

Género, salud y educación permanente: necesidades, obstáculos y posibilidades del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

María Malena Lenta¹, Julieta Fazzini²

1. "Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina". Debe decir "Universidad de Buenos Aires y Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires".

2. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires"

Enviado: 25 de abril de 2023

Aceptado: 2 de octubre de 2023

Autor de correspondencia: María Malena Lenta. Email: malenalenta@psi.uba.ar

RESUMEN

La inclusión de la perspectiva de género resulta una herramienta clave para reducir inequidades, sesgos y brechas de género en los procesos de prevención, atención, diagnóstico y tratamiento en el sistema de salud. Sin embargo, la educación permanente en esta perspectiva resulta insuficiente, incluso a pesar de la vigencia de normativas y políticas de transversalización de género en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este marco, este trabajo interroga acerca de ¿cuáles son los obstáculos y facilitadores para la incorporación de la perspectiva de género en el campo de la formación permanente en salud? A partir de una investigación exploratoria con enfoque cualitativo, se implementó una entrevista intencional a 14 informantes clave, decisores de políticas públicas de salud y coordinadores de espacios de formación permanente en el Ministerio de Salud de la Ciudad. Entre los resultados se halló un alto contraste entre la visibilidad de la vacancia del tema y el conocimiento del mismo. Se identificaron obstáculos institucionales, del sistema de salud, de perspectiva de trabajo e individuales, para la implementación de políticas formativas en este campo. Entre los facilitadores se destacaron las transformaciones socio-históricas y los cambios generacionales.

Palabras clave: Género, Salud, Educación Permanente, Brechas de Género, Sistema de Salud.

Gender, Health, and Continuing Education: Needs, Obstacles, and Possibilities in the Public System of the Autonomous City of Buenos Aires

ABSTRACT

The inclusion of a gender perspective is a key tool to reduce gender inequities, biases, and gaps in the processes of prevention, care, diagnosis, and treatment in the healthcare system. However, continuing education in this perspective is not enough, even considering the existence of regulations and gender mainstreaming policies in the public healthcare system of the Autonomous City of Buenos Aires. In this context, this study explores the obstacles and facilitators for incorporating a gender perspective into the field of continuing education in healthcare. Through exploratory research with a qualitative approach, intentional interviews were conducted with 14 key informants, including public health policy decision-makers and coordinators of continuing education spaces at the City Ministry of Health. Results showed a significant contrast between the visibility of the issue and the level of awareness about it. Institutional, healthcare system, work perspective, and individual obstacles were identified for the implementation of training policies in this field. Among the facilitators, socio-historical transformations and generational changes were highlighted.

Keywords: Gender, Health, Continuing Education, Gender Gaps, Healthcare System.

INTRODUCCIÓN

La educación es un proceso continuo que atraviesa a todas las personas y que se desarrolla en diferentes ámbitos a lo largo de toda la vida. En los sistemas de salud, la educación permanente implica la actualización técnico-profesional para la ampliación de conocimientos y competencias de los equipos de salud orientadas a proporcionar una atención de calidad. La transformación de las prácticas y de los servicios dependen en buena medida de la capacidad de desarrollar procesos de formación, a partir de los problemas surgidos de las prácticas. En función de las nuevas demandas, problemas y desafíos, la estrategia de educación permanente en salud (EPS) (1) forma parte de un compromiso social y profesional que pueden redundar en la ampliación de derechos y reducción de las inequidades en salud.

En este marco, trabajos como los de Pombo (2), Tajer (3) y Plaza-Rivera (4) advierten sobre la importancia de incorporar la perspectiva de género en el ámbito de la salud como una herramienta para reducir las inequidades y las brechas de género. El género, en tanto categoría explicativa que permite denotar cómo las construcciones sociales se imponen sobre los cuerpos sexuados desigualando las diferencias (5), opera en la determinación social de la salud. De acuerdo con Pombo (2), la inclusión de la perspectiva de género visibiliza las modalidades diferenciales en que varones, mujeres y personas con identidades disidentes protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al cuidado de su salud-enfermedad. De manera concomitante, Longo et al. (6) resaltan cómo la perspectiva de género permite identificar la matriz androcéntrica de los sistemas y servicios de salud. Sostienen que ésta se apuntala en jerarquías profesionales que responden a los estereotipos tradicionales de género y a la distribución sexual patriarcal del trabajo, lo que exacerba las inequidades en salud, a pesar de la feminización del sector, tal como ocurre con el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (7).

Según el PNUD (8), el proceso de feminización del sistema de salud, es decir, el incremento cuantitativo de las mujeres como trabajadoras en este ámbito, no se ha traducido en una mejora en la inserción, condiciones de trabajo, participación

o representación en el sector. Por el contrario, se registra una ubicación diferente para mujeres y varones en las jerarquías del sistema. Mientras que las primeras se encargan de manera prevalente de las tareas referidas al cuidado y a las denominadas habilidades blandas en profesiones como la enfermería, la psicología, la pediatría, la medicina familiar; algunas especialidades médicas como la cirugía, valoradas como de mayor complejidad y *expertise*, quedan aún del lado de los varones. Ortiz-Gómez et al. (9) define a este fenómeno como segregación horizontal de las mujeres en los sistemas y servicios de salud, ya que su inclusión reproduce estereotipos tradicionales de géneros donde se ubica a las mujeres y/o a lo femenino en tareas y cargos centradas en el cuidado, la amorosidad, la empatía; mientras que se ubica a los varones y/o a lo masculino en tareas y cargos vinculados con la responsabilidad, el riesgo, la conducción, etc., las cuales son más valoradas. A su vez, se identifica también una segregación vertical en el sistema de salud. Este fenómeno refiere a las dificultades en las trayectorias laborales de las mujeres quienes, aun en los casos en que presentan mayores niveles de formación que los varones, tienden a ocupar proporcionalmente menos puestos de decisión y la brecha entre el porcentaje de trabajadoras de la salud y el de las que acceden a lugares de jefatura y dirección es aún amplia (8).

Ruiz-Canteros et al. (10) identifican que los antecedentes androcéntricos en la conformación del sistema de salud, se combinan con la propia formación también androcéntrica de las profesiones correspondientes al campo y con barreras individuales e interpersonales. Por lo tanto, conocer los problemas prevalentes vinculados a las inequidades de género en el campo de la salud, tanto en la organización del sistema como en la atención, así como las necesidades de formación resulta una herramienta fundamental para una EPS que pueda redundar en la reducción de las brechas de género en este ámbito. Más aún en un contexto en el que los avances normativos para la ampliación de derechos de mujeres y disidencias interpelan a las instituciones en general y al sistema de salud, en particular (11). En este contexto este artículo tiene como objetivo identificar necesidades y vacancias en la inclusión de la perspectiva de género en la EPS en el sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) entre enero y junio de 2021, período previo a la implementación de la capacitación obligatoria en materia de género,

correspondiente a ley CABA 6208/2019 de adhesión a la ley nacional 27.499/2018 denominada como “Micaela”¹.

MÉTODOLOGÍA

En función del problema planteado se realizó un estudio exploratorio de corte transversal con enfoque cualitativo, centrado en la identificación de sentidos y significados en relación al tema de indagación (12), producidos por informantes clave en la temática. Este enfoque es consistente con las propuestas de investigación feminista que critica la utilización de la objetividad como medio patriarcal de control, el desapego emocional y la suposición de que hay un mundo social que puede ser observado de manera externa a las construcciones narrativas de las personas (13).

Se implementó una entrevista en profundidad a un conjunto de personas definidas como informantes claves respecto al sistema de residencias del Ministerio de Salud del GCABA. La muestra fue de tipo intencional y no probabilística conformada en función de los criterios de pertinencia, accesibilidad y relevancia (14). Se buscó que fuera heterogénea en cuanto a género autopercebido, formación disciplinar, ámbito de desempeño y nivel de decisión en las políticas de EPS de las residencias básicas y posbásicas del sistema público de salud de CABA. Los ámbitos de desempeño fueron la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (DGDyDP) de la cual dependen las residencias del sistema público de salud de la CABA, tanto en su organización como lineamientos generales y los Comités de Docencia e Investigación (CODEI) de hospitales públicos de la CABA quienes tienen incidencia académica en los efectores en los que tienen sede las residencias.

En el estudio participaron 14 personas. La mayoría se autopercebían mujeres (8/14) y el resto se autopercebían varones (6/14). En cuanto a la disciplina, la mitad eran médicos/as (7/14), seguido por los/as psicólogos/as (4/14) y los/as abogados/as (3/14). En relación al tipo de cargo, casi tres cuartas partes (10/14) tenían cargo jerárquico o

con responsabilidad docente (coordinaciones de residencias), mientras que casi un tercio no lo tenía (4/14).

Las entrevistas en profundidad abordaron los siguientes tópicos: datos sociodemográficos, concepciones acerca de la perspectiva de género y las violencias de género, identificación de referentes teóricos e institucionales en la temática, reconocimiento de normativas vinculadas al género y la prevención de las violencias de género e identificación de vacancias conceptuales y pedagógicas para la EPS en esta temática.

Las entrevistas se realizaron de manera virtual o presencial, según las posibilidades en el contexto de la pandemia del COVID-19. No obstante todas fueron grabadas posteriormente al consentimiento informado y esclarecido, siguiendo las pautas de investigación en salud. Luego de la realización de las mismas se procedió a desgrabarlas y a analizarlas mediante una estrategia de análisis de contenido temático de los datos, la cual se caracteriza por una construcción de categorías emergentes desde el contenido de las narrativas a partir de las que se realizan inferencias (15). Esta estrategia implica sucesivos procesos de codificación de unidades de sentido que permiten identificar una centralidad de contenidos que, una vez aplicada la reducción de categorías conceptuales, permiten delimitar temáticas centrales. Este procedimiento se realizó con el apoyo del programa ATLAS.Ti versión 9.2. En este trabajo, los temas emergentes fueron: la relevancia de las temáticas de género y salud para la EPS, la reflexión sobre las cuestiones de género en la conformación del sistema de salud, lo visible y lo invisible de las violencias por motivos de género y los obstáculos y facilitadores para la educación permanente sobre género y salud.

RESULTADOS

Educación permanente en salud y género: “Un tema clave con mucho por hacer”

Al indagar sobre la relevancia de las cuestiones de género en el ámbito de la salud e, inclusive, en los espacios de EPS, las personas informantes coincidieron en sostener en que se trata de un “tema central”, importante por el “momento histórico” que impone la necesidad de cambio en las instituciones y que debe ser considerado de forma “transversal” e “interdisciplinaria” en el sistema de salud:

¹ La ley 27.499/2018 denominada como “Micaela” es parte de un conjunto de normativas de ampliación y reconocimiento de derechos para las mujeres y disidencias sexo-génericas en Argentina. Particularmente, la norma se creó a partir del femicidio en 2017 de la joven Micaela García en manos de un varón violador con antecedentes penales por dicho delito, que había sido liberado por un juez antes de cumplir su condena y desatendiendo los informes de profesionales que indicaban el riesgo de reincidencia. La norma establece la formación obligatoria y periódica en perspectiva de género y prevención de las violencias por motivos de género para toda persona funcionaria del Estado argentino en cualquiera de sus niveles y cargos. Asimismo, las diferentes jurisdicciones pueden adherir a la norma nacional, planteando modalidades de implementación de la misma adecuadas a su contexto (Barriviera, 2020).

(...) me parece importante también no solamente para la formación como médico, para el vínculo con el paciente, sino para el trabajo en equipo, para derribar las violencias entre compañeros y equipos de salud, prejuicios y cosas que están en torno a esta temática. (E_12_Varón_Médico_CODEI_Cargo jerárquico)

No obstante, la mayoría de las personas participantes, especialmente aquellas que se autopercebían varones señalaron “conocer superficialmente la perspectiva de género” y carecer de “herramientas teóricas y capacidad de explicar bien los temas”. En este sentido, términos como “patriarcado”, “sexismo”, “brechas de género”, “identidad de género”, “disidencia” o “diversidad” aparecieron como categorías reconocidas en el campo temático, pero, al mismo tiempo, las narrativas de las personas entrevistadas enunciaban una dificultad superlativa al momento de explicarlas, intentar definir las y, sobre todo, aplicarlas para abordar de modo específico las particularidades de las inequidades en salud.

Algo similar ocurrió con el abordaje de las normativas. Si bien reconocían al momento histórico como un escenario de “avance de derechos”, “muchas leyes nuevas de ampliación de derecho” o “cantidad de normas contra la violencia de género”, en la mayoría de los casos, independientemente del género autopercebido y del cargo, se observaron dificultades para identificar no solo el nombre sino, fundamentalmente, las implicancias específicas de dichas leyes, tanto al hacer referencias a aquellas correspondientes al nivel nacional como local. No obstante, en función de la coyuntura en la que se realizó el estudio (inicios de 2021), sí se reconoció en la mitad de las personas entrevistadas a la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo 27.610, recientemente sancionada y con una gran repercusión social:

Hay leyes que avalan ciertas cosas pero que no tienen ni la difusión ni la implementación a nivel de la institución para que se puedan...también está lo del ILE, ya sabíamos que estaba, pero es muy difícil que se implemente y entonces hay como un desfase entre lo que está escrito, que esté escrito no quiere decir que se haga. Entonces ahí por un lado puede haber desconocimiento por parte nuestra de todo lo que está escrito, por otro lado, aunque tengamos conocimientos, que esté hecha la ley, eso no quiere decir que se cumpla (...) (E_13_Mujer_Médica_

CODEI_Cargo jerárquico)

Específicamente, en cuanto a la Ley Micaela y su adhesión local, la totalidad de las personas participantes indicó que, al momento de las entrevistas, no se había implementado en el sector salud de CABA y, la mitad, incluso no conocía su alcance. Asimismo, solo en el caso de las personas con pertenencia a los CODEI se reconocía a la Ley 6.083 de CABA ya que habían tenido que aplicarla ante situaciones de discriminación y violencia de género en las instituciones. Esta ley tiene por objeto la prevención, abordaje y erradicación de la violencia de género en el ámbito laboral del GCBA y cuenta con un protocolo de actuación que establece procedimientos y canales de consulta y denuncia.

Temas relevantes para la educación permanente en salud sobre género: “la feminización del sistema” y las “segregaciones”

Al indagar sobre los temas que pudieran ser abordados dentro de la EPS sobre género y salud, resaltó la problematización de la feminización del sector. Es decir, ante el interrogante sobre las necesidades para la posible planificación de una formación en el marco de la educación permanente, las narrativas se enfocaron en las características de la conformación del sistema de salud en términos de género y la importancia de reflexionar sobre ellas:

(...) aparte la medicina cambió la cuestión de la feminización de la carrera, hoy son casi todas mujeres, mayoritariamente. Entonces parece que hoy todavía los que son jefes, directores, y varones, más dinosaurios para decirlo de alguna manera, los tipos más viejos, bueno la medicina de las nuevas profesionales y de los jóvenes, son mayoritariamente mujeres. Tiene que cambiar la visión de cómo se hacen las cosas. (E_7_Varón_Psicólogo_DGDIyDP_Sin cargo jerárquico o con responsabilidad docente)

Las narrativas de las personas entrevistadas advierten también que dicha transformación en la conformación de género de las instituciones no ha implicado necesariamente una transformación tanto de la segregación horizontal como de la vertical de las mujeres, ni tampoco la inclusión de personas con identidades disidentes. En los relatos se observa la persistencia de las mujeres en espacios disciplinares subalternos como la enfermería, la psicología e, incluso, en áreas de la medicina menos valoradas desde el modelo médico-hegemónico como la

atención primaria de la salud. Cabe destacar que este modelo es cuestionado desde perspectivas innovadoras en el campo de la salud como la salud colectiva, por el reduccionismo biologicista, el ahistoricismo, el individualismo y el centro en la eficacia pragmática (16).

Respecto de la segregación vertical, se indican diferentes limitaciones u obstáculos para el acceso a los cargos de conducción por parte de las mujeres:

(...) toda la mirada muy tradicional en relación al jefe varón como es y al tipo de vínculo que se construye con el jefe varón y toda la denigración de las jefas mujeres que en realidad se las piensa como lesbianas o como masculinizadas o como que se acostó con alguien para eso y eso circula, es un ámbito sobre todo profesional. (E_2_Mujer_Médica_DGDIyDP_Cargo con responsabilidad docente)

Esta segregación ocupacional sexista, tal como lo plantean Pagotto, Giunta y Dawidowski (17), aparece aquí estrechamente vinculada a los estereotipos tradicionales de género en donde las mujeres parecieran tener menores competencias para actividades de liderazgo frente al rol de líder como característica clave de la masculinidad hegemónica. Y, en caso de romper con dicho estereotipo, en muchos casos entre los que se encontraban varias de las entrevistadas, las mujeres que coordinan o lideran espacios de trabajo son juzgadas por su orientación sexual o exigidas en cuanto a su formación y *expertise*, lo cual da cuenta de la persistencia de la cultura machista en las instituciones de salud:

En general en los pares de los residentes no sucede, aparte la mayoría son mujeres, si fueran a denunciar serían los varones que van a denunciar que los apodan las chicas. Pero si hay cuestiones todavía que tiene enfermería y más arriba, jefes, maltrato, no acoso, pero maltrato laboral, pero eso ya hay una vía de comunicación al central donde uno puede llenar un formulario online y hacer una denuncia sin pasar por la comisión que se creó acá voluntaria. (E_12_Varón_Médico_CODEI_Cargo jerárquico)

Otro tópico emergente de las narrativas fue la relación entre la crítica a la hegemonía patriarcal en el modo de organizar la distribución sexual del trabajo en el sistema de salud y los cambios generacionales. Según saturan las narrativas:

“los jóvenes vienen con otra cabeza”, “las nuevas generaciones entienden más”. No obstante, también se observa que las transformaciones generacionales en cuanto a la problematización y cuestionamiento de los estereotipos tradicionales de género, parecen entrar en colisión con la lógica verticalista y médico-hegemónica que impera en el sistema de salud y se sirve de la cultura patriarcal:

Pero me parece que el modo en el que está estructurado los hospitales, los centros, las áreas programáticas y demás, si bien la mayoría que trabajan son mujeres, que es un dato objetivo, las lógicas son más patriarcales (E_10_Mujer_Abogada_DGDIyDP_Cargo con responsabilidad docente)

De este modo, las narrativas insisten en que la lógica del modelo médico hegemónico se cruza con las desigualdades de género en el sistema de salud, lo que explicaría tanto la segregación ocupacional (vertical y horizontal) sexista como así también, la diferencia salarial entre los géneros que es percibida no sólo en función de las profesiones y las jerarquías en los cargos a los que se accede, sino también en las especialidades elegidas al momento de ingresar al sistema de residencias (18). Asimismo, en las narrativas se observa escasa problematización sobre la feminización del cuidado y el impacto en la organización y las cargas del trabajo para las mujeres tanto dentro como fuera de la esfera doméstica, tanto en el caso de los varones como entre las mujeres.

Las violencias basadas en género: lo naturalizado y lo desnaturalizado

Al profundizar en la problematización del proceso de feminización del sistema de salud, el tema de las violencias basadas en género emergió de manera significativa en las narrativas. En el ámbito de la organización del sistema de salud y la relación entre quienes allí trabajan -incluyendo las relaciones jerárquicas y entre pares-, se observa una tensión con relación a “lo naturalizado” y “lo desnaturalizado” de algunos tipos y modalidades de violencia basadas en género:

Había como popes, sobre todo entre los cirujanos y bueno, había ambientes donde la violencia de género que no se podía denunciar era más frecuente, estaba naturalizada y ahora eso no pasa. (E_11_Mujer_Abogada_DGDIyDP_Cargo jerárquico)

(...) hay residencias específicamente masculinizadas

o hegemónicamente varoniles como las de cirugía donde hay situaciones bordeando el delito. (E_6_Varón_Médico_DGDIyDP_Cargo con responsabilidad docente)

La cuestión de las violencias se identifica fuertemente respecto los vínculos interpersonales en donde las lógicas jerárquicas de la organización de los servicios de salud y de las propias residencias tienen un papel importante en su reproducción, aunque, en algunos casos se esté comenzando a “desnaturalizar”, tal como sostienen las narrativas de la mayoría de las mujeres participantes. Tipos de violencia como “insultos” o “violencia física y sexual” parecen estar más claramente identificados como modos que adquiere las violencias -en general, más allá de las basadas en género- en el sistema de salud y que no debieran ser admisibles. Sin embargo, otros tipos de violencia, como la descalificación de la palabra de las mujeres, el menosprecio basado en el orden sexista, los prejuicios basados en los estereotipos de género y la persistencia de la distribución inequitativa de las tareas de cuidado, -tipos de violencia que podrían encuadrarse como micromachismos (19)-, parecen encontrarse más naturalizados.

Los espacios de “denuncia”, “acompañamiento a lo que pasa con la violencia entre compañeros”, aún son ámbitos poco conocidos e incluso, escasamente desarrollados en las diferentes instituciones del sistema público de salud, a pesar de existir normativas y organismos que específicamente abordan estos tópicos, tal como es el caso de los CODEI. Frente a la posibilidad de avanzar en denuncias o visibilizar estas situaciones se observan en la mitad de los casos, emociones como el “miedo” a “que te hagan el vacío”, “que lo usen en tu contra” y la “soledad”, lo cual opera como freno a las mismas. No obstante, la problemática de las violencias basadas en género también apareció como un tema “visible” respecto a la población usuaria del sistema de salud. En términos generales, las narrativas saturan que se trata de una “cuestión presente en la población que consulta”, “difícil de trabajar porque es muy complejo” ya que “no estamos preparados” para trabajar el tema:

Las mujeres llegan con muchos problemas que no son solo de violencia familiar del marido. Es difícil porque se cruza con otras cosas, la violencia social, la desocupación, las formas de vida. (E_5_Varón_Abogado_CODEI_Cargo jerárquico)

Las violencias basadas en género emergen como

demandas a los equipos de salud vinculadas a violencias en el ámbito de la pareja, en el ámbito obstétrico y a abusos sexuales contra mujeres, niñas y niños. Asimismo, las narrativas vinculan la “complejidad” de las situaciones cada vez más explicitadas en las consultas en intersección con otras problemáticas sociales (desocupación, pobreza, violencia social, etc), lo que convive con el “desconocimiento de recursos” o “falta herramientas teórico-conceptuales” para abordarlas.

Obstáculos y facilitadores para la implementación de la educación permanente en salud y género

Al abordar los obstáculos para la implementación de la EPS sobre género y salud en el ámbito de la CABA, se identificaron los siguientes: de las políticas de capacitación, del sistema de salud, de perspectiva de trabajo e individuales. En cuanto a los obstáculos vinculados a las políticas de capacitación, se observó que, a nivel EPS en el sistema de residencias, al momento del estudio, no se había consolidado una política transversal que permitiera incorporar el enfoque de género y salud en el sistema público de salud de la CABA:

Muchas veces se sancionan las leyes, como sacarse el tema de encima y mostrar buena predisposición, dejar contento a un sector que demanda algo y después bueno, se plancha ahí. Hay falta de voluntad política o ineficacia en la forma de difundirlo. (E_1_Varón_Médico_DGDIyDP_Cargo jerárquico)

En cuanto a los obstáculos del propio sistema de salud se identifica especialmente la intersección entre las lógicas patriarcales y el modelo médico-hegemónico que naturaliza la jerarquía masculina para la toma de decisiones en todos los ámbitos, incluyendo el de la EPS:

(...) es un obstáculo grande para los cambios porque se combinan el modelo médico con la cultura machista. Y eso hace que nadie se cuestiona por qué hay médicos jefes o con la feminización del sistema de salud. (E_9_Varón_Psicólogo_DGDIyDP_Cargo con responsabilidad docente)

En este punto, también se narraron problemáticas específicas de estas lógicas en especialidades médicas como cirugía y cardiología. En cuanto a los obstáculos referidos a la perspectiva de trabajo, las narrativas insisten tanto en aquellos vinculados con los problemas en la formación en las residencias que fragmenta las problemáticas complejas, pero

también el desconocimiento de recursos técnicos y programáticos para abordar no solo cuestiones vinculadas a las violencias basadas en género, sino también para desarrollar procesos de atención en salud considerando las necesidades específicas de las personas según las necesidades de género:

La falta de perspectiva de género es complicada. Es una ceguera que tiene consecuencias diagnósticas y que hace trabajar mal a muchos equipos, pero no se dan cuenta. Como que se niega que es una necesidad y un aporte. (E_7_Varón_Psicólogo_DGDIyDP_Sin cargo jerárquico o con responsabilidad docente)

Finalmente, en cuanto a los obstáculos individuales se resaltan especialmente las conductas reactivas frente a la inclusión de la temática de género en el ámbito de la EPS por “miedo a las denuncias” o “pérdida de privilegios” naturalizados en las prácticas cotidianas:

Hay mucha resistencia porque se ve la burla. Pero ese rechazo tiene que ver con el miedo a perder el poder y los privilegios de muchas personas. Por eso se frena también. (E_1_Varón_Médico_DGDIyDP_Cargo jerárquico)

Ahora bien, entre los facilitadores se encontraron centralmente dos aspectos: el contexto socio-histórico y los cambios generacionales. Respecto del contexto socio-histórico, las narrativas insisten en que diferentes acontecimientos sociales como la “Marea verde” y el “Ni una menos” irrumpieron en el ámbito de la salud, permeando las féreas estructuras de la organización del sistema lo que permitió abrir nuevos interrogantes, tensiones, problemas y visibilizando otros “problemas ocultos”, lo que vuelve más receptivo al sector en cuanto a la incorporación del tema en la formación en servicio:

Mucho tiene que ver con los cambios de los últimos años y la feminización del sistema. Trae otras discusiones (...) es impresionante igual todo lo que cambió, lo que podemos decir, pensar, hacer. El contexto creo que hace más posible meter el tema. (E_9_Varón_Psicólogo_DGDIyDP_Cargo con responsabilidad docente)

A la cuestión del contexto, se le adicionan los cambios de las nuevas generaciones como facilitadoras para la incorporación de estas perspectivas en diálogo con experiencias pioneras, es decir, resignificando aportes sobre todo de mujeres de generaciones anteriores que venían trabajando en el tema, lo

cual se expresa en investigaciones, propuestas formativas (cursos, talleres, ateneos, seminarios) y publicaciones en el marco del sistema público de salud de la CABA, previas al auge del movimiento de “Ni una menos” en 2015:

El cambio cultural es generacional. Eso ayuda mucho a romper con ciertos esquemas viejos del patriarcado. No naturalizar formas de violencia. Y también eso de ver qué se hacía antes, experiencias, de equipos que ya lo traían, hinchaban y ahora es ley, por ejemplo, lo del aborto. (E_4_Mujer_Psicóloga_DGDIyDP_Sin cargo jerárquico o con responsabilidad docente)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Si bien este estudio exploratorio tiene la limitación de estar focalizado en informantes clave del nivel central del sistema público de salud de la CABA (DGDIyDP) y de CODEI, sin acceder a informantes de los equipos de salud con menor responsabilidad pero con otra perspectiva acerca de la problemática, sí se pudieron identificar temas críticos que constituyeron insumos para la elaboración posterior de proyectos para la implementación de la “Ley Micaela” en el sistema de salud de la ciudad, lo cual es un proceso que se está desarrollando con distintas características en los diferentes niveles del Estado y las jurisdicciones en Argentina como lo plantean los trabajos de Barriviera (20), Garrido, Soraire y Aráoz (21), Zurita (22) y Lezcano (23).

En función de las narrativas se pudo identificar la relevancia del tema de género para el ámbito de la salud en general y, en particular, para la EPS de los equipos de salud. De este modo, en las narrativas se identificaron problemáticas con referencia a las demandas emergentes del contexto socio-histórico en general, tal como lo señalan Gutiérrez (24), Sciortino (25) y Felitti (26) en relación con los enunciados del movimiento social de “Ni una menos” contra los femicidios, transfemicidios y la violencia de género junto con el de la “Marea verde” por el derecho al aborto y los derechos sexuales. Pero también se visibilizaron problemáticas específicas del sistema de salud vinculadas a la feminización del mismo. Esto resulta particularmente interesante puesto que si bien la feminización es una tendencia creciente tal como lo indica el informe de PNUD (8), autoras como Tajer (27) y Lenta et al. (28) afirman que la persistencia de lógicas androcéntricas

en el sector, aún constituyen un punto crítico para garantizar la equidad de género en salud. Este último fenómeno interpeló a las personas informantes clave en cuanto su abordaje y permitió develar diferentes problemáticas como la segregación ocupacional vertical y horizontal basada en género. Pero también su intersección con otras lógicas de producción de desigualdades en el sistema de salud como lo es, por ejemplo, el modelo médico-hegemónico. En este contexto, la cuestión de las violencias basadas en género, tanto al interior de las instituciones como en la población usuaria, se connotó como un tema que ha cobrado relevancia en el nuevo escenario social, pero que existía previamente y que persiste como un tópico difícil de abordar a pesar de su mayor reconocimiento. De este modo, su vacancia en la EPS en general, en la especificidad disciplinar y en el trabajo intersectorial, aparece como un problema clave al momento de pensar el abordaje de las violencias conjugadas con el peso de las relaciones de poder de género y disciplinares.

Asimismo, en el estudio se resaltaron obstáculos para la transversalización de la perspectiva de género y su inclusión en la EPS. Éstos se vincularon con: la falta de políticas de capacitación específicas en el campo, la propia lógica verticalista del sistema de salud que limita las transformaciones para la democratización de enfoques disciplinares y de los espacios de toma de decisiones, la perspectiva de trabajo mayormente biologicista, esencialista y reduccionista junto con las resistencias individuales a los cambios de paradigma. Estos dos últimos obstáculos coinciden en parte con los estudios de Cardozo Ruffo (29) quien indica que, en el proceso de transversalización del enfoque de género en el sistema de salud de Uruguay, se enfrenta con la asociación entre salud y género con salud sexual y reproductiva, lo que limita la inclusión de una perspectiva integral que permita pensar la cuestión en las diferentes esferas del sistema de salud.

Los principales facilitadores para la transversalización de la perspectiva de género en la EPS se relacionaron con el contexto sociohistórico de la “Marea verde” y el “Ni una menos” y las transformaciones de las nuevas generaciones que van ingresando al sistema de formación en servicio, lo cual hace más permeable a las instituciones para la demanda de formación en perspectiva a fin de enfrentar las inequidades de género presente. Como sostiene Elizalde (30), las emergencias de nuevas genealogías políticas

feministas construyen tanto memoria histórica en las instituciones sociales como así también regulaciones que son condiciones de posibilidad para el agenciamiento y la transformación social frente a las violencias históricas naturalizadas.

La EPS en género y salud desempeña un papel fundamental en la formación de los equipos profesionales. Esta formación continua permite a los/as trabajadores/as de la salud adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para abordar de manera adecuada las necesidades específicas de género de usuarios/as y garantizar una atención integral y equitativa. Pero también brinda herramientas para reflexionar y abordar las propias inequidades presentes en la organización del sistema de salud, lo que incluye violencias basadas en género históricamente naturalizadas. En un mundo en constante transformación, donde los avances en materia de género y salud conforman nuevas agendas y se plantean la ampliación de derechos, su inclusión en la EPS resulta fundamental para garantizar una salud más justa y una sociedad más igualitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davini MC. Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. OPS. 2005; 45: 1-21.
2. Pombo MG. La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des) politización del género. Revista Margen. 2012; 66:1-7.
3. Tajer D. Género y Salud: Las políticas en acción. Buenos Aires: Lugar; 2012.
4. Plaza-Rivera FN. Siglo XXI: Brechas de Género y Desigualdad en el Lugar de Trabajo. Rev. Der. PR. 2020; 60: 657.
5. Fernández AM. Las diferencias desiguales: multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplina. Nómadas. 2009; 30: 22-33.
6. Longo R, Lenta MM, Zaldúa G. Nudos críticos y desafíos de las intervenciones del campo psi en la interrupción legal del embarazo. En Zaldúa G, Lenta M, Longo R, compiladoras. Territorios de precarización, feminismos y políticas del cuidado. Buenos Aires: Teseo; 2020. p. 49-55.
7. Antonietti L. Características de ingresantes al Sistema de Residencias del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus modificaciones a lo largo de 20 años. Buenos Aires: Ministerio de Salud del Gobierno de la

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional; 2019.
8. PNUD. Guía para la incorporación de la perspectiva de género en salud. Buenos Aires: PNUD; 2019.
 9. Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta sanitaria*. 2005; 18: 189-194.
 10. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, Rodríguez-Jaume MJ, Pérez-Sedeño E, Gasch-Gallén Á. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España. *Gaceta Sanitaria*. 2020; 33: 485-490.
 11. Lenta M. Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad en los actos de salud. *Revista Argentina de Medicina*. 2021; 9(3):141-145.
 12. Denzin NK, Lincoln YS. Manual de investigación cualitativa (Vol. 1). Barcelona: Gedisa; 2012. p. 43-100.
 13. Flores LP. Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales. *Quaderns de Psicologia*. 2014; 16(1): 229-235.
 14. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & saúde coletiva*. 2012; 17: 613-619.
 15. Herrera CD. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Revista general de información y documentación*. 2018; 28(1): 119-126.
 16. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*. 2020; 16: e2615.
 17. Pagotto VL, Giunta, DH, Dawidowski AR. Enfoque de género en las residencias médicas de un hospital universitario. *Medicina*. 2020; 80(3), 219-228.
 18. Aspiazu EL. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Revista Pilquen-Sección Ciencias Sociales*. 2016; 19(1): 55-66.
 19. Vázquez FS, & Gutiérrez GE. Norma social: micromachismos en el nombre del padre. *Desarrollo, economía y sociedad*. 2018; 7(1): 17-37.
 20. Barriviera NL. La Ley Micaela y el notariado. *Derechos en Acción*. 2020; (17): 305-317.
 21. Garrido B, Sorraire NL, Aráoz P. Pandemia y violencia contra las mujeres: La Ley Micaela en Tucumán y las demandas. *Humanitas*. 2020; (32)39: 69-98.
 22. Zurita I. Cambios representacionales y de coyuntura sobre la violencia de género. Una aproximación para pensar las legislaciones de Salta (Argentina). *Punto Cero*. 2021; 26(43): 86-101.
 23. Lezcano S. Construyendo nuevas subjetividades: el caso de la Ley Micaela. *Actas de Periodismo y Comunicación*. 2021; (7)2: 1-7.
 24. Gutiérrez MA. Marea Verde: La construcción de las luchas feministas. *Revista Catarsis*. 2019; (1): 33-36.
 25. Sciortino S. Consideraciones sobre el movimiento amplio de mujeres a partir del “Ni Una Menos”: continuidad histórica, diversidad y trayectorias locales. *Publicar-En Antropología y Ciencias Sociales*. 2018; (24): 27-47.
 26. Felitti K. Ya es ley: antecedentes y desafíos de la legalización del aborto en la Argentina. *Cahiers des Amériques latines*. 2020; (95); 7-15.
 27. Tajer D. Cuidados generizados en salud. *Revista Symploke Estudios de Género*. 2020; (1): 5-16.
 28. Lenta MM, Longo R, Zaldúa G, Veloso V. La salud de las trabajadoras de la salud en contexto de pandemia. *Anuario de investigaciones*. 2020; 27: 147-154.
 29. Cardozo Ruffo V. Género y salud. Análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2020). *Avances y desafíos pendientes*. *Revista Médica del Uruguay*. 2022; 38(1): 1-9.
 30. Elizalde S. Hijas, hermanas, nietas: genealogías políticas en el activismo de género de las jóvenes. *Revista Ensamblés*. 2019; (8): 86-93.