



Documento en construcción¹
POR UNA REFORMA A LA SALUD QUE GARANTICE LOS DERECHOS
DE LAS MUJERES

**Red Nacional de Mujeres
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres**

CONTENIDO:

1. Panorama general de la satisfacción de derechos de salud de las mujeres, en especial los derechos sexuales y reproductivos.
2. Identificación y análisis de las medidas o elementos de enfoque de género integradas en la Reforma a la Salud y de los actores responsables de su implementación.
3. Recomendaciones para la incorporación integral de los derechos de las mujeres en la Reforma a la Salud

¹ De acuerdo con la discusión de la Reforma a la Salud en el Congreso será actualizado el documento



PRESENTACIÓN:

Red Nacional de Mujeres: somos una alianza nacional de mujeres independientes, feministas, lideresas y organizaciones sociales de mujeres² de diferentes regiones del país que desde 1991 trabaja por el reconocimiento y garantía de los derechos de las mujeres en Colombia, en particular por la garantía y protección de la autonomía física, autonomía económica y autonomía política, así como su transversalización.

Desde hace más de 30 años, participamos en procesos por la garantía, promoción y defensa de los derechos de las mujeres en Colombia y, actualmente, seguimos apostando por la misma causa con una labor enfocada en **cuatro ejes de trabajo:**

- El derecho a una vida libre de violencias
- El derecho a la participación política de las mujeres
- Los derechos sexuales y reproductivos
- La participación de las mujeres en la construcción y el mantenimiento de la paz

Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres: es un colectivo feminista activista que defiende los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las mujeres, especialmente el derecho al aborto en todas las circunstancias, aportando a la igualdad y al pleno reconocimiento de su libertad. Desde su creación, en 1998, La Mesa ha orientado sus esfuerzos a consolidar, fortalecer y expandir el marco legal para garantizar el derecho al aborto legal y seguro en el país, evitando cualquier riesgo de retroceso y de criminalización de mujeres, niñas y adolescentes por delito de aborto (objetivo general de La Mesa). Así mismo, ha contribuido a eliminar las barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (Sentencia C-355 de 2006 y Sentencia C-055/2022), incluyendo aquellas asociadas al estigma social. Es la organización pionera en la creación del Movimiento Causa Justa, que logró la despenalización del aborto hasta la semana 24 de la gestación.

² <https://www.rednacionaldemujeres.org/>

1. Panorama general de la satisfacción de derechos de salud de las mujeres, en especial los derechos sexuales y reproductivos.

La salud y el género comprenden la identificación de aspectos históricos, políticos, sociales, económicos, culturales y sanitarios que producen diferencias - a veces desigualdades - en las relaciones entre hombres y mujeres y en las expectativas y valores que una cultura asocia con el hecho de ser hombre o ser mujer. Estas diferencias y desigualdades son determinantes estructurales de la salud, y es así como el género actúa como determinante en la salud de hombres y mujeres, y puede llegar a causar una inequidad sanitaria (OPS, 2013).

De esta manera, la inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario. (OPS, 2023).

El Ministerio de Salud (2020), señala que la Organización Mundial de la Salud y Panamericana de la Salud indican que las implicaciones de estar atento a las cuestiones de género como un determinante social de la salud, son:

- Reconocer que las circunstancias generales de la vida y las específicas de las mujeres, los hombres y las personas de los sectores sociales LGBTI -de diferentes grupos sociales, económicos y culturales- son factores de riesgo potenciales para un deterioro de salud. (OPS, 2020)
- Reconocer que las mujeres, los hombres y las personas de los sectores sociales LGBTI, reaccionan de distinta forma a los servicios de salud, debido a sus diferentes experiencias a lo largo de la vida, que afecta su salud, la incidencia o prevalencia de enfermedades y su tratamiento. (OPS, 2020).

Debe tenerse en cuenta, de acuerdo con lo que señala el DNP (2021) *“la salud en tanto derecho es condición imprescindible para el ejercicio pleno de la ciudadanía y de los demás derechos de las mujeres, es un conjunto de condiciones y garantías que promueven bienestar, calidad de vida y desarrollo personal. Es decir, cualquier aspecto que afecte el ámbito físico, mental o social, puede generar un cambio significativo en el bienestar individual y colectivo de las mujeres”*.

De esta manera, en la salud influye *“no solo la atención oportuna y apropiada ante la enfermedad, sino también factores determinantes como el acceso a los servicios de salud, nutrición adecuada, condiciones sanas de trabajo, medio ambiente, una vivienda digna,*



información oportuna sobre la salud y la participación, y representación de sus intereses en espacios y procesos donde se tomen decisiones respecto a los cuerpos y la salud integral de las mujeres”.

De acuerdo con la OPS (2022) las mujeres y las niñas a menudo enfrentan mayores obstáculos que los hombres y los niños para acceder a la información y los servicios de salud. Estas barreras incluyen restricciones a la movilidad; falta de acceso al poder de decisión; menores tasas de alfabetización; actitudes discriminatorias de las comunidades y los proveedores de atención médica; y la falta de capacitación y conciencia entre los proveedores de atención médica y los sistemas de salud sobre las necesidades y los desafíos de salud específicos de las mujeres y las niñas.

En Colombia, y de acuerdo con el Análisis de Situación en Salud (2021), entre 2005 y 2019 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio, alcanzando una tasa de 112,73 muertes por cada 100.000 mujeres para el último año y provocando el 20,64% de todos los años de vida potencialmente perdidos³. Para 2017 la prevalencia de tensión arterial en adultos fue de 16,9% en hombres y de 21,5% en mujeres. En este mismo periodo de tiempo la mortalidad por cáncer de mamá y por cáncer de cuello uterino aumentó en las mujeres⁴. Los accidentes de transporte terrestre provocaron el 21,22% (99.671) de las muertes por causas externas y para 2019 se constituyeron como la primera causa de mortalidad para las mujeres. Por sexo se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres, pero con el tiempo la brecha tiende a disminuir.

De acuerdo con la OPS (2009) la mortalidad por neoplasia maligna del útero, se evidencia una alta desigualdad en las mujeres indígenas dado que cuentan con menos acceso a los servicios de salud.

En cuanto al acceso a servicios de salud en población migrante principalmente son las mujeres quienes más acuden y en especial las que están entre los 15 y 29 años de edad, siendo el quinquenio de 20 a 24 el más representativo para este sexo.

Según la información dispuesta en el Sistema de Información de la Protección Social

³ El análisis de los años de vida potenciales perdidos (AVPP) ofrece una visión complementaria sobre la pérdida que sufre la sociedad debido a las muertes que ocurren prematuramente (OPS, 2003)

⁴ En el cáncer de seno la mortalidad es del 23,05% pasando de 10,15 a 12,49 muertes por cada 100.000 mujeres. Para 2012, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino fue de 6,45 x 100.000 mujeres y para 2019 de 7,2 x 100.000 mujeres

(SISPRO), entre 2013 y 2020, la cobertura de afiliación se incrementó para las mujeres 2,48 p.p. y 5,44 p.p. para los hombres, observándose que no hay casi desigualdad por sexo para 2020, y un cierre casi total de la brecha que venía a través del tiempo. Sin embargo, y de acuerdo con los datos que arroja el RUAF⁵ (2020) el 65% de la población masculina cotiza en el régimen contributivo en comparación con la población femenina con un 49,7% de aportes en el régimen contributivo. Esta desigualdad tiene que ver mucho con el nivel socioeconómico al cual se encuentran involucrados los individuos, dado que las mujeres que no cotizan pertenecen en el régimen subsidiado, siendo de esta población mujeres sin trabajo o son beneficiarias en salud de su pareja.

Salud sexual y reproductiva

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, reconocen que *“los derechos sexuales y reproductivos y el empoderamiento de las mujeres están fuertemente entrelazados y que ambos son necesarios para un desarrollo incluyente y sustentable”*. En específico, el ODS 3 sobre Salud y Bienestar incluye la Meta 3,1 que busca *“para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”*, y la Meta 3,7 que pretende *“para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”*. El ODS 5 también incorpora explícitamente el tema en la Meta 5,6: *“Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen”*.

Las mujeres y niñas todavía se enfrentan a numerosos desafíos y riesgos respecto a su salud y a sus derechos sexuales y reproductivos. Estos pueden ser barreras legales como la restricción del acceso a los servicios en función de la edad, o bien, que ciertas autorizaciones las deba conceder una tercera persona. En otros casos, aunque existan los servicios, su calidad y asequibilidad suponen obstáculos importantes. Todavía muchas mujeres carecen de autonomía en la toma de decisiones, sobre aspectos sustantivos relacionados con el ejercicio de sus derechos, por ejemplo, negarse a mantener relaciones sexuales con su esposo o pareja, usar métodos anticonceptivos o decidir por sí mismas sobre la atención médica que desean recibir (ONU Mujeres, 2018).

La evidencia en Colombia indica, como en los demás países del mundo, que las

⁵ El Registro Único de Afiliados RUAF, es un sistema de información que contiene el registro de los afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales), a Subsidio Familiar, a Cesantías, y de los beneficiarios de los programas que se presten a través de la red de protección social



desigualdades en salud sexual y reproductiva están relacionadas con las desigualdades económicas. La fecundidad es mayor en los departamentos de mayor incidencia de pobreza, en donde la mujer tiene menos acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), y en general, a los servicios de salud, y por tanto puede disfrutar menos del poder de decidir cuándo y cuántos hijos tener, porque la cultura y las condiciones de vida presentan desigualdades e inequidades con relación al sexo.

Anticoncepción. De acuerdo con los datos de la ENDS 2015, el conocimiento de los métodos de planificación es universal, entre las mujeres y hombres encuestados con edades entre 13 y 49 años. Según la ENDS 2015, en Colombia el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 – 49 años) unidas ha ido en incremento tanto en el área urbana como la rural. Sin embargo, entre 2010 y 2015, según el nivel educativo, las mujeres unidas sin educación, con educación primaria y con educación secundaria hacen uso de los métodos anticonceptivos con menor frecuencia en comparación con las de nivel de educación superior.

Entre 2010 y 2015 por índice riqueza, en todos los quintiles se incrementó el uso de métodos de anticoncepción tradicionales en las mujeres. Según datos de las ENDS entre 2010 y 2015, el nivel educativo de las mujeres unidas que usan métodos tradicionales ha descendido un punto porcentual en todos los niveles de educación, con excepción en el nivel superior.

Embarazo adolescente. En Colombia, el embarazo adolescente y la maternidad temprana afectan directamente los ingresos y la participación de las mujeres en el ámbito laboral. En 2018, solo el 13,8% de las adolescentes que fueron madres, consiguió continuar sus estudios a nivel (técnico, tecnológico, universitario y postgrado). Una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada. De éstas, el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo. A pesar de la reducción promedio de la tasa de fecundidad en adolescentes, son principalmente las mujeres que viven en condiciones de pobreza y condiciones de deterioro social, aquellas que presentan mayores tasas. Según la ENDS las tasas de fecundidad en adolescentes son más altas en el quintil de riqueza más pobre, en las mujeres menos educadas y las del área rural.

Salud materna. En Colombia, según la ENDS 2015 el 92,9% de las mujeres entre 13 y 49 años recibieron atención prenatal de un profesional médico con disparidades entre las mujeres ubicadas en el primer y quinto o último quintil de riqueza.

La razón de mortalidad materna está en 41,4 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (con corte a semana 42 de 2022), teniendo en cuenta que la meta comprometida por los países de la región en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas de la OPS busca alcanzar una razón de mortalidad materna de menos de 30 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos para 2030.



Violencia basada en género. De acuerdo con los datos del IMLCF en el año 2022 se registraron 47.771 casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, cifra que en comparación con el año 2021, presentó un aumento de 7.713 casos, el reporte de exámenes médico-legales por presunto delito sexual en mujeres aumentó en 3.650 casos en el año 2022, frente a lo reportado en el 2021. Entre enero y febrero de 2023, se han registrado 3.483 casos de violencia intrafamiliar y 1.516 exámenes médico-legales efectuados por presunto delito sexual.

Violencia reproductiva relacionada con el conflicto armado. De acuerdo con La Mesa y el CDR (2022), y con base en el informe final de la Comisión de la Verdad, algunas de las modalidades de violencia reproductiva identificadas por la Comisión de la Verdad en Colombia incluyen: i) anticoncepción forzada; ii) esterilización forzada; iii) maternidad forzada; iv) embarazos forzados; y v) abortos forzados. Igualmente, incluimos dentro de este concepto prácticas como “maternidades forzadas y coaccionadas”, así como “violencias institucionales”, como la denegación del servicio de la IVE [Interrupción Voluntaria del Embarazo] y los abortos involuntarios producto de aspersiones con glifosato”. De acuerdo con las mismas organizaciones, pese a este conocimiento de la prevalencia de violencias reproductivas, el Estado no ha desplegado acciones concretas de memoria, acceso a justicia o reparación destinadas específicamente a las víctimas de violencias reproductivas. No se cuenta con sistemas de información que registren este tipo de victimizaciones.

Barreras para el ejercicio a la IVE. De acuerdo con La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres aún no existe un sistema de información que consolide de manera eficiente la información sobre la prestación de servicios de IVE, lo que impide hacer un reporte certero del número de abortos legales, así como de los negados o no realizados en el sistema de salud y las características sociodemográficas de las mujeres que acceden a los servicios. Adicionalmente, las mujeres siguen enfrentando barreras estructurales para el acceso a los servicios, que tienen que ver con el desconocimiento del marco legal por parte de los profesionales, la falta de disponibilidad de los servicios, así como las dilaciones en su prestación.

Salud y cuidado menstrual. Los datos sobre la situación poblacional y el avance en la garantía de la salud y cuidado menstrual en Colombia según la encuesta “Pulso Social” (DANE)⁶, muestran que:

“el 7,2% de las mujeres ha suspendido o interrumpido su actividad laboral, estudio o de hogar por dificultades en su periodo menstrual, en la encuesta también se identificó que las mujeres tienen limitaciones para acceder a baños con privacidad y a los insumos

⁶ Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social>

del cuidado menstrual, en el último mes tuvieron dificultades económicas para adquirir estos elementos el 12,1% (23,7% en mujeres de 10 a 24 años, y 11,9% mujeres de 25 a 54 años), desde otro ángulo, del total de mujeres que tuvieron dificultades económicas, el 38,3% en hogares de tres personas y 45,3% a hogares de cuatro o más integrantes”

De acuerdo con la ENDS (2015) para el total del país, la edad promedio a la cual se presenta la menarquia baja de 13.2 años entre las mujeres que la presentaron y ahora tienen de 45 a 49 años, a 11.9 años entre las que ahora tienen 13 a 14 años. La consecuencia del adelanto de la edad de la menarquia no solo es ampliar el período reproductivo de las mujeres, sino que plantea necesidades de educación sexual integral temprana dentro y fuera de la escuela. En el estudio realizado por UNICEF en 2018 sobre higiene menstrual en las niñas de las escuelas del área rural en el pacífico colombiano se pudo establecer lo siguiente:

- El 34.8 % de las niñas encuestadas refirieron no saber nada sobre la menstruación antes de la menarquia.
- 1 de cada 4 de las encuestadas alguna vez en su vida había faltado a la escuela por causa de la menstruación.
- 38.8% prefieren no pasar al tablero por incomodidad y temor de que exista algún manchado
- 86 % refirieron que los cólicos menstruales son la principal razón por la cual las niñas y adolescentes no asisten a la escuela.

Para el cuidado menstrual, además de los servicios sanitarios básicos, las mujeres requieren de elementos para la recolección del sangrado de acuerdo con su preferencia; sin embargo, estos no están contemplados en la financiación del sistema de salud y acarrear costos que debe asumir cada mujer con recursos propios (gasto de bolsillo).

Además de las dificultades asociadas al inadecuado cuidado menstrual, la tercera parte de las mujeres y personas que menstrúan presentaron alguna alteración menstrual durante su vida, el diagnóstico de hemorragia uterina anormal ocurre entre el 3 y el 30% de los casos, siendo más frecuentes en la adolescencia y en la quinta década de la vida; sin embargo, solo la mitad de las personas afectadas consultaron a un servicio médico por esta causa. (Munro, et, al. 2018).

Colombia no ha implementado la estrategia para la salud y el cuidado menstrual.

2. Identificación y análisis de las medidas o elementos de enfoque de género integradas en la Reforma a la Salud y de los actores responsables de su implementación. Recomendaciones para la implementación de estas medidas.

De acuerdo con el Relator Especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, el derecho a la salud comprende el derecho a un sistema de protección de la salud, incluida la atención sanitaria y los factores determinantes que facilite la igualdad de oportunidades para las personas a fin de que disfruten del máximo nivel asequible de salud.⁷

Al respecto, en su Observación General No 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante el “Comité DESC”) indicó que el derecho a la salud no incluye solamente la atención de la salud sino que abarca los factores socioeconómicos que promueven las condiciones para llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, y un medio ambiente sano. Al analizar la “perspectiva de género” en relación con el derecho a la salud, el Comité DESC indicó que “un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. Por ello, la desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud” (Párrafo 20).

De otra parte, al determinar algunos estándares sobre la mujer y la salud, la Observación General No 14 resaltó la importancia de “la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer” y de los “servicios en materia sexual y reproductiva”, por lo tanto, se debe reconocer que la salud sexual y reproductiva de las mujeres está relacionada con múltiples derechos humanos, como el derecho a la vida, el derecho a no ser torturada, el derecho a la salud, el derecho a la intimidad, el derecho a la educación y la prohibición de la discriminación. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) han indicado claramente que el derecho de la mujer a la salud incluye su salud sexual y reproductiva.

⁷ Relator Especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, profesor Paul Hunt. E/CN.4/2003/58, párr. 23.

Esto significa que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El Relator Especial sobre el derecho a la salud (2006) sostiene que las mujeres tienen derecho a los servicios de atención a la salud reproductiva, y a los bienes e instalaciones que son:

- disponibles en número suficiente;
- accesible física y económicamente
- accesible sin discriminación; y
- de buena calidad

La perspectiva de género en la garantía del derecho a la salud

Al analizar la “perspectiva de género” en relación con el derecho a la salud, el Comité DESC (2000) indicó que *“un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. Por ello, la desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud”*.⁸

La transversalización de la perspectiva de género es

“...el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planeada, incluidas la legislación, las políticas y los programas, en cualquier sector y en todos los niveles. Es una estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de tal manera que no se perpetúe la desigualdad. El objetivo último es conseguir la igualdad de género”.

En este sentido, las líneas de acción de la Política de Igualdad de Género de la OPS incluyen:

- a) Construir una base de datos probatorios sobre género y salud para informar sobre el desarrollo, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas sanitarios dentro de la OPS y de los Estados Miembros;
- b) Desarrollar herramientas y fortalecer capacidades en la secretaría y los Estados Miembro de la OPS para la integración de una perspectiva de igualdad del género en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas y de los programas;

⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22º periodo de sesiones, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

- c) Aumentar y fortalecer la participación de la sociedad civil, haciendo hincapié en que los grupos de mujeres y otros defensores de la igualdad del género participen en la determinación de las prioridades y la formulación y monitoreo de las políticas y programas en todos los niveles, e
- d) Institucionalizar las políticas que tienen en cuenta las cuestiones de género-específico, así como de mecanismos de monitoreo para dar seguimiento a los resultados concretos en materia de integración de la perspectiva de igualdad de género, de acuerdo con los métodos de gestión orientada a la consecución de resultados y la evaluación de la eficacia de las intervenciones de género en los resultados de la salud.

3. Recomendaciones

Con base en estas consideraciones, se adelanta una revisión general del texto de ponencia para el segundo debate del Proyecto de Ley 339 de 2023 “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*” y se dan algunas recomendaciones encaminadas a i) Incorporar en enfoque de género en aspectos de reforma al Sistema que son relevantes y ii) Establecer acciones encaminadas a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos dada su interrelación con el derecho a la salud

Identificación y análisis de las medidas o elementos de enfoque de género integradas en la Reforma a la Salud	Recomendación
Transformación del sistema de salud basado en el aseguramiento social en salud (art. 1 y ss)	Dentro de los fines de intervención del Estado para el aseguramiento social y la garantía del derecho a la salud de las mujeres, se deben prever acciones intersectoriales que intervengan los determinantes sociales en salud desde un enfoque de género; esto implica el análisis permanente, dirigido y organizado de aspectos sociales y económicos que impactan la salud de las mujeres e implican un acceso inequitativo a la salud. Por otra parte, el fortalecimiento de los sistemas de información debe incluir variables específicas por género de acuerdo el seguimiento de eventos y resultados deseables en salud.
Definición del modelo de salud (art. 4 y ss)	El modelo de salud, en un nivel primario, debe integrar y coordinar la atención incluyendo la promoción de la salud a través del suministro de información y de servicios de orientación para el ejercicio de la autonomía en la toma



La Mesa

Por la Vida y la Salud
de las Mujeres



	<p>de decisiones en salud por parte de las mujeres. Teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo que señala el segundo inciso del artículo 4, la promoción de la salud implica también el fortalecimiento de las capacidades de las personas.</p>
Atención primaria en salud (art. 6)	<p>Previendo que la APS se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, la inequidad en el acceso debe ser revisada desde un abordaje interseccional que permita incluir el género y su interrelación con otras características de la persona como una variable de inequidad en el acceso a los servicios.</p> <p>Dentro del desarrollo de la APS, se debe prever que en los procesos de participación comunitaria intervengan grupos de mujeres y que se discutan acciones, políticas y planes que tengan en cuenta sus necesidades, especialmente las relacionadas con el abordaje de las violencias basadas en género.</p> <p>La atención domiciliaria a través de los equipos de salud territorial debe prever la eliminación de barreras para la toma de decisiones en salud, especialmente por parte de las mujeres, niñas y adolescentes.</p> <p>Desde el fortalecimiento de las capacidades de las personas, la atención primaria en salud debe reconocer el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.</p> <p>La APS también debe integrar el enfoque de género y el enfoque de derechos (numeral 11, art 6).</p>
Identificación de determinantes sociales de la salud (art. 7)	<p>La incidencia del Estado sobre los determinantes sociales en salud debe considerar aquellos que afectan particularmente a las mujeres y que inciden, entre otras, en el acceso inequitativo a la salud.</p> <p>De esta manera, y tal como lo señala la OPS (--) “es indispensable que las políticas sociales reconozcan la</p>



La Mesa

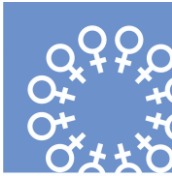
Por la Vida y la Salud
de las Mujeres



	<p>función de género como un fuerte determinante estructural de la salud”⁹.</p> <p>En este sentido, se debe valorar cómo las mujeres tienen costos de salud mayores que los hombres debido a su mayor utilización de los servicios de atención de salud¹⁰, o por la compra directa de productos como los relacionados con el cuidado menstrual y los anticonceptivos. Al mismo tiempo, las mujeres corren un mayor riesgo que los hombres de ser pobres, desempleadas o estar contratadas en trabajos que no ofrecen prestaciones de atención de salud. De este último aspecto da cuenta el bajo porcentaje de mujeres vinculadas al SGSSS en el régimen contributivo respecto de los hombres.</p> <p>Por lo tanto, el enfoque diferencial basado en la perspectiva de género debe ser un criterio ordenador del análisis de todos los determinantes sociales y no hacer parte del listado de manera aislada.</p>
Centros de atención primaria en salud	<p>Los CAPS deben incluir procesos de promoción, especialmente los relacionados con la toma de decisiones en salud y el ejercicio de los derechos y con base en el reconocimiento de las necesidades específicas de las mujeres, niñas y adolescentes y en interrelación con otros aspectos como el nivel socioeconómico y la pertenencia étnica. Lo anterior, previendo que estarán a cargo de la vigilancia en salud pública, así como la gestión intersectorial y la participación social.</p> <p>En este sentido, la recolección de la información que haga deberá tener en cuenta variables relacionadas con el género, y la identificación de necesidades y potencialidades deberá corresponder con aquellas que son específicas de las mujeres, especialmente en lo relacionado con su salud sexual y reproductiva. Igualmente deben garantizar la participación social y comunitaria de grupos de mujeres.</p>

⁹ <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

¹⁰ Ver ASP 2021. Los



La Mesa

Por la Vida y la Salud
de las Mujeres



	Estos mismos aspectos deben estar previstos para las funciones que desarrollan los equipos de salud territorial.
Redes integradas e integrales de servicios (art. 12 y ss) y acceso y continuidad en el nivel complementario	Las redes integradas e integrales deben establecer procesos promoviendo el mejoramiento de su capacidad y disponibilidad de recursos humanos, especialmente en lo relacionado la atención en salud sexual y reproductiva y de acuerdo con las necesidades de los grupos poblacionales en las áreas donde implementan la atención. Supeditar el acceso y la continuidad de la atención de acuerdo con la capacidad técnica en el nivel complementario de alta y mediana complejidad puede suponer barreras para cierto tipo de atenciones, como las relacionadas con la IVE.
Gobernanza y gestión pública del sistema de salud (art. 28 y ss)	<p>Las acciones definidas y en ejercicio de la rectoría y la dirección del sistema de salud debe atender un enfoque de género y de derechos; especialmente en lo relacionado con la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas en salud.</p> <p>En esta línea, la CIDH –en lo particular, a través de su Relatoría Temática sobre los Derechos de las Mujeres- ha señalado que los Estados tienen el deber de incorporar una perspectiva de género en la adopción de políticas públicas, considerando la discriminación histórica y los estereotipos que han afectado a las mujeres, niñas y adolescentes. Esta perspectiva debe guiar y ser tomada en cuenta en la importancia de adoptar medidas diferenciadas considerando las particularidades e identidades diversas de mujeres en especial situación de riesgo. Esto conlleva a tomar en consideración la intersección de factores como la etnia, la edad, la orientación sexual, la identidad y expresión de género, entre otras variables. Igualmente, se debe incorporar una perspectiva intercultural, que tome en consideración el racismo, la discriminación estructural, los riesgos y diferencias de atención por motivos de etnia, como es el caso de las mujeres indígenas y afro-descendientes¹¹.</p> <p>Adicionalmente, una política pública con enfoque de derechos humanos es el conjunto de decisiones y acciones con el objetivo de proteger, promover, respetar y</p>

¹¹ CIDH. Informe Anual 2017,



La Mesa

Por la Vida y la Salud
de las Mujeres



	<p>garantizar los derechos humanos de todas las personas, grupos y colectividades que conforman la sociedad, bajo los principios de igualdad y no discriminación, universalidad, acceso a la justicia, rendición de cuentas, transparencia, transversalidad, e intersectorialidad.</p> <p>En este sentido, y desde un enfoque de derechos, la política pública en salud debe promover su ejercicio y garantía, especialmente en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de mujeres y de niñas.</p>
Consejo Nacional de Salud (art. 31).	<p>Teniendo en cuenta el rol como instancia de dirección del Sistema de Salud, a cargo de la concertación de iniciativas en materia de política pública en salud, en CNS debe prever una conformación paritaria en la representación por parte de los estamentos que se mencionan, asegurando la participación de mujeres, así como de organizaciones de mujeres, dentro de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.</p>
Sistema Integral de calidad en salud SICA (art. 35)	<p>El SICA debe integrar en su reglamentación un enfoque basado en derechos, y además, prever que los criterios de derechos humanos (disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad,) y los principios de derechos humanos (no discriminación, acceso a la información, participación, responsabilidad y sostenibilidad) son lo que definen el contenido y alcance de la salud. Por tanto, cuando están fallando cada uno de estos elementos se puede deducir se está ante problemas estructurales del sistema y fallas en la calidad, y en la oportunidad en la prestación de los servicios.</p> <p>Adicionalmente, dentro de la formulación, monitoreo y evaluación de los elementos que modulan las relaciones funcionales entre los agentes del sistema de salud, el SICA debe incorporar los enfoques en resultados en salud y mejores prácticas de gestión desde una perspectiva de género, teniendo en cuenta las necesidades de las niñas, mujeres y adolescentes.</p> <p>En cuanto al desarrollo de capacidades institucionales y de talento humano en salud, se debe prever la generación de capacidades en el personal de salud desde un enfoque de género, lo que implica, entre otras medidas, garantizar una atención integral de salud libre de estereotipos de género.</p>



La Mesa

Por la Vida y la Salud
de las Mujeres



	<p><i>(En el sector de la salud, los estereotipos de género pueden resultar en distinciones, exclusiones o restricciones que menoscaban o anulan el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos, y específicamente, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer con base en su condición. De acuerdo con FIGO (2012, 2015) algunos estereotipos de género frecuentemente aplicados a mujeres en el sector salud, que generan efectos graves sobre la autonomía de las mujeres y su poder decisorio son: i) las mujeres son identificadas como seres vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables o consistentes, lo que conlleva a que profesionales de la salud nieguen la información necesaria para que las mujeres puedan dar su consentimiento informado; ii) las mujeres son consideradas como seres impulsivos y volubles, por lo que requieren de la dirección de una persona más estable y con mejor criterio, usualmente un hombre protector, y iii) las mujeres deben ser quienes deben llevar la responsabilidad de la salud sexual de la pareja, de modo tal que es la mujer quien dentro de una relación tiene la tarea de elegir y usar un método anticonceptivo).</i></p>
Autorización de pagos (art. 69)	Considerando que la ADRES autorizará el pago de servicios de mediana y alta complejidad, se deben tener en cuenta aquellas atenciones urgentes y esenciales que pueden tener un impacto en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y que podrían ser objeto de demoras injustificadas en un proceso de autorización.
Prestaciones económicas (art. 71)	<p>Se fija el pago de un subsidio monetario a las mujeres no aportantes económicas del sistema de salud equivalente a medio salario mínimo mensual vigente durante los tres meses siguientes al parto “<i>siempre y cuando haya asistido a los controles prenatales durante el embarazo</i>”.</p> <p>Es necesario considerar la inconveniencia de esta disposición tal como está prevista. Si bien, resulta procedente que se prevea el pago de un subsidio por maternidad a mujeres no aportantes al sistema, se debe tener en cuenta que en Colombia las mujeres enfrentan barreras significativas para el acceso a controles prenatales. Si bien, existen estudios que confirman que asistir al programa prenatal, es un factor protector para la</p>

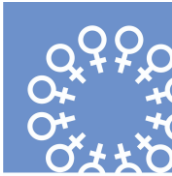


La Mesa

Por la Vida y la Salud
de las Mujeres



	<p>detección de la morbilidad materna extrema y de esta forma se disminuye la mortalidad materna; la inasistencia no es una carga que se deba imponer exclusivamente a la mujer. Aspectos significativos como la distancia del centro de atención, la falta de profesionales, el rol de cuidado que desempeñan algunas mujeres, la necesidad de dejar su lugar de trabajo, inciden en la inasistencia a este tipo de atenciones.</p> <p>Los resultados de la ENDS (2015) demuestran, que <i>“la riqueza es un factor determinante del acceso a los controles prenatales ya que la asociación entre las gestantes que no acceden a visitas prenatales está concentrada en los quintiles más bajos”</i>. En este sentido, la encuesta arroja que el 20% de las mujeres pertenecientes al primer quintil de riqueza no alcanza un nivel óptimo de atención prenatal, mientras que el 98% de las mujeres que pertenecen al quinto quintil realizan controles prenatales óptimos, por lo tanto, existen determinantes que inciden en la inasistencia a este tipo de atenciones que deberían ser abordados desde un enfoque de género y de derechos.</p> <p>Por otra parte, desde la aplicación de un test de proporcionalidad, la medida que incorpora este artículo no resulta ni adecuada ni necesaria para la finalidad perseguida (mayor asistencia a controles prenatales), y por el contrario, si se advierte el sacrificio de valores, principios o derechos de mayor entidad constitucional, como es el deber de protección reforzada a las mujeres en embarazo como sujetos de especial protección constitucional, por lo tanto es recomendable que se elimine la exigencia de la asistencia a los controles prenatales como condición para el pago del subsidio.</p>
Sistema público unificado e interoperable de información en salud (art.78)	Teniendo en cuenta las finalidades del sistema, y como se mencionó previamente, este sistema debe contar con criterios y principios que orienten el registro y el uso de la información teniendo en cuenta variables de género.
Política farmacéutica y de innovación tecnológica en salud (art. 95)	De acuerdo con el deber del Ministerio de Salud y Protección Social, de formular cada diez años la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, deben incluirse criterios orientadores para dicha formulación que tengan en cuenta necesidades diferenciales de las mujeres,

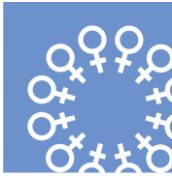


La Mesa

Por la Vida y la Salud
de las Mujeres



	especialmente en lo relacionado con su salud sexual y reproductiva.
Política de formación (art. 103)	Se debe señalar que en el desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud, se tenga en cuenta, en la orientación de las prioridades de formación del talento humano, las relacionadas con el enfoque de género, además del enfoque familiar y comunitario que ya se mencionan.
Autonomía profesional (Art. 113)	<p>De acuerdo con la potestad de cada profesión para definir mecanismos de autorregulación, así como la adopción y actualización de estándares adecuados para su práctica o ejercicio y actualización de los códigos de ética, se debe mencionar la necesidad de adoptar estos procesos dentro de un marco de respeto al ejercicio de los derechos y de acuerdo con las consideraciones que impone el orden constitucional para la garantía de la atención en salud.</p> <p>Por otra parte, en lo relacionado con las decisiones de los profesionales de la salud, estas deben considerar el ejercicio de la autonomía del paciente y el proceso para la toma de decisiones informadas. En este sentido, el artículo se puede modificar de la siguiente manera <i>“las decisiones y acciones de los profesionales de la salud deben justificarse adecuadamente de acuerdo con las necesidades, los derechos y las decisiones del paciente, su entorno vital y laboral, los parámetros determinados por el sistema de salud y los estándares establecidos para el ejercicio de cada profesión desde un enfoque de prevalencia de derechos”</i>.</p> <p>En cuanto al deber de suministro de la información, se deben fijar estándares que regulen el alcance y contenido de dicha información. Además de la explicación en términos sencillos, de la condición de salud, así como del diagnóstico, manejo o procedimiento médico, se debe prever que dicha información esté basada en la evidencia científica y que esté desprovista de consideraciones personales, axiológicas o religiosas del profesional, o cualquier práctica contraria con el ejercicio de los derechos de los y las pacientes.</p> <p>Sobre la posibilidad de solicitar, a necesidad o pertinencia del profesional, una Junta Médica, deben considerarse la excepción frente a la prohibición expresa constitucional</p>



La Mesa

Por la Vida y la Salud
de las Mujeres



	de llevarlas a cabo en casos particulares y concretos (como el caso de acceso a la IVE).
Plan Nacional de Salud Rural (art. 124)	Sobre la formulación del Plan de manera participativa, y teniendo en cuenta que se trata de la implementación de una medida del Acuerdo de Paz, se debe incluir a las organizaciones de mujeres presentes en los territorios como una medida para garantizar la aplicación del enfoque de género que es transversal a todo el acuerdo. El artículo solo hace mención de organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas.
Régimen de transición (art. 125)	Se debe prever la continuidad de los servicios y por lo tanto, la ininterrupción de estos, para aquellos que se hayan considerado urgentes y prioritarios con antelación a la expedición de la ley.
Varios artículos	El pago de licencias por maternidad, paternidad e incapacidades por enfermedad al que se hace referencia en el desarrollo de las funciones de algunas instancias creadas, como en el artículo 65, debe prever también el pago de licencias por aborto, de acuerdo con lo que señala el artículo 237 de Código Sustantivo del Trabajo. Dentro de las prestaciones económicas que prevé el artículo 71, se debe incluir el pago que corresponda a la licencia por aborto, y mencionar que “toda mujer recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad o por aborto”.

Para más información:

- María de los Ángeles Ríos Zuluaga
Red Nacional de Mujeres - Coordinación de incidencia
Celular: 3223086263
incidencia@rednacionaldemujeres.org
- Laura Castro González
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres – Coordinación
Celular: 3144735843
coordinacionmesa@despenalizaciondelaborto.org.co



Fuentes

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22º periodo de sesiones, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL DE LAS NACIONES UNIDAS (COLOMBIA) 4 CICLO, 44ª SESIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DEL EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL, MARZO 2023 Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia: Una deuda pendiente. Informe conjunto presentado por El Centro de Derechos Reproductivos y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

FIGO (2015). Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO de octubre 2012 y octubre 2015, las que recogen las recomendaciones respecto del Riesgo de la estereotipación de la mujer en el cuidado de la salud de 2011.

OPS. (2013). Género y salud. Brechas y desigualdades entre hombres y mujeres, en los Departamentos de Vaupés y de Vichada.

UNICEF (2018). Higiene menstrual en las niñas de las escuelas del área rural en el pacífico colombiano: Choco – Bagadó, Cauca - Santander de Quilichao, Nariño - Ipiales.

Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Haththotuwa R, Kriplani A, Bahamondes L, et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018. 2018.

Agradecemos el apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través de su programa Generando Equidad, para la elaboración de este documento. Los puntos de vista y opiniones no reflejan necesariamente los de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.