

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)	<p>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.</p> <p>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.</p>
Definición del modelo de salud (art. 4 y ss)	<p>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 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>

La APS también debe integrar el enfoque de género y el enfoque de derechos (numeral 11, art 6).

Identificación de determinantes sociales de la salud (art. 7)
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.

De esta manera, y tal como lo señala la OPS (--) “es indispensable que las políticas sociales reconozcan la función de género como un fuerte determinante estructural de la salud”¹.

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 salud², 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.

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.

Centros de atención primaria en salud

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.

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.

Estos mismos aspectos deben estar previstos para las funciones que desarrollan los equipos de salud territorial.

¹ <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

² Ver ASP 2021. Los

<p>Redes integradas e integrales de servicios (art. 12 y ss) y acceso y continuidad en el nivel complementario</p>	<p>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.</p>
<p>Gobernanza y gestión pública del sistema de salud (art. 28 y ss)</p>	<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-descendientes³.</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 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, transversalidad, e intersectorialidad. 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>
<p>Consejo Nacional de Salud (art. 31).</p>	<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)

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.

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.

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.

(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).

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)

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 “siempre y cuando haya asistido a los controles prenatales durante el embarazo”.

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 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.

Los resultados de la ENDS (2015) demuestran, que “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”. 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.

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.

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, 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. 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.</p> <p>En este sentido, el artículo se puede modificar de la siguiente manera “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”.</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 de llevarlas a cabo en casos particulares y concretos (como el caso de acceso a la IVE).</p>

<p>Plan Nacional de Salud Rural (art. 124)</p>	<p>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.</p>
<p>Régimen de transición (art. 125)</p>	<p>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.</p>
<p>Varios artículos</p>	<p>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.</p> <p>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”.</p>

Para más información:

- **María de los Ángeles Ríos Zuluaga**

Red Nacional de Mujeres - Coordinación de incidencia

Celular: 322 308 6263

incidencia@rednacionaldemujeres.org

- **Laura Castro González**

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres - Coordinación

Celular: 314 473 5843

coordinacionmesa@despenalizaciondelaborto.org.co