

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Tesis:

Implementación de la ley Micaela en un Ministerio de Salud: una experiencia de educación permanente en salud para la transformación cultural del sistema público.

Autora: Lic. Julieta V. L. Fazzini

Directora: Dra. Malena Lenta

Co-Director: Mg. Gabriel González Villa Monte

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 9 de Junio de 2025

Agradecimientos

A mi familia, por su amor, su paciencia y su apoyo constante en cada etapa de este camino. A Mamá y Ade, que ya partieron pero viven en cada logro alcanzado. Gracias por enseñarme a caminar con fuerza y ternura. A Papá, que todavía me acompaña y me sostiene fuertemente. A mis bebés, Ami y Luchi, que son mi luz, mi refugio y mi mayor inspiración para seguir soñando. Este logro es, antes que nada, para ustedes.

A mis amigas y amigos, especialmente a Carla, Luciana y David, por acompañarme con su cariño, por las palabras de aliento, las risas, y por recordarme de lo que soy capaz, sobre todo cuando lo olvido.

A mi directora y co-director de tesis, por su generosidad, su guía comprometida y su confianza en mi trabajo. Su acompañamiento, profesional y humano, fue indispensable para transformar ideas y datos en resultados.

A Alicia Maggiani, mi entrañable compañera del trabajo diario, que fue una hadita mágica para concretar este proyecto.

A las autoridades del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, por facilitar el acceso a la información necesaria para llevar adelante la investigación.

Y, a la salud y educación pública, por darme la oportunidad de formarme, crecer y trabajar con sentido. Este proyecto es también fruto del esfuerzo colectivo que día a día sostiene estos espacios, tan fundamentales para construir una sociedad más justa y equitativa.

ÍNDICE

Resumen y palabras claves	6
I. INTRODUCCIÓN	7
a. Situación problemática	8
b. Preguntas de conocimiento	11
II. ESTADO DEL ARTE	12
III. EXPLICITACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS	17
IV. MARCO TEÓRICO	18
a. Perspectiva de género	19
b. Jerarquías y desigualdades en el sistema de salud: modelo médico hegemónico e interseccionalidad	19
c. Perspectiva de derechos, planificación estratégica y evaluación	22
d. Cultura organizacional y burocracias profesionales	24
e. Educación permanente en salud	27
V. MATERIALES Y MÉTODOS	30
a. Tipo de estudio, diseño y análisis de datos	30
b. Unidad de análisis, universo y muestra	30
c. Definición operacional de las variables	30
d. Procedimiento de análisis de datos	31
e. Fuentes de información	31
f. Descripción del ámbito de estudio	33

g. Factibilidad/viabilidad	35
h. Consideraciones éticas	36
VI. RESULTADOS	38
a. Perfil sociodemográfico y disciplinar de los participantes de la Ley Micaela	38
b. Participación en la capacitación en género del Ministerio de Salud	41
c. Valoración de la formación en género y motivaciones para completar la capacitación	43
d. Participación según regiones sanitarias y su relación con las problemáticas de violencia de género en la población	51
e. Efecto de la capacitación en las denuncias y consultas por violencia de género en el sistema de salud	54
VII. DISCUSIÓN	59
a. Desafíos en el alcance de la capacitación de la Ley Micaela en el sistema de salud	59
b. El impacto de la capacitación sobre las denuncias por violencia de género	60
c. Análisis del perfil sociodemográfico y disciplinar de las personas capacitadas	63
d. Motivaciones y antecedentes formativos en género: implicancias para futuras capacitaciones	67
e. Capacitación virtual en género: ventajas y dificultades, aportes desde la educación permanente en salud	70
f. Limitaciones metodológicas y oportunidades para fortalecer la implementación de la Ley Micaela	73

g. Consideraciones sobre el contexto político actual y sus implicancias para la capacitación en género	75
h. Recomendaciones: implicancias prácticas para la mejora de la política de capacitación en género en el sistema de salud del Gobierno de la CABA	77
VIII. CONCLUSIONES	79
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
Apéndice I - Distribución de efectores por regiones sanitarias	93
Apéndice II - Formulario Encuesta inicial Curso “Introducción a la perspectiva de género”	97
Apéndice III - Formulario Encuesta final Curso “Introducción a la perspectiva de género”	103

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

- Tabla 1. Distribución porcentual de la población por cobertura médica según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2022. **34**
- Tabla 2. Distribución porcentual de la población por cobertura médica según sexo y zona. Ciudad de Buenos Aires. Año 2022 **34**
- Tabla 3: Características sociodemográficas y disciplinares de las personas que integran el subsistema público y de las personas participantes en la capacitación de la Ley Micaela en el MSGCBA **38**
- Tabla 4: Género, disciplina y nivel sanitario del plantel de recursos humanos del MSGCBA y de las personas que realizaron la capacitación. **39**
- Tabla 5: Comparación entre cantidad de participantes en el sistema de salud del sistema de salud y en el Gobierno de la CABA **43**
- Tabla 6: Participantes con y sin capacitación previa en la temática según edad, género, disciplina y región sanitaria **44**
- Tabla 7: Importancia de la temática para el desarrollo del trabajo según género, edad, región sanitaria y disciplina **46**
- Tabla 8: Relevancia de los temas para el desarrollo profesional y la mejora de los procesos en el ámbito laboral. Curso gestionado por DGDlyDP. **50**
- Tabla 9: Dificultades para cumplir con las exigencias del curso. Curso gestionado por DGDlyDP. **50**
- Tabla 10: Ventajas/facilidades para cumplir con las exigencias del curso. Curso gestionado por DGDlyDP. **51**
- Tabla 11: Porcentaje de capacitación en APS, 2do. y 3er. nivel por región sanitaria. **52**
- Tabla 12: Denuncias con presencia de indicadores de violencia de género ingresados a las fiscalías del Fuero Penal, Contravencional y de Faltas de CABA y distribución porcentual por región sanitaria de ocurrencia. Ciudad de Buenos Aires. Años 2019/2023. **53**

-Tabla 13: Participación en la capacitación de la Ley Micaela y su relación con denuncias post-capacitación por región sanitaria (2021-2023).	53
-Tabla 14: Gestiones registradas en canal habilitado por protocolo de actuación establecido por Ley N° 6.083./19	54
-Tabla 15: Consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 según clasificación	55
-Tabla 16: Consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 según motivo	55
-Tabla 17: Distribución de consultas y denuncias registradas en el canal habilitado según nivel sanitario (2021-2023).	56
-Tabla 18: Participación en la capacitación de la Ley Micaela y su relación con denuncias y consultas por Región Sanitaria	57
- Gráfico 1: Pirámide poblacional de médicas y médicos activos a 2020	21
- Gráfico 2: Comparación de la distribución disciplinar entre el personal del MSGCBA y los participantes de la capacitación Ley Micaela.	41
- Gráfico 3: Evolución mensual de la cantidad de personas capacitadas en Ley Micaela (2021-2023).	42
- Gráfico 4: Distribución de capacitación previa en género según disciplina	45
- Gráfico 5: Percepción de la importancia de la capacitación en género para el desarrollo laboral según género.	48
- Gráfico 6: Importancia asignada a la temática según disciplina	48
- Gráfico 7: Motivaciones principales para completar la capacitación	49
- Gráfico 8: Consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 según disciplina	56
- Gráfico 9: Incremento en el volumen de consultas y denuncias registradas en el canal habilitado antes y después de la capacitación	58

Resumen

La violencia de género, reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública, también atraviesa el ámbito sanitario, donde los estereotipos de género influyen en la formación y las prácticas profesionales. La Ley Micaela, adoptada en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) mediante la Ley N° 6.208, establece la capacitación obligatoria en género y violencia contra las mujeres en el sector público.

Este estudio analizó su implementación en el Ministerio de Salud de CABA (MSGCBA), a partir de fuentes secundarias (junio 2021-octubre 2023), describiendo perfil de participantes, cantidad de personas capacitadas por región sanitaria y su relación con problemáticas de género de la población, de los propios equipos; y con motivaciones para formarse. La cobertura alcanzó el 36%, por debajo del promedio en el Gobierno de CABA (60%), con predominio de mujeres, personal de enfermería y técnicos, personas de mayor edad y antigüedad laboral. Se observó un incremento de participación al ingresar a residencias, pero no se evidenció una relación directa con el aumento de denuncias. Sin embargo, las denuncias del personal sanitario sugieren un impacto positivo (71% post capacitación). La principal motivación fue la obligatoriedad (39,8%), aunque el 92% destacó la relevancia del contenido. Este trabajo se destaca como la primera evaluación de esta política en salud en Argentina, ofreciendo conocimientos para fortalecer su implementación.

Palabras claves: Género y salud, educación permanente en salud, violencias de género¹.

¹ Biblioteca Virtual en Salud Argentina. Disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

I - Introducción

La violencia de género constituye una de las problemáticas más profundas y extendidas de nuestra sociedad, reconocida como un problema de salud pública por la OMS desde 1996. Este fenómeno, anclado en las desigualdades estructurales de una sociedad patriarcal, no solo vulnera los derechos humanos de las mujeres y disidencias, sino que también afecta su bienestar integral y sus posibilidades de acceso equitativo a recursos, oportunidades y servicios. En este contexto, el ámbito de la salud no está exento de reproducir estas inequidades, ya sea a través de estereotipos en las prácticas profesionales o de jerarquías organizacionales que perpetúan las desigualdades de género.

La Ley Nacional N° 27.499, conocida como Ley Micaela, sancionada en 2018 y adoptada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mediante la Ley N° 6.208, establece la capacitación obligatoria en género y violencia contra las mujeres para quienes trabajan en la función pública. Esta iniciativa busca cuestionar las estructuras de desigualdad, promover espacios libres de violencias y construir prácticas institucionales que garanticen el ejercicio igualitario de derechos. Dentro del sistema público de salud, la implementación de esta política es particularmente relevante, no solo por la feminización del sector, sino también por su papel en la formación de profesionales y en la atención a la población.

La complejidad del sistema sanitario, atravesado por una cultura organizacional androcéntrica y jerarquías profesionales basadas en estereotipos de género, presenta desafíos significativos para la implementación de una política transversal de género. Este trabajo se centra en analizar la implementación de la Ley Micaela en dicho contexto, evaluando su impacto en términos de participación, perfil de participantes, relación con problemáticas de violencia de género en la población y en el ámbito laboral; y las motivaciones para completar la formación. A partir de un diseño observacional de corte transversal, se analizaron fuentes secundarias entre junio de 2021 y octubre de 2023 para caracterizar la implementación de esta política pública.

La metodología incluyó el análisis de bases de datos del personal del Ministerio, los registros de participación en las capacitaciones y estadísticas sobre denuncias de violencia de género. Este enfoque permitió no solo describir la implementación de la política, sino también identificar factores asociados que puedan guiar el diseño de estrategias para mejorar su alcance y efectividad.

La importancia de este trabajo radica en ser la primera evaluación sistemática de la implementación de la Ley Micaela en el sector salud en Argentina, una política central para la transversalización de la perspectiva de género en las organizaciones públicas. En un contexto donde las desigualdades de género continúan marcando tanto el acceso como la calidad de los servicios de salud y los vínculos en los equipos, evaluar y optimizar esta política permite no solo avanzar en la sensibilización del personal sanitario, sino también generar transformaciones estructurales en las prácticas organizacionales.

Esta investigación también contribuye a la transversalización de la perspectiva de género, integrando la educación permanente como herramienta para la reflexión crítica y la acción transformadora. Los hallazgos aquí presentados buscan aportar al fortalecimiento de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud desde una perspectiva de género, promoviendo un sistema más justo, inclusivo y equitativo para toda la población y el personal sanitario.

Situación problemática

De acuerdo con estimaciones globales, aproximadamente una de cada tres mujeres ha experimentado, a lo largo de su vida, violencia física y/o sexual por parte de su pareja, o violencia sexual perpetrada por terceros. Asimismo, cerca del 30% de las mujeres de entre 15 y 49 años reporta haber sufrido algún tipo de violencia ejercida por su pareja íntima (OMS, 2021). En este contexto, la violencia de género constituye un problema prioritario de salud pública y una grave vulneración de los derechos humanos, tal como ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud desde 1996.

A nivel nacional, según el informe estadístico del Sistema Integrado de Casos de Violencia por Motivos de Género (SICVG), el 97,1 % de los registros vinculados a situaciones de violencia de género corresponden a la modalidad de violencia doméstica, mientras que el 1,3 % se relaciona con violencia en el ámbito laboral y el 1,2 % con violencia institucional. En cuanto al perfil de las personas agresoras, el 95,8 % son varones, y dentro de este grupo, el 87,8 % corresponde a parejas o ex parejas de las personas en situación de violencia (Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2022). Por otro lado, durante el año 2022 se registraron 242 víctimas de femicidio, cifra que incluye 23 femicidios vinculados, 7 transfemicidios y 14 suicidios de feminicidas (Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación, 2023). En el primer trimestre de 2023, se contabilizaron 74 femicidios a nivel nacional, de los cuales 66 fueron directos y 8 vinculados (Redacción IR, 2023).

En la CABA, en el año 2021 se registraron 43.920 llamadas al 911 por casos de violencia de género, se tomaron 13.393 denuncias vinculadas a diversos tipos de delito en el marco de la violencia de género y se entregaron 5.387 botones antipánico a mujeres que sufrían violencia (Gobierno de la CABA, 20 de junio de 2023).

Para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, a lo largo de los años se fue construyendo un marco normativo internacional y nacional. Como hitos normativos internacionales pueden destacarse la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Organización de las Naciones Unidas, 1979); la Cuarta Conferencia sobre la Mujer que tuvo lugar en Beijing en 1995 (Organización de las Naciones Unidas, 1995), y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Organización de los Estados Americanos, 1994).

En Argentina se cuenta además con la Ley N° 26.485/2003 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, la Ley de Identidad de Género N° 26.743/2012, y la Ley N° 27.499/2018 de Capacitación Obligatoria en la Temática de Género y Violencia contra las Mujeres, entre otras. Asimismo, la CABA cuenta con un acervo normativo propio en materia de género y prevención de las violencias (Lenta, 2020).

La Ley Nacional N° 27.499, a la cual la CABA adhiere mediante la Ley N° 6.208/2019, fue sancionada en 2018 y establece la capacitación obligatoria en género y violencia contra las mujeres para todas las personas que trabajan en la función pública. Esta ley es conocida como la Ley Micaela, quien fuera víctima de femicidio en Gualeguay (Entre Ríos), a los 21 años de edad en abril de 2017. Su propósito es cuestionar la desigualdad y la discriminación, y construir espacios y prácticas libres de violencias a fin de garantizar el ejercicio igualitario de los derechos de las mujeres y disidencias mediante la erradicación de las desigualdades de género y la prevención de las violencias.

En este marco, diferentes trabajos como los de Pombo (2012) y Tajer (2012) 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. Coinciden con Longo et al. (2020) quienes resaltan que la conformación androcéntrica de los sistemas y servicios de salud, apuntalada sobre jerarquías profesionales que responden a los estereotipos tradicionales de género y a la distribución sexual patriarcal del trabajo, exacerbaban las inequidades en salud, a pesar de la feminización del sector, tal como ocurre con el caso de la CABA (Antonietti et al., 2019).

El sistema público de salud de la CABA se constituye como un referente, a nivel nacional, y principalmente del Área Metropolitana de Buenos Aires, no solo por la atención de la salud sino también por su rol en la formación de jóvenes profesionales mediante su sistema de residencias. Desde la perspectiva de la Educación Permanente en Salud (EPS), la formación del personal se presenta como una política central para el desarrollo de conocimientos a partir de los problemas surgidos de las prácticas y el trabajo en los equipos de salud. La transformación de las prácticas y de los servicios en función de las nuevas demandas, problemas y desafíos hacen parte de un compromiso social y profesional con la ampliación de derechos en el campo de la salud (Davini, 2005).

Cabe destacar que no se ha sistematizado aún en el sector salud del país ninguna experiencia en torno a la capacitación establecida por la Ley Micaela. Investigar la implementación de una política pública como lo es la capacitación

obligatoria en materia de género y prevención de las violencias, cobra relevancia en el marco de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la transversalización e institucionalización de la perspectiva de géneros en las políticas de salud, generando mecanismos de rendición de cuentas que permitan la evaluación de las políticas y acciones desarrolladas (Soto y Bonder, 2018; COMISCA/OPS, 20 de noviembre de 2024). Entendiendo que en el proceso de gestión, el monitoreo y la evaluación proporcionan elementos de conocimiento para guiar la toma de decisiones y, por tanto, se presentan como elementos indispensables para la gestión administrativa y estratégica de una iniciativa pública (Di Virgilio y Solano, 2012), la evaluación de la implementación de esta política apunta a aumentar la efectividad de las actividades desarrolladas y permite identificar necesidades de formación en el sistema público de salud para ser abordadas en las siguientes programaciones de la capacitación.

Preguntas de conocimiento

¿Cuál es el perfil (características sociodemográficas y disciplinares) de las personas participantes en la capacitación enmarcada en la ley Micaela en el MSGCBA?

¿Cuál es la asociación entre la cantidad de participantes en la capacitación enmarcada en la ley Micaela en el MSGCBA según regiones sanitarias y la prevalencia de problemáticas de la población vinculadas a las violencias de género?

¿Cómo se relaciona el perfil de participantes en la capacitación enmarcada en la ley Micaela en el MSGCBA con la motivación para completar la formación?

¿Cuál es la asociación entre la cantidad de participantes en la capacitación enmarcada en la ley Micaela en el MSGCBA y el volumen de consultas y denuncias en el canal habilitado por el Protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083./19 (Anexo Resolución Conjunta N°1/MSGC/19)?

II- Estado del Arte

Para el universo estudiado no se ha encontrado trabajo alguno que sistematice y analice la experiencia en torno a la capacitación establecida por la Ley Micaela en el sector salud de Argentina. El Ministerio de Salud de la Nación (2022) presenta un material como recurso pedagógico para la implementación de la Ley Micaela en el ámbito de la salud, titulado “Ley Micaela: Salud pública en clave de género”. No obstante, no se ha encontrado registro de alguna evaluación de la experiencia.

En un contexto más amplio, se accede a documentos de sistematización, monitoreo y evaluación de programas y capacitaciones enmarcadas en la ley en dos ámbitos: educación universitaria (Broggi y González, 2022; Torlucci, Vazquez Laba y Pérez Tort, 2019; Universidad de la Plata, 2021; Vallejos y Freire, 2021; Saletti e Imhoff, 2021; Martín, 2021), y administración pública (Calandria, 2020a y 2020b, Honorable Cámara de Diputados de la Nación, 2019 y 2021; Lezcano, 2021 y 2022; Ministerio de mujeres, géneros y diversidad, 2021; Dirección Provincial de Formación, Investigación y Políticas Culturales para la Igualdad [DPFIPCI], 2022).

En términos cuantitativos, en el ámbito de la educación superior universitaria, los artículos referenciados destacan que para el 2019, 79,5% de las universidades encuestadas ya había capacitado a sus autoridades; 63,6% había capacitado a sus docentes, 56,8% a sus no docentes y 38,6% a sus estudiantes (Martín, 2021). En el ámbito de la administración pública, se encuentra información sobre las experiencias en la Provincia de Buenos Aires (PBA) y los diferentes poderes de la Nación.

De los cursos de sensibilización destinados a máximas autoridades de ministerios y organismos del Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires (PBA) participaron 11 ministerios y 29 organismos, de un total de 2.303 máximas autoridades inscriptas, 82% completó la capacitación (no se indica el peso de las personas capacitadas sobre el total de público destinatario) (Calandria, 2020a).

En el mismo contexto, la PBA desarrolló el Programa de formación de formadoras y formadores en Ley Micaela Bonaerense para los Municipios con

dos objetivos: promover la adhesión municipal a la Ley Micaela y consolidar un grupo de formadoras y formadores en temáticas de género y violencias. Como resultados se indica que al finalizar el año 2020, la Provincia de Buenos Aires contaba con 859 formadoras y formadores en Ley Micaela Bonaerense a lo largo de todo su territorio. Sobre las adhesiones a la Ley, se indica que durante la implementación del Programa, la totalidad de los municipios de la PBA incorporaron la formación obligatoria (Calandria, 2020b).

A nivel de la administración pública nacional, de acuerdo al Informe de implementación de la Ley 27.499 del Ministerio de mujeres, géneros y diversidad (2021), desde diciembre de 2019 a diciembre de 2020, se capacitó al 46% del total de máximas autoridades del Poder Ejecutivo; y en el Poder Legislativo se capacitó al 51% del total de sus máximas autoridades. El informe no incluye datos sobre la capacitación en el Poder Judicial. De acuerdo a la información publicada en el sitio web de la Corte Suprema de la Nación (15 de marzo de 2023), 36.299 integrantes del Poder Judicial de todo el país realizaron la capacitación obligatoria en género hasta diciembre de 2021.

Las publicaciones concuerdan en mencionar que la implementación de la ley se inició capacitando a las máximas autoridades de los organismos, advirtiendo la relevancia de intervenir desde la centralidad de las políticas donde se generan definiciones y proyecciones hacia la totalidad de las instituciones (Lezcano, 2021; Broggi y González, 2022). Asimismo, la gran mayoría de las experiencias sistematizadas, en ambos sectores, coinciden en señalar que el proceso de diseño de la política incluyó una perspectiva participativa, relevando intereses, necesidades y problemáticas situadas de los diferentes actores involucrados. En la misma línea, las experiencias de capacitación establecidas por la ley, desde el diseño pedagógico, incluyen instancias de intercambio y construcción colectiva, mayormente con modalidad virtual sincrónica o presenciales, empleando el dispositivo de taller como un espacio de encuentro y producción conjunta, de acuerdo a los lineamientos pedagógicos marco establecidos (Instituto Nacional de las

Mujeres, 2019; Rovetto et al., 2020). En el caso de la capacitación en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) se indica:

En todos los casos, diseñamos propuestas en diálogo con los equipos de gestión de cada área o institución, realizando un recorrido previo donde relevamos intereses, problemáticas y necesidades particulares a tener en cuenta. Cada capacitación se proyecta con un tiempo de duración de entre dos y 3 meses con instancias presenciales, virtuales - sincrónicas y asincrónicas- y cierres en formato taller. (Broggi y González, 2022, p. 5)

En cuanto a la valoración de las propuestas formativas por parte de las personas participantes, la PBA realizó entrevistas a algunas personas capacitadas sobre tres ejes: sus recorridos previos y el impacto personal y grupal de la capacitación; las relaciones jerárquicas; y los obstáculos o tensiones que se manifestaron al efectivizarse la política.

En todos los casos, hubo consenso con respecto a que la puesta en marcha de la Ley Micaela Bonaerense permitió unir tareas que, si bien ya se venían realizando en los organismos, se hacían de manera aislada y hasta invisibilizada. La capacitación fue un puente para el desarrollo de estrategias comunes, para el encuentro entre personas y para vincular, unificar y potenciar acciones previas, divididas o fragmentadas (DPFIPCI, 2022, p. 39).

Asimismo, en la PBA se aplicaron cuestionarios al finalizar la formación que tenían como objetivo relevar las percepciones sobre los contenidos, la dinámica y la pedagogía implementada, entre otros. Los contenidos fueron evaluados positivamente, siendo que el 98% los identificó como *muy adecuados* o *adecuados*. Sobre la dinámica y la pedagogía más del 90% de las personas encuestadas las califican como *positiva* o *muy positiva*, y el 84% de quienes participaron indicaron que incrementaron su conocimiento sobre la temática (Calandria, 2020a).

En el ámbito de la educación superior, sobre los procesos formativos desarrollados en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), la gran mayoría de participantes agradeció la oportunidad de contar con los espacios de formación y reflexión. Las instancias presenciales fueron mejor valoradas, con

relación a las virtuales. Los equipos docentes destacan que en las producciones finales de las personas capacitadas se evidenciaba la incorporación y comprensión de varios conceptos, así como el acercamiento al marco normativo en materia de géneros y prevención de las violencias (Broggi y González, 2022).

Respecto a obstáculos identificados para la capacitación, uno de los artículos citados, indica que se reconocieron al menos tres emergentes como posibles resistencias. El primero se vincula con el uso del lenguaje no sexista, ante el cual algunas de las personas capacitadas manifestaron incomodidad y disconformidad; en segundo lugar, se identifican desacuerdos con relación a la obligatoriedad de la capacitación; y, en tercer lugar, vinculada con los contenidos de la capacitación, se identificaron resistencias con la aplicación del cupo laboral travesti-trans que se encuentra en proceso de discusión en la UNLP (Broggi y González, 2022).

Cabe señalar que en los trabajos publicados durante o posteriormente al 2020, se hace referencia a la pandemia por COVID-19 como categoría de análisis de la implementación de la ley en tanto, por un lado, explica la deserción de participantes (Calandria, 2020a) y los alcances y limitaciones de los programas ejecutados (Lezcano, 2022), y por otro lado, la adaptación de las dinámicas y los procesos a modalidades de cursado mixtas, mayoritariamente virtuales (Ministerio de mujeres, géneros y diversidad, 2021).

En síntesis, el estado del arte demuestra avances significativos en la implementación de la Ley Micaela en diversos sectores, particularmente en la educación superior y la administración pública, donde se han llevado a cabo experiencias relevantes de capacitación, evaluación y sistematización. No obstante, persiste un vacío de información en el ámbito de la salud, donde no se han encontrado estudios que analicen de manera específica la aplicación de esta política en el sector. Este trabajo de investigación busca llenar dicha brecha, aportando evidencia sobre la implementación de la Ley Micaela en el MSGCBA. Al hacerlo, se espera no solo contribuir al conocimiento académico, sino también ofrecer herramientas prácticas para fortalecer las estrategias de

formación en género, con un enfoque situado en los desafíos y particularidades del sistema de salud, orientado a promover cambios estructurales hacia una mayor equidad y prevención de las violencias.

III - Explicitación de Objetivos e hipótesis

Objetivo general

- Analizar el perfil de las personas participantes en la capacitación enmarcada en la ley Micaela en el Ministerio de Salud de CABA (MSGCBA) entre junio de 2021 y octubre de 2023 y su relación con la motivación para formarse; con la distribución de problemáticas de la población vinculadas a las violencias de género; y con el volumen de consultas y denuncias respecto a violencias basadas en género dentro del sistema.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y disciplinares de las personas participantes que realizaron la capacitación enmarcada en la Ley Micaela en el MSGCBA.
- Indagar la relación entre la cantidad de participantes en la capacitación enmarcada en la Ley Micaela en el MSGCBA según regiones sanitarias y la distribución de problemáticas de la población vinculadas a las violencias de género.
- Explorar la asociación entre la cantidad de participantes en la capacitación enmarcada en la Ley Micaela en el MSGCBA y el volumen de consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 (Anexo Resolución Conjunta N°1/MSGC/19).
- Caracterizar la motivación de las personas participantes para completar la capacitación enmarcada en la Ley Micaela en el MSGCBA.

Hipótesis: No existe una relación significativa entre la cantidad de participantes en la capacitación obligatoria enmarcada en la Ley Micaela en el MSGCBA y sus características sociodemográficas, su motivación para formarse en la temática, ni la prevalencia de estas problemáticas en las regiones sanitarias y en los equipos de salud.

IV - MARCO TEÓRICO

Perspectiva de género

La situación problemática se enmarca en un contexto más amplio caracterizado por la predominancia de una sociedad patriarcal, donde se sostienen sistemas binarios sexo-genéricos en términos jerárquicos y asimétricos (Mattió, 2012). En este sentido, se entiende que:

Todas las sociedades construyen modelos muy arraigados del ser mujer y del ser hombre. Estos modelos se han elaborado con el tiempo, son inculcados en la familia, enseñados en las escuelas, transmitidos por los medios de comunicación, y aunque son cambiantes, casi nunca son cuestionados. La cultura latinoamericana fomenta estos modelos y promueve determinados comportamientos, expectativas, valores, normas e impone necesidades que condicionan y limitan formas de ser, pensar, sentir y actuar, para mantener el orden dentro de estos mandatos (Gómez Rosado, et al., 2010, p. 15).

La perspectiva de género refiere a estas relaciones socialmente construidas, desiguales y jerárquicas, que tienen como efecto un acceso asimétrico a la producción material y simbólica, y se expresa en posiciones de privilegio para varones y de subordinación para mujeres y disidencias.

El enfoque de género nos ayuda a identificar y cuestionar las desigualdades sociales que enfrentan las mujeres, las niñas y las adolescencias y el colectivo LGBTI. Desnaturalizar prácticas que redundan en procesos discriminatorios y estigmatizantes resulta sustancial para la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones en el campo de la salud, sobre todo en los espacios que constituyen la puerta de entrada al sistema, tales como el primer nivel de atención o los servicios de urgencias (Storani, 2020, p. 9).

La transversalización de la perspectiva de género, entendida como la integración sistemática de la promoción de la igualdad en todos los sistemas y

estructuras, en todas las políticas, procesos y procedimientos de la organización y su cultura, incluyendo las maneras de ver y hacer (Rodríguez Gustá, 2008) se presenta como una estrategia adecuada para la reducción de las brechas de género del sistema de salud y se implementa a través de diferentes acciones como la política de capacitación obligatoria que es objeto de este trabajo. En palabras de Lezcano, a través de la Ley Micaela “el Estado tomó una demanda popular concreta y construyó nuevas subjetividades y sentidos para intervenir desde los debates de género en las políticas públicas, valorizando formalmente la formación y la capacitación como marco de acción para el cambio social” (Lezcano, 2021, p. 3).

Así, la transversalización de la perspectiva de género se constituye como un instrumento para reducir las inequidades y las brechas de género en el sistema de salud. En este contexto, se plantea como necesario un cambio cultural que implica no sólo políticas públicas para promover la igualdad, sino también a nivel individual, desarmar los prejuicios, creencias y visiones construidas del mundo y las personas que nos rodean. Se entiende que la capacitación obligatoria en materia de género y prevención de las violencias, como política pública, resulta adecuada a fin de sensibilizar y promover cambios (Yañez Cifuentes, 2022). No obstante, por las particularidades del campo de la salud, es preciso indagar sobre el alcance de las formaciones ofrecidas a fin de evaluar si resultan adecuadas para dar cumplimiento al marco normativo y conformar colectivamente un andamiaje que sostenga las prácticas vinculares en los equipos, las prácticas de formación y las prácticas de salud desde un enfoque de derechos.

Jerarquías y desigualdades en el sistema de salud: modelo médico hegemónico e interseccionalidad

Partiendo del análisis del sistema de salud desde el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990)², incluir la mirada de género complejiza esta

² Según Eduardo Menéndez, el modelo médico hegemónico es un enfoque predominante en el campo de la medicina que se caracteriza por ciertas perspectivas y prácticas que responden a una lógica biomédica, biologicista, tecnocientífica y profesionalizada. Este modelo centra su atención en el cuerpo biológico como objeto de intervención y en la enfermedad como un fenómeno biológico que puede separarse del contexto social, cultural y subjetivo de la persona.

matriz de observación ya que permite visibilizar que, además de los condicionamientos culturales respecto al género que atraviesan a todas las personas, el propio sistema de salud se conforma androcéntricamente y se sostiene sobre jerarquías profesionales que responden a los estereotipos tradicionales de género y a la distribución sexual patriarcal del trabajo (Longo et al., 2020).

Aún con el proceso de feminización del trabajo en el sector de salud (Eiguchi, 2017; PNUD, 2018) que continúa creciendo desde hace algunas décadas, se evidencia la apreciación anterior por ejemplo en la baja proporción de cargos jerárquicos ejercidos por mujeres.

El acceso diferencial por sexo a posiciones que implican algún grado de responsabilidad, decisión o poder es otra de las situaciones de desigualdad más evidentes, que profundiza la segregación vertical existente en el mercado laboral en general. En la Salud, la cantidad de mujeres que trabajan en el sector no se ven reflejadas porcentualmente en los cargos de mayor jerarquía o en las jefaturas de área (Aspiazu, 2016, p. 60).

De acuerdo con el Sistema de Indicadores de Género del Instituto de Estadísticas y Censos del Gobierno de la CABA (2022), observando la variable de participación en puestos jerárquicos dentro del MSGCBA, se advierte que, para el año 2021, el 41.2% de cargos superiores³ eran ocupados por mujeres. Si bien el porcentaje indicado podría considerarse alto, al ponerlo en contexto con la proporción de mujeres que se desempeñan en el sistema de salud, es relativamente bajo.

Para tal tarea, si bien no se cuenta con un dato concreto del sistema de salud de CABA, se puede considerar la pirámide poblacional de médicos y médicas construida por el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (Gráfico 1) en la cual se observa que hay una predominancia de mujeres en la profesión médica. En el mismo sentido, Antonietti et al. (2019) señala que

³ No se especifica de qué nivel o niveles del MSGCBA se obtiene el dato. Se realizó una consulta a la DG de Estadísticas y Censos, quien indica que no cuenta con la información sobre la construcción del dato. Previamente a la última actualización del sistema de indicadores, se señalaba que el dato refería a cargos de Direcciones Generales y superiores, sin contemplar cargos en los efectores del sistema de salud.

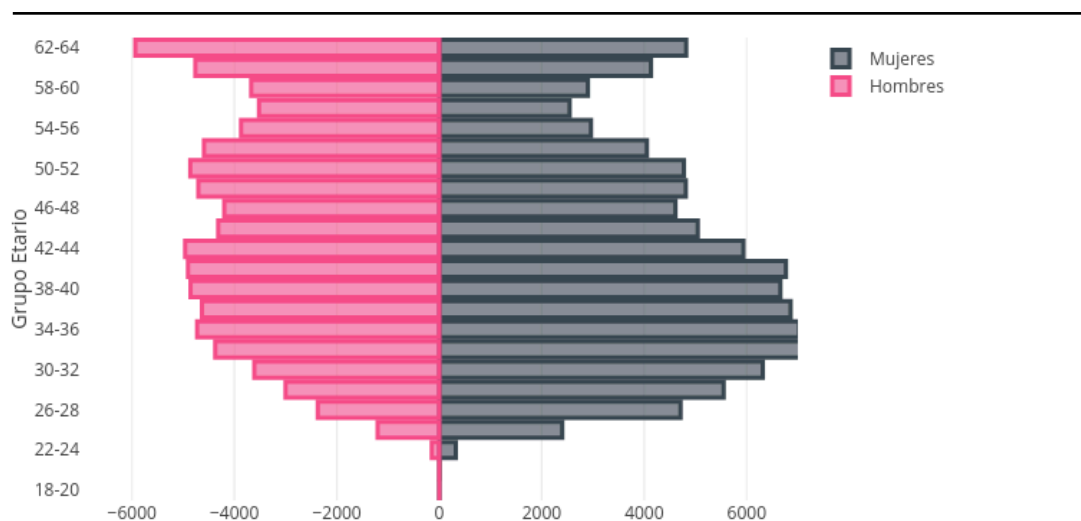
a lo largo del período 1997-2018 hubo mayor frecuencia de ingreso del género femenino (73,6%) al sistema de residencias del MSGCBA sobre el total de residentes ingresantes.

Estos datos permiten considerar que la distribución de cargos jerárquicos se encuentra condicionada por razones de género. Si la mayor parte del personal de salud son mujeres, en condiciones de igualdad de acceso a cargos, se podría esperar que la mayor parte de los cargos jerárquicos fueran ejercidos por mujeres, sin embargo, esto no sucede.

Abordando la situación del sistema de salud desde la perspectiva de la interseccionalidad, definida como “una herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión y privilegio” (Symington, 2004, p. 1), es preciso cruzar la variable género en la participación en cargos jerárquicos con las variables disciplina y etnia.

Gráfico 1

Pirámide poblacional de médicas y médicos activos a 2020



Fuente: Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2021).

Las jerarquías profesionales basadas en estereotipos de género que se sostienen en el sistema de salud resultan no sólo en una distribución desigual de cargos jerárquicos (segregación vertical) sino también respecto a las disciplinas asociadas a una distribución sexual patriarcal del trabajo

(segregación horizontal). Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2018), el proceso de feminización del sistema de salud ha implicado una ubicación diferente para mujeres y varones en las jerarquías del sistema, desdibujando también a las personas con identidades disidentes. En tareas referidas al cuidado y a las denominadas habilidades blandas en profesiones como enfermería o psicología, predominan las profesionales mujeres, mientras que en otras valoradas como de mayor complejidad, por ejemplo, las especialidades quirúrgicas, son desarrolladas principalmente por varones (Eiguchi, 2017).

Asimismo, resulta pertinente considerar la variable etnia debido a que en las últimas décadas se registra una tendencia en ascenso en la proporción de residentes provenientes de países extranjeros registrándose para el año 2018 un 10.2% de profesionales inmigrantes en el sistema de residencias (Antonietti et al., 2019). Esto indica que, junto a la feminización de la medicina, el personal del MSGCBA se encuentra conformado cada vez más por personas de diversas nacionalidades y etnias.

Se evidencia entonces que, en el campo de la salud, como parte de la sociedad patriarcal, existen obstáculos vinculados a la persistencia del modelo médico hegemónico androcéntrico en su cultura organizacional que dificultan la incorporación de la perspectiva de género como un eje transversal para garantizar los derechos, no solo de la población usuaria sino de los propios equipos.

Perspectiva de derechos, planificación estratégica y evaluación

En el ámbito del Gobierno de la CABA, desde hace algunos años, se identifica un consenso político que respalda la implementación de políticas en materia de género y prevención de las violencias (Miodosky, 2019). Se han creado diferentes estructuras dentro del Estado cuyas misiones se vinculan con el desarrollo de políticas públicas con perspectiva de género, tales como la Secretaría de Igualdad, la Dirección General de la Mujer (DGMUJ) y la Dirección General de Convivencia en la Diversidad, evidenciando la

conformación de una burocracia estatal especializada (Abramovich y Pautassi, 2010).

Extrapolando la argumentación que realizan Abramovich y Pautassi (2010) sobre la incorporación de un marco de derechos sobre la base de un modelo económico vulnerable, situación a la que caracterizan como una “ficción ciudadana”, es posible pensar en la transversalización de la perspectiva de género sobre la base un sistema de salud fragmentado, segmentado y desintegrado (Artaza Barrios, 2017; Defensoría del Pueblo de la provincia de Santa Fe, 2018), indagando sobre si estas políticas se traducen en transformaciones que permitan un real ejercicio de los derechos o representan sólo una ficción.

Asimismo, estos autores sostienen que, si bien existe consenso en torno a pensar y diseñar políticas desde el enfoque de derechos, también persiste un disenso con respecto a las definiciones y las causas de los fenómenos para los que se diseñan las políticas (Abramovich y Pautassi, 2010). En este punto, es preciso explorar las características del sistema de salud y las causas de la desigualdad en su interior, a fin de poder indagar sobre los vínculos entre el consenso político descrito, el diseño de políticas públicas y los efectos de su implementación en la realidad del sistema.

Respecto a la evaluación, según Magariños y Turchi (2021), la evaluación con enfoque de género introduce una manera de conocer los impactos que alcanzan las políticas e intervenciones que buscan reducir las brechas de género. Asimismo, dentro de las recomendaciones de la OPS para la transversalización e institucionalización de la perspectiva de género en las políticas de salud, se señala la evaluación de las políticas y acciones desarrolladas en la temática como estrategias que generen mecanismos de rendición de cuentas (Soto y Bonder, 2018; COMISCA/OPS, 20 de noviembre de 2024). Entendiendo que en el proceso de gestión, el monitoreo y la evaluación proporcionan elementos de conocimiento para guiar la toma de decisiones y, por tanto, se presentan como elementos indispensables para la gestión administrativa y estratégica de una iniciativa pública (Di Virgilio y

Solano, 2012), la evaluación de la política que es objeto de este trabajo podría permitir aumentar la efectividad de las actividades ejecutadas.

Cultura organizacional y burocracias profesionales

Desde la antropología cultural y de acuerdo a una concepción holística de las organizaciones, éstas son consideradas como sistemas socioculturales en los cuales los componentes ideacionales (significados y valores compartidos, sistemas de conocimientos y creencias) se entrelazan íntimamente con su estructura formando un todo integrado (Abravanel, 1992). En este marco, la cultura organizacional se define “(...) como el conjunto de instituciones informales compartidas que gobiernan y legitiman la conducta de una colectividad organizacional” (Toca Torres y Carrillo Rodríguez, 2009, p. 120).

De acuerdo al texto de Abravanel (op. cit.), una organización consta de tres componentes profundamente conectados:

1. Un sistema socioestructural compuesto de interacciones de las estructuras formales, las estrategias, políticas y procesos gerenciales, así como de todos los elementos auxiliares de la vida y del funcionamiento organizacional (objetivos y metas formales, estructuras de autoridad y de poder, mecanismos de control, motivación y recompensas, procesos de selección, reclutamientos y formación, etc.)
2. Un sistema cultural que reúne los aspectos expresivos y afectivos de la organización en un sistema colectivo de significados simbólicos: los mitos, las ideologías y los valores. Comprende también artefactos culturales (ritos, ceremonias y costumbres; metáforas, acrónimos, léxicos y eslóganes; cuentos, leyendas y folclor organizacional; emblemas, arquitectura). Este sistema cultural tiene la influencia de la sociedad que lo rodea, por el pasado de la organización y por los diversos factores de contingencia. Evoluciona también bajo la acción de los funcionarios predominantes actuales y la interacción dinámica entre sus elementos culturales y estructurales.

3. Los empleados particulares, dotados de personalidad, de experiencias y talentos propios, quienes, según su estatuto y su posición jerárquica, pueden contribuir a la elaboración y modificación del sentido. Todos los empleados, cualquiera sea su función, tienden a elaborar una imagen coherente de la realidad con el fin de comprender el universo organizacional. El tipo de relación con el sistema cultural (competencia cultural) y el grado de participación en el sistema colectivo de significados, pueden variar de un empleado a otro, según las particularidades y la propia experiencia. Sin embargo, como todos los empleados construyen sus significados a partir de materias primas culturales proporcionadas por la organización, un grado considerable de compartimiento de significados se desarrolla inevitablemente entre los que permanecen por largo tiempo en un mismo medio social. (Abravanel, 1992, p. 32)

En la interacción de estos tres componentes, se desarrolla la competencia cultural, como diferentes modos de integración e interacción individual con la cultura organizacional. El primer modo se refiere a la reproducción por parte de la persona del sistema de símbolos y significados de la organización. El segundo modo, el cual se presenta con mayor asiduidad, es la reproducción parcial de la cultura. De esta manera, el sistema de símbolos y significados colectivos se transforman en cierta parte por las particularidades propias de la persona, no obstante, persiste un entendimiento colectivo que permite las interacciones y la decodificación de la cultura organizacional. Por último, en el tercer modo, metacultural, la persona comprende el universo cultural y lo emplea para anticipar la conducta de otras personas de la organización, aunque la cultura no la interpela provocando implicación o reacción de su parte. Las personas que desarrollan este modo de competencia cultural generalmente pueden convertirse en agentes de cambio en la organización (Abravanel, 1992).

De acuerdo con Toca Torres y Carrillo Rodríguez (op. cit.), es posible identificar tres capas en la cultura organizacional en función de la visibilidad y la conciencia de la misma: a) una capa superficial y consciente en la cual se registran los fenómenos tangibles que se producen como manifestación de los

niveles más profundos, aquí se ubican los llamados artefactos; b) una capa intermedio que se ubica entre el consciente y el inconsciente constituida por los principios que determinan a los artefactos, se trata de los valores; y c) una capa invisible e inconsciente que determina la percepción, el sentir y el pensamiento del grupo, se trata de los supuestos.

En el sector salud, siguiendo a Carrada (2002), la cultura organizacional se define como una compleja interacción de saberes, relatos, símbolos, creencias, conductas y modos de expresión que las personas que lo conforman comparten tales como normas, lenguaje técnico- científico, y disciplinas biomédicas y sociales. En este contexto, las funciones de la cultura organizacional refieren a distinguir las organizaciones, proporcionar sentido de identidad a las personas de la organización, aportar a la conformación del compromiso, contribuir a la estabilidad de su sistema social, y ejercer como un mecanismo de control de las conductas individuales (Sánchez et al., 2006).

Complejizando esta lectura, es preciso mencionar que en el sistema de salud se desarrollan burocracias profesionales en términos de Mintzberg (1979). Este autor señala que cada organización se configura de una manera particular en pos de generar una armonía estructural interna y define cinco tipos de configuraciones: estructura simple, organización divisional, adhocracia, burocracia maquinal y burocracia profesional. Asimismo, identifica a los hospitales como burocracia profesional entendida ésta como la configuración en la cual la parte primordial de la organización es el núcleo de operaciones y el diseño responde a la normalización de las habilidades, es decir que se emplean normas que predeterminan lo que se debe hacer al interior de la organización. En esta burocracia se incorporan profesionales especialistas que asumen gran parte del control sobre el desarrollo de su trabajo. Esta configuración cuenta con la normalización de las habilidades profesionales, cuyas normas se establecen por fuera de su propia estructura, principalmente en las asociaciones profesionales, a diferencia de la burocracia maquinal en la cual las normas surgen dentro de la propia organización.

Al tener que depender de profesionales capacitados - gente altamente especializada, pero con un control considerable sobre su trabajo, como en

los hospitales o las universidades - para desempeñar sus tareas operativas, la organización cede gran parte de su poder, no sólo a los profesionales, sino también a las asociaciones e instituciones que los seleccionaron y capacitaron. Por tanto, la estructura que surge es horizontal y altamente descentralizada; el poder desciende sobre muchas decisiones, tanto operativas como estratégicas, hacia los niveles jerárquicos de los profesionales del núcleo de operaciones. (Romo, s/f, p. 15)

Educación permanente en salud

La estrategia de educación permanente comienza a gestarse en 1960 ante la necesidad de repensar la educación de personas adultas para el mundo laboral, en el contexto de fenómenos complejos asociados a la revolución científica y tecnológica, a las transformaciones de la estructura productiva y de las organizaciones, y a la creciente participación en la vida política y sociocultural de distintos sectores sociales.

Siguiendo a Davini (1995, 13-14), estos profundos cambios han aumentado la necesidad de las personas adultas para:

- Manejarse con diferentes fuentes de información para mantenerse actualizado, frente a la explosión del conocimiento y la evolución de múltiples medios de comunicación.
- Buscar la capacitación continua para el trabajo en organizaciones cada vez más complejas y, muchas veces, optar por una reconversión profesional.
- Integrarse a distintos grupos sociales que le permitan comunicarse y participar en las distintas dimensiones de la vida social, asumiendo su cuota de responsabilidad en la transformación de las instituciones.

En el campo de la salud, el enfoque de la EPS es reconocido e impulsado por la OPS desde mediados de los años de 1990 como una estrategia para la construcción de procesos eficaces de formación y actualización del personal de salud. La propuesta se basa en conceptos del campo de la pedagogía tomando

elementos de las perspectivas crítica y constructivista, a partir de los cuales se diseñan procesos participativos que parten de la realidad concreta (Merhy et al., 2006).

De acuerdo a Davini (2005), este enfoque representa una ruptura en la concepción y en las prácticas de capacitación del personal de salud ya que implica invertir la lógica del proceso en tanto, se incorpora el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones en el contexto real en que transcurren; se modifican las estrategias educativas a partir de la práctica como fuente de conocimiento y problematizando el propio desempeño; se coloca a las personas como actores reflexivos de su práctica; se aborda el equipo como estructura de interacción trascendiendo las fragmentaciones disciplinarias; y se amplían los espacios educativos fuera del aula y dentro de las organizaciones.

En este marco, la EPS se concibe como una estrategia de cambio no sólo de la práctica técnica sino de la práctica social simultáneamente, al hacer foco en las personas y en los equipos como actores reflexivos y constructores de conocimiento, en la reflexión crítica sobre las prácticas, el compromiso por transformar la realidad, y la concepción de las organizaciones, no como realidades dadas que se imponen al sujeto sino como construcciones dinámicas a partir de las percepciones de las personas y un movimiento constante entre el consenso y el conflicto. De esta manera, la EPS: "... se convierte en una herramienta de intervención estratégica, capaz de colaborar para generar nuevos modelos y procesos de trabajo en las instituciones de salud a través de la transformación de las prácticas técnicas y sociales" (Davini, 1995, p. 21).

Este marco teórico permite contextualizar la importancia de implementar políticas públicas como la Ley Micaela en el ámbito de la salud, integrando perspectivas de género y derechos en un sector tradicionalmente marcado por desigualdades estructurales. La interacción entre las jerarquías organizacionales, las prácticas profesionales y los factores culturales revela tanto los desafíos como las oportunidades para avanzar hacia un cambio cultural profundo en el sistema sanitario. Los aportes revisados no solo sustentan la relevancia del problema de investigación, sino que también

establecen las bases para analizar cómo las capacitaciones en género pueden influir en las prácticas institucionales, la sensibilización del personal y la construcción de entornos laborales más inclusivos. De este modo, se promueve una comprensión integral que articula teoría y práctica, iluminando las implicancias de la implementación de la Ley Micaela para el fortalecimiento de un sistema de salud más equitativo y justo.

V - MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y diseño

Se desarrolló un estudio observacional de corte transversal, a partir del análisis de bases de datos del personal del MSGCBA, la participación en la oferta formativa de la Ley Micaela, el registro de consultas y denuncias del canal habilitado por el protocolo de actuación y estadísticas sobre denuncias de la población con indicadores de violencia de género.

Unidad de análisis, universo y muestra

Universo o población objetivo: Recursos Humanos del MSGCBA

Unidad contextual: Oferta formativa de la Ley Micaela del MSGCBA.

Unidad de análisis: Personas del MSGCBA capacitadas mediante la oferta formativa enmarcada en la Ley Micaela entre junio de 2021 y octubre de 2023.

Definición operacional de las variables

V1. Perfil de las personas participantes: edad, género, disciplina, cargo, antigüedad en el sistema, nivel sanitario, efector de pertenencia.

V2. Regiones sanitarias: 1 (comunas 1, 3 y 4), 2 (comunas 7, 8 y 9), 3 (comunas 5, 6, 10, 11 y 15), 4 (comunas 2, 12, 13, 14). (Apéndice I)

V3. Problemáticas de salud vinculadas a las violencias de género: tipos de violencia de género (física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica) y modalidades (violencia doméstica, violencia institucional, violencia laboral, violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica, violencia mediática (Ley N° 26.485)

V4. Motivación para el desarrollo de la formación: exigencia del lugar de trabajo; interés en la temática; necesidad de capacitación para el desarrollo profesional cotidiano; necesidad de capacitación para abordar problemáticas de salud de la población; necesidad de capacitación para abordar conflictos en los vínculos en el equipo de salud; otra.

V5. Consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación: cantidad de consultas del personal del MSGCBA referidas a situaciones de violencias de género en el ámbito laboral; cantidad de denuncias del personal del MSGCBA sobre situaciones de violencias de género en el ámbito laboral.

V6. Participación en la Ley Micaela: cantidad de participantes en los cursos implementados en el MSGCBA.

Procedimiento de análisis de datos

Para describir los datos categóricos se utilizaron frecuencias y frecuencias relativas, y para los datos continuos medias y desvíos estándar (DS) o medianas y rangos intercuartiles (RIQ), según tuvieran distribución normal o no, respectivamente. La normalidad se evaluó con la inspección de histogramas y con el test de Shapiro-Wilk. Para comparar variables categóricas se utilizó el test de Chi² o el test exacto de Fisher. Para comparar medias se aplicó la prueba T de Student. Las variables continuas fueron comparadas con el test de T o el test U de Mann-Whitney, según su distribución normal o no, respectivamente.

En el procesamiento de los datos se emplearon los programas R versión 4.3.2 (R Core Team, 2023) y SPSS Versión 24 (IBM Corp., 2016).

Fuentes de información

Las fuentes secundarias de información utilizadas fueron: (a) Encuesta inicial del Curso “Introducción a la perspectiva de género” (CVSP) (DGDlyDP); (b) Encuesta final del Curso “Introducción a la perspectiva de género” (CVSP) (DGDlyDP); (c) Registros de inscripción a cursos complementarios (DGDlyDP); (d) Registro de personal capacitado por el ISC (DGCOSPS); (e) Base de datos de personal activo del MSGCBA (DGAyDRH); (f) Registro de consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083./19 (Anexo Resolución Conjunta N°1/MSGC/19) (DGCOSPS); (g) Denuncias con presencia de indicadores de violencia de género ingresados a las fiscalías del Fuero Penal, Contravencional y de Faltas de CABA (Dirección General de Estadística y Censos [DGEyC]; (h) Relevamiento

internacional de políticas públicas con perspectiva de género, Dirección General de Articulación Institucional para la Igualdad de Género (GCABA).

Las personas incluidas en las capacitaciones gestionadas desde la DGDlyDP respondieron dos encuestas obligatorias que se encuentran al inicio y al final del curso “Introducción a la perspectiva de género”. La primera encuesta fue elaborada por el equipo organizador del curso a fin de obtener una caracterización del grupo de participantes. La segunda encuesta la realiza el Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) en todos sus cursos, a modo de encuesta de satisfacción. Ambas encuestas fueron requisitos para poder acceder a la emisión del certificado de finalización del curso.

La caracterización de las personas participantes de los cursos complementarios se obtuvo mediante los registros de inscripción a las formaciones. Éstos resultaron ser comparables con el obtenido de la encuesta inicial ya que también recopilaron datos sociodemográficos tales como edad, género autopercebido, antigüedad en el sistema, disciplina, cargo, efector de pertenencia.

Para acceder a las otras bases de datos necesarias se obtuvo autorización de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria y Gestión en Red (SSPEGER) mediante NO-2023-36567143-GCABA-SSPSGER. Con este aval se autorizó a compartir a la Dirección General de Administración y Desarrollo de Recursos Humanos (DGAyDRH), la base de personal activo del MSGCBA en el período de estudio, y a la Dirección General de Cultura Organizacional del Sistema Público de Salud (DGCOSPS), el registro de personal capacitado por el ISC y de consultas y denuncias dentro del sistema.

Inicialmente se planteó analizar las denuncias a partir del Mapa de violencia de Género publicado por la Vicejefatura del GCABA (GCABA, 20 de junio de 2023), sin embargo, los datos fueron actualizados a valores del año 2023 y no se conservaron en la publicación los datos previos por lo cual no fue posible utilizar esta fuente para el estudio. En su reemplazo, se solicitó información a la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas, GCBA).

Descripción del ámbito de estudio

El sistema público de salud de la CABA se constituye como una red de efectores conformada por 14 hospitales generales de personas adultas, 2 hospitales generales para infancias, 19 hospitales especializados, 48 centros de atención primaria, 39 centros médicos barriales, y 4 centros especializados en salud mental y odontología; brindando cobertura universal y gratuita a la población que reside, trabaja y/o circula por la Ciudad, de acuerdo a la información publicada en la web de la Ciudad. Su plantel de recursos humanos (RRHH) está conformado por alrededor de 44.000 personas entre profesionales y personal administrativo.

Para el año 2022 la distribución por cobertura médica según comuna indica que en las comunas 8, 4 y 1 se encuentra la mayor población con cobertura pública exclusiva, seguidas por las comunas 7, 9 y 3 (Tabla 1), correspondientes a las regiones sanitarias (RS) 1 y 2.

Analizando la cobertura pública exclusiva, se observa que las comunas de zona sur y centro contienen la mayor proporción de población con cobertura exclusiva del sistema público de salud (Tabla 2).

Tabla 1: Distribución porcentual de la población por cobertura médica según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2022

Comuna	Cobertura médica			
	Total	Sólo sistema público	Afiliada a algún sistema de salud	Ns/Nc
Total	100	20	80	---
1	100	33,5	66,5	---
2	100	9,1 a	90,6	---
3	100	25,1	74,9	-
4	100	40,7	59,3	-
5	100	8 a	92	-
6	100	5 a	95	-
7	100	28,1	71,9	-
8	100	48,6	51,4	-
9	100	26,7	73,2	---
10	100	16,9	83,1	-
11	100	13,4	86,6	-
12	100	6 a	94	-
13	100	6 a	94	-
14	100	7 a	93	-
15	100	11,8 a	88,2	-

a Valor con carácter indicativo (el coeficiente de variación estimado es \geq al 10% y menor o igual al 20%).
 --- No se presenta dato ya que el coeficiente de variación estimado es mayor al 30%.

Nota: la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA).

Tabla 2: Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica según sexo y zona. Ciudad de Buenos Aires.

Sexo y zona	Tipo de cobertura						Ns/Nc
	Total	Sólo sistema público	Sólo obra social	Sólo prepaga o mutual vía obra social	Sólo prepaga por contratación voluntaria	Otros ¹	
Total	100,0	20,0	44,1	18,5	11,2	6,2	---
Norte (comunas 2, 13, 14)	100,0	7,1	39,8	21,8	22,0	9,1	---
Centro (comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 15)	100,0	17,3	45,7	20,4	10,0	6,6	---
Sur (comunas 4, 8, 9, 10)	100,0	35,0	43,9	12,0	5,7	3,4	---
Varón	100,0	21,3	43,3	19,0	11,6	4,7	---
Norte (comunas 2, 13, 14)	100,0	8,0 a	39,5	23,1	23,3	6,0 a	---
Centro (comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 15)	100,0	18,5	45,3	20,9	10,2	5,1	-
Sur (comunas 4, 8, 9, 10)	100,0	36,3	42,2	12,3	6,2	3,0 a	-
Mujer	100,0	18,8	44,7	18,0	10,9	7,6	---
Norte (comunas 2, 13, 14)	100,0	6,4 a	40,2	20,7	20,9	11,7	---
Centro (comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 15)	100,0	16,3	46,1	19,9	9,7	7,9	---
Sur (comunas 4, 8, 9, 10)	100,0	33,7	45,5	11,8	5,2	3,7 a	---

¹ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.
 a Valor de la celda con carácter indicativo (el coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 10% y menor o igual el 20%).

Nota: la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2022

Respecto al ámbito de formación que es objeto de estudio, el MSGCBA implementó capacitaciones obligatorias en género y prevención de las violencias según lo dispuesto por la Ley N° 6.208 del GCABA de adhesión a la Ley Nacional 27.499. En este marco, la Dirección General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional (DGDlyDP) diseñó y desarrolló, como parte de los contenidos transversales de formación para profesionales de la salud, un plan de capacitación interna en perspectiva de género y prevención de las violencias con el objetivo de ampliar y fortalecer el trabajo de implementación de la Ley Micaela en el sector público de salud de CABA. Este plan incluye la capacitación obligatoria definida por la Ley, “*Introducción a la perspectiva de género*”, y capacitaciones complementarias y optativas⁴. Asimismo, desde el Instituto Superior de la Carrera del GCABA se desarrolla una capacitación en la temática destinada a líderes de gobierno (Direcciones Generales, Gerencias y Subgerencias Operativas, Subsecretarías, Jefaturas de Gabinete y titular de Ministerio). Esta oferta formativa fue considerada para el desarrollo del presente estudio.

Factibilidad/Viabilidad

La factibilidad y viabilidad del proyecto se evaluó satisfactoriamente dada la inserción de la tesista en la Subsecretaría que implementa la política. Esta situación facilitó el acceso a los datos sobre las capacitaciones. Asimismo, al pertenecer al sistema de salud, fue posible acceder, mediante solicitud de permisos, a las fuentes de información que gestionan otras dependencias del MSGCBA. Por último, las autoridades responsables de la capacitación expresaron su consenso para indagar sobre el problema planteado y se contó con el aval de la autoridad superior inmediata a fin de avanzar en la sistematización y evaluación de la implementación de la Ley.

⁴1. Curso Básico: Introducción a la perspectiva de género. Se trata de una formación obligatoria, con modalidad virtual y autoadministrada que se desarrolla en el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (CVSP)

2. Capacitaciones complementarias: opcionales, se desarrollan con modalidad virtual o mixta en el campus propio del MSGCBA.

Consideraciones éticas

Cabe mencionar que, de acuerdo a Tanaka y Tamaki (2012), al hablar de la evaluación como instrumento de gestión en el campo de la salud, es preciso identificar quién toma las decisiones a fin de que el proceso contribuya efectivamente a la mejora de la política evaluada y no funcione únicamente como el diagnóstico de una situación. En este sentido se menciona que, dada la inserción de la tesista en la Dirección que implementa la política analizada, la evaluación interna se constituyó a la vez en autoevaluación (Di Virgilio, 2012), y así se visualiza como parte interesada, no solo del proceso de evaluación, sino también de las decisiones que serán modificadas o mantenidas con base en sus resultados.

En el marco de la reglamentación sobre los requisitos y procedimientos aplicables a proyectos y trabajos de investigación conductuales, socio-antropológicas y epidemiológicas que se efectúen en los subsectores públicos y privados del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Anexo I Resolución N° 595/MSGC/2014), el presente proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía (código de registro 10257). El estudio no implicó intervenciones por lo que no fue preciso emplear formulario de consentimiento informado.

La identificación de las personas participantes no fue requerida para ninguna de las instancias de procesamiento de los datos, que, por otra parte, fue realizada por un operador ciego a las diferentes fuentes. No obstante, dada la variedad de fuentes de información se detalla a continuación las características de los datos que se obtuvieron de cada una y el proceso de anonimización que se empleó, cuando fue necesario, para garantizar la confidencialidad de la información.

En la encuesta inicial del curso básico (elaborada por el equipo organizador del curso) se incluyó un último ítem de selección “sí/no” con la leyenda “Autorizo a que se utilice esta información para fines científicos que permitan aportar a la igualdad de género en el sistema de salud siempre que se

garantice la confidencialidad y el anonimato”. Asimismo, esta encuesta se configuró de modo anónimo, los datos obtenidos de la misma no se encontraron nominalizados o identificados de manera alguna.

La encuesta final del curso básico (gestionada por el CVSP) arrojó datos identificados con nombre de usuario. Asimismo, los registros de inscripción a cursos complementarios y la base de datos de personal activo del MSGCBA presentaron datos identificatorios. Con el objetivo de garantizar la confidencialidad de la información, se realizó un proceso previo de anonimización de los datos. El estudio no requirió una reidentificación de los datos posteriormente.

El registro de consultas y denuncias se solicitó de manera anonimizada. El estudio no requirió acceder a datos identificatorios para el procesamiento de los datos de este registro.

VI - RESULTADOS

Perfil sociodemográfico y disciplinar de los participantes de la Ley Micaela

La Tabla 3 evidencia las principales características del personal activo del subsistema público de salud del GCABA (43.838) en el período de estudio, y de quienes realizaron la capacitación en el marco de la Ley Micaela (36%).

Tabla 3

Características sociodemográficas y disciplinares del personal activo del subsistema público en el período de estudio y de las personas participantes en la capacitación enmarcada en la Ley Micaela en el MSGCBA.

Característica	Cursos realizados				p-valor
	Global, N = 43,838 ¹	Ninguno, N=27306 (62%) ¹	Uno, N=15923 (36%) ¹	Más de uno, N=609 (1.4%) ¹	
Edad	44 (36, 55)	44 (36, 56)	45 (36, 54)	46 (39, 55)	<0.001
Género					<0.001
Mujer	30,915 (71%)	18,416 (67%)	12,022 (76%)	477 (78%)	
Varón	12,923 (29%)	8,890 (33%)	3,901 (24%)	132 (22%)	
Disciplina					<0.001
Medicina	16,949 (40%)	12,635 (48%)	4,302 (28%)	12 (2.1%)	
Enfermería	13,853 (33%)	7,584 (29%)	5,928 (39%)	341 (59%)	
Técnicas	3,124 (7.4%)	1,131 (4.3%)	1,827 (12%)	166 (29%)	
Psicología	1,506 (3.6%)	901 (3.4%)	601 (4.0%)	4 (0.7%)	
Kinesiología	1,159 (2.8%)	814 (3.1%)	334 (2.2%)	11 (1.9%)	
Otras	5,449 (13%)	3,225 (12%)	2,178 (14%)	46 (7.9%)	
Desconocido	1,798	1,016	753	29	
Nivel de atención					<0.001
2do. Nivel	35,862 (82%)	22,357 (82%)	13,009 (82%)	496 (81%)	
3er. Nivel	5,794 (13%)	3,474 (13%)	2,233 (14%)	87 (14%)	
Central	1,163 (2.7%)	742 (2.7%)	396 (2.5%)	25 (4.1%)	
APS	1,019 (2.3%)	733 (2.7%)	285 (1.8%)	1 (0.2%)	
Antigüedad	6 (3, 14)	6 (3, 14)	8 (3, 15)	10 (4, 17)	<0.001
Desconocido	1	0	1	0	

Nota. ¹Mediana (RIQ); n (%). ²test de Kruskal-Wallis; Fisher's Exact Test for Count Data with simulated p-value (based on 2000 replicates)

Fuente: Elaboración propia.

Para el total de la población objetivo la mediana de edad fue 44 años (RIQ 36-55), con predominio de mujeres en cuanto a distribución por género⁵ (71%) y con una mediana de antigüedad en el sistema de 6 años (RIQ 3-14). En cuanto a la unidad de análisis (personas que completaron la capacitación), el 36% (15.923) realizó una capacitación y 1,4% más de una. Para el primer grupo la mediana de edad fue 45 años (RIQ 36-54) y una mediana de antigüedad de 8 años (RIQ 3-15). Mientras que, respecto al género de las personas capacitadas, 76% fueron mujeres y 24% varones.

Respecto al nivel sanitario, la mayor parte del personal que completó la capacitación corresponde al 2do. nivel de atención (Tabla 3) sin diferencias significativas en la participación para cada nivel respecto a la cantidad de personal del mismo.

Tabla 4

Género y disciplina del plantel de recursos humanos del MSGCBA y de las personas que realizaron la capacitación.

Característica	Cursos realizados				p-valor ²
	Global, N = 43,838 ¹	Ninguno, N = 27,306 ¹	Uno, N = 15,923 ¹	Más de uno, N = 609 ¹	
Género					<0.001
Mujer	30,915 (100%)	18,416 (60%)	12,022 (39%)	477 (1.5%)	
Varón	12,923 (100%)	8,890 (69%)	3,901 (30%)	132 (1.0%)	
Disciplina					<0.001
Enfermería	13,853 (100%)	7,584 (55%)	5,928 (43%)	341 (2.5%)	
Kinesiología	1,159 (100%)	814 (70%)	334 (29%)	11 (0.9%)	
Medicina	16,949 (100%)	12,635 (75%)	4,302 (25%)	12 (<0.1%)	
Otras	5,449 (100%)	3,225 (59%)	2,178 (40%)	46 (0.8%)	
Psicología	1,506 (100%)	901 (60%)	601 (40%)	4 (0.3%)	
Tecnicaturas	3,124 (100%)	1,131 (36%)	1,827 (58%)	166 (5.3%)	
Desconocido	1,798 (100%)	1,016 (56.5%)	753 (42%)	29 (1.5%)	

Nota. ¹Mediana (RIQ); n (%). ²test de Kruskal-Wallis; Fisher's Exact Test for Count Data with simulated p-value (based on 2000 replicates)

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4 se presenta la distribución por género, disciplina y nivel sanitario⁶ de las personas que realizaron o no la capacitación. La proporción de

⁵ La clasificación binaria de género es tomada de la base de datos de RRHH.

⁶ De acuerdo a las unidades organizativas clasificadas en la base de datos del RRHH se considera: 1er. nivel de atención a los Centros de Salud y Acción Comunitaria; 2do. nivel a los

personas capacitadas difiere según disciplinas: Enfermería 39%, Medicina 28%, Tecnicaturas en salud⁷ 12%, Psicología 4%, Kinesiología 2,2%, otras 14%. Por disciplina se observa que completó la capacitación 58% de Tecnicaturas, 43% Enfermería, 40% Psicología, 29% Kinesiología, 25% Medicina (Tabla 4).

Se observa una mayor participación de mujeres en la capacitación con un aumento de 5 puntos respecto a la distribución por género en el sistema. Asimismo, se evidencia un incremento estadísticamente significativo de edad (46 Vs 44 años), género (78% Vs 67%) y antigüedad (10 Vs 6 años) entre aquellas personas que realizaron más de una capacitación y aquellas que no realizaron ninguna ($p < 0,01$).

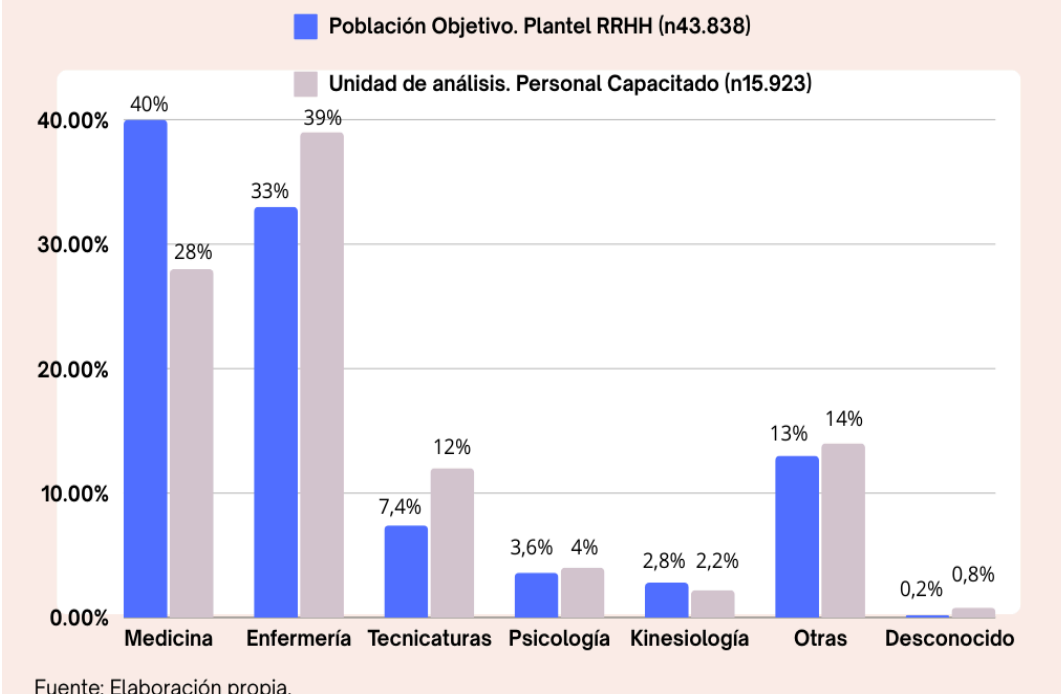
El [Gráfico 2](#) ilustra esta participación en comparación con la distribución de disciplinas en el sistema. Se evidencia que la participación fue significativamente mayor para el personal de Carrera de Enfermería y Especialidad Técnico Profesionales para la salud (CEETPS).

Hospitales Generales de Agudos y de Niños; y 3er. nivel a los Hospitales e Institutos especializados.

⁷ Incluye: Tecnicaturas de Análisis Clínicos, Asistente dental, Esterilización, Farmacia hospitalaria, Hematología, Hemoterapia, Instrumentación quirúrgica, Neurofisiología, Prácticas cardiológicas, Preparador de histología, y Radiología.

Gráfico 2

Comparación de la distribución disciplinar entre el personal de salud del GCABA y los participantes de la capacitación Ley Micaela.

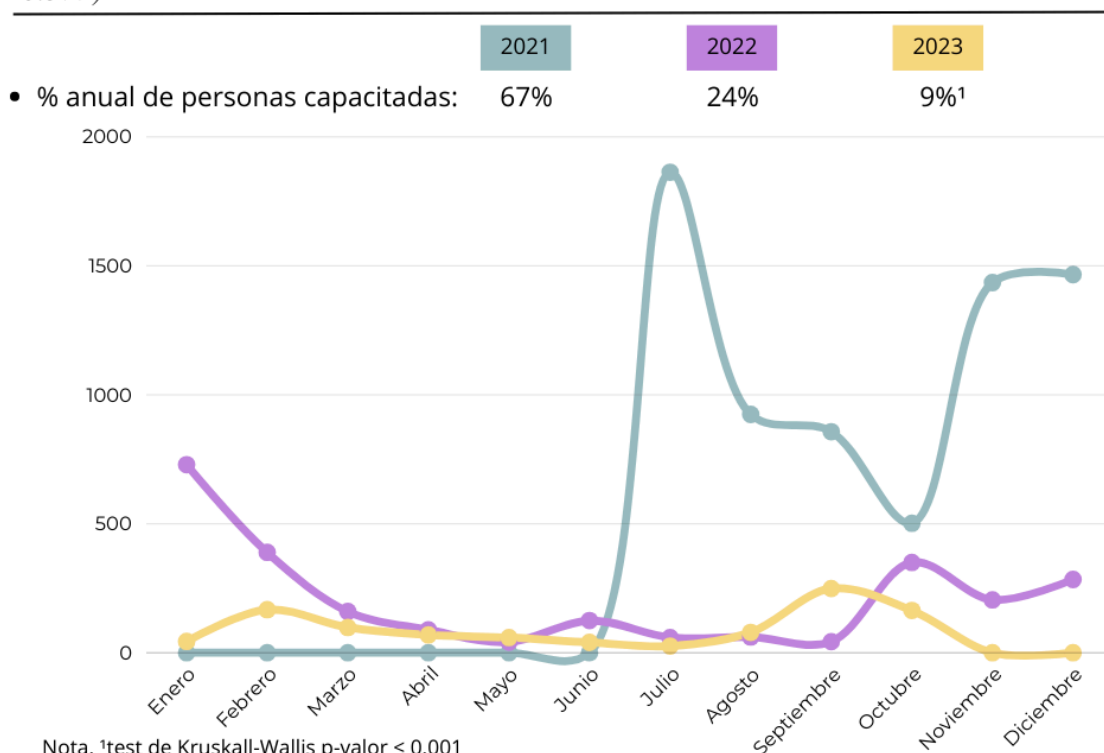


Participación en la capacitación en género en el Ministerio de Salud

El [Gráfico 3](#) ilustra la evolución de la cantidad de personas capacitadas en el período de estudio. Los datos se obtuvieron de la encuesta final que se implementó en el curso “Introducción a la perspectiva de género”, gestionado por la DGDlyDP (n 10.577), como requisito de emisión del certificado (Apéndice III).

Gráfico 3

Evolución mensual de la cantidad de personas capacitadas en Ley Micaela (2021-2023) (n 10.577)



Se observa una disminución significativa de la cantidad de personas capacitadas en el transcurso del periodo estudiado, 67% se capacitó durante los primeros 6 meses de vigencia del curso en el año 2021; 24% durante el año 2022, y solo 9% en 10 meses del año 2023. El pico más alto de capacitaciones ocurrió durante el primer mes de inicio de la formación en 2021, luego disminuyó abruptamente, repuntando en los últimos dos meses pero en un nivel más bajo respecto al inicio.

La Tabla 5 compara la cantidad de personas capacitadas en el MSGCBA (36%) y en todo el GCABA (60%), desde la implementación de la política hasta noviembre de 2022⁸, de acuerdo al informe *Relevamiento internacional de políticas públicas con perspectiva de género* de la Dirección General de Articulación Institucional para la Igualdad de Género (GCABA, 2023). La diferencia entre las proporciones de participación es significativamente menor en el MSGCBA.

⁸ Incluye: Seguridad (Policías, Bombero/as), Educación (Personal docente y Directivos/as), Salud, Escalafón General, Régimen Gerencial y Autoridades Superiores.

Tabla 5

Comparación entre cantidad de participantes en el sistema de salud y en el Gobierno de la CABA

Muestra	Personas capacitadas	Total Plantel RRHH	% de Capacitación	Desvío Estándar (DS)	p-valor¹
Ministerio de Salud	15,923	43,838	0.36	0.00267	< 0.001
GCABA	100000	167,000 ²	0.6	0.00267	

Nota. ¹Valor z calculado sobre prueba de proporciones combinadas. ²Estimado en base a los valores presentados como personal capacitado por la Dirección General de Articulación Institucional para la Igualdad de Género (GCABA, 2023)

Fuente: Elaboración propia.

Valoración de la formación en género y motivaciones para completar la capacitación

En la encuesta inicial del curso “Introducción a la perspectiva de género” se obtuvieron 12.147 respuestas (tasa de respuesta de 0,76), se trata de una muestra incidental de todas las personas que iniciaron el curso gestionado por la DGDIDP.

La encuesta inicial indagó distintos aspectos del acercamiento de las personas a la temática, su valoración y motivación para completar la formación (apéndice II). La Tabla 6 muestra la distribución por género, edad, región sanitaria y disciplina de quienes contaban o no con una capacitación previa en la temática. Sobre el total de respuestas, 37,7% (4.578) indicó contar con una capacitación previa en la temática. Las mujeres tenían una mayor proporción de capacitación previa (39, 82%) en comparación con los varones (31,33%) y aquellas personas identificadas con otro género (34,78%).

Tabla 6				
Participantes con y sin capacitación previa según edad, género, disciplina y región sanitaria (n 12.147)				
Característica	Global, N = 12.147	Capacitación Previa, N = 4.578	Sin Capacitación previa, N = 7.569	p-valor⁴
Género				<0.001
Mujer	9.059 (100%)	3.608 (39.82%)	5.451 (60.17%)	
Varón	3.019 (100%)	946 (31.33%)	2.073 (68.67%)	
Otro	69 (100%)	24 (34.78%)	45 (65.22%)	
Edad²				<0.001
20-24	225 (100%)	90 (40.00%)	135 (60.00%)	
25-29	2.347 (100%)	1.221 (52.02%)	1.126 (47.98%)	
30-34	1.878 (100%)	777 (41.37%)	1.101 (58.63%)	
35-39	1.545 (100%)	569 (36.83%)	976 (63.17%)	
40-44	1.547 (100%)	512 (33.10%)	1.035 (66.90%)	
45-49	1.175 (100%)	356 (30.30%)	819 (69.70%)	
50-54	1.105 (100%)	334 (30.23%)	771 (69.77%)	
55-59	1.147 (100%)	381 (33.22%)	766 (66.78%)	
60-64	893 (100%)	266 (29.79%)	627 (70.21%)	
65-69	260 (100%)	68 (26.15%)	192 (73.85%)	
70-74	25 (100%)	4 (16.00%)	21 (84.00%)	
Región Sanitaria				<0.001
Nivel central	226 (100%)	105 (46.46%)	121 (53.54%)	
RS1	4.133 (100%)	1.549 (37.48%)	2.584 (62.52%)	
RS2	1.489 (100%)	607 (40.77%)	882 (59.23%)	
RS3	1.959 (100%)	747 (38.13%)	1.212 (61.87%)	
RS4	2.925 (100%)	1.098 (37.54%)	1.827 (62.46%)	
S/D	1.415 (100%)	472 (33.36%)	943 (66.64%)	
Disciplina				<0.001
Trabajo Social	462 (100%)	387 (83.77%)	75 (16.23%)	
Sociología	24 (100%)	19 (79.17%)	5 (20.83%)	
Antropología	18 (100%)	13 (72.22%)	5 (27.78%)	
Terapia Ocupacional	131 (100%)	84 (64.12%)	47 (35.88%)	
Psicología	1.014 (100%)	574 (56.61%)	440 (43.39%)	
Musicoterapia	30 (100%)	15 (50.00%)	15 (50.00%)	
Comunicación	22 (100%)	11 (50.00%)	11 (50.00%)	
Ciencias de la Educación	50 (100%)	23 (46.00%)	27 (54.00%)	
Obstetricia	286 (100%)	129 (45.10%)	157 (54.90%)	
Otras ³	10.110 (100%)	3.323 (32.87%)	6.787 (67.13%)	

Nota. ⁴Chi-cuadrado de Pearson. ²La edad se registró por rangos. ³En la categoría "otras" se agrupó al resto de disciplinas que presentaron valores por debajo del 45% de capacitación previa.

Fuente: Elaboración Propia

Los grupos de edad más jóvenes (20-24 y 25-29 años) presentaban una proporción más alta de capacitación previa en comparación con los rangos superiores, especialmente con aquellas mayores de 60 años. Asimismo, se

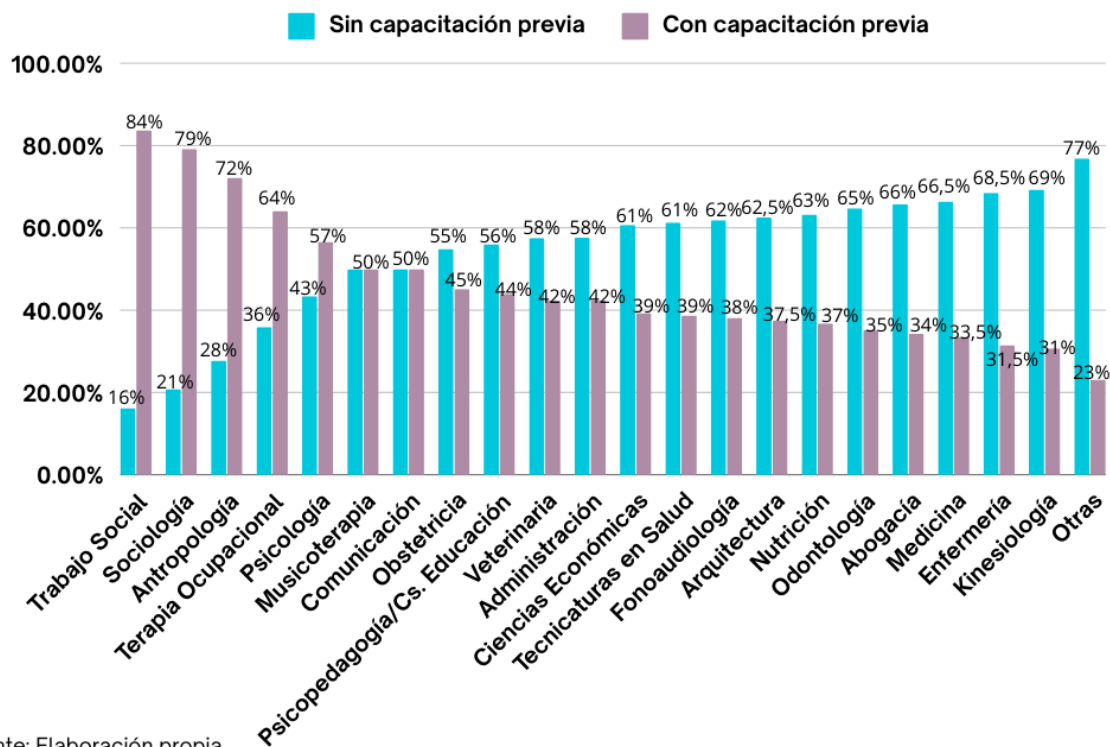
observa una tendencia decreciente en la capacitación previa a medida que aumentan los rangos de edad.

El nivel central muestra el mayor porcentaje de capacitación previa (46%), según RS, las cuatro muestran proporciones bastante similares, aunque estadísticamente significativas respecto a quienes no contaban con capacitación previa.

El [Gráfico 4](#) evidencia la distribución según disciplinas, revelando una disparidad significativa en la capacitación previa en violencia de género entre las distintas disciplinas del sistema de salud.

Gráfico 4

Distribución de capacitación previa en perspectiva de género según disciplina



Fuente: Elaboración propia.

La encuesta inicial indagó también sobre la importancia que asignan las personas a la temática para el desarrollo de su trabajo. En la tabla 7 se observa esta valoración según género, edad, región sanitaria y disciplina. Casi 70% de las personas consideró la temática como *muy importante*, 16,5% la calificó

como medianamente importante, algo y poco importante 12,8% y 1,5% indicó que es nada importante.

Tabla 7							
<i>Importancia de la temática para el desarrollo del trabajo según género, edad, región sanitaria y disciplina (N 12.147)</i>							
	Muy importante, N = 8.405	Medianamente importante, N = 2.006	Algo importante, N = 1.171	Poco importante, N = 382	Nada importante, N = 183	Totales	p-valor¹
Género							<0.001
Mujer	6.571 (78.18%)	1.392 (69.39%)	762 (65.07%)	234 (61.26%)	100 (54.64%)	9.059 (74.58%)	
Varón	1.790 (21.30%)	607 (30.26%)	401 (34.24%)	144 (37.70%)	77 (42.08%)	3.019 (24.85%)	
Otro	44 (0.52%)	7 (0.35%)	8 (0.68%)	4 (1.05%)	6 (3.28%)	69 (0.57%)	
Edad²							<0.001
20-24	175 (2.08%)	29 (1.45%)	13 (1.11%)	5 (1.31%)	3 (1.64%)	225 (1.85%)	
25-29	1.822 (21.68%)	304 (15.15%)	154 (13.15%)	51 (13.35%)	16 (8.74%)	2.347 (19.32%)	
30-34	1.356 (16.13%)	260 (12.96%)	179 (15.29%)	59 (15.45%)	24 (13.11%)	1.878 (15.46%)	
35-39	1.039 (12.36%)	282 (14.06%)	153 (13.07%)	46 (12.04%)	25 (13.66%)	1.545 (12.72%)	
40-44	1.019 (12.12%)	266 (13.26%)	177 (15.12%)	61 (15.97%)	24 (13.11%)	1.547 (12.74%)	
45-49	772 (9.19%)	225 (11.22%)	123 (10.50%)	38 (9.95%)	17 (9.29%)	1.175 (9.67%)	
50-54	687 (8.17%)	227 (11.32%)	122 (10.42%)	44 (11.52%)	25 (13.66%)	1.105 (9.10%)	
55-59	747 (8.89%)	218 (10.87%)	122 (10.42%)	36 (9.42%)	24 (13.11%)	1.147 (9.44%)	
60-64	579 (6.89%)	160 (7.98%)	100 (8.54%)	34 (8.90%)	20 (10.93%)	893 (7.35%)	
65-69	192 (2.28%)	32 (1.60%)	26 (2.22%)	6 (1.57%)	4 (2.19%)	260 (2.14%)	
70-74	17 (0.20%)	3 (0.15%)	2 (0.17%)	2 (0.52%)	1 (0.55%)	25 (0.21%)	
Región Sanitaria							<0.001
Nivel central	165 (1.96%)	40 (1.99%)	16 (1.37%)	5 (1.31%)	0 (0.00%)	226 (1.86%)	
RS1	2.917	671 (33.45%)	377	111	57	4.133	

	(34.71%)		(32.19%)	(29.06%)	(31.15%)	(34.02%)	
RS2	1.087 (12.93%)	215 (10.72%)	122 (10.42%)	41 (10.73%)	24 (13.11%)	1.489 (12.26%)	
RS3	1.297 (15.43%)	358 (17.85%)	209 (17.85%)	69 (18.06%)	26 (14.21%)	1.959 (16.13%)	
RS4	1.912 (22.75%)	520 (25.92%)	325 (27.75%)	116 (30.37%)	52 (28.42%)	2.925 (24.08%)	
S/D	1.027 (12.22%)	202 (10.07%)	122 (10.42%)	40 (10.47%)	24 (13.11%)	1.415 (11.65%)	
Disciplina							<0.001
Musicoterapia	29 (96.67%)	1 (3.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	30 (0.25%)	
Antropología	17 (94.44%)	0 (0.00%)	1 (5.56%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	18 (0.15%)	
Trabajo Social	434 (93.94%)	17 (3.68%)	9 (1.95%)	2 (0.43%)	0 (0.00%)	462 (3.80%)	
Terapia Ocupacional	115 (87.79%)	11 (8.40%)	5 (3.82%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	131 (1.08%)	
Sociología	21 (87.50%)	2 (8.33%)	1 (4.17%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	24 (0.20%)	
Psicología	867 (85.50%)	108 (10.65%)	27 (2.66%)	9 (0.89%)	3 (0.30%)	1.014 (8.35%)	
Psicopedagogía/ Cs. Educación	169 (81.64%)	26 (12.56%)	10 (4.83%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	207 (1.70%)	
Obstetricia	230 (80.42%)	39 (13.64%)	13 (4.55%)	2 (0.70%)	2 (0.70%)	286 (2.35%)	
Enfermería	835 (78.26%)	135 (12.65%)	71 (6.65%)	21 (1.97%)	5 (0.47%)	1.067 (8.78%)	
Comunicación	17 (77.27%)	2 (9.09%)	3 (13.64%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	22 (0.18%)	
Fonoaudiología	119 (70.83%)	31 (18.45%)	12 (7.14%)	5 (2.98%)	1 (0.60%)	168 (1.38%)	
Otras ³	5.552 (63.68%)	1.634 (18.74%)	1.019 (11.69%)	341 (3.91%)	172 (1.97%)	8.718 (71.77%)	
Global	8.405 (100.00%)	2.006 (100.00%)	1.171 (100.00%)	382 (100.00%)	183 (100.00%)	12.147 (100.00%)	

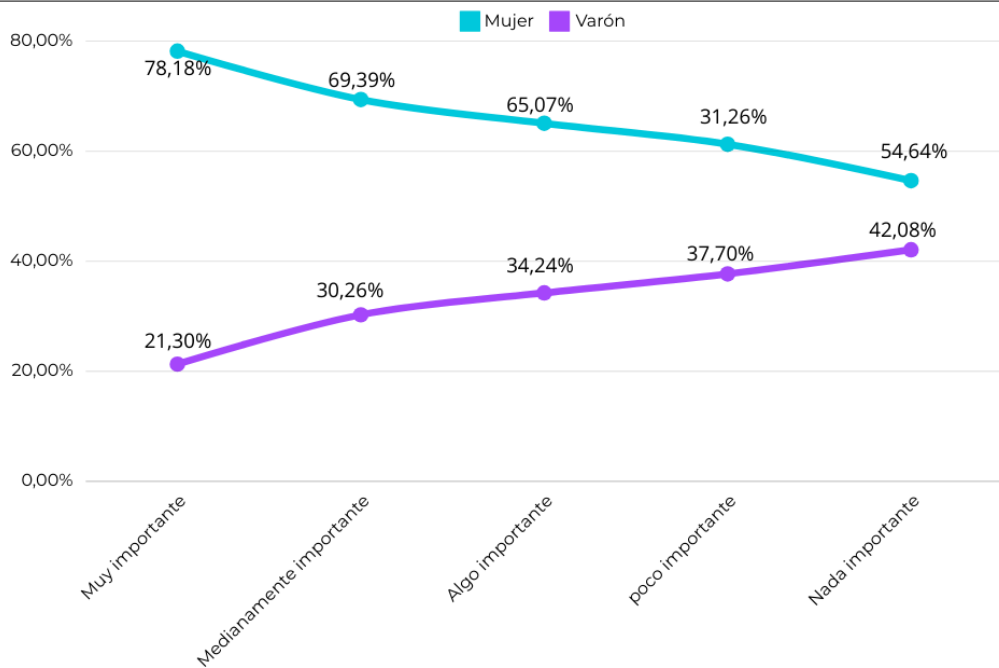
Nota. ¹Chi-cuadrado de Pearson. ²La edad se registró por rangos. ³En la categoría "Otras" se agrupó al resto de disciplinas que presentaron valores por debajo del 70% para la categoría "muy importante".

Fuente: Elaboración Propia

En el [Gráfico 5](#) se observa la tendencia de la importancia asignada a la temática según género; las mujeres asignaron más valor a esta temática para su desarrollo laboral que los varones. Aunque la mayoría de las disciplinas valoraron la temática como *muy importante*, existe variación en el nivel de importancia según la especialidad ([Gráfico 6](#)).

Gráfico 5

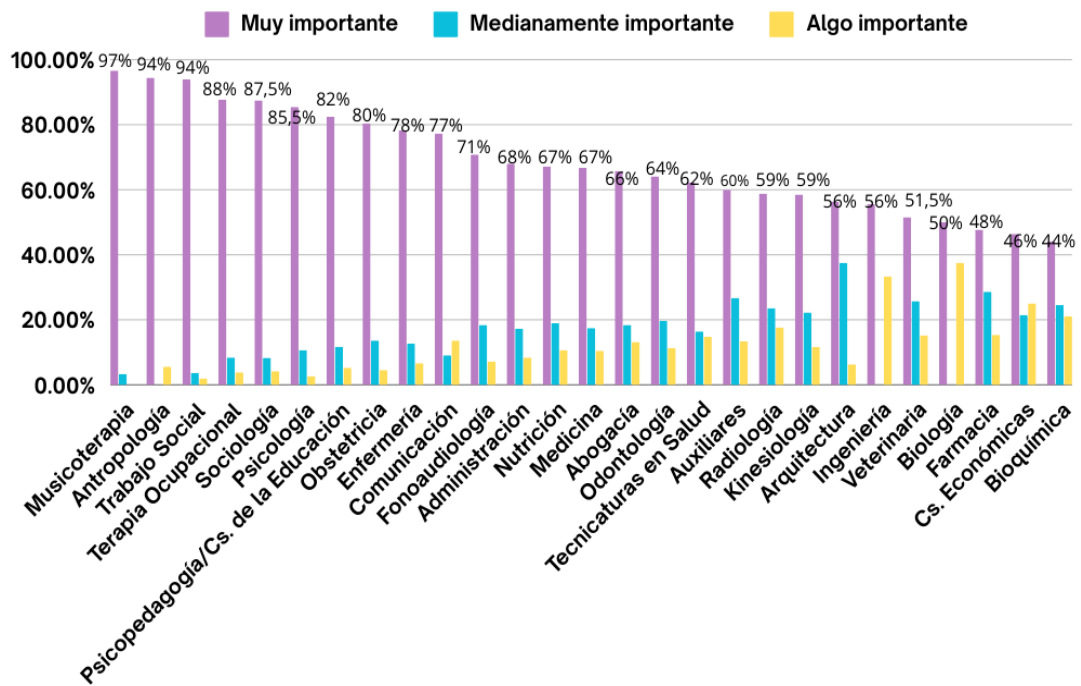
Percepción de la importancia de la capacitación en género para el desarrollo laboral según género



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6

Importancia asignada a la temática según disciplina

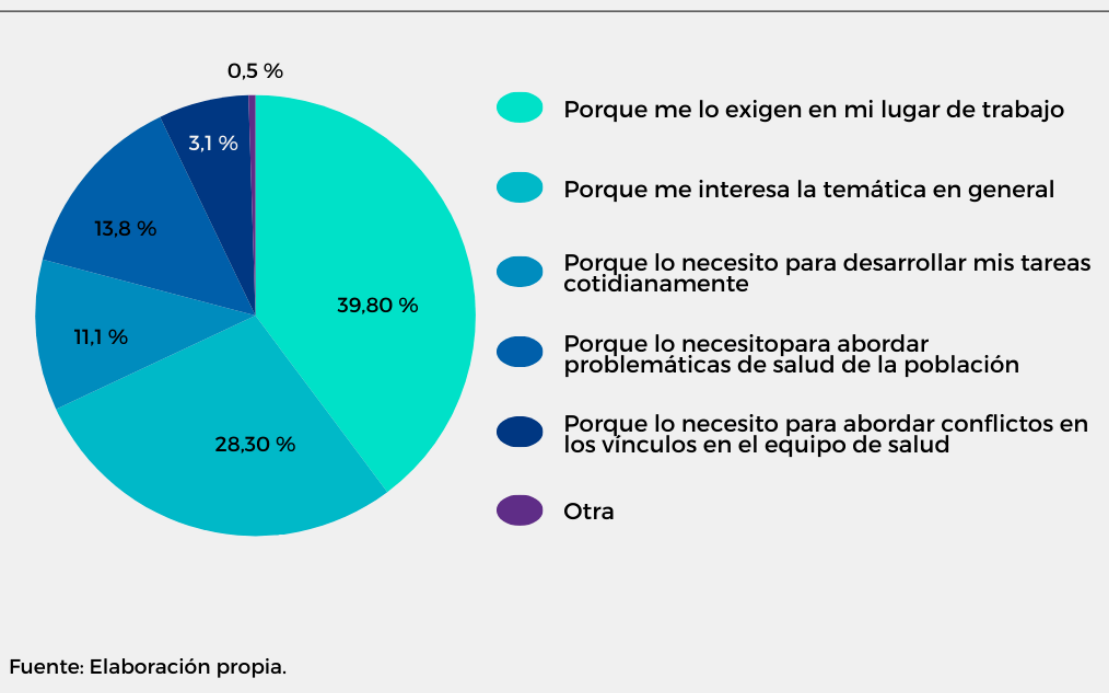


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las motivaciones para realizar la capacitación, como se observa en el [Gráfico 7](#) (respuesta múltiple, n participantes 12.147, n respuestas 21.547⁹), 39,8% de las respuestas refirieron a la *obligatoriedad del curso* como motivación, seguido por 28,3% de *interés general* en la temática. La *necesidad de la capacitación para el abordaje de problemáticas de la población* (13,8%), *para el desarrollo de las tareas cotidianas* (11,1%) o *para el abordaje de los vínculos en los equipos* (6,6%) resultaron las respuestas menos frecuentes para las personas encuestadas.

Gráfico 7

Motivaciones principales para completar la capacitación en Ley Micaela (respuestas múltiples) (n 21.547)



La encuesta final del curso (ver apéndice IV) indagó sobre la relevancia de la temática y las dificultades y ventajas percibidas por las personas participantes. Fue respondida por 10.577 personas por lo que obtuvo una tasa de respuesta menor a la encuesta inicial (tasa de respuesta 0,66).

Respecto a la relevancia de la temática, una proporción significativamente mayor de participantes indicó estar *de acuerdo* con la importancia de los temas del curso para el desarrollo profesional y la mejora de los procesos en el ámbito

⁹ Respuesta múltiple.

laboral (92%). En tanto, una proporción notablemente menor indicó estar *relativamente de acuerdo*, y sólo el 1.49%, en *desacuerdo* (Tabla 8).

Tabla 8 <i>Relevancia de los temas para el desarrollo profesional y la mejora de los procesos en el ámbito laboral. Curso gestionado por DGDlyDP (n 10.577)</i>			
Categoría	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	p-valor¹
De acuerdo	9659 (92%)	3525.666 (33.3333%)	<0.001
Relativamente de acuerdo	751 (6.5%)	3525.666 (33.3333%)	
En desacuerdo	167 (1.5%)	3525.666 (33.3333%)	
Global	10577	100%	
Nota. ¹ Test Chi-cuadrado de bondad de ajuste			
Fuente: Elaboración propia.			

Respecto a las dificultades para completar el curso, 38,79% de las personas refirieron no encontrar ninguna. Entre quienes señalaron alguna, las *horas de dedicación* fue el factor más reportado (42.58%), seguido por *pobre acceso a internet* (8.28%) y *uso y complejidad de la plataforma virtual* (8.47%) con prevalencias muy inferiores (Tabla 9).

Tabla 9 <i>Dificultades para cumplir con las exigencias del curso. Curso gestionado por DGDlyDP (Respuesta múltiple n 11.037)</i>				
Categoría	Frecuencia	%	IC 95%	p-valor¹
Horas de dedicación	4700	42.58%	41.66% - 43.51%	<0.001
Pobre acceso a internet	914	8.28%	7.77% - 8.8%	
Uso y complejidad de la plataforma virtual	935	8.47%	7.95% - 8.99%	
Otras	207	1.88%	1.62% - 2.13%	
Ninguna	4281	38.79%	37.88% - 39.7%	
Global	11.037	100.00%		
Nota. ¹ Test Chi-cuadrado de bondad de ajuste				
Fuente: Elaboración propia.				

La Tabla 10 analiza las ventajas y/o facilidades para cumplir con las exigencias del curso identificadas por las personas que completaron la

formación. Los resultados revelaron una clara preferencia por la *autonomía y libertad de horarios* (68%), seguida de otras facilidades en menor medida: *acceso a diversidad de fuentes de información* (24.2%), *intercambio con colegas* (3.3%). *Ninguna*, fue la respuesta indicada por una minoría de participantes (4.2%).

Tabla 10				
<i>Ventajas/facilidades para cumplir con las exigencias del curso. Curso gestionado por DGDlyDP. (Respuesta múltiple, n 13.107)</i>				
Categoría	Frecuencia	%	IC 95%	p-valor¹
<i>Autonomía y libertad de horarios</i>	8909	68.00%	67.17% - 68.77%	<0.001
<i>Acceso a diversidad de fuentes de información</i>	3175	24.20%	23.49% - 24.96%	
<i>Intercambio con colegas</i>	436	3.30%	3.02% - 3.63%	
<i>Ninguna</i>	556	4.20%	3.9% - 4.59%	
<i>Otras</i>	31	0.20%	0.15% - 0.32%	
Total	13107	100%		

Nota. ¹Test Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta final del Curso “Introducción a la perspectiva de género” DGDlyDP.

Participación según región sanitaria y su relación con las problemáticas de violencia de género en la población

En el análisis de la participación según RS se señala que la distribución del personal por efector evidencia un importante subregistro con 39% de datos faltantes que no pudieron identificarse en la base de recursos humanos del sistema¹⁰.

Las RS con mayor participación en la capacitación fueron la RS4 (37%) y la RS1 (36%), seguida por la RS3 (34%), y la de menor participación fue la RS2 con 28%. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas (Tabla 11).

¹⁰ Para identificar región sanitaria se consideró la unidad organizativa indicada en la base de recursos humanos, en su mayoría registrada por efector. Sin embargo, para cargos como Dirección y Subdirección médica, Secciones, Divisiones, Departamentos, Gerencias y Subgerencias Operativas dentro de los hospitales, se toma esa denominación como unidad organizativa sin el dato del efector.

Tabla 11					
<i>Porcentaje de capacitación en APS, 2do. y 3er. nivel por región sanitaria (n 15.923)</i>					
Región Sanitaria	Personas capacitadas	Plantel RRHH	% Capacitación	IC (95%)	p-valor¹
R1	3,484	9,734	36%	34,83% - 36,74%	< 0.001
R2	1,381	4,942	28%	26,69% - 29,20%	
R3	1,818	5,324	34%	32,87% - 35,42%	
R4	2,271	6,189	37%	35,49% - 37,89%	
Sin dato	6,969	17,649	39%		
Global	15,923	43,838	36%		
Nota. ¹ Chi-cuadrado					
Fuente: Elaboración propia					

La Tabla 12 muestra la evolución de la distribución de problemáticas de la población vinculadas a las violencias de género, por región sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires entre los años 2019/2023. La Tabla 13 evidencia la cantidad de participantes en la capacitación de la Ley Micaela y su relación con denuncias de violencia de género post capacitación según RS.

Se observa que, aunque hay una cierta estabilidad en los porcentajes de denuncias año a año dentro de cada región, existen diferencias significativas en la distribución de las denuncias entre las distintas regiones. Las denuncias en RS1 presentan los valores más altos a lo largo de los años, mientras que la RS4 mantiene el menor porcentaje de denuncias.

Tabla 12

Denuncias con presencia de indicadores de violencia de género ingresados a las fiscalías del Fuero Penal, Contravencional y de Faltas de CABA y distribución porcentual por Región Sanitaria de ocurrencia. Ciudad de Buenos Aires. Años 2019/2023.

Región Sanitaria	2019	IC (95%)	2020	IC (95%)	2021	IC (95%)	2022	IC (95%)	2023	IC (95%)	p-valor ¹
RS1	30.7	30.55% - 32.54%	28.4	28.16% - 30.19%	28.13	27.69% - 29.67%	29.80	29.40% - 31.41%	29.20	28.78% - 30.71%	< 0.05
RS2	22.7	22.41% - 24.22%	22.5	22.15% - 24.04%	24.77	24.31% - 26.21%	22.88	22.39% - 24.24%	23.90	23.43% - 25.25%	
RS3	24.3	24.03% - 25.89%	26.89	26.56% - 28.56%	24.95	24.49% - 26.39%	25.25	24.77% - 26.68%	24.71	24.26% - 26.10%	
RS4	19.65	19.32% - 21.04%	19.67	19.28% - 21.07%	20.22	19.73% - 21.50%	20.16	19.67% - 21.43%	20.38	19.88% - 21.60%	
Sin dato	2.7		2.5		1.9		1.9		1.8		
Total abs.	8,616		7,906		8,218		8,236		8,720		

Nota. ¹Chi-cuadrado

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección General de Estadística y Censos

Sobre el total de los datos se evidencia un leve aumento de denuncias en el año 2023 aunque sin diferencias significativas en el período comprendido entre 2019 y 2023. Sin embargo, no se demostró correlación entre el porcentaje de personas capacitadas y el porcentaje de denuncias post-capacitación por región sanitaria (Tabla 13).

Tabla 13

Participación en la capacitación de la Ley Micaela y su relación con denuncias post-capacitación por región sanitaria (2021-2023).

Región Sanitaria	% Capacitación	% Denuncias post capacitación ¹	Coefficiente de correlación (r)	p-valor ²
RS1	36%	29%	-0.034	> 0.05
RS2	28%	24%		
RS3	34%	25%		
RS4	37%	20%		

Nota. ¹Valores 2023. ²Coefficiente de correlación de Pearson

Fuente: Elaboración propia

Efecto de la capacitación en las denuncias y consultas por violencia de género en el sistema de salud

Se procesó la base de datos de la DGCOSPS de consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 (Anexo Resolución Conjunta N°1/MSGC/19).

Cabe señalar que al no poder acceder a los registros fuente de la Subsecretaría de Gestión de Recursos Humanos y debido a la faltante de datos en la base brindada, sobre el total de 129 gestiones realizadas por mujeres, sólo es posible clasificar 103. Asimismo, no fue posible realizar un análisis según edad de las mujeres debido a que se registran 104 datos faltantes en la base.

La Tabla 14 muestra que 45,7% de los registros corresponde a consultas, mientras que las denuncias representan 35,4%, y 18,9% de los casos fueron derivados a la Subsecretaría de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Economía y Finanzas de GCABA. Sobre el total de gestiones en el canal, 43% se vincularon a la violencia en el ámbito laboral¹¹ y 39% fueron por violencia de género (Tabla 15).

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>	<i>p-valor</i> ²
Consulta	58	45,7	45,7	< 0.05
Denuncia	45	35,4	81,1	
Derivado ¹	24	18,9	100,0	
Global	127	100,0		

Nota: ¹Derivado a Subsecretaría de Gestión de Recursos Humanos. ²Chi-cuadrado

Fuente: Elaboración propia.

¹¹ Según Ley GCABA N° 1225/2003

Tabla 15
Consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 según clasificación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	p-valor¹
Clima laboral	55	43,3	43,3	< 0.05
Violencia de género	50	39,4	82,7	
Sin datos	22	17,3	100,0	
Global	127	100,0		
Nota. ¹ Chi-cuadrado				
Fuente: Elaboración propia.				

Respecto a los motivos de denuncia y consulta (Tabla 16), 40% refirió como motivo un conflicto con compañero/s; 30% un conflicto con superior; para 30% refirieron otros motivos.

Tabla 16
Consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 según Motivo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	p-valor²
Consulta con superior	38	29,9	29,9	< 0.05
Consulta por compañero/s	51	40,2	70,1	
¹ Otros	37	29,1	99,2	
Sin datos	1	0,8	100,0	
Global	127	100,0		
Nota. ¹ Otros: seguimiento denuncia, capacitación, legislación, licencias y subsidios. ² Chi-cuadrado				

La mayor parte de las gestiones se concentran en el segundo nivel sanitario (Tabla 17), siendo las gestiones realizadas por personal de la CEETPS las más frecuentes (51,1%), seguidas por medicina (16,50%) con una diferencia estadísticamente significativa ([Gráfico 8](#)).

Tabla 17
Distribución de consultas y denuncias registradas en el canal habilitado según nivel sanitario (2021-2023).

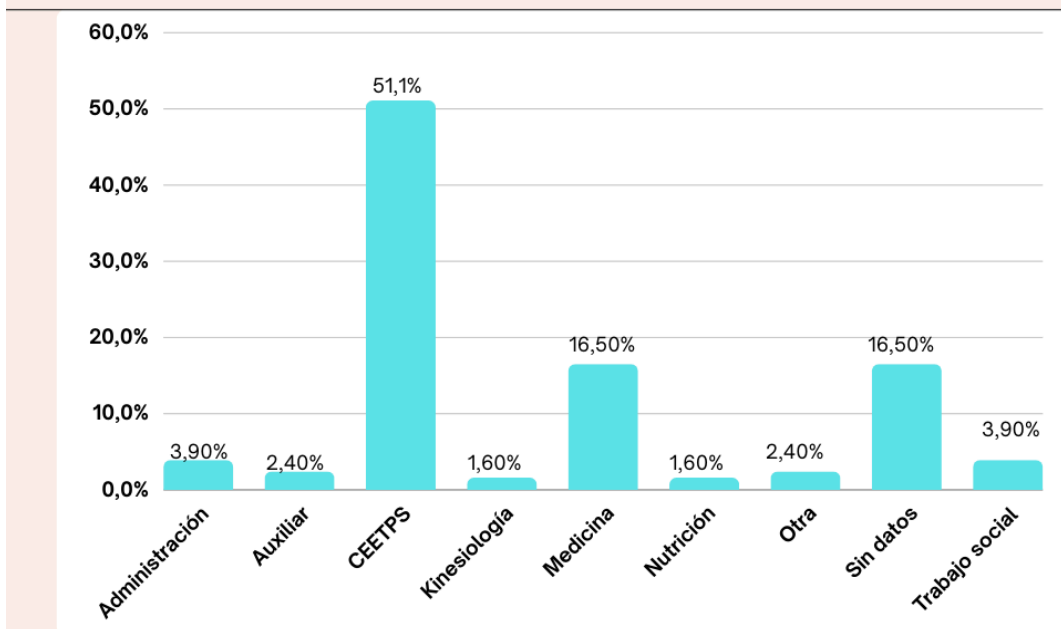
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	p-valor¹
APS	4	3,1	3,1	< 0.05
Segundo nivel	106	83,5	86,6	
Nivel central	5	3,9	90,6	
Sin datos	12	9,4	100,0	
Global	127	100,0		

Nota. ¹Chi-cuadrado

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8

Consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 según disciplina



Nota. valor < 0.01 Chi Cuadrado

Fuente: Elaboración propia.

Al igual que lo observado para la población general, no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la participación en la

capacitación y las denuncias y consultas realizadas dentro del sistema sanitario en cada RS (Tabla 18). El tamaño insuficiente de la muestra podría explicar en parte esa falta de asociación.

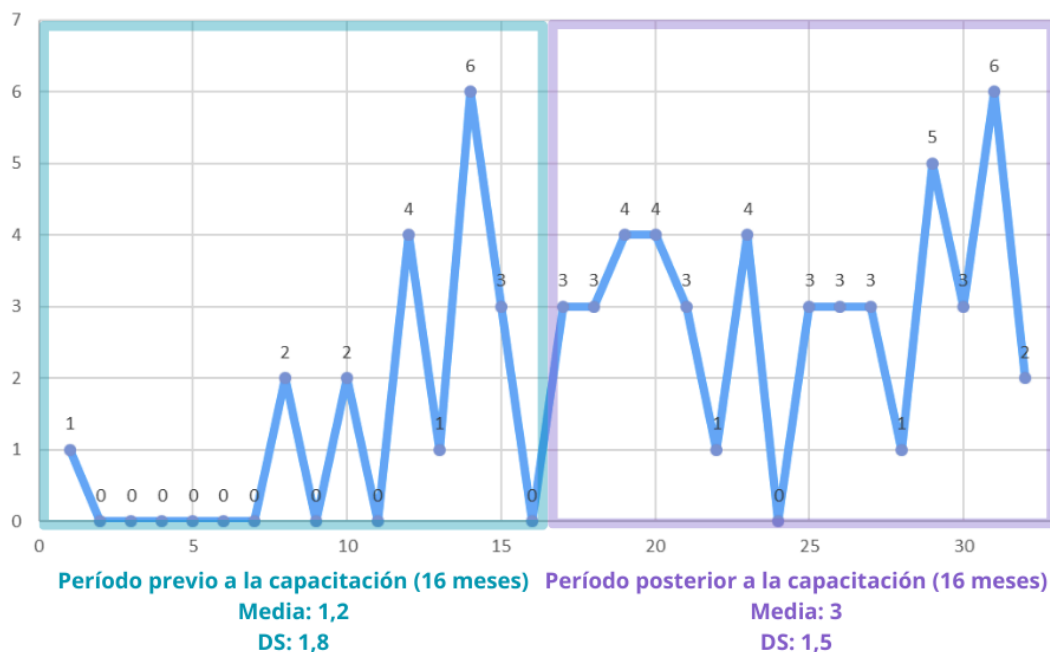
Tabla 18				
<i>Participación en la capacitación de la Ley Micaela y su relación con denuncias y consultas por Región Sanitaria</i>				
Región Sanitaria	% Denuncias y consultas	% Capacitación	IC	p-valor¹
RS1	19.42%	36%	2.08% - 36.76%	> 0.05
RS2	23.30%	28%	6.39% - 40.21%	
RS3	17.48%	34%	-0.07% - 35.03%	
RS4	23.30%	37%	6.39% - 40.21%	
Nivel central	3.88%			
Sin dato	12.62%			
Global	100.00%			
Nota. ¹ Coefficiente de correlación de Pearson				
Fuente: Elaboración propia				

Con el objetivo de analizar la evolución del volumen de consultas y denuncias, se comparó un período de 16 meses previos a la implementación de la capacitación (febrero 2020 - mayo 2021)¹² y un período de igual extensión posterior a la misma (junio 2021 - septiembre 2022), observándose un aumento de las consultas y denuncias en el canal habilitado por el protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 en el período posterior a la implementación de la capacitación ([Gráfico 9](#)).

¹² La base de datos de la DGCOSPS registra denuncias y consultas desde febrero de 2020, fecha en que esta dependencia asume la gestión del canal como referente en materia de violencia de género para profesionales de la salud y residentes.

Gráfico 9

Incremento en el volumen de consultas y denuncias registradas en el canal habilitado antes y después de la capacitación Ley Micaela (n 67)



Nota. valor < 0.01 Prueba t de Student / T.TEST
Fuente: Elaboración propia.

La media de gestiones mensuales registradas en el canal en el período previo a la capacitación fue 1.2, mientras en el período posterior se registró una media de 3, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$). Sobre el total de las gestiones en el período febrero de 2020 - septiembre de 2022 (n 67), 71% de las consultas y denuncias fueron realizadas con posterioridad a la capacitación.

VII - DISCUSIÓN

Desafíos en el alcance de la capacitación de la Ley Micaela en el sistema de salud

La participación en la Ley Micaela en el MSGCBA fue considerablemente menor que la alcanzada en el Gobierno de la CABA y en las universidades públicas nacionales (Martín, 2021). Este resultado podría ser reflejo de una menor priorización de la temática en el ámbito sanitario respecto a otros sectores o de barreras específicas del sector salud. Aunque no se ha encontrado bibliografía que avale la primera hipótesis o datos que permitan comparar las diferencias de participaciones entre ministerios, es preciso señalar que la implementación de la política comenzó en el marco de la emergencia sanitaria instaurada ante la pandemia por COVID-19. Esta situación excepcional implicó un aumento de la carga laboral y la redefinición de tareas del personal de salud, en un clima laboral y formativo marcado por la urgencia y el incremento del estrés en el personal, como sostienen diferentes estudios tales como los de Novas et al. (2022), Hershson (2021) y Tripodoro et al. (2021), entre otros.

En este sentido, algunas autoras consideran la pandemia como una categoría de análisis clave para comprender la implementación de la Ley Micaela, ya que permite explicar los logros y las limitaciones de los programas desarrollados (Lezcano, 2022) y la deserción de participantes (Calandria, 2020a). Sin embargo, dado que la capacitación se estableció como obligatoria en el GCABA en junio de 2021, y la mayor parte del personal de salud se capacitó durante los primeros 6 meses de implementación de la política, el contexto de pandemia por sí solo no parece explicar la baja participación del personal del MSGCBA.

Respecto a las barreras específicas del sector salud que podrían explicar la diferencia entre las proporciones de participación, Longo et al. (2020) señalan que en el sistema de salud existen obstáculos vinculados a la persistencia del modelo médico hegemónico androcéntrico que dificultan la transversalización

de la perspectiva de género para garantizar un ambiente de trabajo y formación libre de violencias y discriminaciones basadas en género.

Según un estudio desarrollado en el sistema (Lenta y Fazzini, 2023), los obstáculos se vinculan con 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.

Asimismo, desde la mirada de la cultura organizacional, resulta necesario considerar que en el sistema de salud se desarrollan burocracias profesionales (Mintzberg, 1979) en las que el personal profesional especialista asume mayormente el control sobre su trabajo y las normas se establecen por fuera de la estructura del sistema, principalmente en las asociaciones profesionales.

En el marco de este estudio y debido a la inserción laboral de la tesista, se han observado ejemplos del funcionamiento de las burocracias profesionales en el sistema, como la superposición de dispositivos de denuncia por motivos de violencia de género y laboral (que coexisten con el protocolo institucional) enmarcados en instancias gremiales y también a nivel local bajo la figura de los Comités sobre Prevención, Detección y Asistencia de Casos de Violencia y/o Abuso Intrafamiliar (creados por Resolución N° 726/2006/MSGC). En el siguiente apartado se profundiza este análisis.

El impacto de la capacitación sobre las denuncias por violencia de género

Si bien se registró un leve aumento de denuncias en el año 2023, este estudio no demostró una correlación significativa entre el porcentaje de personas capacitadas y el porcentaje de denuncias post-capacitación por región sanitaria.

La zona sur de la ciudad (RS1 y RS2) presentó los mayores porcentajes de denuncias, y en ella reside la mayor proporción de personas con cobertura exclusiva del sistema público de salud. La bibliografía indica que el rol de los equipos de salud en la prevención y asistencia de casos de violencias de

género puede ser clave dada la evidencia sobre que las mujeres que atraviesan este tipo de situaciones utilizan con más frecuencia los servicios sanitarios (Peixoto Caldas y Gessolo, 2008).

Sin embargo, dado que no se registró un aumento de denuncias, el impacto de la capacitación en el MSGCBA no sería el esperado ya que la experiencia indica que el apoyo y la información que se ofrece a mujeres que sufren violencia por motivos de género contribuyen a que éstas denuncien la vulneración de sus derechos (Rico, 1996). Según un estudio realizado en Aragón, España, se registró un aumento significativo de la detección de casos en el ámbito sanitario a partir de la formación del personal en materia de violencia de género y el establecimiento de un protocolo sanitario para su abordaje. Asimismo, el estudio indica que este aumento se vio reflejado también en una mayor cantidad de denuncias por parte de las mujeres (Caldas y Gessolo, 2008).

Se plantea entonces necesario indagar sobre los obstáculos del sistema como posible explicación del bajo impacto de la capacitación sobre las denuncias. En este sentido, según una investigación realizada en el nivel de atención primaria de la salud de la PBA, si bien la capacitación es necesaria y actúa como facilitador de la detección y asistencia de situaciones de violencia de género, en el sistema persisten obstáculos que socaban la posibilidad de considerar la violencia de género como un determinante social de la salud de las mujeres, tales como la debilidad de una articulación intersectorial, la sobrecarga de asistencia, la falta de un acompañamiento institucional al personal que asiste a las mujeres en situación de violencia, entre otros (Fernández et al, 2016). En la misma línea, otros autores agregan que “La inexistencia de un espacio físico idóneo que proporcione seguridad y confianza a las víctimas y el escaso tiempo del que disponen los sanitarios para cada paciente, son otros factores que pueden complicar el diagnóstico” (Peixoto Caldas y Gessolo, 2008, p. 168).

Respecto al impacto de la capacitación sobre las denuncias por violencia de género al interior del sistema de salud del Gobierno de la CABA, los resultados obtenidos tampoco evidencian una relación significativa entre

participación por RS y las gestiones realizadas mediante el protocolo. El tamaño de la muestra y la breve duración del período posterior a la capacitación podrían explicar la falta de impacto observado. No obstante, sí se observa un aumento significativo de denuncias y consultas en el período posterior a la capacitación, lo que podría interpretarse como posible consecuencia de una mayor sensibilización y divulgación del canal de consultas y denuncias del sistema. Asimismo, la mitad de las consultas y las denuncias fueron realizadas por personal de CEETPS, coincidiendo con la mayor participación en la capacitación según disciplina. En el siguiente apartado se retoma este análisis a partir de las potenciales limitaciones de la modalidad virtual y autoadministrada de la capacitación como categoría de análisis de su impacto.

Recuperando la observación acerca de la superposición de canales de denuncias, es posible inferir que existe un subregistro de las mismas, a la vez que esta situación aporta a la confusión o sensación de desprotección de las personas que sufren algún tipo de violencia en el ámbito laboral (Birgin, 2012; OECD, 2016).

También es preciso considerar que, además de obstáculos técnicos o procedimentales, la efectiva realización de las denuncias está condicionada por cuestiones socioculturales tales como “temor a represalias, desconfianza en las personas o áreas encargadas de llevar adelante las investigaciones, o simplemente porque no hay consecuencias, entre otras razones” (PNUD, 2021, p 49). En el mismo sentido, otras autoras sostienen que denunciar el maltrato podría desencadenar aislamiento social, devaluación o degradación profesional, especialmente si el maltrato proviene de personal jerárquico (Cortina y Magley, 2003).

Pinto (2011) indica que la dificultad cultural de denunciar es un dato constante en la región latinoamericana. Aún con los avances normativos para proteger los derechos de las mujeres, la autora señala que persisten barreras culturales, sociales y económicas que dificultan el acceso real a la justicia y la igualdad. Coincide con Varela Guinot (2020) analizando los mecanismos formales de denuncia en el contexto universitario de México:

Si bien se han generado cambios normativos, estos se han dado sin cuestionar la manera en que se articulan las relaciones al interior de la organización. Tampoco se ha cuestionado el peso que puede tener la estructura del género. Lo anterior ha provocado que a pesar de las políticas institucionales (por ejemplo: establecimiento de lineamientos de igualdad, protocolos de actuación frente a la violencia de género o incorporación de lenguaje incluyente), en los espacios universitarios se sigan reproduciendo las condiciones que generan desigualdad. (Varela Guinot, 2020, p. 50).

Por ello, desde la perspectiva de la planificación estratégica y considerando las particularidades del sistema de salud, sería recomendable trabajar en conjunto con los diferentes actores involucrados a fin de alcanzar el propósito de la Ley Micaela. La articulación con las asociaciones profesionales, gremiales, equipos locales y otras dependencias del GCABA que tienen injerencia en la actuación establecida por el protocolo, permitiría no solo ampliar el alcance de la capacitación, sino también facilitar la evaluación de la implementación del canal de consultas y denuncias.

Análisis del perfil sociodemográfico y disciplinar de las personas capacitadas

Los resultados indican que la participación en la capacitación de la Ley Micaela en el MSGCBA no fue homogénea y estuvo influida por variables sociodemográficas y disciplinares. Se observan diferencias significativas en la participación de acuerdo con el género, la disciplina, la edad y la antigüedad en el sistema. No se ha encontrado bibliografía que caracterice el perfil de participantes con estas variables; la mayoría de los estudios disponibles se limita a describir a las personas participantes por género y edad.

Si bien su perfil coincide con el de las personas integrantes del subsistema público de salud de CABA, se evidencia un leve aumento en la mediana de edad y antigüedad de quienes se formaron. De acuerdo a la sistematización del estado del arte, en la implementación de la Ley Micaela en la Provincia de Buenos Aires predominó el rango de edad 30 a 39 años, seguido por el de 40 a 49 años (Calandria, 2020b). Aunque en CABA se registra una notable

participación de jóvenes profesionales que ingresan al sistema de residencias, el rango de edad predominante es superior al observado en la experiencia de PBA.

Esta diferencia debería estudiarse a partir de la estructura etaria de ambas administraciones públicas, pero los informes sobre PBA no incluyen estos datos. En el presente análisis, CABA evidencia incremento de la participación de personas de mayor edad y antigüedad siendo aún mayor en aquellas personas que realizaron más de una capacitación.

La exigencia de la capacitación para el acceso a la promoción podría ser un factor que explique la mayor participación en la capacitación de personas en los rangos de edad y antigüedad indicados. Sin embargo, dado que esta normativa se aplica sólo a una fracción del personal del MSGCBA, la reducción de brechas generacionales podría explicar la diferencia. Mientras que las personas más jóvenes tienden a considerar la perspectiva de género como un concepto integrado en su formación y vida cotidiana; en contraste, esta perspectiva representa un enfoque relativamente reciente y menos familiar para quienes han estado más tiempo en el sistema (Fuentes y Gamba, 2021). Esta idea se advierte asimismo al observar la distribución por rango etéreo de capacitación previa e importancia asignada a la temática.

En este contexto, la Ley Micaela puede verse como una oportunidad de actualización para quienes tienen más años de servicio, especialmente en temas que han cobrado importancia en los últimos años, como lo es la violencia de género (Felitti, 2020; Gutiérrez, 2019; Sciortino, 2018). Este factor podría motivar a las personas de mayor edad y antigüedad en el sistema a participar, viendo la capacitación como una forma de mantenerse alineados con las nuevas políticas y expectativas del sistema.

Respecto al género, la distribución identificada tanto en el plantel de Recursos Humanos como en la unidad de análisis, se corresponde con la distribución en los sistemas de salud de Argentina (PNUD, 2020). No obstante, las mujeres representan la mayoría de quienes participaron en los cursos, especialmente en quienes realizaron uno o más.

Según informes sobre la implementación de la Ley Micaela en otras jurisdicciones, las mujeres tienden a tener una participación más activa en comparación con los varones, debido a que los temas de género y violencia son, en general, más urgentes y relevantes para las mujeres y las disidencias de género (Calandria, 2020a; Provenzano, 2023).

La distribución de participación según disciplinas en el sistema también se asemeja a las proporciones disciplinares en el sector salud del país. De acuerdo a Maceira y Cejas (2010), la disciplina médica resulta predominante en el sector salud argentina, representando casi el 40% del conjunto de profesionales del sistema. Sin embargo, se observa un aumento significativo de participación en la capacitación del personal de la CEETPS.

Este aumento puede explicarse por medio de la exigencia de la acreditación obligatoria de la formación para todo el personal del Gobierno de la CABA que participare de los concursos cerrados de Promoción Vertical de la Carrera de la Administración Pública y la Carrera de Enfermería y Especialidades Técnico-Profesionales de la Salud (Resolución MHFGC N° 1030/2021). Por tanto, sería recomendable incorporar la medida para el personal de la carrera profesional hospitalaria (CPH) ya que este resultado indica que la estrategia de establecer la capacitación como requisito de promoción o acceso a cargos, resulta efectiva.

En la misma línea, a partir del estudio de la evolución de la cantidad de personas participantes en la capacitación, los mayores niveles de matrícula se registraron al inicio de la implementación de la política (lo cual podría estar relacionado con la difusión inicial de la capacitación), y luego se observan tres momentos de incrementos significativos en la participación coincidentes con el ingreso al sistema de residencias¹³.

Para profesionales ingresantes a residencias, el cumplimiento de la Ley Micaela se establece como requisito en los primeros meses, junto a otras

¹³ Los ciclos lectivos 2021 y 2022 iniciaron el 1 de octubre (Resolución MSGC N° 1923/2020). El inicio del ciclo lectivo 2023 se modificó adelantándose al mes de septiembre (Resolución MSGC N.º 2019/2023).

ofertas formativas enmarcadas en los bloques de formación común¹⁴. Estos resultados, junto con la mayor participación de Enfermería y Tecnicaturas a raíz de la exigencia para la promoción, parecen indicar que la coexistencia de dos instancias de acreditación podría favorecer el aumento de la participación del personal en la capacitación.

Desde una perspectiva interseccional, las diferencias en el perfil de participantes no deben entenderse únicamente como factores individuales aislados, sino como el resultado de la interacción entre múltiples dimensiones identitarias y estructurales, como el género, la edad y las jerarquías disciplinares, entre otras (Symington, 2004). Por ejemplo, la diferencia generacional en la adopción de la perspectiva de género refleja un fenómeno interseccional, donde las experiencias laborales, formativas y culturales de cada cohorte no solo influyen en su predisposición a participar en la capacitación, sino también en la forma en que incorporan este enfoque en sus prácticas profesionales.

En este sentido, la Ley Micaela se presenta como una herramienta clave para abordar estas diferencias, pero su efectividad dependerá de la capacidad para integrar una perspectiva interseccional que considere las diversas características que atraviesan a las personas trabajadoras del sistema de salud (Soto y Bonder, 2018). Esto implica diseñar estrategias que reconozcan y se adapten a las diferencias y particularidades de cada grupo, asegurando que las capacitaciones no solo sean accesibles, sino también relevantes y transformadoras para cada perfil profesional. Integrar este enfoque no solo tiene el potencial de aumentar el alcance de la capacitación, sino también de generar un impacto transformador en las prácticas organizacionales y culturales del sistema de salud.

14

<https://buenosaires.gob.ar/salud/docencia-investigacion-y-desarrollo-profesional/bloques-de-formacion-comun>

Motivaciones y antecedentes formativos en género: implicancias para futuras capacitaciones

En este estudio, una gran proporción de personas contaban con formación o un acercamiento previo a la temática. Este porcentaje es notablemente superior en comparación con la implementación de la política en otras jurisdicciones. Por ejemplo, en PBA solo el 18% de las personas que participaron en la formación contaba con capacitación previa (Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires, 2020). No obstante, los resultados revelan una disparidad significativa entre las distintas disciplinas del sistema de salud. Medicina y Enfermería, que representan más del 70% del sistema, contaban con menores proporciones de formación previa en la temática.

Un estudio de revisión sistemática sobre la inclusión de la perspectiva de género y diversidades sexuales en las currículas de las Facultades de Medicina de Argentina (Castiello y Coso, 2024) revela que solo 11% de las facultades incluyen explícitamente el contenido.

En cuanto a Enfermería, otros artículos identifican que el currículo y las prácticas docentes aún contienen enfoques tradicionales y estereotipados en torno al cuidado, tradicionalmente femenino, lo cual invisibiliza la diversidad de género y perpetúa el modelo patriarcal (Albamonte et al, 2021; Mendizábal, 2018).

Asimismo, las disciplinas con los mayores porcentajes de capacitación previa en género incluyeron trabajo social, antropología, terapia ocupacional y sociología. Estas disciplinas también presentaron una alta valoración de la importancia de esta temática, lo que indica que las áreas más vinculadas a las ciencias sociales tienden a valorar más y a contar con mayor capacitación en género. En cambio, las disciplinas más técnicas o biologicistas, que suelen tener menos capacitación previa, asignaron una menor prioridad al tema (Heim et al., 2024).

Esta caracterización puede entenderse a través del concepto de segregación horizontal (Boniol, et al, 2019; Moya, 2014; Eiguchi, 2017). Este

fenómeno, evidente en el sistema de salud, implica que ciertas disciplinas y especialidades en salud tienden a estar altamente feminizadas y orientadas hacia el cuidado, mientras que otras están más masculinizadas y suelen enfocarse en áreas técnicas o científicas.

En las disciplinas más feminizadas, la sensibilidad hacia temas de género puede estar más desarrollada debido a una mayor conciencia sobre las desigualdades y estereotipos que afectan tanto a pacientes como al personal de salud. Por el contrario, en las disciplinas donde predominan varones o donde el enfoque de formación y trabajo es más técnico, la perspectiva de género puede ser vista como algo ajeno o secundario a la práctica profesional (Bradley, 2013; Hay et al., 2019; Ortiz-Gómez et al., 2005). Este concepto explica, asimismo, la mayor participación de mujeres en la capacitación de la Ley Micaela.

Entonces se observa que la segregación horizontal, sostenida culturalmente, se manifiesta en el sistema de salud y en el sistema de educación superior, pues “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” (Lenta y Fazzini, 2023, p. 2).

Para algunas autoras (Abregú, 2021; Morandi y Vilamajó, 2010) el desafío en la formación de grado consiste en transversalizar la perspectiva de género en toda la currícula universitaria, no como un contenido aislado, sino como una herramienta que contribuya a mejorar el desempeño profesional.

Pensar en la formación del personal del sistema de salud desde esta mirada permitiría también incorporar la perspectiva de género en todos los espacios de trabajo y formativos como una categoría de análisis de las prácticas (Haworth-Brockman y Isfeld, s.f.; Soto y Bonder, 2018).

La ausencia o débil incorporación de una formación en género y prevención de las violencias en las currículas universitarias (Martín, 2021), la desigual participación en la capacitación de las disciplinas con mayor presencia en el

sistema de salud, así como la obligatoriedad del curso como principal motivación, en contraste con el interés genuino en la temática, podrían explicar también que no se refleje la implementación de la Ley Micaela en un aumento de denuncias por motivos de violencias de género.

Siendo que para la mayoría de participantes la capacitación obligatoria fue su primera aproximación a la temática, que además presenta conceptos y un lenguaje distante a los marcos disciplinares hegemónicos de la salud (Ortiz-Gómez et al., 2005), es posible pensar que se precisa reforzar y sostener la formación en términos de transversalizar la perspectiva de género en el sistema con una mirada interseccional y más participativa (incluso revisar la modalidad de la capacitación, como se abordará más adelante). Como señala Calandria respecto a la evaluación de la ley en la PBA:

La implementación de la Ley Micaela bonaerense es un punto estratégico para visibilizar las desigualdades de género existentes en la sociedad y posteriormente actuar sobre ellas. En ese sentido, la formación es una instancia imprescindible para fomentar en los organismos estatales la construcción de proyectos, programas y políticas desde una perspectiva más inclusiva, justa y democrática hacia las mujeres y LGTBI+. Por ello, se refuerza la idea -ya plasmada en la ley- de que la formación en género destinada a funcionarios y trabajadoras/res debe ser permanente, continua y situada. (Calandria, 2020a, p. 23)

Además, los resultados de este estudio muestran que, aunque en la encuesta inicial la obligatoriedad fue la principal motivación para completar la capacitación, al finalizar el curso, casi todas las personas participantes coincidieron en la relevancia de la perspectiva de género para su desarrollo profesional. Esto puede deberse tanto a la mayor comprensión de los tipos y las modalidades de violencias, como a la visibilización de la problemática en el sistema de salud.

En este sentido, este estudio sugiere que la formación obligatoria puede generar nuevas motivaciones y expectativas a medida que las personas participantes adquieren mayor comprensión sobre la violencia de género y su

prevalencia e implicancias en el ámbito de la salud. Se destaca nuevamente el valor de la perspectiva interseccional para el diseño de capacitaciones que den respuesta a las necesidades y características de cada grupo dentro del sistema.

Capacitación virtual en género: ventajas y dificultades, aportes desde la educación permanente en salud

Resulta importante reconocer que el abordaje del género y la prevención de las violencias son temas complejos y, en muchos casos, controversiales, ya que nuestras actitudes y comportamientos están profundamente arraigados en patrones culturales e individuales (Connell y Pearse, 2014; Gómez Rosado, et al., 2010). Por esta razón, trabajar esta temática requiere un enfoque particular, que no se limita a la simple transmisión de información. Es fundamental utilizar una modalidad participativa que fomente el diálogo y el intercambio entre las personas. En este sentido, es preciso emplear una metodología que permita la reflexión conjunta y el cuestionamiento de las prácticas, facilitando un espacio seguro para explorar, compartir y transformar las perspectivas y actitudes sobre el género y las violencias basadas en género (Guzmán, 2018; Rodríguez-Fernández y Díez-Gutiérrez, 2022).

Si bien la modalidad virtual y autoadministrada del curso fue definida en el contexto del aislamiento durante la pandemia de COVID-19, tal como sucedió en otras jurisdicciones (Ministerio de mujeres, géneros y diversidad, 2021), y debido al volumen de personal a capacitar simultáneamente en el MSGCBA, se señala que la modalidad virtual implica cierta despersonalización. La falta de contacto directo entre las personas puede limitar la efectividad en temas que requieren de una enseñanza empática y un acompañamiento personalizado, como en el entrenamiento de habilidades blandas y relacionales esenciales en salud. Asimismo, en los cursos autoadministrados, la falta de retroalimentación oportuna y de soporte puede afectar la motivación y continuidad en el aprendizaje (Mosteiro, 2022).

En el mismo sentido, Rodríguez-Fernández y Díez-Gutiérrez (2022), analizando el modelo de planificación de formación continua implementado por una dependencia de Administración Pública de España, indican que las modalidades virtuales con enfoque expositivo dan lugar a una participación limitada y poco activa. Y, concluyen en que esta estrategia presenta limitaciones cuando el propósito de la capacitación es fomentar la reflexión sobre la propia práctica o aumentar el impacto de la formación en el entorno laboral, como es el caso de la capacitación enmarcada en la Ley Micaela.

La gran mayoría de las experiencias sistematizadas en el estado del arte de este estudio coinciden en señalar la implementación del dispositivo de taller (presencial o virtual sincrónico) como un espacio de encuentro y producción conjunta (Instituto Nacional de las Mujeres, 2019; Rovetto et al., 2020). Al momento de la evaluación de esas experiencias, las instancias presenciales fueron mejor valoradas por sus participantes, con relación a las virtuales (Broggi y González, 2022). Aquí es válido señalar que el sistema de salud cuenta con una constitución interdisciplinaria, que se visualiza como una fortaleza para la creación de espacios de discusión y debate que convoque al personal a reflexionar sobre sus prácticas y recibir apoyo en sus desafíos cotidianos, promoviendo el intercambio entre disciplinas para abordar integralmente la violencia de género (Arruda et al., 2009). Sin embargo, en este estudio se observó que la modalidad virtual asincrónica de la capacitación fue bien valorada por las personas participantes, fundamentalmente por la flexibilidad horaria. No obstante, es posible señalar que las personas no contaron con otro tipo de modalidad durante el curso para comparar la que resultara más adecuada.

En este marco, identificar los problemas predominantes relacionados con las inequidades de género en el ámbito de la salud, tanto en la estructura del sistema como en la prestación de servicios, junto con las necesidades de formación, es esencial para promover una educación permanente que contribuya a disminuir las desigualdades de género en este contexto (Lenta y Fazzini, 2023).

La estrategia de EPS forma parte de un compromiso social y profesional que pueden redundar en la ampliación de derechos y reducción de las inequidades en salud (Davini, 2005). Asimismo, desde el enfoque de los derechos humanos, incluir la perspectiva de género en la capacitación continua de las y los profesionales de la salud garantiza una atención médica integral, inclusiva y sin discriminación, respetando así los principios éticos fundamentales en el cuidado de la salud (Valenzuela y Cartes, 2019).

En este sentido, la estrategia de EPS permite repensar el diseño de las capacitaciones para alcanzar a las poblaciones con menor motivación y/o formación previa, y así generar expectativas sobre la perspectiva de género en tanto categoría de análisis de las prácticas, para la mejora del trabajo y los vínculos entre el equipo de salud, como elementos esenciales para el desarrollo de procesos de atención de calidad en el sistema público de salud de la CABA.

Limitaciones metodológicas y oportunidades para fortalecer la implementación de la Ley Micaela

Las principales limitaciones del estudio se vinculan con dificultades en el acceso a los datos, principalmente a aquellos gestionados por dependencias externas al MSGCBA.

Por un lado, no fue posible acceder a los resultados de la encuesta de los cursos gestionados por el Instituto Superior de la Carrera (ISC) a fin de completar la muestra. Por otro lado, al no poder acceder a la base de consultas y denuncias con la información que gestiona la Subsecretaría de Gestión de Recursos Humanos, dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas¹⁵, el análisis basado en un número limitado de gestiones se considera una limitación del estudio. Asimismo, la coexistencia de múltiples canales de denuncia dentro del sistema dificultó la obtención de una muestra más exhaustiva, lo que podría haber influido en los resultados obtenidos.

La presencia de un subregistro significativo en la base de recursos humanos del sistema, con 39% de datos faltantes sobre la distribución del personal por efector, es otra limitación del estudio. Este subregistro dificulta una estimación precisa de la participación en la capacitación según regiones sanitarias y probablemente subestima sus valores reales. La ausencia de estos datos limita la capacidad de evaluar de manera completa el alcance de la implementación de la Ley Micaela y podría generar sesgos en la interpretación de las diferencias entre regiones.

Se señala también la limitación de la metodología empleada para poder evaluar con mayor profundidad la relación entre denuncias por violencia de género y la implementación de la Ley Micaela. Podría complementarse el estudio con una metodología cualitativa que permita indagar las percepciones de los equipos de salud sobre el impacto de la capacitación, así como también

¹⁵ De acuerdo al protocolo actúa como referente del Personal del Escalafón General, de la Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires, de la Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires, del régimen gerencial, funcionarios/as y personal contratado bajo el régimen de locación de servicios y obra por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

explorar facilitadores y obstáculos para la detección y la asistencia de situaciones de violencia de género en el sistema de salud del GCABA.

Asimismo, cabe mencionar que el carácter obligatorio de la capacitación y la inclusión de encuestas obligatorias para la finalización de la misma, podrían generar sesgos de “buen respondedor”, sobreestimando la valoración positiva de la capacitación.

Aun así, el presente estudio es la única experiencia reportada en salud y representa un recurso valioso para optimizar la implementación de la Ley Micaela en el MSGCBA en base a sus resultados. Este diagnóstico permite identificar áreas de ajuste y fortalezas, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos de la Ley para la prevención y el abordaje de las violencias de género.

Consideraciones sobre el contexto político actual y sus implicancias para la capacitación en género

Es preciso mencionar el contexto político argentino, en el cual se escribe esta tesis, como otro desafío relevante para la implementación de la Ley Micaela. Los cambios de prioridades en la agenda gubernamental han tenido repercusiones significativas en la implementación de políticas de género. La despriorización de estos temas en instancias de planificación y financiamiento limita los recursos destinados a capacitaciones y programas de sensibilización, afectando especialmente a los sectores de salud pública donde las desigualdades de género son estructurales (Bonder, 2018). Ejemplos recientes incluyen la reducción de presupuestos para programas nacionales de género y la discontinuidad de campañas de sensibilización (Ditieri, 2024; Daverio, 2024).

En relación con la Ley Micaela, Ditieri (2024) señala que las modificaciones introducidas por la Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos (2024) desvirtúan completamente el espíritu y propósito original de la normativa de capacitación en género. Esto se fundamenta en dos aspectos clave:

Primero, reduce el ámbito de aplicación de la Ley a “los organismos competentes en la materia”. Es decir, que las personas destinatarias de la capacitación prevista en la Ley dejan de ser todas las personas funcionarias y empleadas públicas de los tres poderes del Estado, para limitar su alcance a quienes se desempeñen en organismos específicos. En segundo lugar, restringe el alcance de la capacitación a la “violencia familiar”. La modificación desconoce los estándares internacionales de protección integral contra todas las formas de violencias, no solo dentro del ámbito familiar. (Ditieri, 2024: p. 109)

Si bien en el ámbito de la CABA aún se sostiene el consenso político que respalda la transversalización de la perspectiva de género, este contexto se plantea como un desafío ya que podría influir en la sostenibilidad de las políticas impactando no sólo en la capacitación de la Ley Micaela, sino también en la capacidad de las instituciones para transformar sus prácticas

organizacionales, tal como lo plantea la teoría de la perspectiva de género en las políticas públicas (Soto y Bonder, 2018).

Considerando los obstáculos señalados en el análisis y la coyuntura política, es necesario profundizar el análisis de las causas estructurales que sostienen las desigualdades de género en el sistema de salud. Como señalan Abramovich y Pautassi (2010), persiste un disenso con respecto a las definiciones y las causas de los fenómenos para los que se diseñan las políticas desde el enfoque de derechos. Por tanto, en el sistema de salud resulta necesario realizar una revisión crítica de los enfoques disciplinarios predominantes, las dinámicas organizacionales que perpetúan la inequidad y el impacto de las políticas públicas en los procesos de formación y trabajo del personal sanitario. Esta mirada integradora se presenta como fundamental para avanzar hacia la democratización de los espacios y la implementación efectiva de políticas como la Ley Micaela.

Recomendaciones: implicancias prácticas para la mejora de las políticas de género en el sistema de salud del GCABA

Desarrollar políticas específicas, desde la perspectiva de la interseccionalidad:

- Crear módulos adaptados a las disciplinas con menor representación.
- Promover campañas de sensibilización específicas para estas áreas, destacando la relevancia del enfoque de género en su práctica profesional.

Incorporar la capacitación en género como un requisito institucional para:

- La contratación de nuevo personal.
- La promoción o ascenso a cargos dentro de la CPH.
- La inclusión en listas electivas de las asociaciones profesionales y gremiales.

Promover la evaluación del Protocolo de actuación establecido por la Ley N° 6.083/19 (Anexo Resolución Conjunta N°1/MSGC/19):

- Diseñar un registro unificado que permita la adecuada codificación de las denuncias/consultas.

Aumentar el alcance en regiones con menor nivel de participación:

- Articular con las asociaciones profesionales, gremiales y equipo locales como actores estratégicos para aumentar el alcance de la capacitación.
- Realizar capacitaciones presenciales en las regiones sanitarias con menor porcentaje de participación en la formación.
- Promover mesas de trabajo con referentes regionales para identificar las barreras específicas y diseñar estrategias locales.
- Desarrollar una estrategia de formación de formadores con el objetivo de multiplicar el impacto de los procesos de capacitación.

Promover espacios de reflexión y retroalimentación:

- Incorporar sesiones de discusión grupal al final de las capacitaciones para promover el intercambio de experiencias entre participantes.
- Ofrecer instancias de capacitación presencial
- Recopilar retroalimentación sistemática a través de encuestas post-capacitación.

Fortalecer el monitoreo y la evaluación de la capacitación, diseñar un sistema de seguimiento que permita:

- Unificar las fuentes de información e instrumentos de medición para acceder a la caracterización del perfil de participantes
- Evaluar continuamente el impacto de las capacitaciones en las prácticas laborales y en la disminución de violencias de género en el sistema, con metodología tanto cuantitativa como cualitativa.
- Identificar y abordar barreras de participación en tiempo real.

Implementar una estrategia de comunicación para fomentar la participación:

- Diseñar campañas internas con testimonios de participantes que evidencien el impacto positivo de la capacitación.
- Utilizar canales institucionales para informar periódicamente sobre el cumplimiento de la capacitación.

III - Conclusiones

Los resultados de este estudio sugieren que la participación en la capacitación obligatoria enmarcada en la Ley Micaela en el MSGCBA en el período comprendido entre junio de 2021 y octubre de 2023, está determinada por las características sociodemográficas de sus participantes y su motivación para formarse en la temática.

Si bien no se demostró una correlación entre la capacitación y las denuncias realizadas luego de ella; la evolución temporal y la caracterización disciplinar de las mismas sugieren fuertemente un efecto de sensibilización.

La evaluación de la implementación de la Ley Micaela, en el marco de una política pública como lo es la capacitación obligatoria en materia de género y prevención de las violencias se destaca como la primera experiencia de este tipo en el sector salud de Argentina, permitiendo repensar el diseño de las capacitaciones para alcanzar a las poblaciones con menor motivación y/o formación previa, generar expectativas sobre la perspectiva de género en tanto categoría de análisis de las prácticas, para la mejora del trabajo y los vínculos entre el equipo de salud, como elementos esenciales para la mejora de los procesos de atención en el sistema público de salud de la CABA.

IX – Referencias bibliográficas

- Abramovich V. y Pautassi L. (2010). El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales en *La Revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos* (pp. 279-340). Editores del Puerto.
- Abravanel, H. (1992). *Cultura organizacional: aspectos teóricos, prácticos y metodológicos*. Legis.
- Abregú, M. M. (2021). Promover la formación de profesionales de salud con perspectiva de géneros: Una experiencia en la carrera de terapia ocupacional en Argentina. [Documento PDF].
- Albamonte, L. P., Buffoni, P. E., Galvan, M. D. T., y Herrera, C. A. (2021). *Análisis y reflexión curricular en Enfermería: Hacia una formación de cuidados integrales con perspectiva de género*. Universidad Nacional de Avellaneda.
- Antonietti, L. [et al.] (2019) *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*. Libro digital, PDF. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2019/10/31/5bcc7a8a355065fad00e4685b6ccd4f9de9e655.pdf>
- Artaza Barrios, O. (2017) *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina*. Representación OPS/OMS Argentina.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34027>
- Arruda, M. P., Locks, G. A., Pagliosa, F. L., y Araújo, A. P. (2009). La estrategia de educación permanente en salud como posibilidad de intervención social. *Revista Perspectivas*, 20, 115-127.
- Aspiazu, E. (2016). 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*, 19(1), 55-66.
- Birgin, H. (2011). Acceso a la justicia de las víctimas de violencia doméstica: Una agenda pendiente. En Defensoría General de la Nación, *Discriminación y género: Las formas de la violencia* (pp. 119-130). Ministerio Público de la Defensa.
- Bonder, G. (2018). Género y políticas públicas: reflexiones desde América Latina. *Revista CEPAL*.

- Boniol, M., Mclsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K., y Campbell, J. (2019). *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries* (No. WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1). World Health Organization.
- Bradley, H. (2013). *Gender and power in the workplace: Analysing the impact of gender on workplace roles and identities*. Oxford: Palgrave Macmillan.
- Broggi, K. y González, F. (2022) Ley Micaela en la UNLP: una herramienta formativa para la transformación. En *Jornadas Nacionales: Haciendo Universidades Feministas*. Universidad Nacional de Rosario, 26 y 27 de mayo. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/140788>
- Calandria, S. (coord.) (2020a) *Informe del Programa Ley Micaela Bonaerense: Curso de sensibilización y formación para las máximas autoridades del poder ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires*. Ministerio de mujeres, políticas de género y diversidad sexual. https://www.gba.gob.ar/mujeres/ley_micaela/informe_2020_curso_de_sensibilizaci%C3%B3n_y_formaci%C3%B3n_en_ley_micaela_para_m%C3%A1ximas
- Calandria, S. (coord.) (2020b) *Informe del Programa de formación de formadoras y formadores en Ley Micaela Bonaerense para los Municipios de la Provincia de Buenos Aires*. Ministerio de mujeres, políticas de género y diversidad sexual. <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/ley%20micaela%20-%20municipios%20-%20informe%202020.pdf>
- Caldas, J. M. P., y Gessolo, K. M. (2008). Violencia de género: nuevas realidades y nuevos retos. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 161-170. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300016>
- Carrada, T. (2002) La cultura organizacional en los sistemas de salud ¿Por qué estudiar la cultura? *Rev Med IMSS*. 2002; 40(3):203-11. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im023e.pdf>
- Castiello, Y. D., y Coso, D. (2024). *Revisión sistemática sobre perspectivas de género y diversidades sexuales en los programas de las Facultades de Medicina de Argentina*. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Abierta Interamericana.
- Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana / Organización Panamericana de la Salud (20 de noviembre de 2024) [COMISCA/OPS] *Plan Estratégico de Transversalización Perspectiva de Género en Salud 2014-2018 en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PETGS-COMISCA.pdf>

- Connell, R. W., y Pearse, R. (2014). *Gender: In world perspective* (3ra ed.). Cambridge: Polity Press.
- Corte Suprema de la Nación (15 de marzo de 2023) *La Oficina de la Mujer de la Corte Suprema elaboró un informe sobre el cumplimiento de la Ley Micaela*. Recuperado el 03 de junio de 2023 de: <https://www.csjn.gov.ar/om/verNoticia.do?idNoticia=5324>
- Cortina, L. M., y Magley, V. J. (2003). Raising voice, risking retaliation: Events following interpersonal mistreatment in the workplace. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(4), 247–265. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.4.247>
- Daverio, A. (2024). Contraofensiva neoconservadora de extrema derecha, antifeminismo y educación pública en la Argentina de Milei: retrocesos y riesgos democráticos. *Revista Anales de la Educación Común*, 5(1-2), 151-159. <https://cendie.abc.gov.ar/revistas/index.php/revistaanales/article/view/2205/3479>
- Davini, M.C. (1995) *Educación permanente en salud*. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 38. Organización Panamericana de la Salud.
- Davini, M.C. (2005) Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. OPS. 2005; 45: 1-21.
- Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe (2019). *Progresos y Desafíos de los derechos en la provincia de Santa Fe. Evaluación del estado de avance*, Quiroga H. Coord. General et al., Santa fe. Capítulo 4: Derecho a la salud, págs. 246 a 312 y Capítulo 7: Progresos y Desafíos: Hallazgos y Recomendaciones, p. 523 a 574. <https://www.defensoriasantafe.gov.ar/institucionales/area-de-investigacion-y-evaluacion-en-derechos-humanos>
- Dirección Provincial de Formación, Investigación y Políticas Culturales para la Igualdad (2022) *Ley Micaela Bonaerense. Género y trabajo estatal: contar mientras se hace*. Ministerio de Mujeres, Políticas de género y diversidad cultural, Provincia de Buenos Aires. https://www.gba.gov.ar/mujeres/ley_micaela/ley_micaela_bonaerense_g%C3%A9nero_y_trabajo_estatal_contar_mientras_se_hace
- Ditieri, M. (2024). Regarding women 's human rights in Argentina. Normative proposals that generate setbacks. *Deusto Journal of Human Rights*, (13), 93-118. <https://doi.org/10.18543/djhr.3095>

- Di Virgilio, M. M. y Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: CIPPEC y UNICEF.
- Eiguchi K. (2017) La feminización de la Medicina [editorial]. *Rev. Argentina de Salud Pública*. 2017; Mar;8(30):6-7. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/137/94>
- Felitti, K. (2020). Ya es ley: Antecedentes y desafíos de la legalización del aborto en la Argentina. *Cahiers des Amériques Latines*, (95), 7-15.
- Fernández, A., Tajer, D., Barraza, Silvia (2016) Atención de las violencias de género. Interfases entre salud, justicia y seguridad. En *XXXI Congreso Nacional de Medicina General y el equipo de salud*. Consultado el 23 de octubre en <https://www.anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2017/02/Atenci%C3%B3n-de-las-Violencias-de-G%C3%A9nero.-Bariloche.pdf>
- Fuentes, S., y Gamba, C. (2021). La investigación sobre género, sexualidades y cuerpos en la educación secundaria argentina: Un estado de la cuestión. *Revista Sudamérica*, (15), 345-371. <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s23141174/qkn4rbfa5>
- Goberna-Tricas, J. (2020). La violencia obstétrica, una forma de violencia de género durante el embarazo y el parto. En D. Dana (Ed.), *Nascere e mettere al mondo. Sguardi sociali e filosofico politici* (pp. 67-74). Salento: Università del Salento. Recuperado de <http://siba-ese.unisalento.it/index.php/nascere/issue/view/1801>
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [GCABA] (20 de junio de 2023) *Mapa de Violencia de Género de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. <https://buenosaires.gob.ar/vicejefatura/mujer/mapa-de-violencia-de-genero>
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [GCABA] (16 de noviembre de 2023) *Estrategia de Regionalización en el Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/regionalizacion/index.php?menu_id=23224
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [GCABA] (2023) *Relevamiento internacional de políticas públicas con perspectiva de género*. Dirección General de Articulación Institucional para la Igualdad de Género. Consultado el 16 de octubre de 2024 en <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-12/Relevamiento%20int>

ernacional%20de%20Políticas%20Publicas%20con%20Perspectiva%20de%20G%C3%A9nero.pdf

- Gómez Rosado, L. et al. (2010) *Lentes de género: lecturas para desarmar el patriarcado. Serie Derechos Humanos. Género y Derechos de las Mujeres* no. 1. Fundación Editorial El perro y la rana/Fundación Juan Vives Suriá/Defensoría del Pueblo. Caracas, Venezuela. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/fundavives/20170104031339/pdf_138.pdf
- Gutiérrez, M. A. (2019). Marea Verde: La construcción de las luchas feministas. *Revista Catarsis*, (1), 33-36.
- Guzmán, R. (2018). *Hacia una metodología interseccional contra la violencia de género* [Presentación de diapositivas]. Comunidad de Madrid. Disponible en <https://www.comunidad.madrid>
- Haworth-Brockman, M., y Isfeld, H. (s.f.). *Elementos para un análisis de género en las estadísticas de salud para la toma de decisiones*. Prairie Women's Health Centre of Excellence. OPS.
- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., Morgan, R., et al. (2019). Disrupting gender norms in health systems: Making the case for change. *The Lancet*, 393(10190), 2535–2549. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30648-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30648-8)
- Heim, D., Piccone, M. V., y Vercellino, S. (2024). *Del epistfemicidio a la transversalidad de la perspectiva de género en la educación superior. Haciendo camino al andar*. Universidad Nacional de Río Negro.
- Hershson, A. R. (2021). Reflexiones sobre lo que nos está dejando la pandemia a los profesionales de la salud. *Revista argentina de cardiología*, 89(3), 280-280. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i3.20401>
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación. (2019). *Informe Ley “Micaela” (N.º 27.499)*. https://www4.hcdn.gob.ar/archivos/genero/archivos/informe_ley_micaela.pdf
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación. (2021). *Informe de gestión. Ley “Micaela” (N.º 27.499)*. <https://www4.hcdn.gob.ar/archivos/genero/archivos/INFORME2021.pdf>
- IBM Corp. (2016). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 24.0) [Software]. IBM Corp.

- Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (s/f). *Sistema de Indicadores de Género BA*. Recuperado el 6 de noviembre de 2024, de https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?page_id=74588
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2019). *Orientaciones para el diseño de proyectos de capacitación en el marco de la Ley Micaela*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/orientacionesley.pdf>
- Lenta, M. (2020). *Síntesis sobre normativas de género y violencias de género a nivel internacional, nacional y local*. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, Ministerio de Salud, GCABA. <https://es.scribd.com/document/654584108/normativas-referidas-a-genero-y-violencia-de-genero>
- Lenta, M., y Fazzini, J. (2023). Género, salud y educación permanente: Necesidades, obstáculos y posibilidades del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista de Salud Pública*, 29(2). <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v29.n2.41011>
- Ley Nacional N.º 27.499. Ley de Capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que se desempeñan en la función pública en todos sus niveles y jerarquías en los poderes ejecutivo, legislativo y judicial de la Nación (19 de diciembre de 2018). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27499-318666>
- Ley Nacional N.º 27.742. Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos (08 de julio de 2024) <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/310189/20240708>
- Ley GCABA N.º 6.208. Ley de adhesión del GCBA a la Ley Nacional N.º 27.499 “Ley Micaela de capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado” (10 de octubre de 2019). <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley6208.html>
- Ley GCABA N.º 6.083. Ley de prevención, abordaje y erradicación de la violencia de género en el ámbito laboral. Resolución conjunta N.º1/MSCG/19 Protocolo de Actuación. Disponible en: <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSG-C-MEFGC-MEIGC-MJYSGC-MSGC-1-19-ANX.pdf>
- Lezcano, S. (2021). Construyendo nuevas subjetividades: El caso de la Ley Micaela. *Actas de Periodismo y Comunicación*, 7(2). Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/actas/article/view/7359>

- Lezcano, S. (2022). Ley Micaela, una experiencia pionera a nivel mundial. Ponencia presentada en el *Congreso de la Red de Carreras de Comunicación*, Universidad Nacional de Entre Ríos, 28, 29 y 30 de octubre de 2022. <https://www.fc.edu.uner.edu.ar/catalogo/wp-content/uploads/2022/04/01.07.-Lezcano.pdf>
- Longo, R., Lenta, M. M., y Zaldúa, G. (2020). Nudos críticos y desafíos de las intervenciones del campo psi en la interrupción legal del embarazo. En *Territorios de precarización, feminismos y políticas del cuidado* (pp. 49-55). Teseo.
- Maceira, D., y Cejas, C. (2010). Recursos humanos en salud: Una agenda para el gobierno nacional. *Documento de Políticas Públicas/Recomendación N.º 82*. CIPPEC.
- Magariños, M., y Turchi, C. (2021). *Guía para la evaluación de las capacitaciones de género. Ley Micaela N.º 27.499*. ELA - Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.
- Mattio, E. (2012). ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual. En J. Moran Faundes & J. Com (Eds.), *Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos* (pp. 85-102). Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial.
- Martin, A. L. (Comp.). (2021). *RUGE, el género en las universidades*. RUGE-CIN. https://utn.edu.ar/images/Secretarias/SAE/RUGE/RUGE-libro-digital_El-genero-en-las-Universidades.pdf
- Mendizábal, J. A. (2018). La democratización del cuidado en la enfermería argentina: Aspectos sociohistóricos develados con perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados*, 22(50), 58-66. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.06>
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., y Ceccim, R. (2006). Educación permanente en salud: Una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147-160. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.188>
- Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad. (2021). *Informe de implementación de la Ley 27.499: Ley Micaela*.

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/210108-mmgyd-leymicaela-v3.pdf>

Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. (2022). *Sistema Integrado de Casos de Violencia por Motivos de Género: Informe estadístico*.

<https://www.argentina.gob.ar/generos/sistema-integrado-de-casos-de-violencia-por-motivos-de-genero-sicvg>

Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Ley Micaela: Salud pública en clave de género. Curso virtual*.

Miodosky, M. (Coord.). (2019). *Estrategia Integral para la Igualdad de Género en la Ciudad de Buenos Aires, 2018-2019*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Mintzberg, H. (1979). *La estructuración de las organizaciones*. Pearson Educación.

Morandi, M., y Vilamajó, A. (2010). Democratizando el conocimiento: Hacia la transversalización de la perspectiva de género en la enseñanza universitaria. *Revista Zona Franca*, 19, 47-56.

Morduchowicz, A. (2006). *Los indicadores educativos y las dimensiones que los integran*. IIPE.

Mosteiro, M. C. (2022). Capacitación permanente en servicio y enseñanza virtual: Continuidades, discontinuidades y potenciales aplicaciones en la plataforma virtual de salud (Trabajo final integrador). *Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina*. <https://rida.unq.edu.ar>

Moya, R. (2014). Desigualdades de género en el sector de la salud en América Latina: El caso de los recursos humanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(3), 173-180.

Novas, S. V., et al. (2022). Frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y “burnout” en personal de salud en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(155), 25-35. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.133>

Novo-Corti, I., Varela-Candamio, L., y Cidoncha-Gómez, M. A. (2017). Los recursos de la Administración Pública para combatir la violencia de género: La importancia de los centros de información a la mujer (CIM). *Atlantic Review of Economics*, 2. <https://www.econstor.eu/handle/10419/191965>

- Observatorio Femicidios de Defensoría del Pueblo de Nación. (2023). *Informe final: 1 de enero al 31 de diciembre de 2023*. Defensoría del Pueblo de la Nación.
https://www.dpn.gob.ar/documentos/Observatorio_Femicidios_-_Informe_Final_2023.pdf
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2021). *Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina: Datos 2019*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo [OECD]. (2016). *Committing to effective whistleblower protection*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/9789264252639-en>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 8 de marzo). *Violencia contra la mujer: Datos y cifras*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1979). *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*.
<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>
- Organización de los Estados Americanos [OEA]. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ES.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>
- Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., y Ortega del Olmo, R. (2005). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18(3), 189-194.
- Peixoto Caldas, J. M., y Gessolo, K. M. (2008). Violencia de género: Nuevas realidades y nuevos retos. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 161-170.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300016>
- Pinto, M. (2011). De los derechos humanos, del género y de la violencia. En Defensoría General de la Nación (Ed.), *Discriminación y género: Las formas de la violencia* (pp. 49-66). Ministerio Público de la Defensa.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2018). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales*.
<https://www.undp.org/es/argentina/publicaciones/genero-en-el-sector-salud-feminizacion-y-brechas-laborales>

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2020). *Violencia de género: Conceptos, marco normativo y criterios de actuación en el ámbito de la salud*. <https://www.undp.org/es/argentina/publicaciones/violencia-de-genero>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2021). *Empresas libres de violencia: Guía práctica para la prevención, detección, atención y sanción de la violencia basada en género y el acoso sexual y laboral* (2.^a ed.). Iniciativa Spotlight.
- Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud: Disputas por la (des)politización del género. *Revista Margen*, 66.
- Provenzano, P. (Coord.). (2023). *Ley Micaela: Evaluación y resultados de una política estratégica (2020-2022)*. Ministerio de Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual. <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/Informe%20Ley%20Micaela%202020-2022.pdf>
- R Core Team. (2023). R: A language and environment for statistical computing (Version 4.3.2) [Software]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.r-project.org>
- Redacción IR. (2023, 2 de abril). En tres meses de 2023, hubo 74 femicidios en Argentina. *Inforegion.com.ar*. Recuperado el 6 de marzo de 2023 de <https://www.inforegion.com.ar/2023/04/02/en-tres-meses-de-2023-hubo-74-femicidios-en-la-argentina/>
- Resolución MSGC N.º 726/2006. Creación de Comités sobre Prevención, Detección y Asistencia de Casos de Violencia y/o Abuso Intrafamiliar.
- Resolución MSGC N.º 31/2008. Creación de las Regiones Sanitarias I, II, III y IV.
- Resolución MSGC N.º 1923/2020. Modifica Ciclo Lectivo de los Sistemas de Residencias del Equipo de Salud, Apoyo al Equipo de Salud y Enfermería y del Sistema de Concurrencias.
- Resolución MHFGC N.º 1030/2021. Modifica procedimiento de selección para la promoción de tramo por concurso cerrado.
- Resolución MSGC N.º 2019/2023. Modifica Ciclo Lectivo de los Sistemas de Residencias del Equipo de Salud, Apoyo al Equipo de Salud y Enfermería y del Sistema de Concurrencias.
- Rico, N. (1996). Violencia de género: Un problema de derechos humanos. *Serie Mujer y Desarrollo*, 16.

<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ad499997-25ec-4e34-9d48-60b60f5f4180/content>

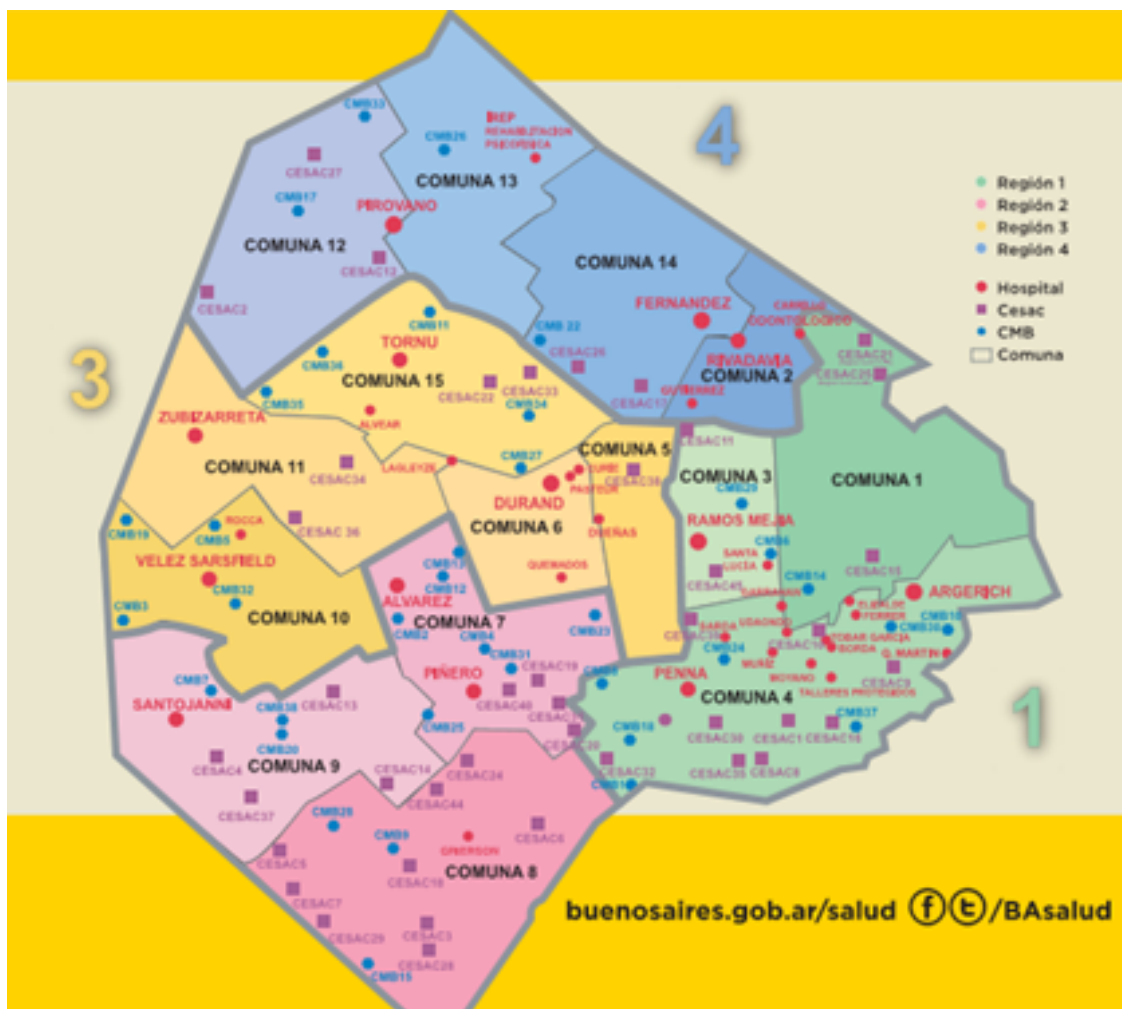
- Robbins, S. P., y Judge, T. A. (2009). *Comportamiento organizacional* (13ª ed.). Pearson Educación.
- Rodríguez-Fernández, J. R., y Díez-Gutiérrez, E.-J. (2022). Análisis de los planes de formación permanente del personal del sector público: Un estudio de caso. *Revista Electrónica Educare*, 26(2), 1-20. <https://doi.org/10.15359/ree.26-2.14>
- Rodríguez Gustá, A. L. (2008). Las escaleras de Escher: La transversalización de género vista desde las capacidades del Estado. *Para el Estado y la Administración Gubernamental*, 14, 53-70.
- Romero Acuña, R., y Achilli, E. (2020). Lógicas de investigación: Acerca de la coherencia en las investigaciones sociales. *Maestría en Pedagogía, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba*.
- Romo, S. (s/f). *Estrategia y gestión de los contenidos y procesos de enseñanza aprendizaje*. Recuperado el 6 de junio de 2023 de <http://andrader0.tripod.com/docs/paradigmas/estructuradelasorgs.pdf>
- Rovetto, F., et al. (2020). *Ley Micaela en el sistema universitario nacional: Propuesta pedagógica para la formación y sensibilización en género y sexualidades*. RUGE-CIN. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/192326>
- Saletti-Cuesta, L., y Imhoff, D. (2021). Fortaleciendo la transversalidad de los feminismos en la comunidad universitaria: La experiencia de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. *Descentrada*, 5(2), e153. <https://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/dese153/14436>
- Sánchez, J., Tejero, B., Yurrebaso, A., y Lanero, A. (2006). Cultura organizacional: Desentrañando vericuetos. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 1, 374-397.
- Sciortino, S. (2018). 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*, (24), 27-47.
- Soto, I., y Bonder, G. (2018). *Salud y género: Aportes para la transversalidad del enfoque de género en las políticas de salud*. Eurosocial. https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2020/01/Herramientas_14-2.pdf
- Storani, C. (2020). *Violencia de género: Conceptos, marco normativo y criterios para la actuación en el ámbito de la salud* (1a ed.). Programa Naciones

Unidas para el Desarrollo.
<https://www.undp.org/es/argentina/publicaciones/violencia-de-genero>

- Symington, A. (2004). Interseccionalidad: Una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos de las mujeres y cambio económico*, 9, 1-8.
- Tanaka, O., y Tamaki, E. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 821-828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>
- Tajer, D. (2012). Género y salud: Las políticas en acción. En *Género y salud: Las políticas en acción* (p. 199).
- Toca Torres, C., y Carrillo Rodríguez, J. (2009). Asuntos teóricos y metodológicos de la cultura organizacional. *Civilizar*, 9(17), 117-136.
- Torulucci, S., et al. (2019). La segunda reforma universitaria: Políticas de género y transversalización en las universidades. *Revista Científica de la Red de Carreras de Comunicación Social*, 9. Universidad Nacional de La Plata. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/175019>
- Tripodoro, V. A., et al. (2021). Percepciones del impacto de la pandemia de COVID-19 en los profesionales de la salud en Latinoamérica. *Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales*, (14), 122-147. <https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/4696>
- Universidad Nacional de La Plata. (2021). *Pensar violencias y transformar(nos): Experiencias desde los primeros pasos de Ley Micaela en FTS*. Facultad de Trabajo Social, Dirección de Derechos Humanos y Género. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/143204>
- Valenzuela, A., y Cartes, R. (2019). Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 84(1), 82-88.
- Vallejos, A., y Freire, V. (2021). Ley Micaela en la Universidad Nacional de Lanús: Aportes para la erradicación de las violencias por razones de género. *Zona Franca*, 29(1), 353-370. <https://zonafranca.unr.edu.ar/index.php/ZonaFranca/article/view/200>
- Varela Guinot, H. (2020). Las universidades frente a la violencia de género: El alcance limitado de los mecanismos formales. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 65(238), 49-80. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2020.238.68301>

Yáñez Cifuentes, M. T. (2022). Principales usos de la evaluación de políticas públicas y programas: Una mirada desde expertos españoles para fomentar su utilización. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 8(1). <https://doi.org/10.5354/0719-6296.0.65039>

Apéndice I - Distribución de efectores por regiones sanitarias (GCABA, 16 de noviembre de 2023)



Fuente: https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/regionalizacion/mapa_regiones.pdf

Distribución de Efectores por Región Sanitaria y Comuna		
Región Sanitaria	Comuna	Efector
RS1	C1	CeSAC N° 21
		CeSAC N° 25
		CeSAC N° 47
		CeSAC N° 15
		Hospital General de Niños Pedro de Elizalde
	C3	CeSAC N° 11
		CeSAC N° 45
		Hospital Oftalmológico Santa Lucía
		Hospital General de Agudos José M. Ramos Mejía

		Centro de Salud Mental Ameghino
	C4	CeSAC N° 1
		CeSAC N° 8
		CeSAC N° 9
		CeSAC N° 10
		CeSAC N° 16
		CeSAC N° 30
		CeSAC N° 32
		CeSAC N° 35
		CeSAC N° 39
		CeSAC N° 41
		CeSAC N° 46
		Hospital de Salud Mental Dr. Braulio Moyano
		Hospital de Salud Mental Dr. José T. Borda
		Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García
		Talleres de rehabilitación en salud mental
		Hospital de Odontología Infantil B Quinquela Martin
		Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo
		Hospital de Rehabilitación Respiratoria M Ferrer
		Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco J. Muñiz
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá		
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich		
Hospital General de Agudos José María Penna		
RS2	C7	CeSAC N° 19
		CeSAC N° 20
		CeSAC N° 31
		CeSAC N° 40
		CeSAC N° 48
		Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez
		Hospital General de Agudos Parmenio Piñero
		CeSAC N° 5
		CeSAC N° 7
		CeSAC N° 14
		CeSAC N° 18

	C8	CeSAC N° 29	
		CeSAC N° 43	
		CeSAC N° 44	
		CeSAC N° 3	
		CeSAC N° 28	
		CeSAC N° 6	
		CeSAC N° 24	
		Hospital General de Agudos "Dra. Cecilia Grierson"	
	C9	CeSAC N° 4	
		CeSAC N° 37	
		CeSAC N° 13	
		Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni	
	RS3	C5	CeSAC N° 38
			Hospital de Odontología Dr. José Dueñas
C6		Hospital Municipal de Oncología Marie Curie	
		Instituto de Zoonosis Luis Pasteur	
		Hospital de Quemados Dr. Arturo Umberto Illia	
		Hospital General de Agudos Dr. Carlos G. Durand	
C10		CeSAC N° 36	
		CeSAC N° 23	
		Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca	
		Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield	
C11		Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze	
		Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta	
C15		CeSAC N° 34	
		CeSAC N° 22	
		Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear	
		Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú	
RS4	C2	Hospital de Odontología Dr. Ramón Carrillo	
		Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez	
		Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia	
	C12	CeSAC N° 27	
		CeSAC N° 2	
		CeSAC N° 12	

		Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
	C13	Instituto de Rehabilitación Psicofísica
		Centro de Salud Mental N 1 Hugo Rosarios
	C14	CeSAC N° 17
		CeSAC N° 26
		CeSAC N° 33
		Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández

Apéndice II - Formulario de la Encuesta inicial del Curso “Introducción a la perspectiva de género” (DGDlyDP-CVSP)

1. Edad:

- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- 60-64
- 65-69
- 70-74

2. Género autopercebido:

- Mujer
- Varón
- Otro

3. Disciplina:

- Abogacía
- Administración
- Antropología
- Arquitectura
- Auxiliares
- Biología
- Bioquímica
- Ciencias de la comunicación
- Ciencias de la educación
- Ciencias económicas y a fines
- Enfermería
- Farmacia
- Tecnicaturas de la salud
- Fonoaudiología
- Informática / Sistemas
- Ingenierías
- Instrumentación quirúrgica
- Kinesiología
- Medicina
- Musicoterapia
- Nutrición

- Obstetricia
- Odontología
- Psicología
- Psicopedagogía
- Sociología
- Terapia ocupacional
- Trabajo social
- Veterinaria
- Otro

4. Si seleccionaste “Otro” en la respuesta anterior, indique cuál:

5. Cargo en el sistema de salud del GCABA:

- Administración / Recepción
- Beca
- Concurrente
- Dirección de Centro de Salud y Acción Comunitaria
- Dirección de hospital
- Dirección general
- Gerencia operativa
- Instructoría de residentes
- Jefatura de área programática
- Jefatura de departamento
- Jefatura de división
- Jefatura de residentes
- Jefatura de servicio/unidad
- Profesional contratado
- Profesional de guardia
- Profesional de planta
- Residente
- Secretaría de Comité de Docencia e Investigación
- Subgerencia
- Otro

6. Si seleccionaste “Otro” en la respuesta anterior, indique cuál:

7. Antigüedad en el sistema de salud (en años):

- 0-4
- 5-9
- 10-14
- 15-19
- 20-24
- 25-29
- 30-34

- 35-39
- 40-49

8. Efector/dependencia en que desarrolla sus tareas:

- Centro de Salud Mental N.º 1 Rosarios
- Centro de Salud Mental N.º 3 Ameghino
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 1
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 2
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 3
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 4
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 5
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 6
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 7
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 8
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 9
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 10
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 11
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 12
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 13
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 14
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 15
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 16
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 17
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 18
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 19
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 20
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 21
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 22
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 23
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 24
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 25
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 26
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 27
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 28
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 29
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 30
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 31
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 32
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 33
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 34
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 35
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 36
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 37

- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 38
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 39
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 40
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 41
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 42
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 43
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 44
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 45
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 46
- Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 47
- Dirección General de Sistema de Atención Médica de Emergencia
- Dirección General de Salud Mental
- Dirección General de Atención Primaria
- Dirección General de Salud Comunitaria
- Dirección General de Planificación Operativa
- Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria
- Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud
- Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional
- Dirección General de Administración y Desarrollo de Recursos Humanos
- Dirección General Administrativa, Contable y Presupuesto
- Dirección General de Recursos Físicos en Salud
- Dirección General de Abastecimiento de Salud
- Hospital Álvarez
- Hospital Alvear
- Hospital Argerich
- Hospital Borda
- Hospital Carrillo
- Hospital Dueñas
- Hospital Durand
- Hospital Elizalde
- Hospital Fernández
- Hospital Ferrer
- Hospital Garrahan
- Hospital Gutiérrez
- Hospital Lagleyze
- Hospital Marie Curie
- Hospital Moyano
- Hospital Muñiz
- Hospital Penna
- Hospital Piñero
- Hospital Pirovano
- Hospital Quemados
- Hospital Quinquela Martín

- Hospital Ramos Mejía
- Hospital Rivadavia
- Hospital Rocca
- Hospital Santa Lucía
- Hospital Santojanni
- Maternidad Sardá
- Hospital Tobar
- Hospital Tornú
- Hospital Udaondo
- Hospital Vélez Sarsfield
- Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP)
- Instituto de Trasplante de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Instituto de Zoonosis Luis Pasteur
- Subsecretaría de Atención Hospitalaria
- Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria
- Subsecretaría de Planificación Sanitaria
- Subsecretaría de Administración de Sistemas de Salud
- Talleres Protegidos
- Unidad de Proyectos Especiales - Historia Clínica Electrónica
- Unidad de Auditoría Interna
- Unidad Ministro
- Otro

9. ¿Realizaste anteriormente alguna capacitación vinculada a las temáticas de género y salud? (Opción múltiple):

- Si
- No

10. ¿Por qué realizás este curso introductorio a la perspectiva de género? (permite más de una respuesta)

- Porque me lo exigen en mi lugar de trabajo
- Porque me interesa la temática en general
- Porque lo necesito para desarrollar mis tareas cotidianamente
- Porque lo necesito para abordar problemáticas de salud de la población
- Porque lo necesito para abordar conflictos en los vínculos en el equipo de salud
- Otro

12. Si seleccionaste “Otro” en la respuesta anterior, indique cuál:

13. ¿Qué lugar considerás que tiene para el desarrollo de tu trabajo la formación en temas de género y salud?

- Muy importante

- Medianamente importante
- Algo importante
- Poco importante
- Nada importante

14. Autorizo a que se utilice esta información para fines científicos que permitan aportar a la igualdad de género en el sistema de salud, siempre que se garantice la confidencialidad y el anonimato.

- Sí
- No

Apéndice III.- Formulario de la Encuesta final del Curso “Introducción a la perspectiva de género” (DGDlyDP-CVSP)

1. ¿Los temas abordados en el curso han sido relevantes para su desarrollo profesional y para la mejora de los procesos de trabajo en el ámbito donde labora?

- De acuerdo
- Relativamente de acuerdo
- En desacuerdo

2. ¿Cuáles han sido tus mayores dificultades para cumplir con las exigencias del curso? (Usted puede seleccionar más de una):

- Horas de dedicación
- Pobre acceso a internet
- Uso y complejidad de la plataforma virtual
- Otras
- Ninguna

3. Si seleccionaste “Otras”, por favor señala en este espacio las dificultades adicionales:

4. ¿Cuáles han sido tus mayores ventajas/facilidades? (Usted puede seleccionar más de una):

- Autonomía y libertad de horarios
- Acceso a diversidad de fuentes de información
- Intercambio con colegas
- Otras
- Ninguna

5. Si seleccionaste “Otras”, por favor señala en este espacio las ventajas adicionales:

6. Sugerencias o comentarios: