....	03
Antecedentes: marco normativo .....	05
¿Qué es la salud? .....	08
¿Qué es la comunicación? .....	10
Comunicar para la salud .....	15
Comunicar con perspectiva de género y diversidad .....	18
A modo de cierre.....	21
Para reflexionar en equipo .....	24
Actividades	
¿Qué podemos hacer?	

## INTRODUCCIÓN

Los hechos y las palabras son elementos centrales de la práctica diaria de quienes trabajamos en el ámbito de la salud. Todo el tiempo somos parte de un movimiento entre hacer y decir. La realidad sucede, se impone, nos obliga a hacer sin dilaciones. Y en ese contexto, nuestra práctica se transforma en un paisaje conocido, sin matices, sin dudas y nuestras respuestas se homogeneizan, se vuelven atemporales e impersonales.

Los carteles informativos, las entrevistas, los informes, las historias clínicas; son formas de registrar los diversos modos en que la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados suceden en la vida de las personas.

*¿Qué preguntas nos hacemos para poder reconstruir esos recorridos? ¿Quiénes son esas personas que acuden al sistema de salud? ¿Qué hacen? ¿De dónde vienen? ¿Qué saberes tienen? ¿Me entienden cuando hablo? ¿Pueden hacer lo que les indico? ¿De qué modo existen en nuestros discursos y prácticas? ¿O existen más bien en los silencios, en los espacios en blanco, en las anotaciones al margen, en los pasillos de grandes instituciones de salud o en las actividades extramuros que suceden sin registros?*

Con esas preguntas de marco, trabajamos en talleres con equipos de salud que se desempeñan en distintos niveles de atención con el objetivo de reflexionar sobre las prácticas comunicacionales existentes desde una perspectiva de géneros y diversidad que respeten los derechos humanos, el marco legal y finalmente colaboren en favorecer el acceso y permanencia de la población en el sistema de salud.

En 2022 habíamos publicado [¿Y ahora cómo se dice?](#) un material que recorre las principales estrategias utilizadas en la deconstrucción del lenguaje hacia formas más igualitarias y también pone a disposición una selección de materiales producidos desde diferentes ámbitos para quienes deseen ampliar herramientas



Ahora, con la experiencia de los talleres, elaboramos **¿Y ahora cómo se hace?** para recuperar y sistematizar la experiencia de los talleres y responder a la demanda de un nuevo insumo que nos permita seguir reflexionando sobre nuestras prácticas.

Este material que se ordena en dos grandes momentos, por un lado se presenta un marco teórico donde definimos las principales categorías conceptuales; los antecedentes normativos y materiales de divulgación que han nutrido el camino en que nos inscribimos. Y un segundo momento donde proponemos actividades y acciones para una comunicación en salud más igualitaria que fuimos construyendo en el hacer con otros equipos.

## ANTECEDENTES

El trabajo que el equipo llevó adelante no inicia un camino, no es un hecho aislado y endógeno, sino que sigue la huella de procesos más amplios que incluyen la producción de **materiales de divulgación**, en especial documentos de trabajo y publicaciones de consulta de organismos públicos (nacionales e internacionales) y por otro lado, en procesos colectivos de participación social que, en un terreno de disputa y construcción, se plasmaron en un **marco normativo** que garantiza derechos.

En relación a la perspectiva de géneros y diversidad, nuestro país suscribió a diferentes convenciones internacionales que no sólo impulsaron la generación de políticas públicas sino que también fueron demarcando definiciones y conceptualizaciones en este ámbito.

- ✦ CEDAW, Estados Unidos. Adoptada en forma unánime por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979. Es el primer instrumento a nivel mundial específico de protección de los derechos humanos de las mujeres (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer). Argentina le otorgó jerarquía constitucional en 1994.
- ✦ Beijing, China. Allí se realizó la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que aprobó en 1995 la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, de la que Argentina es parte. Se fijaron mecanismos clave para alcanzar la igualdad de género en diversos ámbitos.
- ✦ Belém do Pará, Brasil. Allí se realizó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Primer instrumento que propuso el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres para luchar contra la violencia física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como privado. La OEA la adoptó en 1994 y Argentina la aprobó en 1996.

- ✦ Principios de Yogyakarta, Indonesia. Estos principios elaborados en 2006 encuadran la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género.

A nivel local, en las últimas dos décadas se sancionaron una serie de leyes que desde distintos ámbitos y aristas impactan en las políticas de género y diversidad. El robusto **marco normativo argentino** en esta materia es considerado de vanguardia no solo en la región sino a nivel mundial. Ese campo jurídico, que es producto de una historia de luchas del heterogéneo movimiento feminista y LGTBI+, configuran una estructura sólida para trabajar por los derechos de las personas. Mencionamos aquí sólo algunas de esas legislaciones que de formas diversas impactan en la comunicación en salud.

- ✦ 2002, Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable.
- ✦ 2004, Ley 25.929. Ley de parto humanizado.
- ✦ 2005, Ley 26.061. Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- ✦ 2006, Ley 26.150. Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
- ✦ 2009, Ley 26.130. Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.
- ✦ 2009, Ley 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.
- ✦ 2010, Ley 26.618. Matrimonio igualitario.

- 
- ✦ 2012, Ley 26.743. Derecho a la identidad de género.
  - ✦ 2017, Ley 27.412. Paridad de Género en Ámbitos de Representación Política.
  - ✦ 2018, Ley 27.499. Ley Micaela, de capacitación obligatoria en el Estado.
  - ✦ 2020, Ley 27.610. Interrupción Voluntaria del Embarazo.
  - ✦ 2021, Ley 27.636. Acceso al Empleo Formal para personas travestis, transexuales y transgéneros.

## ¿QUÉ ES LA SALUD?

Muchas veces, las palabras más usuales son aquellas sobre las que más nos cuesta generar algún consenso sobre su definición. Si bien existe una amplia literatura en relación a la conceptualización del término, nos parece importante poner en común qué entendemos por “salud”.

Si hiciéramos el ejercicio de preguntarle a varias personas **¿Qué es la salud?** las respuestas serían variadas. Algunas estarían centradas en la presencia o ausencia de enfermedades, otras con sentirse bien, vivir muchos años, tener un trabajo o tener suficiente dinero para comprar cosas necesarias, etc.

Cada cultura, cada pueblo ha tenido y tiene una representación sobre las ideas de salud, enfermedad, atención, cuidados e incluso sus propios rituales ante la muerte.

Como equipo de trabajo, acordamos definir a **la salud como un derecho humano universal**, no referida sólo a la ausencia de enfermedades sino hilvanada a los procesos sociales, históricos y colectivos en los cuales se inscribe la tensión de la satisfacción de las condiciones materiales de existencia de las personas. El reconocimiento de los determinantes sociales de la salud<sup>1</sup> nos permite advertir que las desigualdades en el acceso no sólo son evitables sino también injustas.



*Conceptualizar a la salud como un proceso social histórico, cultural y colectivo y desvincularla de lo estrictamente biológico nos permite pensarla como un proceso en permanente movimiento.*

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los determinantes de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Las conceptualizaciones clásicas de la accesibilidad a la salud datan de la década del '60 y la vinculan con una suficiente oferta geográfica de efectores, sin embargo es importante recuperar una mirada crítica respecto a esta categoría central e incluir otros factores que favorecen o no al encuentro/desencuentro (Comes et al., 2007) de la población y los servicios de salud.

El modo en el que se brinda la atención, la escucha y el acompañamiento se ubican como elementos centrales para comprender la accesibilidad. Ya no se trata sólo de cercanía geográfica sino que algo del orden de la afectividad se pone en juego a la hora de revisar esta categoría.



*En Argentina, la salud es un derecho humano contemplado en la Constitución Nacional en el art. 75 inc. 22 donde se incorporan once Pactos y Tratados Internacionales, y en cuyo preámbulo señala que este derecho es "para todos los hombres del mundo que quieran habitar en el suelo argentino", no solo para quienes hayan nacido en nuestro territorio.*

***¿Qué podemos hacer para encontrarnos con las personas que asisten, consultan y transitan por las instituciones de salud?*** Las condiciones materiales (qué podemos hacer y qué no en la realidad de nuestro día a día) determinan las posibilidades reales de llevar adelante lo que consideramos cuidados. Ese escenario que construimos al inicio donde todo se vuelve predecible, necesita que hagamos preguntas que permitan la "aparición en escena" de las diversas formas en las que las personas viven. Y es en este punto donde *la comunicación* se transforma en la estrategia central de nuestra intervención.

## ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

En su etimología la palabra comunicación se refiere a “*poner en común*”. Similar a la palabra comunidad, hace referencia a la idea de compartir algo.

El lenguaje de nuestro cuerpo, las palabras que usamos y la forma en que disponemos del espacio dan cuenta de nuestra forma de ver y estar en el mundo. Desde el inicio de los tiempos el encuentro con quienes nos rodean ha sido lo que nos permitió no solo la subsistencia, sino la construcción de la comunidad como una posibilidad de organización para resolver las necesidades imperiosas de la vida. Desde el Paleolítico, nombramos el mundo para poder habitarlo y esa forma de nombrar y habitar no es homogénea: vamos dejando rastro de las actividades humanas. La antropóloga María Pía Falchi remarca que lo que conocemos como arte rupestre no es arte en el sentido actual, sino que se trata de un sistema de comunicación. Es una expresión plástica que brinda información sobre aspectos simbólicos y estéticos de las sociedades en diferentes momentos del pasado”<sup>2</sup>.

La lengua castellana, tal como la conocemos, es producto de aportes de muchos pueblos y culturas a lo largo de la historia. **Algo tan sencillo como hablar, necesita de acuerdos culturales que le den sentido a lo que expresamos.**

Comunicarnos es la forma de salir al encuentro, por eso, muchos autores y autoras consideran a la comunicación como una dimensión transversal y estratégica a todos los equipos e instituciones. ¿Qué quiere decir eso? Que para nuestra práctica es muy importante que podamos identificar *cuándo* nos estamos comunicando, *qué* decimos, *con quién* y *para quién*.

---

2. Entrevista a María Pía Falchi, investigadora del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano (INAPL). Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-arte-rupestre-un-sistema-de-comunicacion>

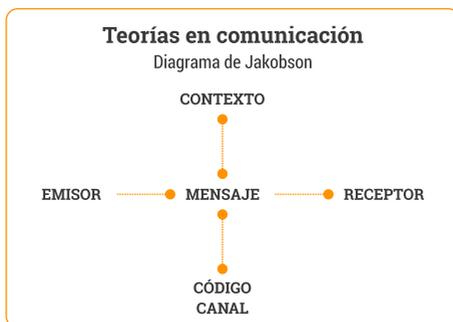


Si bien este trabajo no pretende profundizar sobre las teorías de la comunicación de las que hay una profusa literatura, nos parece indispensable retomar algunos conceptos clave que ofician de marco de referencia para repensar nuevas formas de comunicarnos.

Para eso, es preciso recapitular al inicio de Mass Communication Research, que en español significa “Investigación de los Medios Masivos de Comunicación”, es decir, la rama de la comunicación que estudia cómo y por qué nos comunicamos. En esa primer etapa que tuvo lugar ya iniciado el siglo XX (décadas del ‘20 y del ‘30), se popularizó la Teoría de la Aguja Hipodérmica o Teoría de la Bala Mágica.

De forma muy reduccionista podemos decir que narra a la comunicación desde una relación asimétrica, donde quien emite el mensaje *detenta el poder*, se comunica de forma *unidireccional* y se entiende a la recepción como una situación pasiva, de sujetos enajenados, sin potencialidades propias para repensar esos mensajes.

El modelo del sociólogo estadounidense **Harold Lasswell** (1948) es considerado como la formalización de diversos estudios y teorías que se proponían explicar la comunicación de masas y sus efectos sobre los receptores. Para eso, indicaba que un modo adecuado de describir un acto de comunicación consiste en responder a las preguntas ¿quién dice qué, en qué canal, a quién y con qué efectos? De esta manera y a partir del estudio de la propaganda política, Lasswell fue el primero en delimitar los componentes del proceso comunicativo.



Entre otros teóricos, el lingüista ruso **Roman Jakobson** (1960) interesado por investigar la especificidad de la poesía analizó las funciones del lenguaje. A partir de ahí elaboró un esquema de comunicación con seis elementos: destinador, destinatario, contexto, código, contacto o canal y mensaje. Es decir, un emisor que transmite un mensaje a un receptor, en un contexto de referencia, con determinado código compartido (el emisor codifica el mensaje y el receptor lo decodifica) y en un canal físico. Jakobson plantea un modelo teórico que observa los diferentes usos y funciones a los que se presta el lenguaje en la diversidad de acciones que hacen a la cotidianidad de la vida humana.

Si bien luego ese modelo fue criticado por su unidireccionalidad, hay que reconocer que el mensaje ya no se considera como una mera transmisión de información, sino que intervienen otros aspectos para analizar. Su esquema -que hoy se sigue estudiando desde la educación primaria- de alguna manera permitió disecionar en diferentes componentes algo tan abstracto como una situación de comunicación.

Además, generó luego otras teorías que al criticarlo, lo ampliaron y robustecieron. Como la lingüista francesa **Catherine Kerbrat-Orecchioni** (1980) que plantea que el modelo Jakobson da cuenta de diferentes usos del lenguaje, pero es insuficiente para



explicar las relaciones que se establecen a escala personal. Por eso, profundiza el carácter subjetivo del lenguaje, en las competencias lingüísticas de quienes participan en la comunicación y se centra luego en la noción de código.

Para la autora, el código aparece formulado “en singular y suspendido en el aire entre el emisor y el receptor”, lo cual -dice- plantea dos problemas: la homogeneidad del código y la exterioridad del código. Es decir, Kerbrat-Orecchioni señala lo problemático de entender al código como algo uniforme e idéntico y a su vez, como algo externo, como si no estuvieran involucradas las competencias de cada sujeto, sus posibilidades lingüísticas y paralingüísticas, ideológicas y culturales, sus determinaciones “psi”, en resumen, aspectos susceptibles a la hora de producir e interpretar.

Las primeras teorías de la comunicación posicionaron a un sujeto receptor pasivo, invisibilizando las tensiones, enfrentamientos y opresiones que se realizan en el lenguaje. Y de alguna manera minimizaron o desconocieron las relaciones de poder que se ponen en juego en el intercambio comunicativo.

Nos permitimos aquí hacer un parangón entre **la Teoría Hipodérmica y el campo de la comunicación en salud**. Justamente, la metáfora que da nombre a esa corriente teórica proviene de la salud: hipo (debajo) y dérmica (piel). Supone un acto comunicativo donde un emisor inyecta su mensaje por debajo de la piel a un receptor que, impávido y sin capacidades propias, recibe ese mensaje tal cual fue propuesto y actúa en consecuencia. Como si a una persona que tiene un diagnóstico de hipertensión alcanzara con indicarle una “dieta hiposódica” y actividad física y esperar que mejore, sin explicitar cómo realizar el tratamiento.

Tal como advierten Díaz y Uranga (2011), “en línea con las teorías hegemónicas por aquellos años, se instaló una concepción de la comunicación con un claro sentido instrumental, que la consideraba como una herramienta para manipular y controlar



las conductas individuales y colectivas; una idea claramente vinculada con las primeras teorías de la comunicación, basada en perspectivas sistémicas y funcionalistas, que la concibieron como mera transmisión de información con fines persuasivos”.

**¿Cuántos de esos modelos obsoletos siguen vigentes hoy en la atención en salud? ¿Acaso el modelo médico hegemónico (MMH)** que plantea Eduardo Menéndez (1988) no sigue perpetuándose y replicando esas estructuras de asimetría de poder y autoritarismo en la atención en salud?

El autor define al MMH como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica. Sostiene que desde fines del siglo XVIII este modelo ubicó como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, “hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”.

Y detalla que esta construcción supone una serie de rasgos estructurales, que operan entre sí: “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico”.

En esta perspectiva subyace una crítica al concepto de **salud-enfermedad**. La enfermedad se entiende como un desvío. Explicita la asimetría entre el profesional y el “paciente”, que es considerado ignorante o poseedor de un saber equivocado y responsable de su enfermedad. Además, toma como único saber el conocimiento médico que se supone científico.

## COMUNICAR PARA LA SALUD

¿Qué pasa hoy con la comunicación en el campo de la salud? ¿Esos modelos obsoletos se perpetúan sin resistencias ni fisuras? ¿O conviven con nuevas formas de pensar a la salud y –más específicamente– a la comunicación para la salud?

Así como asistimos actualmente a una disputa entre diferentes paradigmas de salud, también existen tensiones entre los paradigmas de comunicación en salud. Y estos conflictos no suceden solamente en el plano de la discusión teórica sino que asumen formas concretas y definen modelos de atención.

Retomando al físico, filósofo e historiador estadounidense **Thomas Kuhn** (1962), hablamos de paradigma en el sentido de modelo, molde o patrón. Es decir, a un conjunto una serie de pautas o reglas que delinear el marco dentro del cual se despliega nuestro quehacer. El autor se refiere a “paradigma” en su obra clásica *La estructura de las revoluciones científicas* y allí sostiene que un paradigma implica acordar con una determinada “visión de mundo” o sistema de creencias. También utiliza conceptualizaciones como “constelación de cuestiones”, “principio organizador”, “punto de vista epistemológico general” y “nuevo modo de ver”, entre otros (Maia 2013 citado en Nunes, 2014).

En la constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS, 1978), en la Primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá, 1986), entre otros hitos, **la comunicación empieza a hacerse un lugar en los procesos de salud.**

Para Uranga y Díaz (2011), la comunicación siempre ha estado presente en los procesos de salud: primero desde un modelo biomédico de “recuperación del enfermo” y luego, a partir de la definición de la OMS -que fue más allá de la ausencia de afec-



ciones o enfermedades- se generó una transformación en las perspectivas y en las formas de abordar la salud, con políticas que fueron tomando fuerza en el último cuarto del siglo XX, en un modelo de intervención estatal conocido como Estado de Bienestar. En este contexto, en Argentina en 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública a cargo del Dr. Ramón Carrillo. La salud pública, entendida de una manera integral, resaltaba la importancia de la prevención de enfermedades y las primeras tareas de promoción de la salud.

La salud se convierte entonces en un “componente ético en el desarrollo de las sociedades democráticas” y supone “reconocer el rol del Estado como instrumento de redistribución con el objetivo de disminuir las desigualdades socioeconómicas preexistentes entre las personas” (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Estas nuevas miradas de la comunicación en salud se pueden rastrear en diferentes publicaciones que van dejando rastros en estas disputas paradigmáticas. Tal es el caso de “Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud” (Ministerio de Salud de la Nación, 2011), donde se expresa:

**“las concepciones tradicionales hoy van cediendo paso a otros modos de concebir la comunicación y su relación con la salud. La sociedad toda va tomando conciencia de que el lenguaje ‘construye el mundo’. Lo recrea, lo sostiene, e incluso prefigura ‘otros mundos posibles’. Esto implica cambios sustanciales para el campo de la comunicación, la labor de los equipos de salud de CAP, hospitales y centros de salud en iniciativas de comunicación y**



salud. La comunicación ha dejado de ser un 'instrumento al servicio de', para convertirse en una dimensión estratégica en el campo de la salud. Es el espacio común donde las interacciones posibilitarán nuevos sentidos y mejoras en la salud de la comunidad".

Para eso, es indispensable trabajar con quienes compartimos la tarea en salud porque:

"aún nos cuesta reconocernos en nuestro rol de comunicadores/as sociales. Muchas veces –y hasta sin siquiera saberlo- somos emergentes de un sistema que sigue basado en el modelo médico hegemónico y que aún padece una fragmentación y una desarticulación históricas. Y desde ese paradigma, se piensa a la comunicación como la asimétrica relación "médico-paciente", donde el primero debe traducir para que el segundo obedezca. Y tanto en la formación de las ciencias de la salud como en la planificación de las tareas cotidianas no se suelen incluir a la comunicación como una disciplina de directa intervención en la práctica, sino como un aspecto secundario frente a las dimensiones clínicas".

Poder establecer códigos comunes, entender la complejidad de la producción de sentidos, tener en cuenta cómo influyen los contextos, hará que la comunicación emerja en primer plano a la

hora de pensar la salud pública. Porque sin códigos comunes o palabras compartidas, no hay comunicación posible.

En ese sentido, Poccioni (2015) destaca que el aporte que desde la comunicación podemos hacer a los procesos de atención de la salud es justamente proporcionar herramientas para realizar diagnóstico apropiado que permita identificar problemas de comunicación, generar espacios donde se pongan en diálogo “los actores que forman parte de la organización y a los que la necesitan para resolver sus problemas de salud”.



*Detrás de cada práctica, subyace un modelo de comunicación. Y detrás de cada modelo de comunicación, existe un modelo de atención y una conceptualización de salud. Por eso, revisar las propias prácticas de comunicación en el campo de salud es también reflexionar sobre qué entendemos por salud pública.*

“En otras palabras, la comunicación no es solamente asunto de comunicadores, y comunicar no es solamente imaginar eslóganes ingeniosos, formatos novedosos o lenguajes sorprendentes. También es hacer política entendida como animación de redes y procesos organizativos que hagan posibles objetivos de cambio propuestos de manera concertada” (Bruno et al., 2011).

## **COMUNICAR CON PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD**

Como ya vimos, las palabras representan una idea respecto al mundo que nos circunda; es por eso que no son neutrales. La lengua castellana tal como la conocemos, es producto de procesos culturales de diversos pueblos. En esa confluencia pueden identificarse, incluso, los procesos históricos de expansión de



los imperios europeos en América Latina. Antes de la llegada de los imperios europeos las lenguas que se hablaban<sup>3</sup> en la región eran las de los pueblos que la habitaban; parte del proceso de apropiación y ocupación, fue obligar el idioma y la religión.

Sin embargo, la característica que vamos a mencionar en este apartado tiene que ver con lo que se llama la utilización del masculino universal. Que hace referencia a que

**“la lengua española otorgó al masculino la cualidad de representar la medida universal y generalizable de toda la humanidad. La categoría de Hombre (con mayúscula) se instituyó de forma hegemónica ubicando en el mismo movimiento a lo femenino como inferior y subordinado e invisibilizando la existencia de otros géneros más allá del binomio masculino/femenino” (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).**

Es importante reconocer que esta universalización del masculino también se evidencia en la narración de la historia universal; se han narrado hechos fundantes de los países invisibilizando o borrando a mujeres, poblaciones indígenas, tal como sucede en los procesos revolucionarios hispanoamericanos del siglo XIX, en los cuales el rol de las generalas de los ejércitos no ha sido mencionado sino hasta la última década.

---

3. De acuerdo al Mapa “Idiomas indígenas en el presente” que elaboró un equipo del Centro Universitario de Idiomas (CUI) de la Universidad de Buenos Aires, en Argentina existen al menos 36 lenguas originarias de las cuales 15 tienen hablantes activos y 9 están en proceso de revitalización. Disponible en [https://cui.edu.ar/pdf/banner-mapa-Lenguasindigenas-90x190cm\\_1\\_a.pdf](https://cui.edu.ar/pdf/banner-mapa-Lenguasindigenas-90x190cm_1_a.pdf)



Cuando reflexionamos críticamente sobre este uso del masculino universal, incorporamos una nueva forma de contar, de narrar la realidad. Y emerge una nueva pregunta en nuestras comunicaciones ¿Quién falta? *Por ejemplo: En caso de recibir una nota de una institución escolar informando de una reunión de padres, ¿las madres están convocadas?*

Y así se devela que la universalización del masculino no solo ubica de forma subalterna al género femenino y cualquier otro género que escape al binomio femenino/masculino, sino que también es una forma de ocultar que los procesos históricos son producto del movimiento, el conflicto y las tensiones, de proyectos sociales contrapuestos, de recorridos culturales diversos, de identidades que se construyen, de sociedades movilizadas para conquistar derechos, de disputas por las condiciones materiales en las cuales se sustenta la vida.

Entonces, creer que desde un efector de salud podemos homogeneizar la población que atendemos es un espejismo. Cuando aparece en el consultorio “la falta de adhesión a un tratamiento” o “el uso disfuncional de métodos anticonceptivos”, nos resulta inesperado, no podemos ubicarlo en ninguna de las categorías pre armadas para ordenar nuestra intervención. Dice Carballada (2017) que entre el sujeto que la institución espera y el que llega a la institución se produce una distancia que genera parálisis, desconcierto, rechazo que, según el autor, se expresa como incapacidad. “Así, las instituciones, frente a ese sujeto inesperado, dejan de contener, de escuchar, de socializar y fundamentalmente de cuidar. Paradojalmente, se invierte el sentido; quién debe ser cuidado, alojado, produce muchas veces una acción inversa que se puede sintetizar en cuidarse de quienes deben cuidarlo”.

*¿Damos por sentada la sexualidad o la identidad de género de las personas? ¿Pensamos en jóvenes o adolescentes con responsabilidades laborales, parentales o solo como estudiantes? ¿Asumimos que todas las personas saben leer en lengua*

castellana escrita? ¿Respetamos las creencias religiosas para dar indicaciones sobre los cuidados? ¿Suponemos el acceso a ciertos servicios como agua segura o transporte público? ¿Usamos palabras de uso compartido? ¿Nos preocupamos porque nos comprendan? ¿Señalamos un rol activo de las personas en relación a sus cuidados?

Para comunicar con perspectiva de género y diversidad no hay fórmulas exactas ni respuestas automáticas, sino más bien preguntas que nos permiten reconstruir escenarios y biografías. Saber que no alcanza con dar información sobre lo que hay que hacer para “tener salud”, sino que es central comprender que la toma de decisiones de cuidado es un proceso complejo donde intervienen muchos elementos.



*Darnos tiempo para un acercamiento certero a las personas y sus posibilidades, permitirnos no saber, no suponer, escuchar su voz, mirar a los ojos, hablar buscando un encuentro, es habilitar un rol activo en sus cuidados y la posibilidad de pensarlos situados, como condición para hacerlos posibles.*

## **A MODO DE CIERRE...**

A lo largo de esta guía hemos desarrollado categorías conceptuales que nos permiten comprender que la comunicación es una instancia estratégica de nuestras actividades diarias. En los modos que elegimos para comunicarnos se encuentran implícitas nuestras ideas de mundo, nuestra concepción de quienes son las otras personas.

También acordamos en considerar a la salud como un derecho humano y en esa línea, resaltamos el rol fundamental del Estado



en la concreción de este derecho y en la necesidad de políticas sanitarias que consideren la diversidad de la realidad.

Compartiremos a continuación algunos datos de salud que nos resultan por demás ilustrativos, provenientes de distintas fuentes y reunidos en “Ley Micaela: Salud pública en clave de género” (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

Si bien no hay datos oficiales y representativos a nivel nacional -lo cual es una expresión más de la invisibilización y vulneración de derechos-, estudios de diferentes jurisdicciones del país realizados por organizaciones sociales (fundamentalmente LGBTI+<sup>4</sup>) en articulación con ámbitos estatales dan cuenta de una alarmante brecha de la población trans, travesti y no binaria (TTNB) con respecto a la población cisgénero<sup>5</sup> en todos los ámbitos: familiar, laboral, educativo y sanitario.

En relación a la cobertura en salud, el 83% de las travestis y trans feminidades y 69% de trans masculinidades cuentan únicamente con cobertura del subsistema público de salud, mientras en la población cis estos valores se encuentran alrededor del 36%.

Con respecto al sistema sanitario, 3 de cada 10 personas TTNB encuestadas abandonaron tratamientos médicos y 5 de cada 10 dejaron de concurrir al efector de salud como consecuencia haber sido objeto de discriminación. Esta discriminación es ejercida por parte de distintos integrantes del equipo de salud, en especial personal médico y administrativo y por otras personas usuarias de los servicios.

---

4. Acrónimo de uso común (fusión de las iniciales de lesbianas, gays, bisexuales, trans, travestis, intersex) que se utiliza para referirse al arco de la diversidad sexogenérica y otras identidades no nombradas.

5. “Se les llama personas CIS a aquellas que se identifican con el género asignado al nacer. Y se usa el término TRANS para referirse a las personas que se identifican con un género diferente al asignado. Al presupuesto o naturalización de que el género de las personas se corresponde linealmente con el sexo asignado al nacer se le llama cisexismo o cis-normatividad” (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

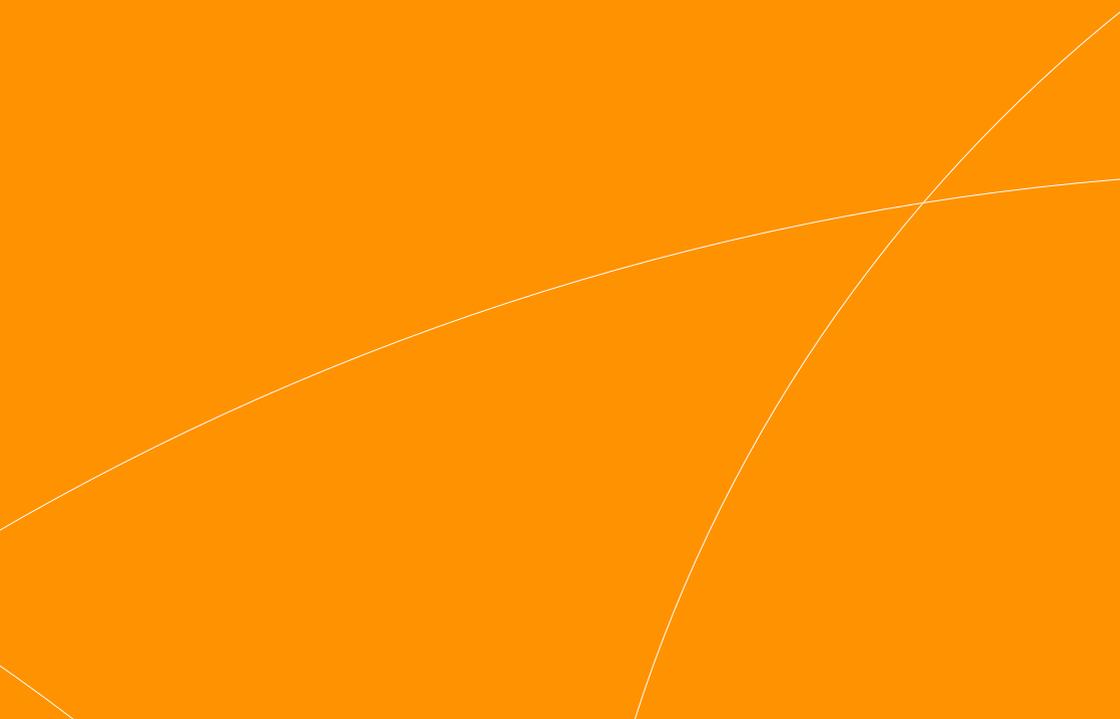


*Cabe preguntarnos ¿cuántas de estas discriminaciones se enraízan en actos de comunicación? ¿Cuántas personas abandonan tratamientos por no ser llamadas por el nombre o pronombre elegido en los muchos pasos burocráticos del sistema de salud? ¿Cuántas no encuentran reflejada su identidad en las herramientas de registro? ¿Cuánto se ve afectada la calidad de vida de esas personas? ¿Cuántos años de vida se pierden por ello?*

A doce años de sancionada la Ley de Identidad de Género, los equipos de salud continúan siendo parte de las barreras para el acceso, por no estar preparados para recibir a las personas alcanzadas por la ley 26.743 y hacer cumplir sus derechos.

Tal como se enuncia en el Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública, creemos que “una comunicación clara, sólida, oportuna y no sexista constituye una acción esencial para construir una salud pública integral que pueda colaborar en la disminución de las violencias por motivos de género, generar acceso a los servicios de poblaciones históricamente expulsadas y, sobre todo, promover nuevas formas de construir política pública”.

**PARA  
REFLEXIONAR  
EN EQUIPO**

The background is a solid orange color. In the lower half of the image, there are several thin, white, curved lines that sweep across the frame from the bottom left towards the top right, creating a sense of movement and depth.

A lo largo de este trabajo, hemos caracterizado el contexto caótico en el que se inscribe nuestra práctica cotidiana, sin embargo, señalamos también la necesidad de detenernos y tomar distancia para poder reflexionar sobre nuestras tareas y los obstáculos cotidianos. Habilitarnos la reflexión individual y colectiva no solo optimiza nuestra intervención sino que se constituye en una instancia de cuidado para quienes integran los equipos de salud.

A continuación, ofrecemos un listado de recursos disponibles para acompañar las instancias de capacitación de los equipos. En estas fichas van a encontrar un icono a la derecha que les indica el tipo de material (audio, video, documento, etc), palabras clave que permite saber qué temáticas se pueden trabajar y un link de acceso.



CUADERNILLO N°2 NIÑECES Y ADOLESCENCIAS TRANS\* | ATENCIÓN PEDIÁTRICA: SITUACIONES DE LA CONSULTA. PÁGS. 14 A 19.

SITUACIÓN 1: JERÓNIMO CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO”

Palabras clave: entrevista ✨ rol profesional ✨ trato digno.

Link de acceso: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/cuadernillo-nro2-nineces-y-adolescencias-trans-atencion-pediatrica-situaciones-de-la>



“CONSTRUYENDO UNA MEJOR ATENCIÓN EN SALUD | CASO JULIA FERNÁNDEZ”

Tipo de material: video

Palabras clave: Entrevista ✨ rol profesional ✨ uso de materiales de comunicación en la consulta.

Link de acceso: <https://www.youtube.com/watch?v=vRzSgfeOyW4>

Todos los capitulos disponibles en este link: <https://fcp.uncuyo.edu.ar/materiales-didacticos-para-abordar-la-salud-sexual-reproductiva-y-no-reproductiva>



SPOT ACOMPAÑAMIENTO DE GESTACIÓN Y PARTO CON LENGUAJE DE SEÑAS

Tipo de material: Video

Palabras clave: respeto en la gestación y parto -acompañamiento-inclusión- salud y derechos.

Link de acceso: [https://www.youtube.com/watch?v=1zvS\\_LG8o7U](https://www.youtube.com/watch?v=1zvS_LG8o7U)



“DDH40: DERECHOS HUMANOS Y DEMOCRACIA”

Tipo de material: podcast

Links de acceso:

Episodio 18: Mujeres en la ESMA

<https://open.spotify.com/episode/4JcBDwurOUWAL38eTGW0yG?-si=ee62d6d04d3e4258>

Episodio 35: Género y Derechos Humanos (parte 1)

<https://open.spotify.com/episode/3BQPae4wnLs27IYnBEEtT7?si=9f7e77e156114a26>

Episodio 36: Género y Derechos Humanos (parte 2)

<https://open.spotify.com/episode/7cznxBoRhwhfbycpB7FoGdv?si=cf11432457da49e1>

Palabras clave: género ✨ derechos humanos ✨ violencia por moti-

vos de género ✨ identidad de género ✨ trato digno ✨ movimientos sociales ✨ feminismos

## Acciones hacia una comunicación más igualitaria:

Durante el año 2023 se trabajó con equipo de salud del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner de Cañuelas. Con la intención de favorecer la circulación de experiencias y poner en valor las construcciones colectivas, compartimos en este apartado parte de las producciones grupales que nos permiten identificar aquellas acciones que podemos incorporar en nuestra práctica diaria.



**En todos los momentos de atención** (mesa de entradas, consultas con profesionales, etc):

- ✨ Siempre preguntale a las personas cómo quieren que las llamemos y registrarlo en historia de salud o historia clínica.
- ✨ **Explicitar los procesos** tanto de los síntomas, como de los tratamientos o cuestiones administrativas.
- ✨ **Anticipar** es una forma de acompañar en la toma de decisiones. Incluir a las familias para “**ampliar la escucha**” en las opciones de tratamiento.
- ✨ **Informar** con lenguaje claro, a las personas y sus acompañantes, todas las cuestiones referidas a la atención de su salud. En lo posible, realizar esta tarea de manera interdisciplinaria y en un contexto donde se garantice la intimidad y confidencialidad.
- ✨ **Hacer lugar** a las preguntas, acompañar y contener. Propiciar una escucha atenta, activa, empática, respetuosa, mirando a los ojos. No dar cosas por supuestas, siempre explicar. Escribir las indicaciones y recetas con letra clara. Siempre preguntar si se entiende.

- \* **Prestar atención** al lenguaje corporal, tener en cuenta que no comunicamos solo con palabras.
- \* **Mejorar** la comunicación institucional para no repetir o superponer intervenciones y para ofrecer una mirada integral de la atención.
- \* **Humanizar los procesos burocráticos.** Explicarlos para que no sean un obstáculo en la atención.
- \* Garantizar el **acceso a la información para las personas sordas** o usuarias del lenguaje de señas.

#### **Al interior de los equipos:**

- \* Considerar que **todas las personas forman parte de la atención** (seguridad, agentes de traslado, maestranza) y deberían participar en espacios de capacitación porque están en contacto con las personas que se acercan al hospital o centro de salud.
- \* Cambiar/reflexionar sobre la relación “médico/paciente” (¿Cómo llamamos a las personas que atendemos?)

#### **En la institución:**

- \* Tener en cuenta que la institución comunica de muchas maneras por ejemplo, en la disposición del espacio, los colores, etc.
- \* Adecuar los registros a la diversidad de la realidad.
- \* Favorecer la comunicación entre los equipos, tendiendo a construir compañerismo. ¿Quién cuida a quienes cuidamos?
- \* Generar instancias de capacitación interdisciplinaria.

## Bibliografía

- Bruno, D. et al. (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(2), pp. 5-18. Disponible en: [http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2011.1\(2\).5-18](http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2011.1(2).5-18)
- Carballeda, J.M. (2017). La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones. *Revista Voces en el Fénix. Cátedra Abierta Plan Fénix. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires*. Disponible en <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/la-irrupcion-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones/>
- Comes, Y., et al. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- Díaz, Hernán y Uranga, Washington (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, nº 1, pp. 113-124. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3648922>
- Jakobson, R. (1981). "Lingüística y poética" en *Ensayos de Lingüística general*. Seix Barral, Barcelona.
- Kerbrat-Orecchioni, C., "De la subjetividad en el lenguaje" en *La enunciación*. Buenos Aires, Edicial, 1997. (Obra original publicada en 1980). Disponible en <https://www.textosenlinea.com.ar/textos/Kerbrat.pdf>
- Kuhn, T S. (2005). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica de México. (Obra original publicada en 1962).
- Menéndez E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires. Disponible en [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). "Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos: Guía de comunicación para equipos de salud". Buenos Aires. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000217cnt-guia-comunicacion-y-salud.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Guía para garantizar el acceso a la salud sexual y a la salud reproductiva de las mujeres*. Buenos Aires
- Ministerio de Salud de la Nación (2022). '¿Y ahora cómo se dice? Pensando el len-

- guaje y la comunicación no sexista e inclusiva en el Ministerio de Salud de la Nación”. Buenos Aires. Disponible en [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-04/Y\\_ahora\\_como\\_se\\_dice-lenguaje\\_No\\_Sexista.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-04/Y_ahora_como_se_dice-lenguaje_No_Sexista.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación (2022). “Ley Micaela: Salud pública en clave de género”. Buenos Aires. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-micaela>
- Nunes, Everardo Duarte (2014). “Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión”. En *Salud Colectiva* 10(1) pp. 57-65. UnLa, Argentina. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2014.v10n1/57-65/es>
- Poccioni, M. T. (2015). Hospitales públicos desde la mirada comunicacional. *Actas De Periodismo Y Comunicación*. Disponible en <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/actas/article/view/2915>
- Ruiz, L. et al., (2014). Producción de materiales de comunicación y educación popular. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Disponible en <https://www.sociales.uba.ar/wp-content/blogs.dir/219/files/2015/07/2-Prod-Materiales-B.pdf>
- Secretaría de Derechos Humanos de la Nación (2022). Formación en Derechos Humanos. “Introducción a los Derechos Humanos. Básico y obligatorio”. Clase 1. Buenos Aires.
- Testa, M., & Silva Paim, J. (2010). Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. *Salud colectiva*. Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652010000200007&lng=es&tln-g=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000200007&lng=es&tln-g=es)

