

*Informe LEDA #4*

# SESGOS DE GÉNERO EN LA ARGENTINA

Septiembre 2021

realización



Grupo de Estudios  
Críticos sobre  
Ideología y Democracia



Laboratorio de estudios sobre  
democracia y autoritarismos  
LEDA-LM\_UNSAM



CONICET



AGENCIA  
NACIONAL DE PROMOCION  
CIENTIFICA Y TECNOLOGICA

apoyo



*Informe Leda #4*  
**Sesgos de género en la Argentina**

**Realización**

Laboratorio de Estudios sobre Democracia y Autoritarismos (LEDA/Lectura Mundi)  
Grupo de Estudios Críticos sobre Ideología y Democracia (GECID)

**Dirección**

Ezequiel Ipar

**Análisis y redacción**

Sol Verónica Gui  
Lucía Wegelin

**Equipo**

Facundo Abramovich  
Analía Ameijeiras  
Micaela Cuesta  
Lucía Delor  
Sergio Fasan

Mariana Gainza  
León Lewkowicz  
Hernán Nazer  
Ramiro Parodi  
Agustín Lucas Prestifilippo

Lucas Reydó  
Jorge Rodríguez  
Sebastián Schaikis  
Oriana Seccia  
Pablo Villarreal

**Créditos de la imagen de portada**

Sebastián Angresano

**Apoyo**

Cámara de Diputados del Congreso de la Nación Argentina  
Consejo Nacional de Investigaciones Científico Técnicas  
Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica  
PASCAL - UNSAM

1

**Introducción**

2

**Metodología**

3

**El mapa de los sesgos de género**

4

**Sesgos de género y disposiciones ideológicas**

5

**Conclusiones**

## Introducción

En el año 2015, los feminismos intensificaron su intervención en la esfera pública con la irrupción del movimiento “Ni Una Menos”, presentándose como la emergencia de procesos políticos que ya estaban en configuración subterránea. De allí en adelante, los discursos de odio<sup>1</sup> contra el discurso feminista y quienes lo enuncian han ido en aumento, alimentados por el rechazo de algunos sectores a lo que éstos comenzaron a identificar como “ideología de género”. La expansión de esta noción a nivel tanto nacional como internacional es una marca del proceso de amalgamamiento de posiciones múltiples que se encuentran en la reacción contra los avances que los movimientos feministas plantean como agenda<sup>2</sup>. Vale decir, junto con el crecimiento de la voz de los feminismos no sólo aumentan sus contradiscursos -suscitando controversias compatibles con la lógica democrática- sino también las expresiones que promueven, incitan o legitiman la discriminación, deshumanización o la violencia hacia personas por su identidad política feminista o por su identidad de género. Se configura así una reacción, tanto hacia la agenda que promueven estos movimientos amplios en términos de representación, como hacia los sujetos que los sostienen. Es la esfera pública digital uno de los ámbitos en los que estos discursos encuentran espacio para su desarrollo.

En virtud de los desafíos y amenazas que ese tipo de discursos de odio por razones de género producen sobre la esfera pública democrática argentina en el presente, resulta relevante estudiar la relación entre los DDO y los prejuicios asociados al género, usualmente identificados como machismo, misoginia o LGTBIIQ-fobia. Es sobre el entramado subterráneo de disposiciones, representaciones y valores sobre la distribución de los roles de género que se vuelve posible la emergencia en la esfera pública de una discursividad violenta contra quienes se identifican con las luchas feministas.

---

<sup>1</sup> Una definición de lo que entendemos como discursos de odio puede encontrarse en el informe LEDA#1.

<sup>2</sup> Para un análisis de la operación político-intelectual detrás del uso del término “ideología de género” en América Latina puede consultarse Losiggio, D. (2021): “Depicting “Gender Ideology” as Affective and Arbitrary: Organized Actions Against Sexual and Gender Rights in Latin America Today” in *Affect, Gender and Sexuality in Latin America*, Palgrave, Switzerland.

En los sesgos que reproducen prejuicios asociados al género, como los que aquí analizaremos, se actualiza el componente androcéntrico<sup>3</sup> de la estructura patriarcal, que coloca a la otredad mujer o disidencia en una posición degradada en el ámbito de lo público, esencializando al conjunto de los sujetos (es decir, también a los varones) al plantear como determinantes a sus rasgos biológicos.

Para indagar la extensión y la intensidad de los sesgos asociados al género en nuestra sociedad, incluimos una pregunta en una encuesta que desarrollamos con el LEDA<sup>4</sup>. El objetivo principal de esta encuesta fue la medición y análisis de las disposiciones subjetivas hacia la reproducción y adhesión a los discursos de odio que circulan en una variada serie de medios digitales, tales como Twitter, Facebook o redes de chat. Presentaremos en este informe los resultados de la pregunta sobre sesgos de género y su entrecruzamiento con otras variables sociodemográficas e ideológicas.

## Instrumento

### Medición de prejuicios asociados al género

Para indagar el entramado de prejuicios asociados al género haría falta construir una herramienta específica. En este caso, sólo hemos incluido una pregunta que apuntaba a esta cuestión, para observar el entrecruzamiento de estas disposiciones subjetivas y los DDO. La pregunta con la que trabajamos es la siguiente:

“Si usted tuviera una enfermedad muy grave y tuviera que operarse, ¿quién preferiría que lo opere?”

Cuatro opciones fueron presentadas como respuestas posibles para esta pregunta: **1.** Cualquier médico; **2.** Un hombre; **3.** Una mujer y **4.** No sabe/no contesta. La pregunta apunta a registrar la internalización de los roles de género que condicionan el acceso a puestos de trabajo y ascenso profesional de las mujeres e identidades disidentes. La cristalización en estereotipos de género de una serie de características que son conferidas de forma diferenciada a las personas en función de su sexo biológico de nacimiento construyen barreras sociales concretas para la ocupación de determinada posición en el mercado del trabajo. Si bien el área de la medicina puede remitir al espectro de los cuidados, función social asignada a las mujeres en la esfera

---

<sup>3</sup> Por androcentrismo nos referimos a la construcción del mundo a partir de un sujeto universal masculino que relega a quienes se desvían de éste a los márgenes, invisibilizando así a mujeres e identidades disidentes.

<sup>4</sup> En la siguiente sección sobre el instrumento se encuentra una descripción de las preguntas y la estrategia de confección del índice de discursos de odio de nuestra encuesta.



---

privada por un conjunto de aptitudes sociales que a éstas les son imputadas, elegimos preguntar puntualmente por la cirugía en tanto ésta una de las ramas más masculinizadas de la profesión en Argentina, encontrándose entre las 10 especializaciones con mayor representación de varones. La distribución de especialidades entre mujeres y varones, conocida como *segregación horizontal*, se vincula con características tradicionalmente definidas como masculinas o femeninas: control, autoridad y manejo de situaciones de riesgo, o cuidado, contención y empatía, respectivamente <sup>5</sup>.

### Índice discursos de odio (DDO)

El objetivo de este índice es captar aquellas disposiciones de los sujetos (más allá de su práctica efectiva) en la esfera pública digital que puedan ser consideradas razonablemente como actitudes violentas de discriminación, deshumanización y/o negación de derechos fundamentales de los otros (en primer lugar, el derecho a la participación en la comunicación democrática). Para su elaboración cotejamos nuestra metodología con estudios contemporáneos de referencia mundial en la temática.

En esta primera versión del índice de discursos de odio que ahora estamos presentando se incluyeron tres fragmentos de discursos. Luego, para la construcción del índice, se los ponderó según su intensidad. Utilizamos: un discurso racista con connotaciones segregacionistas muy fuertes (“Estoy hartos de los negros que arruinan nuestro país, a esta altura la única solución es deportarlos a todos”); un discurso sobre el colectivo LGTBIIQ+, que fue formulado de manera crítica (“No hay que ser prejuicioso, tanto una persona heterosexual como una transexual pueden ser directores de un Jardín de infantes. No hay ninguna diferencia”) y, un discurso deshumanizador (“Miles de bolivianos cruzan la frontera como ratas para cobrar el IFE. Alguien tiene que hacerse cargo”). Orientándonos por estudios previos, se le otorgó un valor de 0,4/1 al primero (racista/xenófobo) y al último discurso (deshumanizador), y un valor de 0,2/1 (discriminador) al segundo, considerando que posee una menor intensidad relativa en tanto discurso de odio, ya que una actitud moderada o afín ante este ítem sería esperable tanto en términos morales como de aceptación de las reglas vigentes en el espacio público. Evidentemente, en la confección del índice las respuestas afirmativas, tanto con respecto al discurso racista como al discurso deshumanizador, contribuyen positivamente al índice, mientras que las respuestas afirmativas frente al discurso crítico de los prejuicios contra el colectivo LGTBIIQ+ contribuyen negativamente al mismo.

Las categorías de respuesta posible ante la pregunta por qué harían los entrevistados ante estos fragmentos de DDO se ordenaban del siguiente modo: **1.** Lo comparte para apoyarlo; **2.** Lo apoya, poniendo “me gusta”; **3.** Nada, le resulta indiferente; **4.** Lo critica con un comentario; **5.** Lo denuncia para bloquearlo; **6.** NS/NC.

---

<sup>5</sup> Ver PNUD (2018). Género en el sector salud: feminización y brechas laborales, pp. 35-38, disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/pnud\\_informedegenero\\_2018.04.04.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/pnud_informedegenero_2018.04.04.pdf).

## Datos técnicos de la muestra

Población objeto de estudio: población general mayor a 16 años.

Ámbito: República Argentina.

Procedimiento de muestreo: probabilístico.

Instrumento de recolección de datos: cuestionario estructurado a partir de variables con categorías pre- codificadas, exhaustivas y mutuamente excluyentes.

Técnica de recolección de datos: encuesta telefónica a celulares, método IVR.

Trabajo de campo: del 27 de noviembre 2020 al 3 de febrero 2021. Tamaño de la muestra: 3140 casos efectivos.

Margen de error: +/- 1.8%.

Nivel de confianza: 95%.

El procedimiento empleado para eliminar los desbalances de la muestra en variables sociodemográficas claves consistió en reasignar los pesos de los individuos de manera que el resultado final refleje la distribución poblacional en las variables de ajuste. Este método se conoce con el nombre de ranking, y genera muestras representativas de la población (sin sesgos). Las variables sexo, edad y nivel educativo por región fueron seleccionadas para ajustar la muestra. La razón de esta selección radica en su capacidad explicativa, en su bajo error de medición y en la alta tasa de respuesta.

Realización: PASCAL/UNSAM

An illustration at the top of the page shows several people from behind, wearing traditional head coverings like shawls or mantillas. They are rendered in shades of grey and black against a red background. The title text is overlaid on this illustration.

## LOS SESGOS DE GÉNERO como actualización de prejuicios históricos

Para someter al análisis los sesgos de género en función de sus potenciales disposiciones según los componentes sociodemográficos de quienes los reproducen, colocaremos mayormente nuestra atención en quienes respondieron que preferirían a un médico varón, sin por ello dejar de alertar el carácter polisémico que la selección de una médica reviste. Si bien la respuesta puede entenderse como posición reivindicativa de la igualdad de géneros frente a una pregunta que no la presupone, la disposición a elegir a una mujer también puede responder a los estereotipos de género asociados al cuidado, empatía y otros atributos que reproducen la estructura patriarcal que confiere un rol maternal a la mujer. Esta interpretación va en contra de lo planteado anteriormente en torno a los niveles de masculinización de la rama de la cirugía.

La disposición a reproducir un sesgo de género a la hora de tomar una decisión en una situación límite, siendo el riesgo en la salud una situación que implica ceder un lugar de poder a un otro sobre el cuerpo propio, puede dar cuenta de una serie de prejuicios que implican la identificación de determinadas capacidades y posibilidades de relación con el mundo a determinados cuerpos. De esa manera, el cuerpo biológico se vuelve estructurante de funciones sociales invariantes.

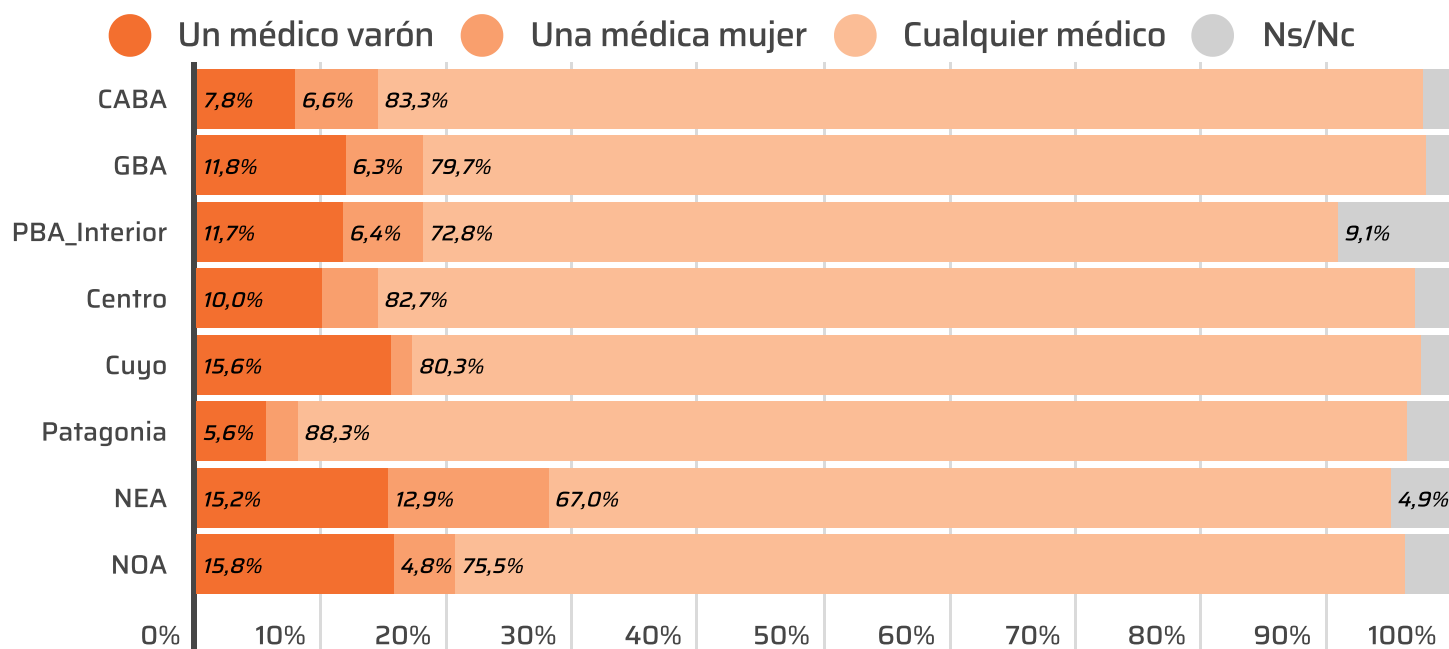
Si bien cabe destacar que la mayoría de las personas encuestadas respondieron que si tuvieran una enfermedad grave, elegirían ser operadas por “cualquier médico” (78.9% del total), pondremos la atención sobre quienes eligieron “un hombre” (11.8%) o “una mujer” (5.8%). Para interpretar esas preferencias indagaremos a estos distintos grupos en función de determinadas variables sociodemográficas e ideológicas incorporadas en la encuesta, a saber: región, edad, nivel educativo alcanzado, sexo, empleo, posición frente a la legalización del aborto y disposiciones a los discursos de odio.



# EL MAPA DE LOS PREJUICIOS asociados al género



Respuesta a la pregunta "si Ud. tuviera una enfermedad muy grave y tuviera que operarse, ¿quién preferiría que lo opere?" según región



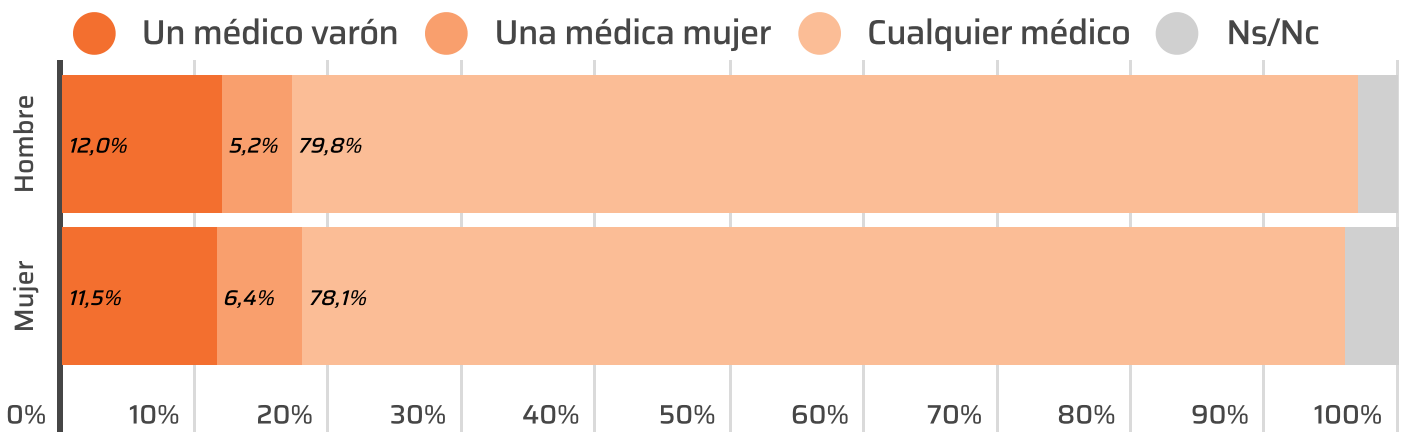
Fuente: LEDA - PASCAL (UNSAM)

Al nivel de la distribución por región de las respuestas, resulta llamativo que, mientras la Patagonia, CABA, el Centro, Cuyo y GBA se ubican por encima del promedio (78,9% preferiría "cualquier médico" a nivel nacional), los resultados para el NOA y el NEA muestran mayor preferencia por un género u otro. Si bien para el NEA la diferencia entre quienes eligen a un médico hombre o a una mujer es de 2,3% a favor de los representantes masculinos, en el NOA esta distancia asciende a un 11,0%, siendo sólo un 4,8 de la población el que preferiría a una mujer contra un 15,8% que elegiría a un médico hombre. Si bien el resultado para el NOA se encuentra apenas un punto por debajo del promedio nacional en el caso de la elección de una médica mujer, supera por 4% a la elección de un médico varón si realizamos una comparación equivalente. Quizás las adscripciones religiosas y la incidencia de la Iglesia Católica en el sistema educativo de cada región puede ser uno de los factores que permita explicar estas diferencias regionales a la hora de preguntarse por el tipo ideal de persona que ejerce en

determinada especialidad de la medicina, asociada al riesgo. Arrimamos la posibilidad de que estas variables sean factores explicativos dado el estrecho vínculo entre la religión católica y la idea de la familia heterosexual como institución que sintetiza el rol social que hombres y mujeres deben desarrollar, y por el cual se distribuye la división del trabajo entre el ámbito público y el privado.



### Respuesta a la pregunta "si Ud. tuviera una enfermedad muy grave y tuviera que operarse, ¿quién preferiría que lo opere?" según género



Fuente: LEDA - PASCAL (UNSAM)

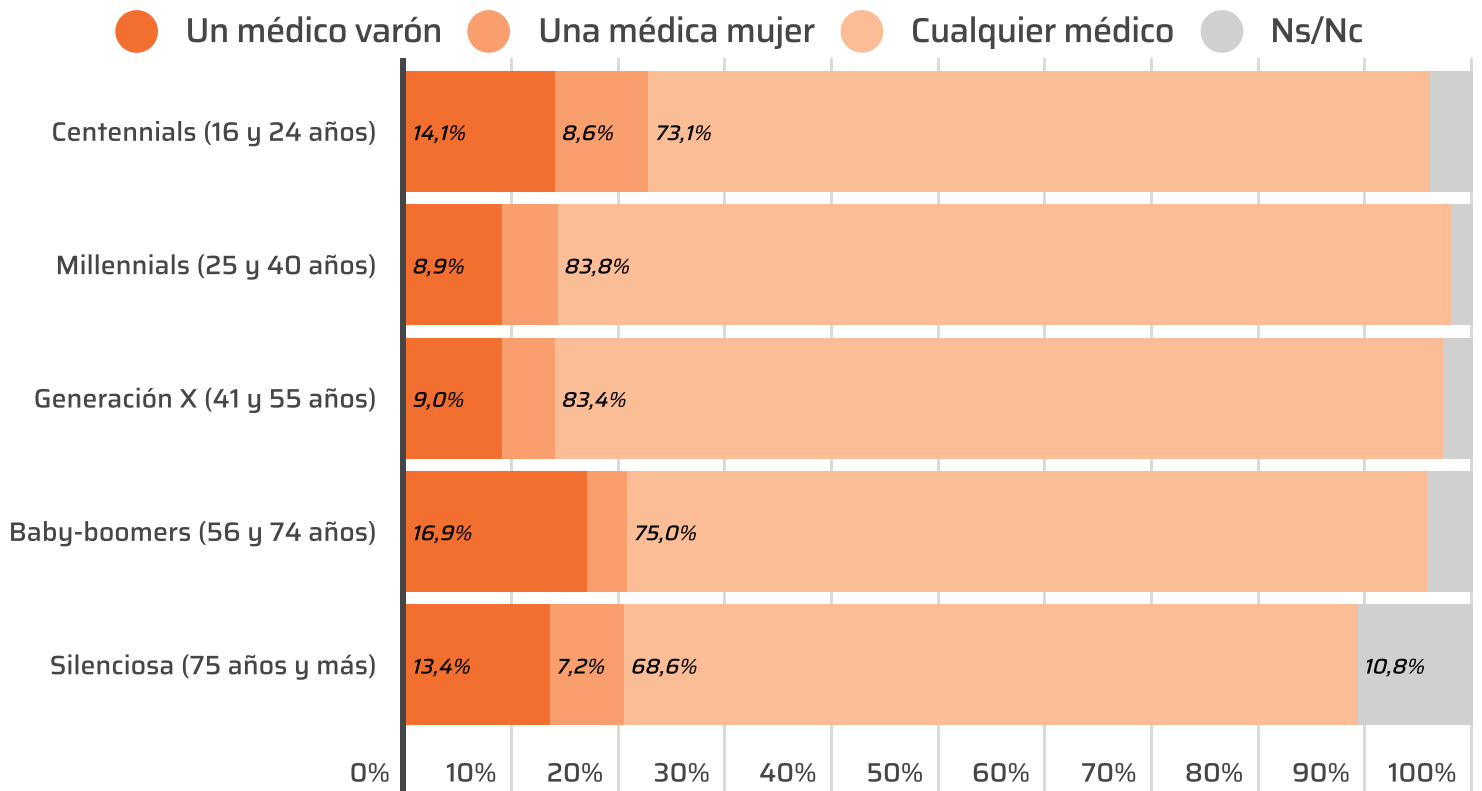
Al analizar la incidencia de la variable Género, presentada de forma binaria, no se perciben mayores distinciones. El 79,8% de los hombres no tiene preferencias mientras que en las mujeres desciende a 78,1%, pero este leve descenso se corresponde en su mayoría con el porcentaje de mujeres que respondió “no sabe/no contesta”. A la hora de seleccionar un hombre o una mujer, el 12,0% de los hombres optaron por alguien de su propio género (0,5% más que las mujeres que eligieron un médico hombre). La diferencia en torno a la selección de una médica asciende a 1,2% a favor de las mujeres.

A la hora de cruzar las respuestas con la variable “cohorte generacional”, quienes menor preferencia muestran son las personas pertenecientes al grupo etario de entre 25 y 40 años (el 83,8% no muestra preferencias mientras que el 1,9% respondió que “no sabe/no contesta”). Resulta llamativo observar que los puntos extremos del rango etario encuestado son los que muestran mayores niveles de preferencia, con primacía de la elección de un varón. Si bien es la generación de entre 56 y 74 la que mayor preferencia por un médico varón muestra (16,9%), los grupos de quienes tienen entre 16 y 24 años y el de quienes tienen 75 años o más son los más alejados del promedio.

Vale aclarar que resulta destacable, en comparación a los demás rangos etarios, el porcentaje de personas mayores de 75 años que respondieron “no sabe/no contesta” (10,8%).



### Respuesta a la pregunta "si Ud. tuviera una enfermedad muy grave y tuviera que operarse, ¿quién preferiría que lo opere?" según cohorte generacional



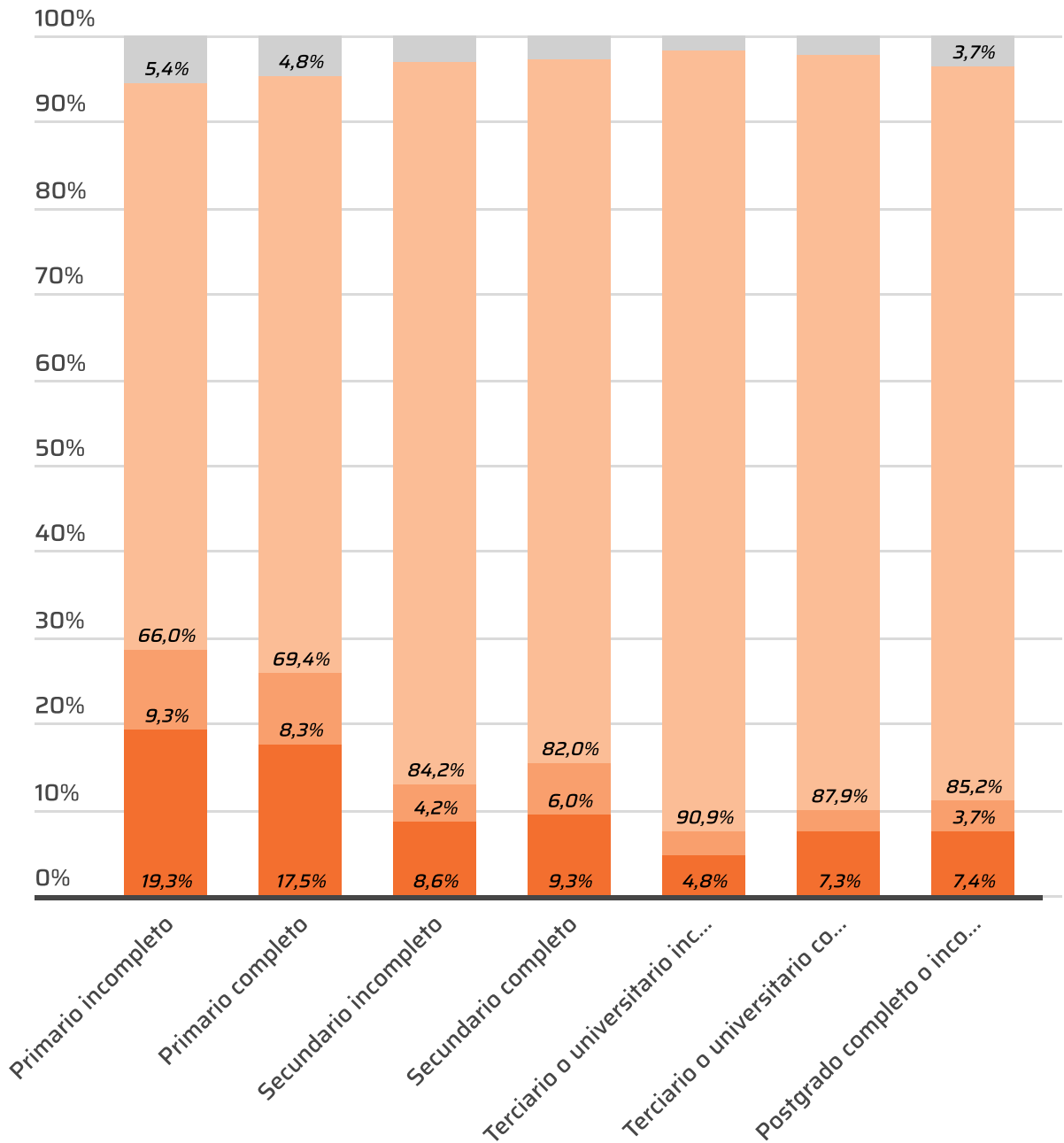
Fuente: LEDA - PASCAL (UNSAM)

Si bien resulta esperable que las personas mayores ofrezcan una respuesta influida por los estereotipos de género (el 13,4% prefiere un médico varón y el 7,2% una mujer), es destacable que la generación “centennial” se vea afectada por el mismo elemento. Quienes tienen entre 16 y 24 años alcanzan un valor acumulado de 22,7% de preferencia (mientras que el 14,1% prefiere un médico varón, el 8,6% optaría por una médica). Esto nos plantea una pregunta obvia: ¿qué elementos inciden en el aumento de los sesgos de género dentro del grupo etario más joven encuestado? Si bien es destacable que para esta generación el optar por un médico varón supere al promedio general, que esto también suceda con la elección de una médica mujer puede dar cuenta de una reacción feminista a una pregunta que se interpreta como machista, dándose por sentado para la persona encuestada que no debería haber posibilidad ni motivos algunos de preferencia. Pero al ser esta lectura una inferencia, los datos no permiten ser auspiciosos sobre la desestructuración de los prejuicios de género en las nuevas generaciones.



## Respuesta a la pregunta "si Ud. tuviera una enfermedad muy grave y tuviera que operarse, ¿quién preferiría que lo opere?" según nivel educativo

● Un médico varón ● Una médica mujer ● Cualquier médico ● Ns/Nc

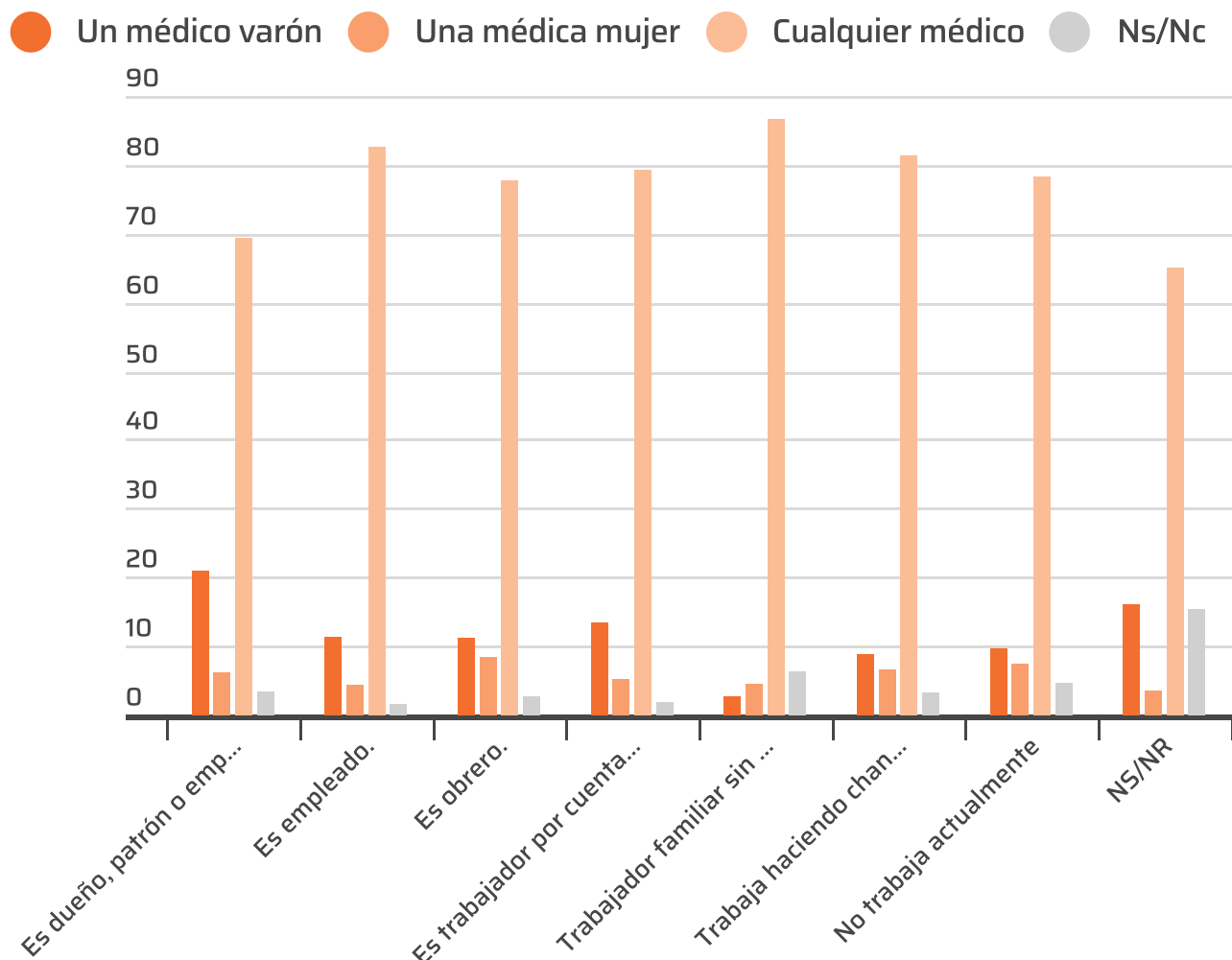


Fuente: LEDA - PASCAL (UNSAM)

En torno a lo educativo, se evidencia la relación entre menor nivel alcanzado y mayor sesgo de género. Esto supone que, para el primario incompleto, la preferencia de algún género por sobre el otro tiene un acumulado del 28,6%, con un 19,3% que elegirían a un médico varón, mientras que para quienes alcanzaron una titulación superior este acumulado se reduce a un 9,8% con un 7,3% optando por un médico varón. Quienes menos preferencias de género realizan son los individuos con estudios terciarios o universitarios incompletos (el 90,9% no tiene preferencias y el 1,7% respondió que “no sabe, no contesta”).



## Respuesta a la pregunta "si Ud. tuviera una enfermedad muy grave y tuviera que operarse, ¿quién preferiría que lo opere?" según empleo



Fuente: LEDA - PASCAL (UNSAM)

En relación al empleo, notamos que son lxs trabajadorxs familiares sin remuneración fija quienes registran menores sesgos de género, en tanto el acumulado de la respuesta “cualquier médico” y de “no sabe, no contesta” ascienden a 86,6% y 6,3% respectivamente, y asimismo, es el único caso hasta ahora en el cual la elección de una médica mujer (4,5%) supera la de un médico varón (2,7%). Esto puede corresponderse con el componente feminizado de quienes desarrollan este tipo de trabajos, encargándose por ejemplo de las tareas de cuidado en el ámbito del hogar. En esta sintonía, esta respuesta es asimilable a una posición “defensiva” del género de pertenencia. En una situación opuesta se encuentran quienes son dueños, empleadores o patrones: este grupo registra un 21,0% de preferencia hacia los médicos varones y un 6,2% hacia las mujeres, ubicándose como el que más sesgo de género reviste y casi duplicando el promedio de elección por médicos varones (11,8%).



# SESGOS DE GÉNERO y disposiciones ideológicas

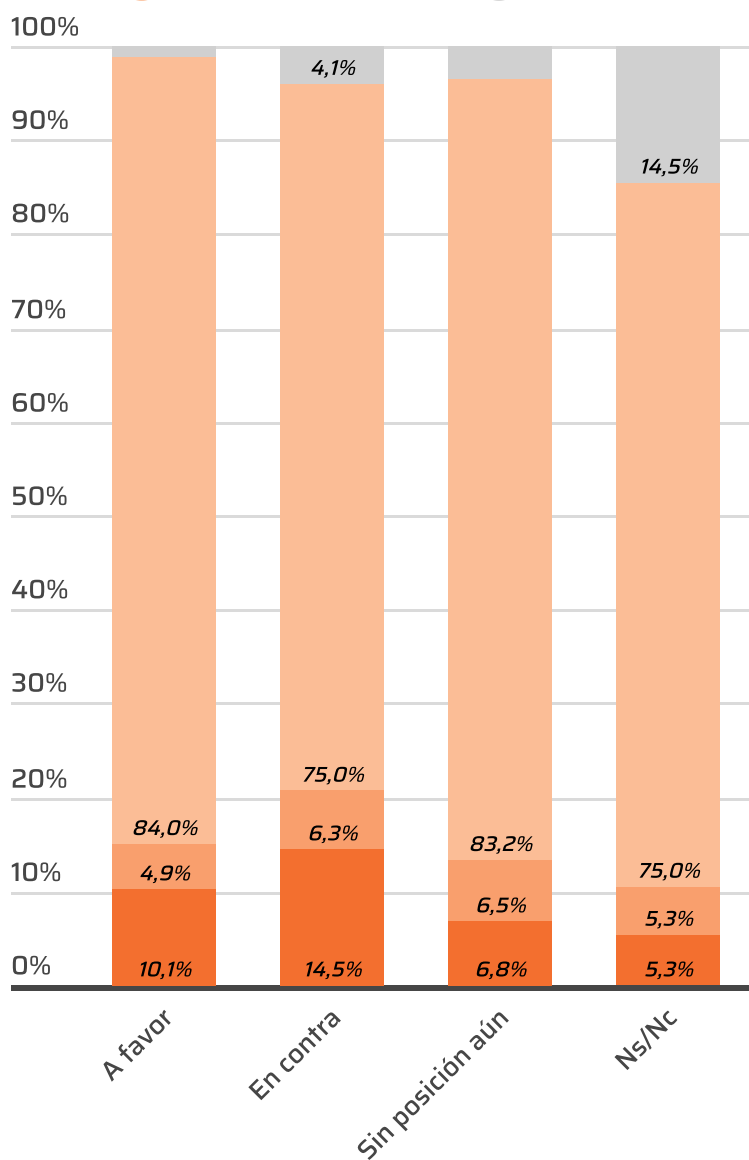
A la hora de cruzar nuestra pregunta con variables asociadas al perfil ideológico de las personas encuestadas, es importante insertar en la discusión que quienes enuncian discursos de odio que tienen por objeto identidades políticas feministas, mujeres o identidades de género disidentes tienden a defender una concepción del mundo que, signada por la continuidad de las estructuras reproductivas que dan sentido a la construcción de roles diferenciados de género, asigna una función social específica a los sujetos en función de su carácter biológico. Esas posiciones se articulan como reacción a los feminismos que cuestionan la forma de asignación de tareas productivas y reproductivas.

Por eso es interesante observar cómo se articula el sesgo de género con las respuestas con las posiciones en torno a la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Observamos que quienes detentan posiciones en contra del aborto son quienes más sesgo de género han mostrado, eligiendo en un 14,5% un médico varón y en un 6,3% una médica mujer. Como contraparte, las personas que se definieron a favor del aborto registran valores menores al promedio para ambas categorías (10,1% eligen médicos varones, 4,9% médicas mujeres), pese a persistir un sesgo tendiente a la elección de un profesional masculino en una situación de riesgo.



Respuesta a la pregunta "si Ud. tuviera una enfermedad muy grave y tuviera que operarse, ¿quién preferiría que lo opere?" según posición frente al aborto

● Un médico varón    ● Una médica mujer  
● Cualquier médico    ● Ns/Nc

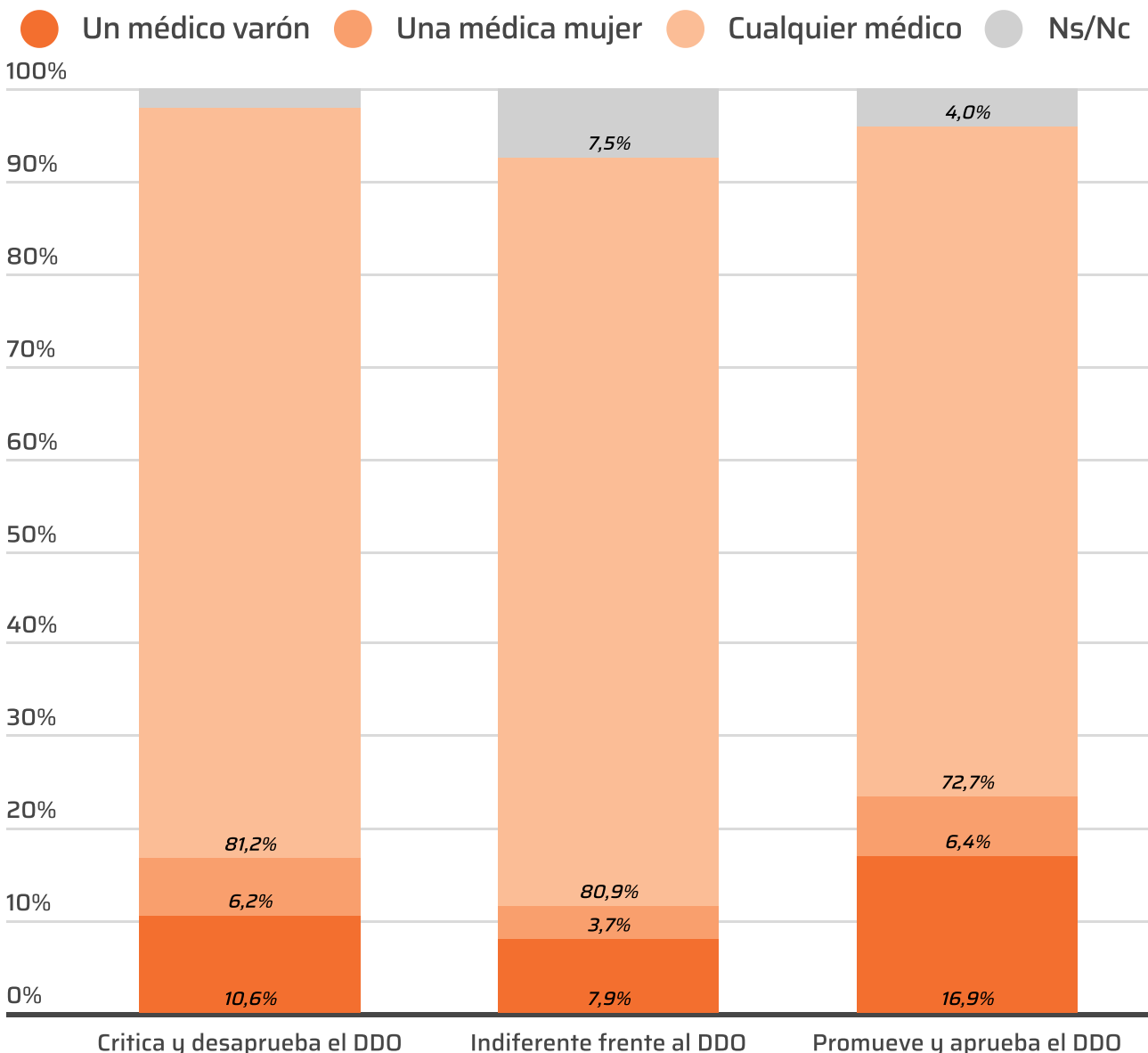


Fuente: LEDA - PASCAL (UNSAM)

Por último, dado que los discursos de odio suelen tomar al discurso y al sujeto feminista como objeto, cobra sentido observar el entrecruzamiento entre lo que en nuestra encuesta estudiamos como Índice de Discursos de Odio, y nuestro indicador referido particularmente a los sesgos de género. Efectivamente, los porcentajes más altos de elección de un médico varón se condicen con quienes promueven y aprueban los discursos de odio (16,9%, a lo cual se suma un 6,4% de elección de una médica mujer). Esto confirma la hipótesis de intensa asociación entre los discursos discriminatorios y violentos hacia todas las diferencias, que crecen en la esfera pública digital, y los sesgos de género que estructuran históricamente la distribución de roles sociales. Evidentemente, estos sesgos pueden verse reforzados por la reacción a los movimientos que impulsan la crítica a los roles de género y a los prejuicios que éstos suponen.



Respuesta a la pregunta "si Ud. tuviera una enfermedad muy grave y tuviera que operarse, ¿quién preferiría que lo opere?" según Índice de discurso de odio



Fuente: LEDA - PASCAL (UNSAM)



## Conclusiones

Hemos analizado las preferencias de género como actualización de prejuicios históricos a partir de atender a las distintas variables que configuran un mapa explicativo. Observamos una intensificación de los sesgos de género en regiones como el NEA o el NOA e interpretamos que la incidencia religiosa en esas regiones puede funcionar como variable explicativa. El estrecho vínculo entre la religión católica y la idea de la familia heterosexual como institución que sintetiza el rol social que hombres y mujeres deben desarrollar, determina también la distribución de la división del trabajo entre el ámbito público y el privado, de manera que las identificaciones religiosas de los sujetos y la incidencia de la institución eclesiástica en el sistema educativo pueden ser elementos influyentes a la hora de definir el tipo ideal de persona que ejerce una especialidad jerárquica de la medicina.

Si bien la distinción entre las respuestas de varones y mujeres no permite esbozar hipótesis concluyentes, sí resultan llamativas las comparaciones entre generaciones a la hora de pensar en la incidencia de los sesgos de género en nuestra sociedad, sobre todo en los rangos etarios extremos. Los mayores valores se registran tanto en las personas de entre 56 y 74 años o más de 75 años, como en quienes tienen entre 16 y 24 años. Si bien podíamos esperar que las personas mayores superen al promedio general en este punto, mostrando un sesgo de género acorde a la importancia de la familia nuclear como institución en su crianza, resulta destacable en comparación a los demás rangos etarios el porcentaje de NS/NC (10,8%) para las personas mayores de 75 años. En cambio, que la generación *centennial* alcance un valor acumulado del 22,7% en sus preferencias, con una primacía del 14,1% en favor de un médico varón, es llamativo en tanto los datos no permiten ser auspiciosos sobre la desestructuración de los prejuicios de género en las nuevas generaciones. De la mano de esto, la lectura de los niveles de estudios alcanzados evidencian un vínculo entre menores niveles alcanzados y mayor sesgo de género, siendo quienes tienen estudios superiores incompletos las personas que menos preferencias de género muestran.

El cruce entre empleo y la pregunta “Si Ud. tuviera una enfermedad muy grave y tuviera que operarse, ¿quién preferiría que lo opere?” muestra que el único grupo hasta ahora que prefirió a una médica mujer por sobre un varón (4,5% frente a 2,7%) fue el de lxs trabajadorxs familiares sin remuneración fija, teniendo este grupo un componente feminizado dado por ser estas personas encargadas del desarrollo de las tareas de cuidado en el ámbito del hogar. Como

---

contraparte, quienes mayor sesgo de género registran son las personas pertenecientes al sector de dueños, empleadores o patrones, registrando un 21,0% de preferencia y casi duplicando el promedio de elección por médicos varones (11,8%). Queda planteada la necesidad de continuar estudiando el vínculo entre ocupación y sesgos de género, en tanto quienes ocupan posiciones feminizadas en el mercado de trabajo han destacado por mostrar menos prejuicios.

A la hora de cruzar nuestra pregunta con el posicionamiento de las personas encuestadas con respecto a la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, observamos que quienes detentan posiciones contrarias a la legalización del aborto mostraron mayores sesgos de género, mientras que las personas que registraron posiciones favorables a la misma detentaron valores menores a los del promedio.

Por último, observamos la asociación entre discursos de odio y sesgos de género, lo cual se corresponde con la agresividad de discursos críticos de los feminismos sobre las identidades políticas feministas, las mujeres y las identidades de género disidentes. Valiéndonos de lo que en nuestra encuesta estudiamos como Índice de Discursos de Odio, obtuvimos como resultado porcentajes más altos entre quienes promueven y aprueban los discursos de odio (25,3% de preferencias, con un 16,9% que optaron por un médico varón), lo que da cuenta de la ligazón entre los prejuicios de género y los discursos discriminatorios y violentos de la esfera digital.

Dado el rol pivotal del mercado de trabajo en Argentina como puerta de acceso a un conjunto de derechos sociales, la pregunta por la incidencia de las ideologías anti-feministas y machistas en la forma en la que los individuos comprenden y construyen mundo (en este caso particular, el mundo del trabajo) es central a la hora de analizar posibles obstáculos para la expansión democrática. Así también, la vinculación de los sesgos de género con los discursos de odio resulta de utilidad a la hora de indagar en torno a los vínculos entre discursividades segregacionistas, deshumanizantes y discriminatorias con conservadurismos sociales familiaristas.

El instrumento construido para medir el sesgo de género presente en los sujetos encuestados muestra la transversalidad de los prejuicios de género pero no así su extensión. Por lo tanto, la intensidad con la que éstos perviven como manifestación de una ideología androcéntrica es un elemento a indagar con mayor profundidad en trabajos futuros.