

HERRAMIENTAS EUROSOCIAL

Nº 14/2018

aprendizajes en **COHESIÓN SOCIAL**

**Salud y género: aportes
para la transversalidad del enfoque
de género en las políticas de salud**

ISABEL SOTO
GLORIA BONDER



PROGRAMA PARA LA COHESIÓN SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

HERRAMIENTAS EUROSOCIAL

Nº 14/2018

aprendizajes en **COHESIÓN SOCIAL**

Salud y género: aportes para la transversalidad del enfoque de género en las políticas de salud

ISABEL SOTO
GLORIA BONDER



PROGRAMA FINANCIADO
POR LA UNIÓN EUROPEA

Edita:

Programa EUROsociAL
C/ Beatriz de Bobadilla, 18
28040 Madrid (España)
Tel.: +34 91 591 46 00
www.eurosoci.al.eu

Con la coordinación de:



Expertise France

Texto:

Parte I: Gloria Bonder, con contribución de Isabel Soto.
Parte II y III: Isabel Soto

La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo financiero de la Unión Europea. Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Edición no venal.

Realización gráfica:

Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

Madrid, mayo 2018



No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

ÍNDICE

Parte I. Estudio y análisis de las políticas de salud y género basado en aportes documentales y testimoniales del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. .	5
Introducción	7
El sistema de salud en Colombia y sus recorridos	9
Antecedentes	9
Reforma del sistema de salud.	10
Creación del Sistema de Protección Social (SPS)	11
Población desplazada y los derechos de las mujeres	14
Plan Decenal de Salud 2012-2021	15
Ley estatutaria	18
Política de Atención Integral a la Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)	19
El enfoque diferencial	20
Notas	23
Parte II. Claves y desafíos de la incorporación del enfoque de género en salud. Aportes al proceso de institucionalización y a la construcción de lineamientos para la transversalidad	31
Introducción	33
Antecedentes	35
La transversalización: integrando aprendizajes para los nuevos desafíos	37
La incorporación/transversalización del enfoque de género en el MSPS: claves y desafíos . .	41
Anexo I. Red de elementos clave para estrategias de planificación e implementación de políticas de equidad de género.	53
Anexo II. Guías y documentos recomendados.	55
Estrategias y transversalidad de género	55
Guías sobre género y salud	55
Desigualdades de género en salud.	56
Bibliografía	57

Parte III. Informe de recomendaciones para la incorporación del enfoque de género en las políticas de salud	59
Introducción	61
Recomendaciones para la incorporación/transversalización e institucionalización del enfoque de género en las políticas de salud del MSPS	63
Compromiso con la igualdad/equidad de género y planificación estratégica	63
Los problemas de salud y género: sistemas de información, evidencias y prioridades	65
La incorporación/transversalización como proceso técnico-político y la estructura para desarrollarlo	66

PARTE I
**Estudio y análisis de las políticas de salud
y género basado en aportes documentales
y testimoniales del Ministerio de Salud
y Protección Social de Colombia**

Gloria Bonder, con contribución de Isabel Soto.

Introducción

El presente documento fue elaborado en el marco de la asistencia técnica brindada por el Área de Género, Sociedad y Políticas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) de Argentina, al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, contando con el apoyo de EUROsociAL+ (1).

En primer término, cabe destacar que como parte de los compromisos asumidos por Colombia en materia de derechos humanos y de equidad de género a nivel nacional e internacional, el Estado se puso como meta incorporar estos enfoques en todas las políticas, planes y programas de salud y protección social. De ahí que la principal finalidad de esta asistencia técnica sea apoyar y fortalecer la integración (o transversalización) del enfoque de igualdad de género e interseccionalidad en la política de salud del país, brindando orientaciones tanto conceptuales como metodológicas y estratégicas que permitan avanzar hacia el cumplimiento de dicha meta.

Este informe da cuenta del desarrollo y los resultados de la primera actividad de esta consultoría, consistente en relevar, sistematizar y analizar el tratamiento de los conceptos y enfoques de género y de interseccionalidad, en un amplio *corpus* de documentos (2) elaborado por este Ministerio (que abarca el periodo de 2010 a 2018). Este análisis se complementó con una serie de entrevistas en profundidad a diversos funcionarios y asesores ministeriales realizadas durante una misión a Colombia, y con el diálogo *online* con representantes de diferentes áreas de dicho organismo y de EUROsociAL.

Si bien requirió más tiempo del previsto, esta actividad fue clave para comprender desde una dimensión histórica institucional cuándo, de qué manera y con qué objetivos el sector salud ha venido incluyendo referencias al enfoque de género y, en el mismo sentido, al de interseccionalidad.

Este producto se realizó en cuatro momentos. El primero corresponde al relevamiento de documentos de referencia y del contexto colombiano, el segundo a la lectura y análisis de los mismos, el tercero a entrevistas e intercambios durante la misión en Colombia, mientras que el cuarto corresponde a la elaboración de este informe. Los aportes aquí desarrollados se apoyaron en la producción de estudios e instrumentos elaborados por expertas/os del campo de la salud y género de OPS/OMS, así como del Área de Género, Sociedad y Políticas de FLACSO Argentina.

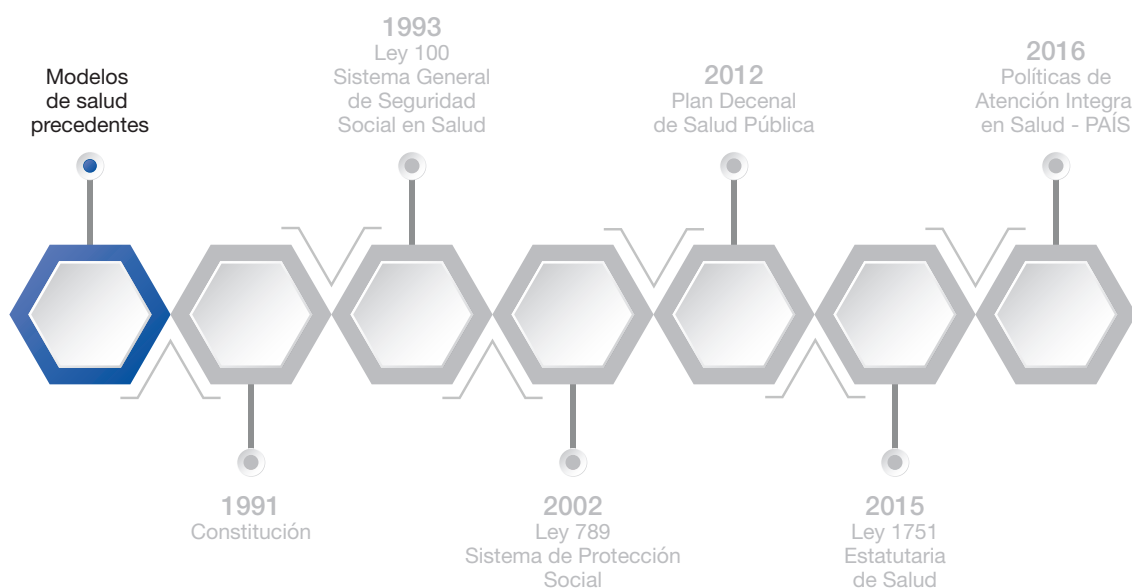
Este documento está organizado en varios apartados: al comienzo presenta elementos clave de la reforma del sistema de salud y la creación del sistema de protección social, que contextualizan los documentos estudiados; en el tercer y último apartado se desarrollan y presentan las conclusiones del análisis realizado desde la perspectiva de género e interseccionalidad.

El sistema de salud en Colombia y sus recorridos

Esta sección del documento recoge algunos de los hitos en el proceso de las reformas del sistema de salud y protección social recogidos en los principales documentos de formulación y planificación de políticas. Como veremos a lo largo del documento, la secuencia en que emergen los principales hechos muestra los avatares del sistema, en oportunidades más propenso que otras a la incorporación de la perspectiva de género.

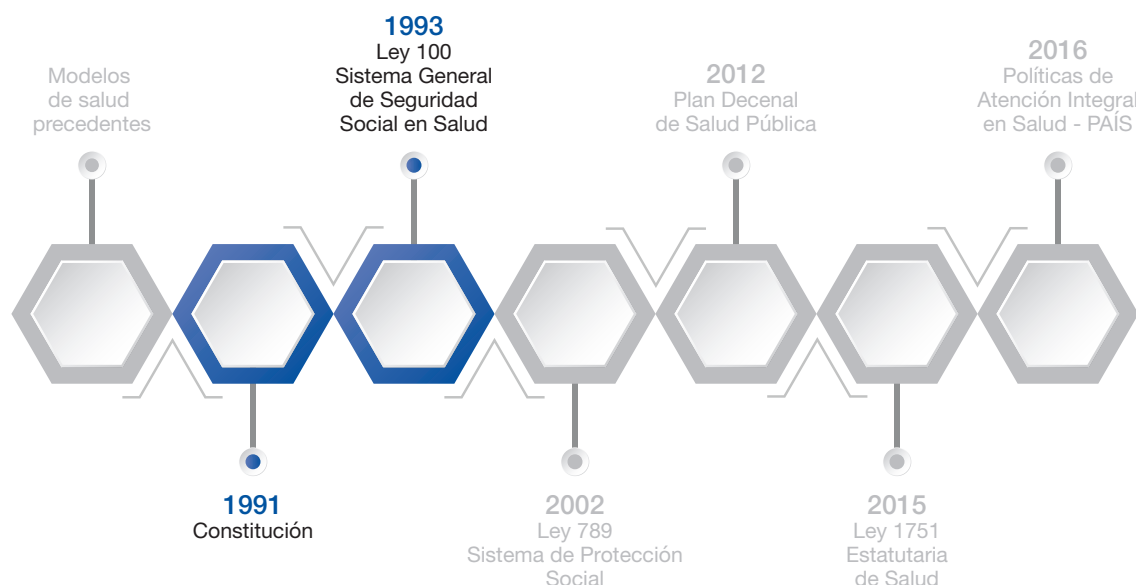
Antecedentes

El sistema de salud actual en Colombia rige desde el año 1993 y le antecede un trayecto con diferentes periodos, que desarrollaron diferentes políticas y modelos sanitarios (Ministerio Salud, 1990).



Producto de la revisión de los modelos de políticas de salud anteriores (3), en 1990 se promulgó la Ley 10 por la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, que estuvo en vigor hasta 1993, momento en que se promulgó la **Ley 100** bajo los principios de la Constitución Política de 1991. Esta ley marcará un momento fundamental, al proponer la creación de un nuevo **Sistema General de Seguridad Social en Salud**, “basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, integrando un componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos” (4).

Reforma del sistema de salud



La reforma sanitaria en Colombia se fundamentó en principios y postulados de la **Constitución Política de Colombia** vigente desde 1991. En ella se establece la salud como **derecho de la población** y se afirma la **responsabilidad del Estado en su regulación**. Se derivan de este mandato tres principios fundamentales: cobertura universal, solidaridad y eficiencia. Dentro de su extensa articulación, se detallan un conjunto de derechos fundamentales como: **derecho a la vida, igualdad de derechos y oportunidades para mujeres y hombres; intimidad personal y familiar; libre desarrollo de la personalidad; decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos; decisión libre, personal y privada a procrear dentro o fuera del matrimonio; asistencia y protección a la mujer durante el embarazo y el parto; protección contra cualquier forma de violencia en la familia, así como la integridad de los niños en situación de violencia física o moral, abuso sexual, explotación laboral o económica, entre otros aspectos.**

Esta Constitución representa un hito fundamental en la historia institucional de Colombia y se destaca entre los países de la región por sus avanzadas posiciones en lo referente al reconocimiento expreso de los derechos de las mujeres, la afirmación de su libertad y capacidad de decisión de su conducta reproductiva y en el compromiso del Estado en la protección frente a numerosas formas de violencia.

De hecho, dicha Constitución, junto con los compromisos internacionales del Estado colombiano, son los referentes centrales de su intención de implementar la “transversalización del enfoque de equidad de género” con el fin de “contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generan inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover el derecho a la salud de las mujeres y la igualdad de género”.

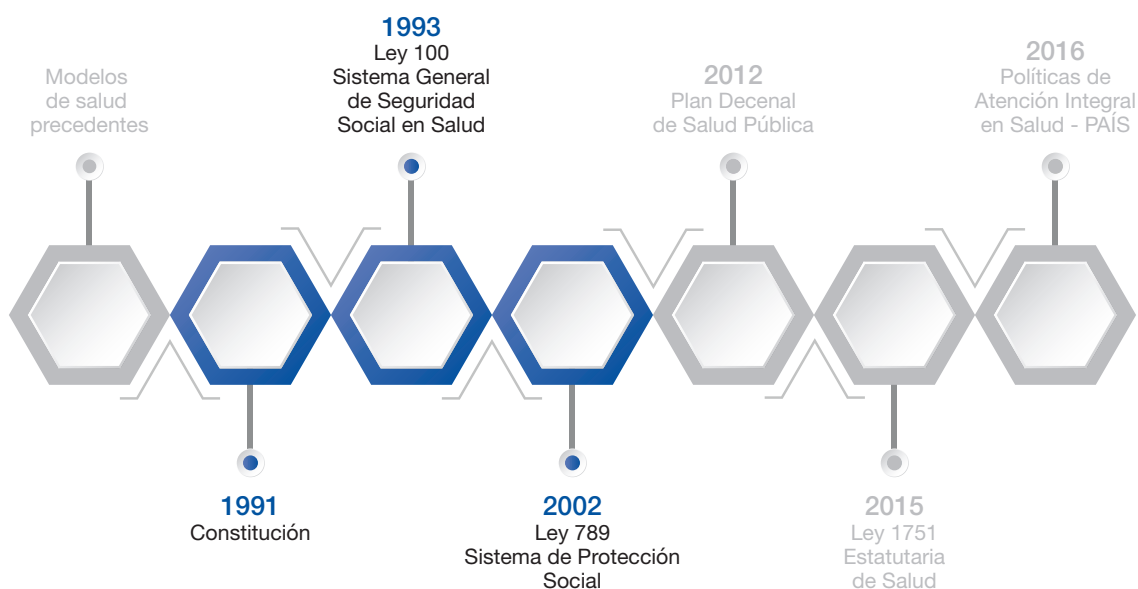
Dada la relevancia de los fundamentos y alcances de esta normativa volveremos sobre este punto más adelante.

La Ley 100 de 1993 creó el **Sistema de Seguridad Social Integral**, y con ello las bases de una reforma cuyo propósito fue superar debilidades identificadas en los modelos anteriores, con rasgos centralistas, de deficiente cobertura, insuficiencia de recursos financieros y de gestión con la consecuente lesión al derecho a la salud de la población más desfavorecida.

Con esta ley se diseñó una nueva y compleja arquitectura, basada en un modelo de competencia regulada entre aseguradoras y una organización de la atención que articula diferentes actores del sistema (su descripción se detalla en notas al final del informe) (5). Según los documentos disponibles, fue necesario realizar nuevos ajustes y modificaciones sucesivas a esta ley, mediante normas expedidas por el Congreso de la República.

Si bien a lo largo de la implementación se mejoró la cobertura de afiliación, las dificultades y críticas al funcionamiento del sistema y su administración se fueron incrementando. Los reclamos sobre la ineficiencia, barreras en el acceso efectivo, corrupción y desvío de fondos e incumplimientos fueron parte de denuncias sobre situaciones críticas tanto de usuarios como de otros actores del sistema, generando altos niveles de desconfianza. Como consecuencia se plantearon nuevas propuestas de modificaciones (6), y una de ellas derivará en la Ley Estatutaria de 2015 —nos referiremos a ella más adelante—, que colocará el énfasis en la salud como derecho fundamental, debiendo el Estado garantizar los servicios a toda la población.

Creación del Sistema de Protección Social (SPS)



En el actual Ministerio de Salud y Protección Social confluyen los recorridos de las políticas de salud y las de protección social (7).

Acosta, Forero y Pardo (2012) señalan que el trayecto en la construcción del sistema de protección social en Colombia procuró la articulación de políticas de atención a la pobreza con las del trabajo; sobre esa base se configura un sistema de financiamiento para la cobertura de los beneficios sociales y la salud (8). En ese contexto se aprobó la Ley 789 de 2002 que crea el **Sistema de Protección Social** con el fin de realizar intervenciones públicas para disminuir niveles de vulnerabilidad (de personas, hogares y comunidades), promover la mejora de la calidad de vida, garantizando los derechos a la salud, pensiones y trabajo, a través del Sistema de Seguridad Social Integral (Acosta 2012) (9).





Más adelante, en busca de una mayor integralidad en la oferta de servicios y mejoras en el acceso a la protección social, se transita desde un enfoque asistencialista hacia un modelo basado en la promoción de las capacidades de la población con diferentes vulnerabilidades (Acosta, 2012).

El Sistema de Protección Social integra así un nuevo componente vinculado al concepto de promoción social, entendida como un sistema de acciones afirmativas dirigidas desde el Estado hacia grupos poblacionales con mayor desventaja, dentro de los que identifica: niños sin familia, pobres, ancianos no pensionados, discapacitados y desplazados (10).

Cabe señalar que los documentos que describen los procesos de reforma de la salud y la protección social no hacen referencia a la dimensión de género. No obstante, este nuevo marco ha ofrecido una ventana de oportunidad para visibilizar algunos de las condicionantes sociales, económicos y culturales que afectan particularmente la vida y la salud de las mujeres.

Acosta *et al.* plantea que los planes de desarrollo de las últimas décadas han definido lineamientos para acciones organizadas de acuerdo a la estructura de edades, indicadores de vulnerabilidad y la exposición de riesgos, tal como lo muestra el diagrama de ese estudio (2012: 15):

COMPONENTES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL CICLO VITAL

Población				
Riesgos	Primera infancia	Niños y jóvenes	Adultos	Adultos mayores
Riesgos propio ciclo vital	Mortalidad materna-infantil, cuidado parental, atención parto; abandono, identificación, vacunación, desnutrición, trabajo infantil	Inasistencia, deserción o repitencia escolar; pertinencia, calidad de la educación; trabajo infantil; embarazo adolescente; abandono, pandillismo, descohesión social	Desempleo, empleo precario, informalidad, no cotización al sistema	Abandono, maltrato, inasistencia en salud, ausencia de cuidado, falta de ingresos
Riesgos transversales	Idiosincráticos (no suavización del consumo, pobreza, hacinamiento, falta de vivienda, exclusión social/política, discapacidad) y covariantes (crisis económicas, fenómenos climáticos, violencia, reclutamiento forzado, desplazamiento)			

Sobre este punto es relevante lo dicho por Acosta *et al.* respecto de la importancia de que los sistemas de protección social reconozcan las diferencias y desigualdades entre mujeres y varones a lo largo del ciclo de vida para así planificar e implementar prestaciones acordes con sus respectivas necesidades y capacidades. Un ejemplo paradigmático de estas desigualdades son las cargas de tiempo y de esfuerzo, tanto físico como emocional, que conlleva el trabajo de cuidado (de personas dependientes, no solo hijos/as), adjudicado por lo general a las mujeres. Esta situación de evidente desigualdad de género, entre otras, requeriría de respuestas eficaces por parte del Estado, además de procesos de cambios culturales y educativos, obviamente de larga duración. No obstante —tal como muestra el cuadro anterior—, los riesgos priorizados del sistema de protección social basado en el ciclo vital no hacen distinción entre mujeres y hombres, salvo las menciones a algunos aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva.

Otros ejemplos de desigualdad de género y etnia en el campo de la salud y la seguridad social destacados en los documentos consultados:

La feminización de la pobreza, y dentro de ella su incremento en algunos grupos poblacionales más que en otros (por ejemplo, la pobreza tiene mayor impacto en mujeres indígenas desplazadas que en las mujeres pobres no indígenas residentes en zonas urbanas), es uno de los problemas más críticos en la vulneración de los derechos a la salud y de seguridad social, teniendo en cuenta que 2011 el 51,6% de las mujeres colombianas vivían por debajo de la línea de pobreza (ACM, 2012: 15).

De acuerdo a los datos aportados por la Alta Consejería de la Mujer (ACM), en 2010 los datos de afiliación a un régimen de salud eran del 46% para los hombres y de un 32% para las mujeres. Por su parte, dentro del régimen contributivo, de las personas formalizadas, el 58% de las mujeres están afiliadas, en tanto que entre los hombres solo el 50%. “En otras palabras, así los hombres cuentan con mayor cobertura en salud, son las mujeres las que contribuyen en mayor medida al sistema de salud, independiente de su estado conyugal” (ACM, 2012: 26).

En cuanto a la institucionalidad y sus ajustes, es importante señalar que en este periodo los Ministerios de Salud y de Trabajo se fusionaron en un nuevo Ministerio de la Protección Social, que dirigió estas políticas hasta el año 2011, momento en que mediante la Ley 1444 se volvió a reformular, escindiendo por un lado al Ministerio de Trabajo y por otro el Ministerio de Salud y Protección Social.

La creación del sistema de protección social permitió visibilizar y caracterizar la población en situación de vulnerabilidad. Si bien en estos análisis no se integró el enfoque de género, significó una oportunidad para prestar atención a algunas de las necesidades prácticas de las mujeres particularmente las vinculadas a la salud reproductiva (11).

Desde entonces, el Ministerio de Salud y Protección Social dispone de una Oficina de Promoción Social, cuyos objetivos y acciones figuran en la página web del Ministerio. En ella se incluye un ítem denominado “género”, tal como muestra a continuación la captura de pantalla (12). Mientras que todos los otros iconos se dirigen a grupos poblacionales hacia los cuales se pretende dirigir las acciones de promoción, la inclusión de un icono “género” ofrece dudas respecto del sentido de esta referencia. No se clarifica si se trataría de una perspectiva del análisis y planificación de acciones dirigidas a los sectores escogidos o si se considera en sí mismo un indicador de vulnerabilidad, y si fuera este el caso cómo cabría entenderlo. Otro aspecto llamativo sobre el que volveremos es que el icono seleccionado para aludir a género da cuenta de su carácter relacional; en otras palabras, visualiza una (inter)relación en la que participan ambos géneros (al menos el masculino y el femenino). Ello no es menor dado que, como veremos más adelante, entre las diversas acepciones adjudicadas a la categoría de género en los documentos consultados, la gran mayoría lo asocia solo con las mujeres y no con los varones, y entre ellas a las consideradas más vulnerables o con mayores desventajas.



Ahora bien, el Ministerio de Salud ha demostrado formalmente su reconocimiento de la importancia política y social de la igualdad de género suscribiendo una Política Nacional —en este caso denominada de Equidad de Género— liderada por la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. En ese marco circunscribe sus acciones alrededor de tres ejes: la transformación cultural y construcción de paz, la salud y los derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencias. Si bien se les suele dar prioridad a estos dos últimos ejes toda vez que trata de prevenir y atender la salud y el bienestar de las mujeres, esta opción plantea una preocupación por la persistencia de una visión sesgada respecto de las necesidades de las mujeres (en su diversidad) en materia de salud, dado que al asociar mujeres a salud sexual y reproductiva y violencia no queda claro cuál es en definitiva la concepción de género en que se basa esa opción, así como su relación con un enfoque integral de la salud.

Si bien los documentos elaborados por el Ministerio mencionan la noción de transversalización, en particular en el eje de transformación cultural y construcción de paz tampoco dejan claro qué se entiende por dicho término, si ha sido operacionalizado y, en ese caso, cómo y cuáles han sido los avances y eventuales resultados alcanzados.

Otra limitación en este mismo aspecto es que el Ministerio no cuenta aún con un equipo técnico institucionalizado responsable de promover, asesorar, definir, implementar, monitorear y evaluar acciones para la transversalización del enfoque de género en sus áreas, programas y proyectos.

Política Nacional de Equidad de Género para las Mujeres

Ministerio de Salud y Protección Social > Protección social > Promoción Social > Política Nacional de Equidad de Género para las Mujeres

→ Aseguramiento
→ Financiamiento
→ Promoción social

El Ministerio de Salud y Protección Social como entidad rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hace parte integral de la [Política Nacional de Equidad de Género para las Mujeres](#), liderada por la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, formulada en respuesta al compromiso establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para todos" y que tiene como propósito garantizar los derechos humanos integrales e interdependientes de las mujeres y la igualdad de género.

El Ministerio desarrolla acciones en los ejes de i) Transformación cultural y construcción de paz, ii) Salud y derechos sexuales y reproductivos y iii) una vida libre de violencia del Plan de Acción Indicativo para el período 2013-2016.

En el eje de Transformación cultural y construcción de paz, se avanza en la transversalización del enfoque de género, inicialmente en las políticas, planes y programas para víctimas del conflicto armado, discapacidad, asuntos étnicos, familia y envejecimiento y vejez. En el eje para garantizar una vida libre de violencia se avanza en la implementación de las medidas de atención ordenadas en la [Ley 1257 de 2008](#) y sus decretos reglamentarios.

Población desplazada y los derechos de las mujeres

Las políticas de salud ministeriales y las demandas de las organizaciones de mujeres encuentran en el proceso de transformación cultural y construcción de paz un punto de enlace de sus respectivas agendas (13). La ruta crítica de los fenómenos de la violencia en el país hace visible la vulneración de derechos, particularmente de la población desplazada, donde organizaciones y grupos de mujeres de la sociedad civil y pro derechos humanos han venido denunciando múltiples situaciones de violencia y abuso ante la Corte Constitucional.

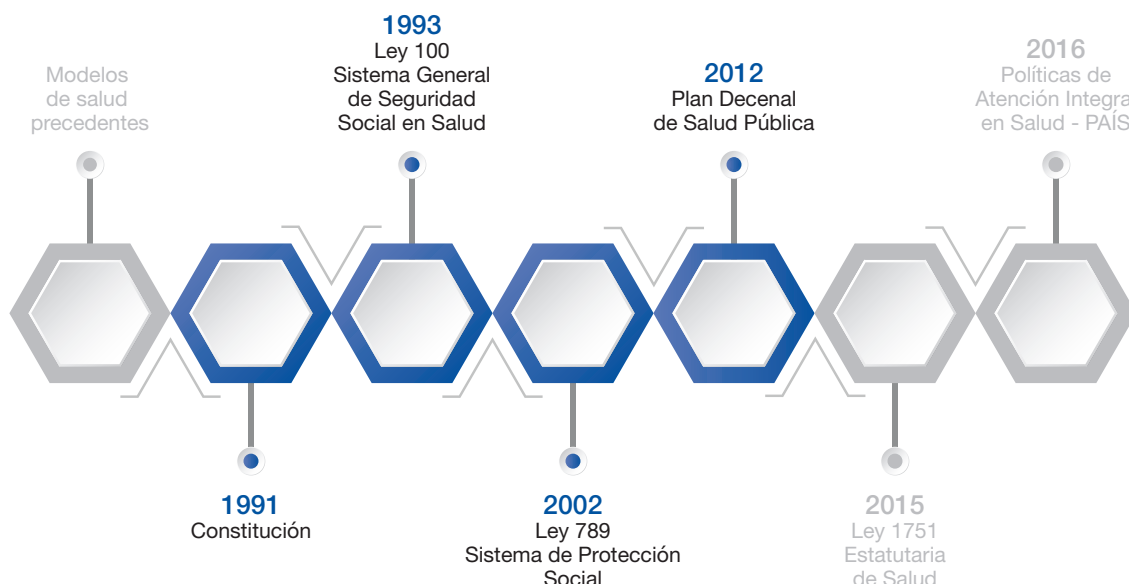
Esta corte recogió cientos de sentencias de jueces y tribunales a lo largo de todo el territorio, y mediante el dictamen T-025 de 2004 declara una serie de derechos vulnerados, reconociendo "un estado de cosas inconstitucional". La magnitud de esta afirmación dio lugar a una serie de autos judiciales en los cuales se señaló la necesidad de brindar respuestas concretas desde el Estado, adoptando acciones afirmativas dirigidas a diferentes grupos poblacionales, entre ellos las mujeres (14).

En este marco, el Auto 092 de 2008, basado en los estándares de derechos humanos a nivel internacional y nacional, fundamentó el reconocimiento y necesidad de una protección especial para las mujeres en el contexto de conflicto armado y desplazamiento forzado, señalando el deber del Estado de atender y prevenir con perspectiva de género estas situaciones.

Este auto marca un punto de inflexión en la actuación estatal, al reconocer necesidades específicas de protección de derechos de las mujeres en estas circunstancias. Se diseñaron e implementaron 13 programas especiales para abordar diferentes problemáticas e incidir sobre grupos especialmente afectados (15). Se advierten también avances hacia la adopción de una perspectiva de interseccionalidad en algunos de estos programas, al dirigir acciones específicas destinadas a mujeres desplazadas por el conflicto armado, considerando su pertenencia a distintos grupos poblacionales y diversas culturas, por ejemplo: afrodescendientes, indígenas, rangos etarios, entre otras.

Por su parte el Ministerio de Salud asumió intervenciones vinculadas a estos programas, fundamentalmente en los ejes priorizados por este organismo: salud sexual, salud reproductiva y violencias.

Plan Decenal de Salud 2012-2021



Como vimos hasta aquí, la Constitución de 1991 creó bases fuertes respecto del reconocimiento de derechos de la sociedad colombiana. Por ende la reforma del sistema de salud y la seguridad social debió acompañarse a principios, considerando la salud como un derecho fundamental.

No obstante, las problemáticas socioeconómicas y culturales derivadas de un contexto atravesado por un largo conflicto interno junto a la situación crítica de sectores importantes de la población formaron parte de un escenario complejo para implementar acciones sustentadas en una concepción de la salud como derecho humano interdependiente de otros derechos.

En este proceso histórico, la Ley 1122 de 2007 establece la creación del “Plan Nacional de Salud Pública”, que dará lugar al “Plan Decenal de Salud 2012-2021”, como expresión de una política de Estado que trascienda varios periodos de gobierno, para garantizar y proteger el derecho a la salud y disminuir las brechas de desigualdad entre regiones.

El artículo 33 de esta ley señala los principales objetivos de este plan: “El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo **Plan Nacional de Desarrollo**. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar”.

Asimismo señala las prioridades en materia de salud pública y las problemáticas de especial consideración que el plan debe incluir: “El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades de salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, **salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar**, drogadicción y suicidio”.

Más adelante, en 2011 la Ley 1438 establecerá que el Ministerio de Salud y Protección Social, en tanto órgano rector de las políticas de salud, impulse la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), mediante un amplio proceso de participación de la ciudadanía. Esta circunstancia fue especialmente propicia para incorporar a dicho plan las observaciones y contribuciones de los movimientos sociales, y especialmente las de las organizaciones de mujeres. Este modelo participativo y de actores informados y experimentados en el desarrollo de proyectos y programas orientados por y hacia la igualdad de género tuvo efectos significativos tanto en el marco conceptual como en las orientaciones para la acción de dicho plan.

Asimismo, incorporó los aportes de tres instrumentos más avanzados en materia de conceptualización y orientación de políticas públicas para la igualdad/equidad de género: el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, los “Lineamientos de la política pública nacional de equidad de género para las mujeres” y el acuerdo para las políticas de género, en el marco del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES Social 161).

- El **Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014** propone “**una política pública nacional de Equidad de Género** para garantizar los derechos humanos integrales e interdependientes de las mujeres y la igualdad de género, teniendo en cuenta las particularidades que afectan a los grupos de población urbana y rural, afrocolombiana, indígena, campesina y rom. La política desarrollará planes específicos que garanticen los derechos de las mujeres en situación de desplazamiento y el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”. Recomienda que la construcción de esta política se impulse bajo la coordinación de la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer (ACPEM),
- Los “**Lineamientos de la política pública nacional de equidad de género para las mujeres**” de 2012 recogen el proceso participativo protagonizado por la sociedad civil con el apoyo de distintos organismos internacionales. Identifica principios orientadores para una política con perspectiva de género y establece objetivos, estrategias y lineamientos para la acción, incorporando un capítulo especial para el plan integral de una vida libre de violencias (16). Estos lineamientos priorizan los siguientes principios y objetivos (17):
 - A. *Acceso y calidad del sistema de salud y prevención de enfermedades prevalentes por la condición de ser mujer.*
 - B. *Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y atención y prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH/SIDA.*
 - C. *Acceso al sistema de salud desde el reconocimiento de la diversidad y la diferencia.*
- La tercera referencia es el acuerdo para las políticas de género, elaborado en el marco del **Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES Social 161)** en el año 2013. Se trata de un compromiso interministerial e interinstitucional, que se apoya en los lineamientos de género antes mencionados (18) y en el “Plan para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias”. Define acciones estratégicas y sectoriales organizadas en 6 ejes, y dedica uno de ellos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos y otro a las violencias (19).

Los documentos consultados ofrecen una evaluación muy positiva del Plan Decenal de Salud Pública, y especialmente del proceso participativo que condujo a su elaboración. Estiman que representó “un hito como ejercicio de movilización social sin precedentes en Colombia. En la Consulta poblacional los ciudadanos y ciudadanas validaron el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 como la expresión concreta de la política de Estado que reconoce la salud

como un derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano” (PDSP, 2012: 30).

Agregan que “es una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (2012: 27) y por ello establece los siguientes objetivos:

1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
2. Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente.
3. Mantener tolerancia cero frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

A su vez se conforma como una ruta de trabajo en vínculo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, “un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia” (PDSP, 2012: 28).

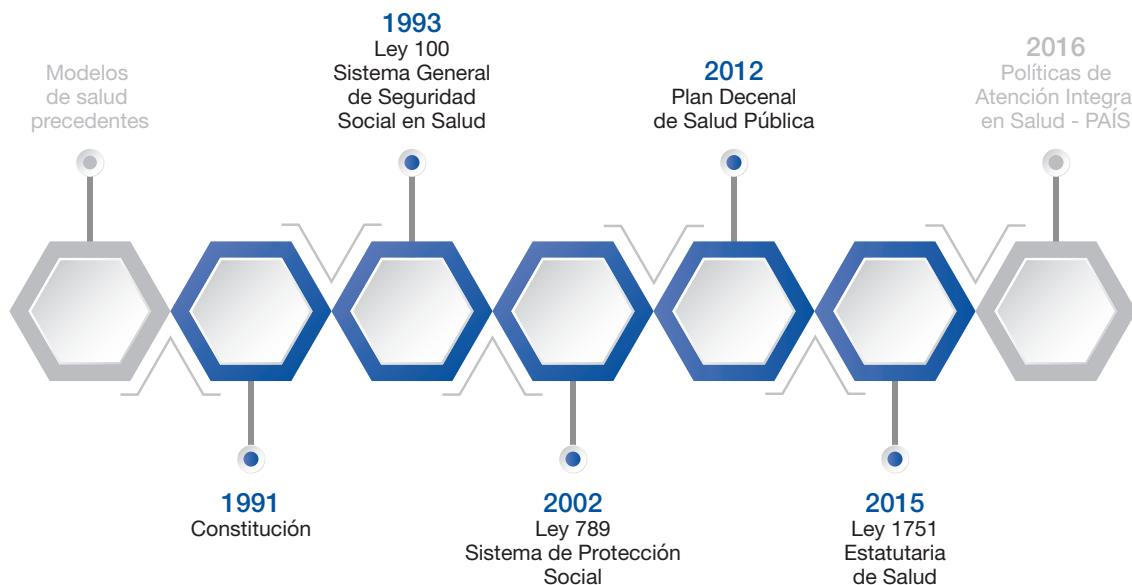
Propone sustentar su implementación (20) en “diferentes enfoques complementarios: 1) el enfoque de derechos; 2) el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); 3) el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual y de los grupos étnicos); 4) el modelo de los determinantes sociales de la salud”, e incorpora el enfoque regional, con el propósito de reconocer las diferencias entre las regiones (PDSP, 2012: 29).

Si bien cada uno de dichos enfoques está definido en el Plan, de la lectura detallada del documento observamos que la noción de género se menciona explícitamente al considerar las temáticas de **sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos. Se destaca también la violencia sexual, pero en estrecha relación con vicisitudes del conflicto armado. En cambio en la dimensión “convivencia social y salud mental” no se hace referencia a distintas formas de violencia u otras circunstancias derivadas de las desigualdades de género que afectan la convivencia o son factor de sufrimiento psíquico.**

“El desconocimiento y subregistro de los hechos de violencia sexual en el marco del conflicto armado ha dificultado el reconocimiento de la problemática. Como señala la Corte Constitucional, “lo que resulta más grave es que sobre este tipo de violencia se desarrolla un triple proceso de invisibilidad oficial y extraoficial, silencio por parte de las víctimas, e impunidad de los perpetradores [...]” (ACM, 2012: 21).

Por lo anterior podemos decir que, si bien el Plan Decenal de Salud se elaboró en un marco social e institucional favorable a la aceptación de los derechos de las mujeres y de la igualdad de género en las políticas de salud, como sucede con otros documentos, se va “evaporando” o restringiendo a problemáticas que sin dejar de ser muy importantes refuerzan no obstante la asociación entre mujeres, reproducción y sexualidad.

Ley Estatutaria



Las denuncias hacia los diferentes actores del sistema por parte de usuarios/as (en especial población en condiciones de vulnerabilidad del régimen subsidiado) que vieron afectados sus derechos formaron parte del debate de organizaciones y representantes estatales, del cual resultó la **Ley Estatutaria 1751** de Febrero de 2015

Su premisa y propósito fundamental fue colocar el derecho a la salud en el centro de la política y al Estado como el ente regulador tal como expresa el artículo 2: “[...] El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado” (21).

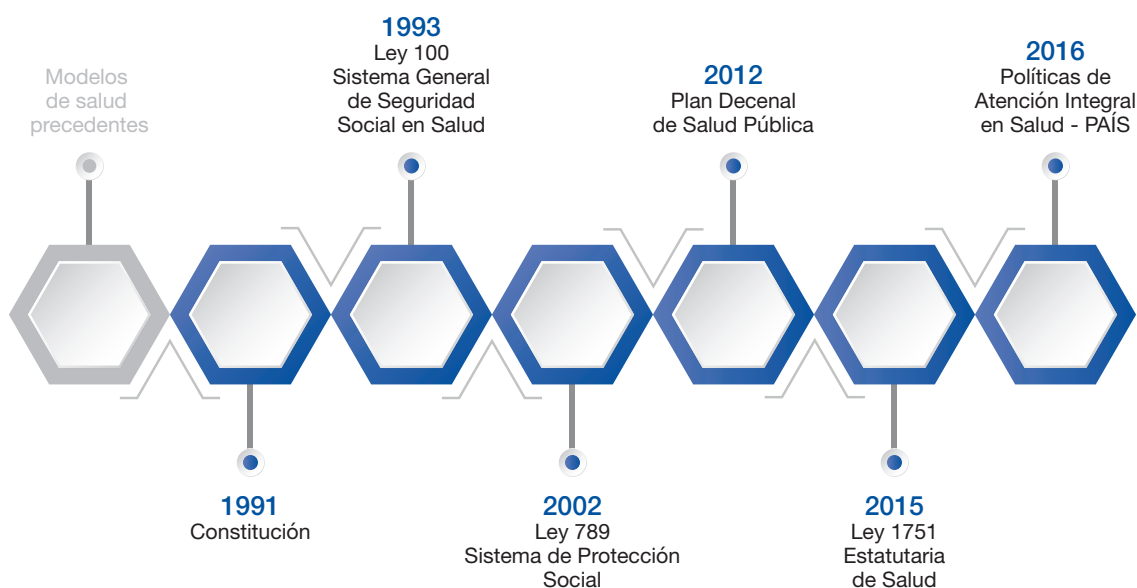
Con esta ley se pretendió brindar las garantías para el pleno ejercicio del derecho a la salud y organizar la seguridad social y su financiación en función de este reconocimiento. Entre todas sus consideraciones se destaca la voluntad del Estado de asegurar la gobernanza, la organización y administración del sistema de salud y la cobertura promoviendo la articulación intersectorial y la coordinación entre los diferentes actores como forma de garantizar los factores esenciales que afectan a la salud.

Incorpora el enfoque diferencial, al cual nos referiremos más en detalle posteriormente, de curso de vida (22) y multiculturalidad (23). Representa un avance en cuanto a la adopción de acciones afirmativas dirigidas a poblaciones específicas: niñas, niños y adolescentes; mujeres embarazadas; pueblos y comunidades indígenas, rom, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras; personas de escasos recursos; grupos vulnerables y sujetos de especial protección (24) (artículo 11).

Si bien en esta ley se alude al modelo de los determinantes sociales de la salud (25), no se incluye la igualdad/desigualdad de género entre ellos tal como lo establece la Organización Panamericana de la Salud¹.

1. Según la OPS: “Los mandatos de salud pública contemporáneos abarcan una amplia gama de determinantes sociales de la salud, como el sexo, la igualdad de género, la pobreza y la equidad”. Y agrega: “Se reconoce que el género es una cuestión transversal que debe considerarse junto con otras fuentes de inequidades en la salud, como la pobreza, la edad, la diversidad étnica y el desarrollo socioeconómico general del contexto en cuestión”, en *GÉNERO Y SALUD: una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*.

Política de Atención Integral a la Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)



El **Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018** define como objetivo central para las políticas del sector “mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo de este derecho, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad”. Pone el foco en el derecho a la salud tanto en lo individual como en lo colectivo como fin y como medio para lograr la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y aminorando los impactos de la carga que supone la enfermedad (PND 2014: 231).

Propone las siguientes líneas de actuación, cada una con sus respectivas estrategias y metas:

- Aumentar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud a través de diferentes estrategias —siendo una de ellas desarrollar la **Política de Atención Integral en Salud (PAIS)**— .
- Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas de resultados en salud —lo que incluye la implementación territorial del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021— .
- Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema.
- Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud en condiciones de eficiencia.

Cabe destacar que entre sus propósitos figura el brindar garantías para la **igualdad de oportunidades en el goce efectivo de los derechos fundamentales**, y en particular “**el imperativo de promover integralmente los derechos de las mujeres y la igualdad de género desde una perspectiva interseccional**” (PND, 2014: 41). Indudablemente, supone un avance muy significativo al menos en el plano enunciativo.

Reconoce que el sistema de salud colombiano afronta importantes retos en materia del acceso efectivo a los servicios de salud, así como en lo referente a la calidad e integralidad de los mismos (PND, 2014).

La búsqueda de soluciones a estas preocupaciones dio como resultado la **Política de Atención**

Integral en Salud (PAIS), concebida como una herramienta que ha de proporcionar respuestas coherentes, eficaces y de calidad desde el propio sistema a la vez que delimite su regulación (26).

Establece la necesidad de una interacción coordinada entre las entidades territoriales a cargo de la gestión de salud pública y los aseguradores y prestadores de servicios (27), de acuerdo a los planes territoriales de salud, al Plan Decenal y al Plan Nacional de Desarrollo.

Dado que la PAIS requiere de un **modelo operacional** para garantizar sus principios y estrategias, se formula el **Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**. Inspirado en la experiencia desarrollada en el Departamento de Guainía, propone mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orienten la intervención de los diferentes agentes del sistema (28).

Prioriza los enfoques de atención primaria, salud familiar y comunitaria, el poblacional y el diferencial, y establece que la política definirá rutas de atención para los prestadores de servicio y para la actuación de las redes integrales de servicios. Asimismo, afirma que la atención integral deberá ser puente entre la seguridad social y el sistema de la salud, y que procurará el funcionamiento coordinado de su ingeniería (normas, reglamentos, agentes y usuarios). Se complementa con 10 componentes operacionales llamados **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)** (29).

Hasta aquí podemos decir que, al igual que la Ley Estatutaria, la PAIS, el MIAS y sus rutas de atención en salud (RIAS) validan el enfoque diferencial como la estrategia elegida para el reconocimiento de la diversidad poblacional y al mismo tiempo el modelo de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, y como venimos observando en el análisis de otros documentos, las expresiones de interés e incluso de compromiso con el efectivo cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres y la igualdad de género expresadas en el Plan de Desarrollo ante visto, no están recogidas y desarrolladas en todas sus implicancias en los instrumentos de política antes mencionados.

El enfoque diferencial

Referencias a este enfoque se encuentran en muchos de los documentos analizados, aunque no se lo defina o caracterice del mismo modo.

Por ejemplo, en el Plan Decenal, se afirma que el uso de esta categoría “supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades”, como consecuencia de condicionantes culturales, económicos, políticos, **de género** y de etnia. (PDSP, 2012: 63). Ante estas circunstancias se busca planificar e implementar estrategias y acciones incluyentes del abanico de diferencias existentes (curso de vida, orientación sexual, pertenencia étnica, discapacidad, etc.).

Esta “lógica de inclusión de los excluidos” observable en numerosos documentos de política nacionales e internacionales surgidos a partir de los ODM es cuestionada por Parra, quien afirma que “el enfoque diferencial no centra su atención en el reconocimiento de la vulnerabilidad (que surge como consecuencia de las estructuras de poder y sistemas de discriminación que atraviesan de manera sistemáticas a los sujetos y grupos), sino que, en cambio, establece la vulnerabilidad como una característica propia (inherente) de los sujetos y grupos que circunscribe”. Dicho en otros términos, problematiza la concepción de la vulnerabilidad como un elemento de identidad común, que invisibiliza diferencias en el interior de cada grupo social, y sobre todo el que se propongan “soluciones” que no cuestionan el orden dominante y no transforman los determinantes de la desigualdad social (Parra, 2016: 9).

Otra interpretación del enfoque diferencial que surge del documento de lineamientos de 2012 de la Alta Consejería de la Mujer, que como hemos dicho contó con importantes aportes del movimiento de las mujeres y de organizaciones sociales, lo posiciona dentro de un marco de derechos e interdependencia y pareciera acercarlo a la noción de interseccionalidad, aunque no la asume en toda su significación. Según este documento el enfoque diferencial “permite tener en cuenta (y) garantizar la integralidad y complementariedad de derechos civiles y políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales en la acción pública, las diferencias y diversidades que pueden generar otras formas de discriminación que se suman a la de género” (2012: 50).

En suma, podría pensarse que el enfoque diferencial ofrecería un marco de reconocimiento e integración de las diferencias; sin embargo, las diferentes formas de definirlo o comprenderlo pueden orientar acciones de diversa índole e incluso contrapuestas. Si bien se suele integrar al género como parte de lo diferencial, como un determinante de desigualdades y desventajas, ambos enfoques (género y diferencial) no son asimilables.

NOTAS

(1) El conjunto de actividades acordadas para esta tarea y sus correspondientes productos comprenden:

1. Informe de diagnóstico incluyendo perspectiva comparada sobre los documentos de salud y género que existen en el Ministerio de Salud y Protección Social, así como las situaciones de inequidad de género en salud que enfrentan mujeres y hombres en Colombia.
2. Ajuste del documento “Lineamiento técnico y metodológico para la transversalización del enfoque de género en salud y protección social”.
3. Informe de recomendaciones sobre la incorporación del enfoque de género en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).
4. Participación en encuentro de carácter directivo-político en el Ministerio de Salud y Protección Social para presentación de informes y recomendaciones.
5. Participación en talleres técnicos para presentación de informes y recomendaciones, dirigidos a funcionarios y funcionarias de diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social.

(2) Algunos de ellos fueron facilitados por el propio ministerio y otros hallados en búsquedas *online* y en bases de datos. Ver detalle en el anexo.

(3) Modelos anteriores a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- **1886-1950:** periodo de políticas de salud basadas en un “**modelo higienista**”. Este modelo conceptualizó la relación salud-enfermedad como consecuencia de condiciones ambientales inadecuadas que pueden abordarse a través de medidas higiénicas; las acciones de prevención y atención eran financiadas por los usuarios y por instituciones de caridad.
- **1950-1970:** en 1950 se creó la **Caja Nacional de Prevención**, que dio cobertura a empleados públicos mientras que el **Instituto Colombiano de Seguros Sociales** lo hizo con los empleados formalizados del sector privado. Más adelante la Caja Nacional de Prevención se transformó en una entidad promotora de salud (Caprecom) que funcionó hasta 2016, mientras que el Instituto se liquidó en 2008 para transformarse en una entidad de derecho privado.
- **1970-1990:** se creó el **Sistema Nacional de Salud** basado en un modelo asistencialista estatal, caracterizado por una organización vertical y centralizada. Del Ministerio de Salud dependían los Servicios Seccionales de Salud (ubicados en los Departamentos); en ellos se ubicaban Unidades

Regionales, que funcionaban en las capitales departamentales con sus hospitales, en tanto que el resto de los hospitales del territorio eran administrados por los municipios y distribuían su atención a otras localidades a través de Centros (equipos médicos) o Puestos de Salud (estos son ubicados en zonas alejadas y provistos solo de un promotor y una auxiliar de salud). Los recursos del Estado eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos, contó con un componente de solidaridad para dar cobertura a la población con menos recursos. Sin embargo, la crisis fiscal de 1984 provocó una importante reducción de los aportes para la salud del 8% al 4% del presupuesto nacional y su cobertura quedó reducida al 27% de la ciudadanía, provocando grandes vacíos en la cobertura de salud y significativas diferencias en la oferta de servicios entre las regiones más y menos desarrolladas. El 55% de la población registró una cobertura deficiente, mientras que el 15% lo hizo a través del Instituto de Seguros Sociales, 5% por otros servicios de seguridad social para funcionarios públicos y familias, 10% a través de privados y 15% se consideró sin acceso a servicios de salud aceptables (MSPP, documento interno).

(4) Documento interno del Ministerio de Salud y Protección Social (sin fecha).

(5) Este sistema está integrado por distintas entidades:

- **El Estado:** dirige, regula y controla a través del **Ministerio de Salud y Protección Social** (órgano rector), la **Superintendencia Nacional de Salud** (quien controla a los actores del sistema) y los **Entes Territoriales** (Departamentos y Municipios)
- **Las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) – Entidades Promotoras de Salud (EPS):** son entidades privadas que mediante un sistema de aseguramiento afilian a los usuarios para luego ser atendidos en servicios médicos brindados por Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Las EPS pueden ser privadas, públicas o mixtas y en general su capital financiero se compone de aportes privados y públicos, administrando los recursos que aporta el Estado en forma de Unidad de Pago por Capitación (UPC) para proveer los servicios.
- **Instituciones Prestadoras de Salud (IPS):** son los prestadores directos de salud, hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc.; pueden ser públicas o privadas, son quienes brindan la logística necesaria para atender las demandas de servicios según niveles de complejidad:
 - **Baja complejidad:** implican intervenciones y actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnósticos, consultas médicas y odontológicas, partos de baja complejidad.
 - **Mediana complejidad:** atención de especializaciones básicas: pediatría, cirugía, ginecobstetricia, urgencias y atenciones del segundo nivel de atención.
 - **Alta complejidad:** responden al tercer nivel de atención y a especialidades como nefrología, neumología, cirugía vascular, etc.

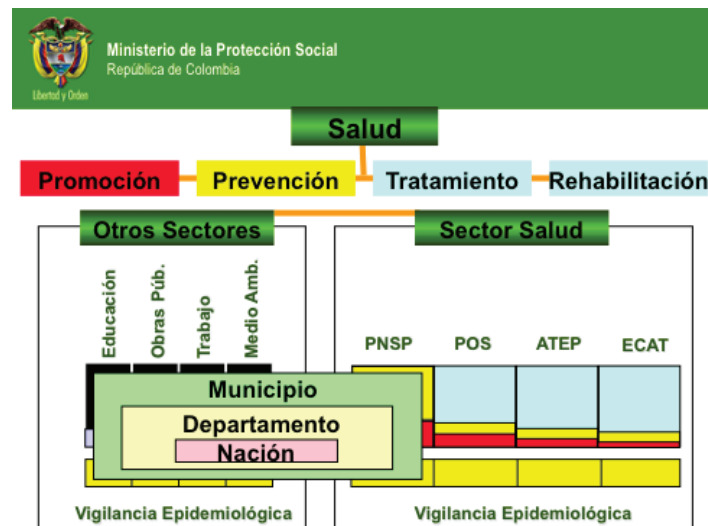
Esta reforma definió dos **regímenes de financiamiento:**

- **Contributivo:** incluye a quienes tienen capacidad de pago y realizan aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes.
- **Subsidiado:** alcanza a quienes no cuentan con recursos para cotizar al sistema, debiendo el Estado financiar parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio, mediante los fondos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema.

En este marco, el sistema identificó **4 componentes**: promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad e identificación de los factores riesgo y factores de protección, tratamiento de la enfermedad y rehabilitación.

De acuerdo a la Ley 100, estos componentes se distribuyeron en los diferentes planes de beneficios existentes.

1. **Plan Obligatorio de Salud (POS)**: el Plan Obligatorio de Salud se brinda a través de las EPS a los afiliados tanto del régimen contributivo como del subsidiado y ofreció inicialmente las prestaciones que anteriormente se desarrollaron en el marco del seguro social de la época. La oferta fue sufriendo modificaciones y ajustes a lo largo del tiempo, como resultado de reconocimientos de necesidades de atención en salud y de la equiparación de los beneficios para toda la población. El paquete inicial de prestaciones del POS estaba compuesto por: urgencias, atenciones médicas, promoción, prevención y rehabilitación, fisioterapia, fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional. A partir de 2012, a instancia de la Corte Constitucional, se establece la unificación del POS, por la cual los beneficios del régimen subsidiado son los mismos que los del contributivo.
2. **Plan para los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP)**.
3. **Plan para Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT)**: incluye, además de accidentes de tránsito, diferentes situaciones de catástrofe como terremotos e inundaciones, pero también ofrece cobertura a población víctima de desplazamiento forzado y población carcelaria.
4. **Plan de Atención Básica (PAB)**: constituido por acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnósticos y tratamientos de algunas enfermedades de interés en salud pública.



Cada uno de estos planes contiene los diferentes componentes de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) en diferentes proporciones tal como muestra el diagrama anterior. El Plan de Atención Básica (o PAB) establecido por el artículo 165 de la Ley 100, es el único que cuenta con un alto contenido de prevención por tratarse de acciones extramuros de las instituciones de atención. Estos planes deben ser puestos en marcha por las EPS mediante la red de IPS. Otros sectores, con responsabilidad en el ámbito de la salud (educación, trabajo,

medio ambiente, etc.) forman parte de la vigilancia epidemiológica reportando información y articulando con el órgano rector.

Los municipios refieren al nivel más cercano a la población y les compete el aseguramiento al sistema y la ejecución de programas de salud pública, dependen de los Departamentos, que desarrollan la función de ejecución de la política de prestación de servicios y control del aseguramiento. A la cabeza del sistema, el Ministerio de Salud como órgano rector será el responsable de planificar, formular y controlar las normas, políticas y planes generales de salud.

La financiación de este sistema estuvo a cargo de un **Fondo de Solidaridad y Garantía**, quien traduce los montos en UPC que administrarán las EPS. Este fondo, que administró recursos relacionados con enfermedades en general y con riesgos no laborales, ha contado con diferentes subcuentas.

(6) Otra medida fue el Decreto 1429 de 2016, por el cual el Fondo de Solidaridad y Garantía fue reemplazado por la **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)**, que fue adscrita al Ministerio de la Protección Social, administrando la distribución de las subcuentas. Se buscaba así fortalecer la autoridad de la Superintendencia y la definición de instrumentos de exigibilidad para la rendición de cuentas de las aseguradoras.

(7) Anteriormente el Ministerio de Salud y el de Trabajo fueron fusionados en el Ministerio de la Protección Social. En el año 2011, con la Ley 1444, este último fue escindido y reorganizado en sus funciones, de forma que se creó por un lado el Ministerio de Trabajo y por otro el Ministerio de Salud y Protección Social. Según el Decreto 4107/11, este ministerio tenía como objetivos “dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo”.

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/institucional-objetivos-funciones.aspx>

(8) Los impactos de la crisis de los años 90, las limitaciones de recursos y de institucionalidad llevaron a la creación de programas asistenciales mediante subsidios condicionados para el fortalecimiento de las familias.

(9) En este periodo (año 2004) se crea la Oficina de Promoción Social en el Ministerio de la época, de dependencia directa del ministro.

(10) Presentación del Ministerio de Protección Social sobre “La promoción Social en Colombia” del 29 de abril de 2008.

(11) **Las necesidades prácticas** son aquellas que buscan mejorar la calidad de vida de las personas a corto plazo y están en estrecha relación con las necesidades básicas, (alimentación, agua potable, acceder a servicios de salud, educación, etc.). Para la OEA existe una tendencia a satisfacer las necesidades básicas principalmente a través de proyectos en lugar de a través de políticas; sin embargo, estas pueden impactar en las necesidades básicas de mujeres y hombres. **Los intereses estratégicos** están relacionados con la posición de mujeres y hombres en la estructura de poder de la sociedad, de acuerdo a las normas, roles y cultura que determinan la posición de cada uno/a; son más difíciles de identificar y se plantean como objetivos a largo plazo (disminución de la

vulnerabilidad, acceso al poder político, fortalecer los procesos de empoderamiento y toma de decisiones). Un ejemplo que se considera una necesidad básica sería: involucrar a mujeres y hombres como beneficiarios de un servicio; desde una perspectiva estratégica se buscaría involucrar a mujeres y hombres como agentes de cambio y capacitarlos para ese rol.

(12) Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/promocion-social.aspx>


(13) El sistema de salud enfrentó durante varios años problemas para abordar el fenómeno de la violencia y las demandas de una atención integral al sector; la atención de personas víctimas de desplazamiento no estaban consideradas dentro de las UPC, por tanto las aseguradoras se negaban a brindarles servicios. Luego, mediante el Acuerdo 59/97, se destinó un porcentaje de la subcuenta de eventos catastróficos para esta atención, como forma de mitigar las necesidades de la población desplazada. Este marco comprende las situaciones de violencia y múltiples abusos sufridos por las mujeres y denunciados por las organizaciones de mujeres y de derechos humanos.

(14) La siguiente imagen muestra diferentes autos emitidos por la Corte, donde se señala la vulneración de derechos de determinados grupos poblaciones e indica la adopción de medidas especiales de protección por parte del Estado.




(15) 1. Programa de Prevención del impacto de género desproporcionado del desplazamiento, mediante la prevención de los riesgos extraordinarios de género en el marco del conflicto armado; 2. Programa de prevención de la violencia sexual contra la mujer desplazada y de atención integral a sus víctimas; 3. Programa de prevención de la violencia intrafamiliar y comunitaria contra la mujer desplazada y de atención integral a sus víctimas; 4. Programa de apoyo a las mujeres desplazadas que son jefes de hogar, de facilitación del acceso a oportunidades laborales y productivas y de prevención de la explotación doméstica y laboral de la mujer desplazada; 5. Programa de promoción de la salud de las mujeres desplazada; 6. Programa de apoyo educativo para las mujeres desplazadas mayores de 15 años; 7. Programa de facilitación del acceso a la propiedad de la tierra por las mujeres desplazadas; 8. Programa de protección de los derechos de las mujeres indígenas desplazadas; 9. Programa de protección de los derechos de las mujeres afrodescendientes desplazadas; 10. Programa de promoción

de la participación de la mujer desplazada y de prevención de las violencia contra las mujeres líderes o que adquieren visibilidad pública; 11. Programa de garantía de los derechos de las mujeres desplazadas como víctimas del conflicto armado a la justicia, la verdad, la reparación y la no repetición; 12. Programa de Acompañamiento psicosocial para mujeres desplazadas; 13. Programa de eliminación de las barreras de acceso al sistema de protección por las mujeres desplazadas.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden



Prosperidad
para todos

Acciones para el cumplimiento de la Sentencia T-025/2004 y sus Autos de seguimiento

- Diseño e implementación de 13 Programas, de los cuales el MPS lidera: “Promoción de la Salud de las Mujeres en Situación de Desplazamiento”, “Prevención de la Violencia Sexual contra la Mujer Desplazada y Atención Integral a sus Víctimas”, “Abordaje Psicosocial y Salud Mental a las Mujeres Desplazadas y su Grupo Familiar”, y participación en el Programa “Mujeres Productivas”, en el marco del Auto 092/2008 y Auto 237/2008.
- Diseño e implementación del Programa de Protección Diferencial de los Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Desplazamiento (Auto 251/2008).
- Protección de los derechos fundamentales de las personas y los pueblos indígenas desplazados por el conflicto armado o en riesgo de desplazamiento forzado (Auto 004/2009).

(16) Este documento refiere al enfoque diferencial como aquel que “permite tener en cuenta para garantizar la integralidad y complementariedad de los derechos civiles y políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales en la acción públicas, las diferencias y diversidades que pueden generar otras formas de discriminación que se suman a la de género” (2014: 62).

(17) Detalla además, la necesidad de acciones específicas respecto a: mortalidad materna, cáncer de seno y de cuello uterino, conocimiento y acceso a diferentes métodos de planificación familiar, interrupción voluntaria del embarazo, embarazo adolescente, conocimiento del VIH/SIDA y su percepción de riesgo, salud mental, reconocimiento de las diversidades y población LGTBI, particularidades de grupos étnicos, violencias, discapacidad, entre otras. En cuanto al sistema de seguridad social y financiamiento, plantea garantizar los beneficios en salud tanto para mujeres afiliadas al régimen subsidiado como al contributivo.

(18) Recopilados en el documento del año 2012 “Lineamientos de la política pública nacional de equidad de género para las mujeres”.

(19) Los ejes son: 1. Construcción de paz y transformación cultural, 2. Autonomía económica y acceso a activos, 3. Participación en los escenarios de poder y toma de decisiones, 4. Salud y derechos sexuales y reproductivos, 5. Enfoque de género en la educación y 6. Plan integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias.

(20) El Plan está compuesto por:

- 8 dimensiones prioritarias: 1. Salud ambiental, 2. Vida saludable y condiciones no transmisibles, 3. Convivencia social y Salud mental, 4. Seguridad alimentaria y nutricional, 5. Sexualidad

y derechos sexuales y reproductivos, 6. Vida saludable y enfermedades transmisibles, 7. Salud pública en emergencias y desastres, 8. Salud y ámbito laboral.

- 2 ejes transversales: a) la gestión diferencial de poblaciones vulnerables: niños, niñas y adolescentes, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad, adulto mayor y personas víctimas de conflictos armados; b) fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. Este componente señala acciones sectoriales y comunitarias para regular, conducir, gestionar financieramente, fiscalizar, realizar la vigilancia epidemiológica y sanitaria, monitorear la movilización social, etc.

Cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y otro sectorial que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas), ejecutadas en 3 líneas operativas:

- Promoción de la salud.
- Gestión del riesgo en salud.
- Gestión de la salud pública.

Las dimensiones están relacionadas con el bienestar, el desarrollo humano y la calidad de vida, y cada componente cuenta con su definición, objetivos, metas y estrategias.

(21) Esta ley fue promulgada por el Congreso de Colombia en febrero de 2015. Se compone de 4 capítulos y 26 artículos: **capítulo 1:** Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes (11 artículos, del 1 al 11); **capítulo 2:** Garantía y mecanismos de protección de derecho fundamental a la salud (5 artículos, del 12 al 16); **capítulo 3:** Profesionales y trabajadores de la salud (2 artículos, del 17 al 18) y **capítulo 4:** Otras disposiciones (8 artículos, del 19 al 26).

(22) Artículos 5 y 6.

(23) Artículos 6 y 19.

(24) Niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados, víctimas de violencia, violencia sexual y del conflicto armado, población adulta mayor, personas que sufren enfermedades, huérfanas y personas en condición de discapacidad.

(25) De acuerdo al artículo 9: “Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud”.

(26) La PAIS está conformada por dos componentes:

1. Un marco estratégico.
2. Un modelo operacional.

El **marco estratégico**, que apunta a traducir los principios y objetivos en estrategias, se basa en el reconocimiento de los problemas de salud como producto de la incidencia de los determinantes sociales y establece 4 estrategias centrales:

- A. **Atención primaria en salud (APS)** con enfoque de salud familiar y comunitaria.
- B. **El cuidado**, entendido como las capacidades y acciones para proteger la salud tanto por parte de la persona como del Estado.
- C. **Gestión integral del riesgo en salud**, a través de la articulación entre salud pública, aseguramiento y prestación de servicios.
- D. **Enfoque diferencial** de territorios y poblaciones (“diferenciación poblacional” y “diferenciación territorial”).

(27) El sistema de salud reconoce una desconexión entre las funciones de salud pública y las de aseguramiento. Existe una fragmentación por coexistencia autónoma de más de 1.011 entidades territoriales, más de 10.000 instituciones prestadores de servicios de salud y 70 aseguradoras (PAIS: 28).

(28) Esta definición surge por el reconocimiento de la fragmentación operativa; la cobertura de seguridad social ha funcionado como listado de prestaciones o servicios independientes, contrariamente al propósito de la Ley Estatutaria y su directriz sobre la integralidad. De ahí que el MIAS indique estrategias que enlacen acciones intersectoriales y sectoriales.

(29) Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): aprobadas mediante resolución ministerial, tienen el objetivo de regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo competencias en salud. Hace operativo el modelo a través de un plan de intervenciones colectivas, un plan de beneficios. Establecen 7 contenidos que refieren a: acciones de gestión de la salud pública, intervenciones colectivas, poblacionales e individuales, hechos claves o hitos, indicadores de seguimiento y evaluación, responsables sectoriales.

Se distinguen 3 grupos de RIAS: las que apuntan a la promoción y mantenimiento de la salud, la atención de grupos de riesgo y la atención para eventos específicos. En este marco se establecen 7 RIAS:

1. Promoción y mantenimiento de la salud.
2. Población materno-infantil.
3. Población con riesgo o con alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas.
4. Población con riesgo o presencia de cáncer.
5. Población con riesgo o presencia de alteración nutricional.
6. Población con riesgo o presencia de trastornos mentales.
7. Población con riesgo presencia de enfermedades infecciosas.

Fue definido un marco metodológico para la construcción de las RIAS con 10 pasos a seguir desde la planificación hasta su implementación. Cada RIAS establece, además, las responsabilidades de cada actor (Ministerio de Salud y Protección Social, Departamentos y Distritos, Municipios, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios e instituciones prestadoras de servicios de salud).

PARTE II
**Claves y desafíos de la incorporación
del enfoque de género en salud. Aportes
al proceso de institucionalización
y a la construcción de lineamientos
para la transversalidad**

Isabel Soto

Introducción

Este informe es el segundo producto de la asistencia técnica brindada al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), con el apoyo de EUROsociAL+. En base al análisis precedente¹, se presentan aportes a la propuesta de “Lineamientos para la transversalización del enfoque de género” elaborado por el MSPS, así como reflexiones y sugerencias respecto a las condiciones y capacidades facilitadoras para su implementación, en la incorporación del enfoque de género en las políticas de salud, su institucionalización y transversalización.

Este documento está organizado en varios apartados; en primer lugar se destacan antecedentes clave que aportan elementos sustantivos al proceso de incorporación/transversalización del enfoque de género en las políticas de salud del MSPS. En segundo lugar, a partir de la sistematización de experiencias se puntualizan aprendizajes clave para el desarrollo de las condiciones y capacidades institucionales necesarias para este desafío, así como orientaciones respecto a las barreras y dificultades frecuentes en su implementación. Por último, en base a lo anteriormente desarrollado y a las orientaciones del estudio documental, se presentan algunos ejes orientadores para favorecer una planificación estratégica de género y salud, que enmarque los documentos, instrumentos y prácticas del MSPS.

1. Informe de diagnóstico de asistencia técnica de EUROsociAL: “Salud y Género: aportes para avanzar hacia la transversalidad del enfoque de igualdad de género en las políticas de salud. Análisis de documentos proporcionados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia”, elaborado por Gloria Bonder, con la colaboración de Isabel Soto y Anabella Benedetti. Mayo, 2018

Antecedentes

Retomando las conclusiones del estudio documental, y previo a introducirnos en el análisis de las condiciones necesarias para la transversalización de género en las políticas de salud y sus lineamientos, cabe destacar aspectos significativos del contexto colombiano en el cual estas se desarrollan. En primer lugar, los **compromisos internacionales y nacionales asumidos por el Estado colombiano en materia de derechos humanos y de equidad de género conllevan los mandatos de incorporación de estos enfoques en todas las políticas, planes y programas, alcanzando importantes avances en la formulación y desarrollo de instrumentos normativos y políticos.**

En consonancia con estos compromisos y en el marco de la construcción de una Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer impulsó, en 2012, un proceso para la elaboración de lineamientos de dicha política. Estas directivas, elaboradas en conjunto con la sociedad civil y organismos de cooperación internacional, establecen principios orientadores de políticas², destacando entre sus objetivos la transversalización del enfoque de género a nivel nacional, territorial y sectorial. Asimismo, incorpora un eje para “la realización de acciones de promoción y prevención, atención primaria en salud y en salud sexual y reproductiva para mujeres”³, junto con lineamientos para un plan integral hacia una vida libre de violencias.

En base a dichos lineamientos, el Estado colombiano presenta un año después la **Política Pública Nacional de Equidad de Género**, formulada en un documento interministerial del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES Social 161 de 2013), cuyo plan de acción 2013-2016 establece entre sus objetivos mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud y salud sexual y reproductiva, así como poner en funcionamiento el plan integral para una vida libre de violencias.

En este contexto y en concordancia con la progresiva incorporación del enfoque de género en discursos y prácticas, el MSPS ha expresado el reconocimiento de esta Política Nacional de Equidad de Género, dando oportunidad de avanzar en este sentido, en acciones y políticas del sector en forma progresiva.

En una etapa más reciente, desde MSPS se plantea la importancia de crear las condiciones y capacidades necesarias para la institucionalización de este enfoque en la estructura institucional. A pesar de no contar con una norma de creación, en 2016 se conformó una **Mesa Técnica de Género y**

2. Principios orientadores: igualdad y no discriminación, interculturalidad, reconocimiento de la diversidad y de las diferencias desde un enfoque de derechos, autonomía y empoderamiento, participación, solidaridad, corresponsabilidad y sostenibilidad.

3. Problemáticas priorizadas: a) Acceso y calidad del sistema de salud y prevención de enfermedades prevalentes por la condición de ser mujer; b) Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y atención y prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH/SIDA; c) Acceso al sistema de salud desde el reconocimiento de la diversidad y la diferencia. Asimismo, establece la importancia de abordar con acciones específicas la mortalidad materna, cáncer de seno y cáncer de cuello uterino, conocimiento y acceso a diferentes métodos de planificación familiar, interrupción voluntaria del embarazo, embarazo adolescente, conocimiento del VIH/Sida y otras ETS entre las mujeres, percepción de riesgo y salud mental.

Salud⁴, con el fin de articular e impulsar acciones para la incorporación/transversalización del enfoque de género en el organismo y sus cometidos. Esta mesa, atendiendo demandas emergentes de acciones anteriores, valoró la importancia de contar con lineamientos específicos para la transversalización dentro del sector⁵. Se elaboró entonces un documento base de “Lineamientos para la transversalización del enfoque de género”⁶, objeto de reflexión del presente informe, que como fuera anunciado, se acompañará de aportes para afianzar el proceso de incorporación/transversalización e institucionalización del enfoque de igualdad de género, en esta nueva etapa de administración ministerial.

4. En octubre de 2016 se conformó una Mesa Técnica de Género y Salud. Fue convocada desde la asesoría del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios e involucró a funcionarios/as y referentes del Ministerio, sensibles a las políticas de igualdad de género. Esta mesa ha reunido voluntariamente a profesionales y funcionarios de varias dependencias ministeriales (el Despacho del Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios; la Oficina de Promoción Social; la Dirección de Promoción y Prevención; la Dirección de Epidemiología y Demografía y la Subdirección de Talento Humano) y, aunque no ha contado con un reconocimiento formalizado institucionalmente, ha procurado fortalecer y dar nuevos impulsos a las acciones tendientes a la integración del enfoque de equidad de género.

5. De las entrevistas e intercambios con autoridades y especialistas durante la misión técnica de EUROsociAL, se aportó información acerca de actividades de sensibilización y capacitación realizadas desde la Oficina de Promoción Social, dirigidas a equipos técnicos y directivos del Ministerio. Esas instancias, desarrolladas años atrás, dieron respuesta a interrogantes prácticos para la incorporación del enfoque de género en problemáticas de salud, dando cuenta de la necesidad de lineamientos específicos para el sector.

6. Este documento es elaborado a partir de una asistencia técnica de la Oficina de Promoción Social, integrante de la Mesa Técnica de Género y Salud.

La transversalización: integrando aprendizajes para los nuevos desafíos

Como sabemos, la transversalización del enfoque de género en las políticas públicas (*mainstreaming*) fue impulsada a partir de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en el año 1995. Se fundamentó en la idea de que no existen políticas “neutras”; todas impactan de forma diferente en mujeres y varones, de ahí la necesidad de permear las políticas y las instituciones, promoviendo no solo la igualdad de oportunidades, sino también, la igualdad de trato y la igualdad de resultados.

Desde entonces, han transcurrido más de dos décadas de trabajo en torno a varios aspectos conceptuales y metodológicos, que orientan las múltiples preguntas que surgen desde las experiencias sobre: la noción de género y sus definiciones, cómo se conjuga con otros enfoques, cómo se incorpora y transversaliza estos conceptos en políticas y programas, cómo disminuir las brechas de género y contribuir a la igualdad desde las políticas sectoriales y un largo etcétera.

Actualmente se cuenta con un amplio repertorio conceptual, terminológico, metodológico y técnico en relación al enfoque de género en las políticas, que han procurado abordar muchos de estos interrogantes (García, 2008). Como fuera advertido⁷, existe también una amplia difusión y utilización de los términos, nociones y enfoques asociados al “campo de género” (equidad, igualdad, incorporación, transversalidad, discriminación, derechos de las mujeres, etc.), cuyos significados divergen entre sí y orientan hacia diferentes acciones; de ahí la necesaria claridad, precisión y coherencia de las definiciones adoptadas, para superar sobreentendidos que afecten en un sentido contrario al buscado.

Respecto a la noción de transversalidad, Evangelina García (2008) señala que las diferentes formas de definirla comparten en general algunos supuestos acerca de sus significados⁸; en su análisis puntualiza algunas claves que resultan de utilidad al momento de orientar y decidir sobre su definición:

- A. La transversalización de la perspectiva de igualdad de género **es una estrategia, no un fin en sí mismo; el fin es la igualdad**, que se logrará en sinergia con otros instrumentos estratégicos (normas, reglamentos, diagnósticos, planes estratégicos, entre otros).
- B. El fin de la igualdad de género reconoce tácitamente la desigualdad como problema público; ello implica la eliminación de las desigualdades de género y el establecimiento de la igualdad en todo el ciclo de la política pública. **El reconocimiento de ambos aspectos conlleva acciones diferentes y complementarias.**

7. Ver informe precedente de esta asistencia técnica de EUROsociAL.

8. Esta autora analiza las definiciones que han sido referencia en las experiencias de políticas de transversalidad, como son las aportadas por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (1997), el Consejo de Europa (1998) y el PNUD (2000).

- C. Su aplicación involucra todos los órdenes y niveles de la gestión institucional, desde el nivel normativo hasta niveles sociales, políticos, culturales y económicos; de ahí su **carácter multidimensional**.
- D. Metodológicamente debe integrar experiencias, **intereses y necesidades de mujeres y hombres**, evaluar estas implicaciones y garantizar beneficios para todas y todos.
- E. Su implementación y desarrollo requiere contar con un **equipo cualificado** para la ejecución de los cometidos y tareas correspondientes.

En el campo de la salud, estos supuestos concuerdan con el planteamiento de organismos internacionales especializados como la OPS/OMS, quienes han aportado desarrollos conceptuales y orientaciones claves para la igualdad de género en las políticas de salud. La OPS también ha destacado la transversalización como una **estrategia** clave “para hacer de los problemas y experiencias de **mujeres y 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**” (OPS, 2005: 12). Asimismo, hace la distinción entre la “**equidad**” y la “**igualdad**” en el campo de la salud, señalando que el principio de equidad debe integrarse en todos los procesos, decisiones y etapas del ciclo de la política pública, como un medio para alcanzar gradualmente la incorporación de la igualdad de género en las políticas de salud, en el corto, mediano y largo plazo.

Paralelamente a este recorrido de evolución conceptual y metodológica, se han desarrollado diversas experiencias de transversalización; su sistematización y análisis ha permitido observar aprendizajes de su puesta en práctica, así como detectar dificultades y barreras. Es necesario destacar que no existe un único camino u orden secuencial de estos procesos, cada contexto presenta sus propias características y analizarlo permite identificar posibilidades, oportunidades, amenazas u obstáculos propios.

Esta sistematización de experiencias ha mostrado la importancia de **tres principios** fundamentales para la transversalización⁹:

- La **corresponsabilidad de los diferentes actores** para alcanzar los objetivos de igualdad de género.
- El **rol protagónico** que tienen y deben asumir las **distintas instituciones del Estado** en el proceso y la apropiación sobre el mismo.
- La necesidad de articulación de **todos los actores involucrados**, de sus agendas y acciones.

Estos principios muestran la relevancia del trabajo **de y con diferentes actores**; ello exige orientar acciones participativas y búsquedas de consensos, tanto hacia dentro de las instituciones como hacia fuera de las mismas.

Muchas veces considerar estos aspectos ha puesto en tensión modelos de abordaje entre la *expertise* técnica y lo participativo-democrático. Ambos procesos no son dicotómicos, sino complementarios, es decir, no suponen la mera aplicación de técnicas (tecnocracia), deben combinar factores técnicos y habilidades del ejercicio político como son: la negociación, la comunicación, la construcción de alianzas, la incidencia tanto en lo institucional como en actores externos (otras instituciones estatales, organizaciones sociales, etc.).

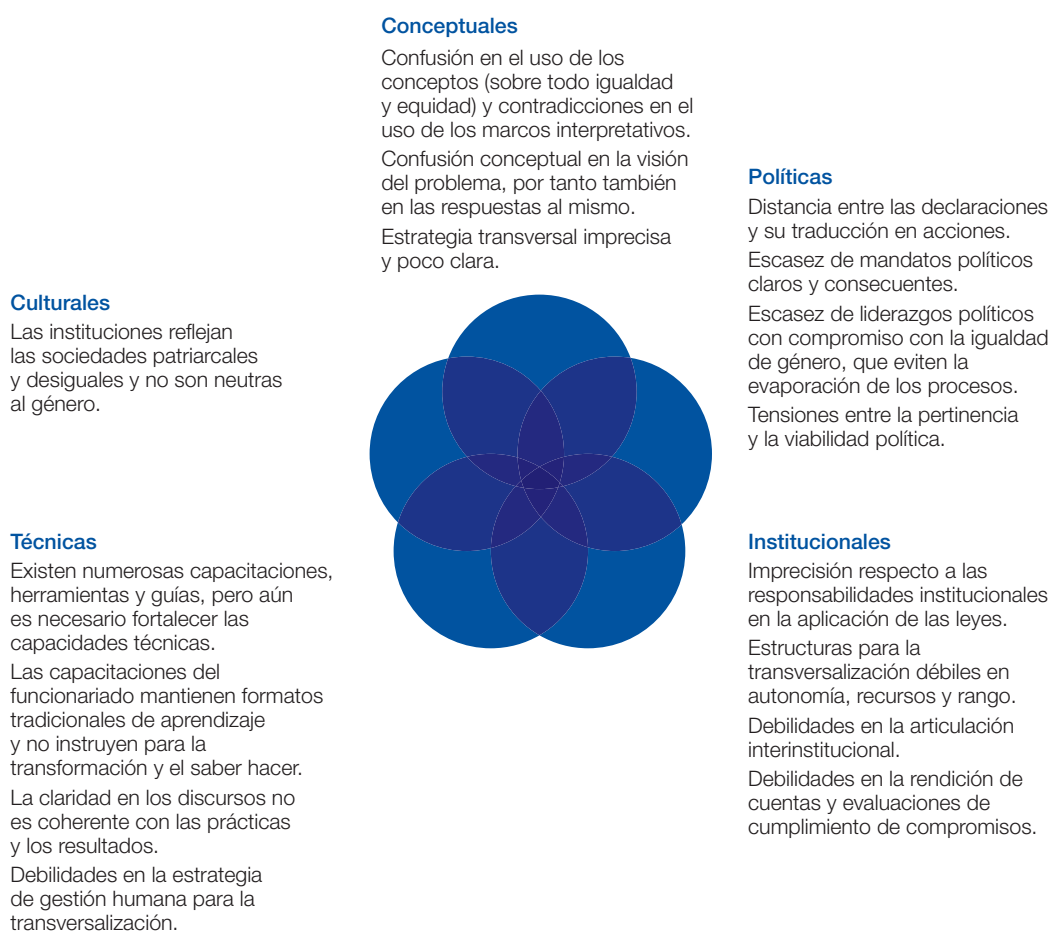
9. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Agencia Catalana de Cooperació al Desenvolupament, (2012): “Destino Igualdad: Ruta de desarrollo de capacidades institucionales para el *mainstreaming* de género en las políticas públicas”, p.. 7.

Si bien muchas experiencias han desarrollado iniciativas que siguen un modelo de “arriba hacia abajo” con la formulación de guías, manuales, indicadores, etc., algunos estudios de caso muestran la importancia de formar alianzas en los diferentes ámbitos: local, nacional e internacional, procurando armonizar una construcción mixta de políticas con ambos modelos: las de “arriba hacia abajo” con las de “abajo hacia arriba». Sin duda, resulta un proceso más lento, pero también más productivo y con mayor legitimidad para acometer los cambios necesarios (Rosenfeld, 2003).

En la actualidad las estrategias de incidencia no ocurren solo desde la sociedad civil hacia el sector público, sino incluso dentro de los propios organismos del Estado o dentro de una institución, con el propósito de influir en los actores con poder de decisión, construir alianzas, identificar resistencias, definir estrategias de comunicación y negociación (García, 2013). Estos aspectos también son parte de las capacidades necesarias para el liderazgo en políticas públicas para la igualdad de género.

En este marco, es importante considerar que **acciones de estas características implican desarrollar capacidades y habilidades institucionales, con el propósito de promover la incidencia, el advocacy y metodologías para una planificación participativa y consultiva.**

Otros elementos sustantivos a destacar a partir de la sistematización de experiencias es el referente a las **barreras y dificultades** detectadas en la aplicación de la estrategia de transversalización; los análisis distinguen cinco tipos, que mencionaremos en el siguiente diagrama (PNUD, 2012):



La incorporación/transversalización del enfoque de género en el MSPS: claves y desafíos

En base a lo expuesto hasta aquí y retomando las orientaciones del estudio documental realizado, se presentan a continuación cinco ejes de referencia, para favorecer una planificación estratégica para la incorporación/transversalización del enfoque de género en las políticas de salud del MSPS, así como sugerencias e instrumentos útiles para construir/desarrollar condiciones de viabilidad y capacidades institucionales necesarias para esta meta. Estas definiciones servirán como marco y soporte para lineamientos de transversalización para las entidades territoriales, así como de un plan de acción acorde al contexto colombiano.

Compromiso con la igualdad/equidad de género y planificación estratégica

“En verdad la integración/transversalización del enfoque de igualdad/equidad de género en el sector salud (como en otros sectores) es una empresa de largo alcance, por lo cual debiera ser una política de Estado. Evidentemente esta es una meta muy ambiciosa, pero no declinable. En nuestro criterio debería conservarse en el horizonte sin que ello paralice la acción o impida que se defina una estrategia gradual para el corto y mediano plazo”¹⁰.

Con esta meta en el horizonte debemos decir, en primer lugar, que la propuesta de lineamientos elaborada para la transversalización del enfoque de género recoge y se apoya en los avances del **Estado colombiano** en materia de **derechos humanos que garantizan los derechos de las mujeres**. La ratificación de numerosos tratados internacionales, así como la promulgación de la Constitución Política de 1991 y desarrollos normativos posteriores, conforma un *corpus* jurídico que compromete y orienta hacia diversas acciones para promover la equidad e igualdad de género. Se parte entonces de un supuesto fundamental, donde además del mandato constitucional de igualdad, prácticamente todos los documentos consultados expresan el interés y/o compromiso formal del Estado colombiano por brindar respuestas a las necesidades y derechos de las mujeres y desarrollar una política de transversalización/incorporación del enfoque de género en la salud.

En consecuencia, el **proceso de reforma del sistema de salud y protección social** ha incorporado en diversas normas enfoques y concepciones de la salud como derecho humano, así como el modelo de los determinantes sociales de la salud. En términos generales se puede estimar que, el contexto legislativo colombiano aporta un **marco de oportunidad para abordar las metas de la igualdad/equidad de género en la salud**. No obstante, es importante indicar que, en algunos casos (como por ejemplo en la Ley Estatutaria de Salud), no se hacen explícitas las inequidades de género. Recordemos que las normas, como instrumentos de política pública, juegan un papel estratégico en la construcción de condiciones para avanzar en las metas de igualdad de género en la

10. Ver informe precedente de esta asistencia técnica de EUROSociAL.

salud, y es clave visibilizar este componente en ellas como uno de los determinantes sociales de la salud tal como lo establece la OPS; entendemos que este es un campo importante para fortalecer medidas en este sentido.

Desde la perspectiva de la institucionalidad, debemos considerar, además, que las experiencias han mostrado que las culturas político-administrativas requieren de un cambio para la efectiva incorporación del enfoque de género en las instituciones y sus sistemas. Por tanto las normas y mandatos, si bien son fundamentales, deben acompañarse de otras estrategias, siendo sustantiva **la expresión del interés político al más alto nivel del sector y como se traduce en las políticas, programas y acciones.**

Es importante señalar entonces que los lineamientos para la incorporación/transversalización del enfoque de género en las políticas de salud deben enmarcarse en la expresión de un compromiso político en las altas autoridades del MSPS. Deben, además, orientarse de acuerdo a una misión y visión política y estratégica de largo, mediano y corto plazo, que visualice los alcances y metas a desarrollar en salud y género, las problemáticas priorizadas y las estrategias para superar las inequidades sociales que impactan en la salud y calidad de vida de mujeres y hombres.

Organizar esta planificación implica un dialogo con la Política Pública Nacional de Equidad de Género y la elaboración de un diseño estratégico de los pasos necesarios, en base a un análisis que integre tanto las condiciones y capacidades internas del MSPS como factores externos vinculados al contexto de las políticas de género y la salud. Sobre el contexto institucional del MSPS volveremos más adelante.

En este sentido, es importante señalar que para realizar un análisis del contexto de las políticas sectoriales, si bien no existen recetas metodológicas, ni *check-list* que den cuenta de la complejidad del mismo, de los actores involucrados y de sus características, existen instrumentos de gran utilidad para la planificación estratégica desarrollados en diferentes manuales, guías y rutas¹¹. De entre todos ellos, nos apoyamos **“La red de elementos claves para estrategias de planificación e implementación de políticas de equidad de género”**, propuesta por Gloria Bonder¹². Esta metodología incluye un abanico de aspectos interrelacionados, que conforman una malla o red dinámica. Cada uno de estos elementos representa un lugar de posibilidad o de restricción; si bien todos son relevantes, algunos pueden tener más peso que otros de acuerdo al proceso de institucionalización. Este análisis puede orientar los primeros pasos para la definición de una visión estratégica, para determinar la viabilidad de los procesos, así como las acciones necesarias para el cambio deseado.

En suma, en base a los compromisos asumidos por el Estado colombiano, es fundamental la definición de una visión estratégica específica para las políticas de salud y género liderada por el MSPS, avalada y legitimada por las máximas autoridades, que defina alcances progresivos en el corto, mediano y largo plazo, en concordancia con la política nacional de equidad de género, el contexto de prioridades y agendas del sector, así como las condiciones y capacidades institucionales necesarias para su liderazgo.

11. Una metodología muy utilizada es la construcción de una matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) o también los grupos focales (focus group) o combinación de ambos métodos, entre otras opciones. En el anexo II se sugieren documentos de referencia que incluyen aportes de la experiencia española con una selección de guías que brindan herramientas y orientaciones para el análisis de las condiciones facilitadoras de la transversalidad de género en la salud. Disponible en: <http://www.fuhem.es/ecosocial/noticias.aspx?v=9942&n=0>

12. Ver anexo I. Elaborado por Gloria Bonder (2002), inspirado en Karen Levy (1998): “Using the web to institutionalize gender”, en Debate. Reflecting on Organizations and Development, vol. 5, n.º 2, abril de 2002.

Definiciones, enfoques y alcances de las políticas de género y salud

Uno de los principales desafíos detectados a partir del análisis de los documentos es “definir con mayor precisión el marco conceptual y las orientaciones metodológicas y estratégicas para integrar el enfoque de género en la salud, que adoptarán las políticas de salud y protección social en el país”¹³.

Como fuera ampliamente desarrollado en el análisis documental, el marco conceptual y sus definiciones representan uno de los componentes clave para la incorporación y transversalización del enfoque de género en las políticas públicas. Recordemos que las formas de definir el género y sus dimensiones orientan las acciones y sus alcances.

En este sentido, los enfoques puntualizados **en el documento de lineamientos dan cuenta de la importancia de incorporar los conceptos vigentes de organismos internacionales orientadores de las políticas de salud como la OPS/OMS, respecto al enfoque de derechos, de género, interseccional y de curso de vida. En dicho documento, se observa cómo algunos de ellos colocan el énfasis en el carácter de construcción sociocultural de las desigualdades e inequidades por género en salud; mientras que otros introducen aspectos vinculados al reconocimiento de la influencia que estas ejercen en la exposición a los riesgos de mortalidad, morbilidad diferencial, acceso a recursos, prevención, diagnóstico y tratamiento.**

No obstante, antes de profundizar en este eje observamos que, a diferencia de la mayoría de los documentos analizados para este estudio, la propuesta de lineamientos no menciona el enfoque diferencial, presente en los instrumentos de política pública de los últimos años. Como fuera analizado, este enfoque surge ligado a una estrategia que busca visibilizar condiciones de vulnerabilidad y/o desigualdad; si bien se aproxima al concepto de interseccionalidad no es asimilable al mismo, y se han observado, además, diferentes formas de definirlo e integrarlo. Dado el lugar que ha adquirido el enfoque diferencial en los discursos, su presencia en la normativa y en las principales herramientas de política pública, subrayamos la importancia de precisar el alcance de este enfoque y su relación con los enfoques de derechos y de equidad social, y cómo se conjuga con el enfoque de igualdad/equidad de género para la concordancia de las acciones en el marco de una política de salud.

Siguiendo con el eje conceptual, las recomendaciones que surgen del análisis de experiencias realizadas indican que debemos prestar especial atención a la precisión de definiciones que orientarán los contenidos de las políticas, su formulación y sus instrumentos de expresión. Estas definiciones deben facilitar la aplicabilidad de las acciones, no dar lugar a confusión en la interpretación. Además, deben también, ser consensuadas con las instancias de ejecución y estar acordes al contexto de posibilidades institucionales (o condiciones de factibilidad). Estos aspectos orientarán el diseño estratégico más factible y con mejores condiciones para su implementación.

Como fuera señalado, la noción de género puede plantear implícita o explícitamente diferentes definiciones; en consecuencia las interpretaciones y visiones que las sustentan se expresarán en las intervenciones, prioridades, metas e indicadores para su evaluación.

Una referencia sustantiva en este sentido son las definiciones más actuales de la OPS/OMS, donde la meta de la igualdad implica reconocer la existencia de múltiples factores de inequidad:

13. Ver informe precedente de esta asistencia técnica de EUROSociAL.

“Las concepciones de igualdad, equidad y empoderamiento que orientan la política de igualdad de género de la OPS se articulan explícitamente con la visión de la salud como derecho humano. La **igualdad de género** en la salud apunta a que mujeres y hombres disfruten de similares condiciones y oportunidades para ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanos, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados de ese desarrollo. La **equidad de género** alude a la justicia en la distribución de las responsabilidades, los recursos y el poder entre mujeres y hombres. La justicia de esta distribución se basa en el reconocimiento de las diferencias existentes entre los sexos en dichos ámbitos, y en el imperativo de asignar diferencialmente los recursos para rectificar disparidades injustas. **En consecuencia, la equidad es vista como el medio y la igualdad, como el fin**” (OPS, 2009: 14).

Diferentes experiencias han mostrado que, en la práctica, el abordaje de las inequidades de género en salud ha registrado la coexistencia de diferentes enfoques. En este sentido, resultan muy precisos e ilustrativos los aportes de Sara Velasco (2008), que dada su claridad, tomaremos como referencia para abordar este punto.

Sara Velasco identifica tres líneas de enfoque de género según su fundamento, objetivos, métodos utilizados y productos habituales. Su análisis permite ejemplificar las distinciones entre enfoques y las acciones que derivan de cada uno:

1. **Salud de las mujeres.** Esta línea se fundamenta en necesidades de salud específicas de las mujeres. Comúnmente, aborda procesos de atención necesarios para promover su salud, autonomía y capacidad de elección.
 - El método utilizado por este enfoque está *basado en acciones positivas*. Por ejemplo: atención en salud sexual y reproductiva y en las violencias basadas en género.
2. **Desigualdades de género.** Esta línea suma a la anterior la visión de que el problema no son solo las necesidades específicas de las mujeres, sino la relación jerárquica entre mujeres y hombres y la discriminación de lo femenino. Se fundamenta en que las diferentes situaciones socio-culturales de mujeres y hombres provocan desigualdades e inequidades que es necesario observar y describir.
 - El método de este enfoque propone visibilizar e intervenir sobre las *desigualdades en el estado de salud en cualquier problema de salud*:
 - La **morbilidad diferencial por sexos**: por ejemplo en la prevalencia y presentación clínica de enfermedades comunes.
 - **Sesgos de género en la atención** que resulten discriminatorios para un sexo respecto al otro. Los sesgos pueden permear tanto el diagnóstico, la atención como la investigación en salud, reproduciendo las desigualdades e inequidades¹⁴.
3. **Análisis de determinantes de género.** Las formas de vivir, enfermar, consultar y morir están afectadas por factores psicosociales y entre ellos por los determinantes de género. De acuerdo

14. Sara Velasco, para ilustrar este punto y las acciones que derivan de este enfoque, introduce el ejemplo del infarto agudo de miocardio (IAM): según los datos recabados en España, el IAM presenta mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres; sin embargo, la mortalidad es mayor en ellas. Si bien no se han identificado causalidades biológicas que expliquen suficientemente esta diferencia, sí se observa una presentación clínica diferente entre mujeres y hombres. Esta morbilidad diferencial ha tendido a invisibilizar un diagnóstico oportuno en las mujeres (proclive a diagnosticarse más tardíamente), sumado a la baja presencia de ellas en los ensayos clínicos; todo esto incide en los diagnósticos y tratamientos, dando lugar a los sesgos de género en la atención con la consecuente inequidad.

SALUD Y GÉNERO: APORTES PARA LA TRANSVERSALIDAD DEL ENFOQUE DE GÉNERO
EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

a esta visión, se interviene sobre los modelos sociales de género que se reproducen a través de los roles y sus contenidos, provocando exposición a riesgos diferenciales.

- El método de este enfoque pone su foco en las mujeres, los hombres y sus relaciones basadas en los modelos sociales de género. Implica analizar cualquier proceso de salud e interviene con el fin de *transformar las relaciones de género de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres*¹⁵.

Las experiencias sistematizadas muestran la importancia de advertir sobre la confusión y/o imprecisión respecto de los enfoques y sus alcances; por ejemplo, aunque el enfoque de determinantes de género ha sido incluido en discursos y/o en instrumentos de políticas de salud, en las acciones sigue predominando circunscribirlo a la línea de salud de las mujeres y las acciones positivas. Si bien estas son claramente necesarias, no impactan en la transformación de los determinantes estructurales de inequidad para la meta de la igualdad en salud.

El siguiente cuadro ilustra las líneas señaladas (Velasco, 2008: 6):

CUADRO 1. LÍNEAS DE ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD			
	A. Salud de las mujeres	B. Desigualdades de género	C. Determinantes de género
Fundamento	Las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica.	La situación social de los sexos es diferente, discriminatoria y conlleva desigualdad e inequidad.	Las actitudes, vivencias y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los determinantes psicosociales de género.
Objetivo	Las mujeres. Atender los problemas de salud propios del sexo: reproducción, climaterio...	Los hombres, las mujeres y la discriminación. Alcanzar la igualdad y equidad entre los sexos.	Los hombres, las mujeres y sus relaciones. Transformar las relaciones de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres.
Método	Identificar necesidades y proporcionar recursos específicos diferenciados para mujeres.	Identificar desigualdades por sexos y visibilizar diferente morbilidad. Tomar medidas socio-políticas-sanitarias para la igualdad y la equidad.	Analizar y modificar los determinantes de género sociales (modelos) y psíquico-subjetivos (roles, actitudes y significados subjetivos).
Productos	Programas de atención a problemas de la mujer.	Investigación y atención a morbilidad diferencial y desigualdades de accesibilidad y atención: sesgos de género, con elección de variables con potencial explicativo de género.	Investigación de determinantes y promoción de modelos de intervención colectiva y clínica para cambiar las actitudes determinante de género.

A partir de este análisis, esta autora recomienda desarrollar una cuarta línea integradora de las tres anteriores y que denomina: **enfoque integrado de género en salud**, e incluye todas las categorías del enfoque: “morbilidad diferencial, necesidades específicas de salud de las mujeres y hombres, atención a las desigualdades e inequidades de género y análisis de los factores determinantes psicosociales de género” (Velasco, 2008: 12)¹⁶. De esta forma, la integración/transversalización del enfoque de género en la práctica puede incluir distintas líneas de acción:

15. Siguiendo con el ejemplo de IAM, implicaría intervenir para modificar el estereotipo social de género sobre el IAM y deconstruir algunos mandatos sociales sobre las mujeres y el autocuidado.

16. Asimismo, ofrece una serie de criterios y preguntas clave para la aplicación de este enfoque en relación a la caracterización de los problemas de salud, el análisis de los factores determinantes de género, elección o prioridad de los problemas, definición de objetivos, métodos de intervención y análisis previo de impacto de género.

- Acciones positivas: dadas las necesidades propias y específicas de las mujeres, es imprescindible adoptar medidas para promover su salud, autonomía y capacidad de elección, mediante medidas positivas.
- Acciones sobre las desigualdades: intervenir sobre las desigualdades en salud, proponiendo medidas políticas, sociales y sanitarias para visibilizar y reducir desigualdades e inequidades de género.
- Acciones sobre los determinantes sociales: considerar y analizar los factores determinantes de género e incidir sobre ellos para transformar las relaciones de poder y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres.
- Acciones integrales: incorporar un enfoque integral de género que incluya la morbilidad diferencial, necesidades específicas de salud de mujeres y hombres, atención a las desigualdades e inequidades de género y análisis de los factores determinantes psicosociales de género.

En síntesis, las recomendaciones indican que precisar los conceptos permite dirigir con claridad las acciones e intervenir con diferentes estrategias sobre los diferentes problemas del campo de la salud. Asimismo, coinciden en que contribuir a la meta de la igualdad de género en salud implica incorporar e integrar articuladamente diferentes estrategias, tanto acciones específicas dirigidas a mujeres y/o varones cuando los desequilibrios de género así lo requieran, como acciones generales de acuerdo a los alcances, objetivos y métodos priorizados. Estas estrategias pueden anteceder o desarrollarse en paralelo a la transversalización.

Complementariamente, y retomando elementos ya anticipados en las conclusiones del análisis documental, se sugieren dos orientaciones de gran utilidad para la planificación estratégica del enfoque de género en la salud:

- La diferenciación entre las **necesidades prácticas** de género de los **intereses estratégicos** (en tanto continúan siendo un modelo de análisis útil para definir prioridades y cursos de acción para la planificación).
- La **escala de sensibilidad de género** en las estrategias, políticas e intervenciones. Esta escala permite distinguir una clasificación de modalidades de políticas con y para la igualdad de género, que va desde las neutrales o ciegas al género hasta las transformadoras de los factores estructurales.

Los problemas de salud y género: evidencias y prioridades

“Desde el punto de vista práctico, se acepta que la transversalización o *mainstreaming* comprende analizar desde el enfoque de género las situaciones o problemas objeto de las políticas, las estrategias y acciones para abordarlos y las posibles consecuencias en cada género de su implementación”¹⁷.

La incorporación del enfoque de igualdad de género en la salud implica considerar las situaciones o problemas objeto en este campo, es decir, se basa en el conocimiento y producción de evidencia sobre la **situación de salud y las desigualdades entre mujeres y hombres. Es imprescindible contar** con información sobre “el/los problema/s” que la política buscan abordar, conocer cuáles son las necesidades en salud (asociadas con las diferencias biológicas, la división sexual del trabajo,

17. Informe precedente de esta asistencia técnica de EUROsociAL.

las relaciones de poder entre los sexos), la exposición diferencial a riesgos, la producción de salud, el acceso a recursos, los abordajes de la salud. En este sentido, los **datos sobre salud son otro de los aportes relevantes a destacar en los lineamientos elaborados y que se distinguen significativamente de otros documentos recabados para el estudio de esta consultoría.**

Cabe recordar que la mayoría de las referencias al género y la salud de las mujeres en dichos documentos han colocado sus énfasis en aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva y a la prevención y superación de las violencias basadas en motivos de género. Recordemos que estos aspectos, si bien son imprescindiblemente relevantes, no aprovechan la amplitud de posibilidades que contiene una mirada integral desde la perspectiva de género sobre las particularidades en la salud de mujeres y hombres¹⁸. En este sentido, el nuevo documento de lineamientos permite comenzar a trascender esa visión tradicionalmente parcial, incorporando elementos actualizados respecto a problemáticas de la salud que deben ser analizadas y comprendidas desde este enfoque¹⁹.

Para la OPS la planificación de políticas de salud y el abordaje de los problemas en este campo deben apoyarse en un análisis de contexto a partir de información y datos desglosados por sexo, así como otras categorías socioeconómicas clave para identificar y comprender las desigualdades. Esta desagregación permite (OPS, 2009: 26):

- Develar y caracterizar las diferencias por sexo en la salud y sus determinantes
- Estimar la magnitud de la distribución de la carga de problemas que limitan y recortan prematuramente la vida de mujeres y hombres.
- Determinar para cada sexo el balance entre contribuciones y compensaciones por su respectivo trabajo en salud.
- Caracterizar el nivel de participación de mujeres y hombres en la toma de decisiones relacionadas con la salud en los niveles familiar, comunitario, sectorial y nacional.

En este marco resulta imprescindible profundizar y desarrollar la construcción de información y evidencias que señalen líneas de trabajo, sobre las cuales investigar la situación de salud de las mujeres y hombres y su relación con las inequidades y desigualdades de género, orientando así la toma de decisiones y definiciones sobre problemáticas y prioridades.

Desarrollar este eje implica fortalecer los sistemas de información existentes, mediante la sistematización y análisis desde el enfoque de género de los datos de salud de Colombia y la región. Asimismo es importante estimular las investigaciones cuantitativas y cualitativas que contribuyan a profundizar la comprensión de las desigualdades de género, las causas que podrían ser evitables o subsanables mediante políticas o programas orientados adecuadamente y los patrones y sesgos de género en el sistema de salud.

Es recomendable que los lineamientos, además del análisis del contexto de salud, puedan orientar sobre prioridades y problemáticas específicas en salud y género, así como definir metas e indicadores de salud en concordancia con las estrategias del sector.

18. Ver informe precedente de esta asistencia técnica de EUROsociAL.

19. El documento de lineamientos incluye información sobre la esperanza de vida al nacer en Colombia, la morbilidad y mortalidad de acuerdo con el sexo de las personas, la carga de la enfermedad por cáncer, por hipertensión arterial, morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus, entre otras. En sintonía con esta línea se aportan en un anexo otros estudios ilustrativos realizados en España, Chile y Argentina.

La incorporación/transversalización como proceso técnico-político y la estructura para desarrollarlo

Otro de los principales desafíos es la articulación del marco teórico-conceptual con la formulación de acciones y su concreción a partir de instancias estables y de calidad institucional: “En verdad, esta brecha entre discursos y acciones efectivas no es nueva ni exclusiva de algunos países con menores recursos o compromisos con la igualdad de género, [...] se trata de un proceso complejo desde el punto de vista técnico-político”²⁰.

Efectivamente, la integración o transversalización del enfoque de género es un concepto que orienta un proceso político y técnico, donde su viabilidad y eficacia, como hemos visto, están condicionadas por la interrelación de diversos factores. Dentro de las instituciones, la transversalización implica inducir un cambio, un proceso de transformación en un sistema complejo y multidimensional; por tanto, supone analizar las condiciones de viabilidad para su implementación, considerando sus diferentes niveles (García, 2008)²¹:

- Político (voluntad política y legitimación de las iniciativas).
- Financiero (contar con los recursos necesarios).
- Administrativo (procesos, prácticas, personal, procedimientos).
- Jurídico (soporte normativo).
- Sociocultural (aceptación negociada frente a posibles resistencias).

Entendemos que los procesos de transformación en el MSPS deberían ser progresivos y planificados. Las experiencias muestran que, por lo general, se desarrollan en un marco de interacción de campos de fuerza diferentes, de promoción del cambio por un lado y de restricciones o resistencias por otro, e implican estrategias de incidencia interna.

Existen diferentes recursos metodológicos para un análisis institucional que permiten una planificación estratégica acorde a sus características, cometidos y contexto. El documento de propuesta de lineamientos propone para las entidades territoriales una herramienta de gran utilidad para diagnosticar las capacidades institucionales para la transversalización del enfoque de género, basada en instrumentos para el desarrollo de capacidades para la transversalización²². No obstante, estas herramientas son también de utilidad para el análisis del propio contexto institucional del MSPS.

El análisis de los niveles políticos y técnicos que el documento de lineamientos propone para la transversalización incluye aspectos clave para la implementación de una estrategia. En este sentido, se comparte que la viabilidad política no solo se refiere a la voluntad y compromiso de las máximas autoridades con la política acordada, sino además al ejercicio político de los diferentes actores sensibles y comprometidos con los compromisos de género, involucrados en las distintas dimensiones de la política institucional. Estos actores no solo juegan un rol clave en la interna institucional, sino también en la interlocución y articulación con actores externos, para generar alianzas en favor de acciones que deben sostenerse en el tiempo. Por esta razón, los mecanismos institucionales a cargo de la igualdad/equidad de las políticas de género son entidades estratégicas, y si bien por sí

20. Informe precedente de esta asistencia técnica de EUROsociAL.

21. La elaboración de matrices FODA es un método muy útil y pertinente para este análisis.

22. Basado en el documento del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Agencia Catalana de Cooperació al Desenvolupament (2012): “Destino Igualdad: Ruta de desarrollo de capacidades institucionales para el mainstreaming de género en las políticas públicas”.

solos no son suficientes para el necesario cambio cultural, son indispensables como el resto de los factores (García, 2012).

En este marco, el compromiso con la igualdad/equidad de género en las políticas de salud debe tener una expresión en la estructura institucional (unidad, oficina, mecanismo), para liderar estos procesos y contribuir a la concordancia entre el marco conceptual, las prioridades políticas en salud y los enfoques técnicos vigentes del MSPS.

Si bien algunas expresiones han puesto en cuestión la existencia de mecanismos específicos en las instituciones, la experiencia viene demostrando que la “responsabilidad de todos” puede ser de “ninguno” y la transversalización es un proceso transformador, de cambio que no surge espontáneamente y debe ser inducido, planificado y gradual. Debe contemplar entonces tres características básicas, como proceso **estratégico, sistémico y participativo** (García, 2012).

Es imprescindible que el mecanismo definido cuente con **condiciones básicas** para avanzar en un proceso de incorporación/transversalización del enfoque de igualdad/equidad de género:

- Debe ser creado y respaldado con la norma institucional correspondiente, contando así con el reconocimiento por parte de las autoridades para su actuación e injerencia en la integración del enfoque de género en las políticas del sector.
- Debe tener un lugar jerarquizado dentro de la estructura ministerial y procurar las condiciones para integrar el organigrama institucional.
- Debe estar integrado por un equipo de personas, con dedicación exclusiva para el desarrollo de sus cometidos. Es importante que ellas tengan —o adquieran— las capacidades necesarias para esta misión, dado que percibir y comprender las desigualdades de género es un proceso que requiere formación, capacitación y entrenamiento.
- Debe estar debidamente financiada y contar con los recursos necesarios para desarrollar sus cometidos.
- Es importante que entre sus **cometidos** explícitos incluya:
 - Promover, orientar, monitorear y evaluar la incorporación/transversalización del enfoque de igualdad y equidad de género y el empoderamiento de las mujeres en todas las políticas, planes y programas institucionales.

Una vez definido el marco conceptual y en base al análisis de las condiciones de viabilidad institucional, es posible avanzar hacia una **planificación estratégica** para las políticas de salud y género. Recordemos que la misma debiera incluir entre sus diferentes componentes:

- Marco conceptual y metodológico sobre incorporación y transversalización de acuerdo al proceso a desarrollar y los aportes sugeridos por esta asistencia técnica.
- Líneas de sensibilización y capacitación del personal del MSPS de todos los niveles con el fin de que los enfoques de igualdad/equidad de género sean comprendidos e integrados en sus áreas y proyectos.
- Generar, desarrollar y mantener líneas de participación y consulta, así como alianzas con instituciones estatales, organizaciones sociales, de mujeres y ámbitos académicos especializados en

estudios de género. En este marco es importante fomentar la participación activa de las mujeres y grupos más desfavorecidos, fortaleciendo el empoderamiento para una redistribución más justa de cargas, beneficios y poder para influir sobre el desarrollo de la salud (OPS, 2009).

- Asimismo es clave incentivar la participación de los varones en la deconstrucción de los modelos patriarcales que restringen la autonomía de ambos géneros.

En otro orden, como señalamos, el MSPS —en el marco de iniciativas internas tendientes a la incorporación del enfoque de género en sus políticas— ha promovido el desarrollo de diferentes acciones. Dentro de ellas, además de la propuesta de lineamiento para la incorporación del enfoque de género, se desarrolló un relevamiento de los conocimientos, creencias y percepciones sobre los roles y la igualdad de género en funcionarios/as ministeriales²³. Es importante que estos valiosos esfuerzos y sus aportes se integren en el diseño de una estrategia más amplia, que sean socializados y validados por los actores involucrados.

En síntesis y reafirmando lo ya expresado en el documento precedente, este mecanismo jugaría un rol clave en todos estos procesos y en la incorporación de las recomendaciones de esta asistencia técnica para dar lugar a definiciones claras y aplicables a todos los documentos, instrumentos y prácticas del MSPS.

Las entidades territoriales de salud en el marco de las políticas de salud y género

Si bien los acuerdos internacionales y la Constitución Política mandatan al Estado la protección de los derechos ciudadanos, la responsabilidad en el logro del principio de la igualdad no solo es un compromiso compartido entre los entes públicos, sino también de toda la ciudadanía y las organizaciones que la componen.

En el campo de la salud (como en otras políticas), su efectivo alcance a la población requiere de la desconcentración del abordaje del derecho a la salud en los distintos aparatos del Estado y de la descentralización de las acciones públicas en las diferentes organizaciones y entidades que integran el sistema de salud en el territorio. A estas últimas está dirigida la propuesta de lineamientos elaborada.

Se trata entonces de un territorio, como escenario que reconoce la existencia de múltiples actores para el logro de los objetivos estratégicos. En este marco y retomando los principios de la transversalización del enfoque de género²⁴, recordemos la importancia de las acciones participativas y la búsquedas de consensos con actores de la implementación. Es importante recordar la importancia de los consensos con las áreas o actores involucrados para la legitimación y apropiación de acciones concretas, de lo contrario, el objetivo de la política de incorporación/transversalización se evapora, con el consecuente fracaso de esta meta.

Como ya fuera mencionado, entendemos que es necesario construir condiciones básicas para ese proceso de incorporación y transversalización del enfoque igualdad y equidad de género, desde el cual el MSPS enmarque cada una o algunas de las políticas, planes y programas tanto centrales como descentralizados, así como en sus documentos, instrumentos y prácticas.

23. Junto con la elaboración del documento de “Lineamiento técnico y metodológico para la transversalización del enfoque de género en Salud y Protección Social”, se desarrolló una encuesta con el fin de establecer una línea de base sobre género y equidad, a partir de la identificación de roles, percepciones y conocimiento sobre género de los funcionarios ministeriales.

24. En cuanto a la corresponsabilidad de los diferentes actores, el rol protagónico de la rectoría en salud y demás involucrados de este sistema, ver página 34.

SALUD Y GÉNERO: APORTES PARA LA TRANSVERSALIDAD DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

Consideramos que los lineamientos para las entidades territoriales se enmarcarán en ese proceso, permitiendo de esa forma desarrollar definiciones, contenidos y prioridades de acuerdo a la visión estratégica consensuada para las políticas de salud y género. Sobre esas bases, puede resultar muy oportuno desarrollar los 3 ejes de trabajo que se distinguen en la propuesta de lineamientos:

- La institucionalización del enfoque de género en las entidades y las etapas a recorrer en ese proceso.
- Orientaciones para incorporación del enfoque de género en las políticas, planes y programas de las entidades.
- Etapas y componentes para la incorporación del enfoque de género en las políticas, planes y programas.

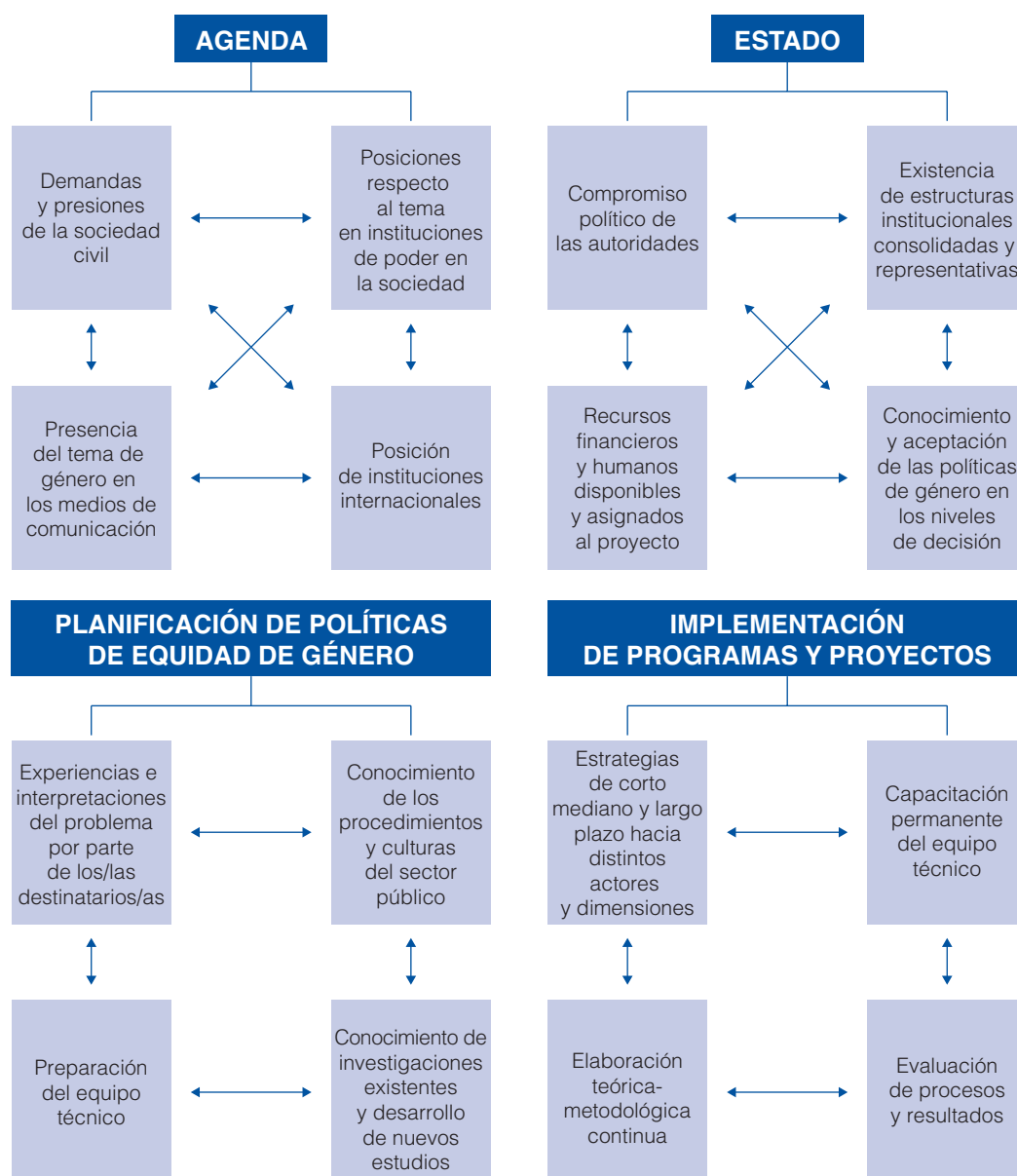
Consideramos que se trata de una metodología valiosa en tanto orienta pasos a desarrollar.

En suma, para lograr la aplicabilidad de los mismos, entendemos conveniente que deben situarse en el marco de los ejes desarrollados en los puntos anteriores, considerando:

- La visión estratégica de las políticas de salud y género definida, consensuada y expresada con una clara formulación política, conceptual y técnica.
- Los contenidos, objetivos y metas de acuerdo al contexto, la visión estratégica y las prioridades de las políticas de salud.
- Un plan de acción diseñado en base a acuerdos y consensos con las instancias responsables de la ejecución.
- Una estrategia para promover e incentivar el desarrollo en las entidades territoriales de salud, de las condiciones de aplicabilidad de las políticas de igualdad/equidad de género del sector (competencias y/o capacidades para su desarrollo técnico, financiero, administrativo, etc.).

Anexo I. Red de elementos clave para estrategias de planificación e implementación de políticas de equidad de género

Elaborado por Gloria Bonder (2002), inspirado en Caren Levy (1998): "Using the web to institutionalize gender", en *Debate. Reflecting on Organizations and Development*, vol. 5, n.º 2, abril de 2002.



Anexo II. Guías y documentos recomendados

Estrategias y transversalidad de género

- Gómez Gómez, Elsa (2002a): “Género, equidad y salud: Retos para la acción”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5/6), OPS.
- Velasco Arias, Sara (2008): “Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud”. Disponible en: <http://asociaciont4.com/wp-content/uploads/2016/11/Recomendaciones-para-la-pr%C3%A1ctica-cl%C3%Adnica-del-enfoque-de-g%C3%A9nero-en-programas-de-salud.pdf>

Guías sobre género y salud

- OPS (2009): “Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud”. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guia_para_analisis_monitoreo_equidad_genero.pdf
- OPS (2010): “Género y Salud: una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>
- García Calvente, M^a del Mar (ed.) (2010): “Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud”. Serie de monografías EASP, n.º 48, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 173 págs. Disponible en: <https://www.easp.es/uíact/uía-para-incorporar-la-perspectiva-de-genero-a-la-investigacion-en-salud/>
- García Calvente, M^a del Mar (ed.) (2013): “Guía de indicadores para medir la igualdad de género en salud y sus determinantes”. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud, 141 págs. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Gu%C3%Ada%20de%20Indicadores%20para%20medir%20la%20Desigualdad%20en%20Salud%20y%20sus%20Determinantes..pdf>
- García Calvente, M^a del Mar; Jiménez Rodrigo, M^a Luisa; Martínez Morante, Emilia (2005): “Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género”. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/PROPUESTA_DE_GUIA_NIVEL_POLITICAS_DE_INVESTIGACION_EN_SALUD.pdf

Desigualdades de género en salud

- Delgado, Ana y Lopez Fernandez, Luis A. (2004): "Práctica profesional y género en atención primaria. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social". Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400018
- Gómez Gómez, E. (2002b): "Género, equidad y acceso a los servicios: una aproximación empírica". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5/6), OPS.
- Ramos-Lira, Luciana (2014): "¿Por qué hablar de género y salud mental?". México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001
- Ruiz Cantero, María Teresa (2009): "Sesgos de género en la atención sanitaria2. Universidad de Alicante. Disponible en: file:///C:/Users/ISABEL/AppData/Local/Temp/EASP_NSP_Sesgos_genero_Nueva_SP_Vinculado-1.pdf
- Tajer, Débora (2006): "Mujeres y enfermedad cardiovascular. Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes". Buenos Aires. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862006000100024
- Tajer, Débora; Gaba, Mariana y otros (2011): "Equidad de género en la calidad de atención de niños y niñas". Buenos Aires,. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100041
- Tajer, Débora y otros (2014): "Equidad de género en la calidad de atención en adolescencia". Buenos Aires. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000100023

Bibliografía

- Bonder, Gloria (2002): "Mainstreaming: Avatares de una estrategia de incorporación de la equidad de género en las políticas públicas". Buenos Aires.
- García, Evangelina (2008): "Políticas de Igualdad, Equidad y *Gender Mainstreaming*. ¿De qué estamos hablando?: Marco Conceptual". América Latina Genera. PNUD.
- García, Evangelina (2012): "Organismos y mecanismos para la igualdad de género. Una mirada a la evolución de la institucionalidad de los entes a cargo del logro de la igualdad de género. Referencias a América Latine y el Caribe. El caso mexicano". México.
- Gómez Gómez, Elsa (2002): "Equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud de América Latina y el Caribe". *Revista Panamericana de Salud Pública*. OPS.
- Guzmán, Virginia (2001): "La institucionalidad de género en el estado. Nuevas perspectivas de análisis". Santiago de Chile. CEPAL. Unidad Mujer y Desarrollo.
- OMS/OPS/Unicef/COMISCA (2017): Abordajes cruzados: un análisis de género y salud en políticas storias de América Latina y el Caribe. Informe de análisis.
- OPS (2005): Política de Igualdad de Género.
- OPS (2009a): Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud.
- OPS (2009b): Plan de Acción para la implementación de la política de igualdad de género de la OPS 2009-2014.
- OPS/OMS (2014): Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. "En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad". Documento oficial n.º 345.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Agencia Catalana de Cooperació al Desenvolupament (2012): "Destino Igualdad: Ruta de desarrollo de capacidades institucionales para el *mainstreaming de género en las políticas públicas*".
- Rosenfeld, Mónica (2003): "Programación Estratégica, análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizaciones; la gestión y la evaluación de políticas de equidad de género". Seminario Género y Políticas Públicas. PRIGEPP- FLACSO Argentina.

PARTE III
**Informe de recomendaciones
para la incorporación del enfoque
de género en las políticas de salud**

Isabel Soto

Introducción

Este informe es el tercer producto de la asistencia técnica brindada al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), con el apoyo de EUROsociAL+.

Esta asistencia técnica se propuso brindar orientaciones conceptuales, metodológicas y estratégicas que contribuyan en la adopción de medidas y definir planes de acción sistemáticos y sostenibles para la incorporación y transversalización del enfoque de igualdad de género en las políticas de salud de Colombia. Este documento presenta las recomendaciones para este proceso.

La preparación de las mismas se realizó en base al análisis documental previo¹, a la propuesta de “Lineamientos para la transversalización del enfoque de género” elaborada por el MSPS y a consideraciones sobre las condiciones y capacidades que facilitan la implementación de medidas y acciones en este marco², organizadas en tres ejes.

1. Informe de diagnóstico de asistencia técnica de EUROsociAL: “Salud y Género: aportes para avanzar hacia la transversalidad del enfoque de igualdad de género en las políticas de salud. Estudio y análisis de las políticas de salud y género basado en aportes documentales y testimoniales del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia”, elaborado por Gloria Bonder, con la colaboración de Isabel Soto y Anabella Benedetti. mayo, 2018.

2. “Claves y desafíos de la incorporación del enfoque de género en salud. Aportes al proceso de institucionalización y a la construcción de lineamientos para la transversalidad”, elaborado por Isabel Soto.

Recomendaciones para la incorporación/transversalización e institucionalización del enfoque de género en las políticas de salud del MSPS

Compromiso con la igualdad/equidad de género y planificación estratégica

- I. Para avanzar en la incorporación/transversalización del enfoque de género en las políticas de salud, es necesario contar con la **voluntad política y compromiso** al más alto nivel de las autoridades del MSPS. Se sugiere que este compromiso se exprese en un mandato explícito vinculado a las competencias del sector y a cómo se traducirá en sus **políticas, programas y acciones** en consonancia con los acuerdos internacionales y con la **Política Pública Nacional de Equidad de Género** y sus principios.
- II. Definir un **marco teórico-conceptual** preciso, coherente y consensuado con representantes de las distintas áreas del MSPS y otros actores sociales y académicos, que permita el diseño de una planificación y agenda estratégica viable de las políticas de igualdad en salud y género.
 - a. Se sugiere que el marco conceptual y metodológico sobre incorporación y transversalización del enfoque de igualdad/equidad de género en salud se defina de acuerdo al proceso a desarrollar y a los aportes sugeridos por esta asistencia técnica.
 - b. Se recomienda situar el marco conceptual y metodológico en el marco de las políticas de salud existentes, definir y **analizar su viabilidad** (política, económica, institucional, social), evaluando apoyos, aliados, tiempos y recursos, entre otros aspectos.
 - c. Se recomienda precisar la definición y alcance del **enfoque diferencial**, su relación con los enfoques de derechos, de equidad social, interseccionalidad, curso de vida, determinantes sociales y cómo se conjuga con el enfoque de igualdad/equidad de género para la concordancia de las acciones en el marco de una política de salud.
- III. En base al marco teórico-conceptual definido formalmente, diseñar un **plan estratégico para la igualdad de género en salud**, de corto, mediano y largo plazo, elaborado en conjunto con el área de planificación del organismo y con otros sectores que expresen compromiso con este propósito.
 - a. Se recomienda que la definición de objetivos, metas y líneas de acción integre articuladamente diferentes enfoques considerando las necesidades prácticas de género y los intereses estratégicos:

1. Acciones específicas dirigidas a la **salud de mujeres y/o varones** cuando los desequilibrios de género así lo requieran
 2. Acciones que intervengan sobre las **desigualdades en salud** basadas en la relación jerárquica entre mujeres y hombres y la discriminación de lo femenino en la salud.
 3. Acciones sobre los **determinantes sociales de género** que se reproducen a través de roles y contenidos, provocando exposición a riesgos diferenciales en la salud.
 4. Acciones desde un **enfoque integral de género** que incluya la morbilidad diferencial, necesidades específicas de salud de mujeres y hombres, atención a las desigualdades e inequidades de género y análisis de los factores determinantes psicosociales de género.
- IV. En base a las definiciones que anteceden y al análisis de viabilidad realizado, situar la incorporación/transversalización del enfoque de igualdad y equidad de género en cada una o en algunas de las **políticas, planes y programas** que lleva a cabo el MSPS.
- a. Profundizar y planificar estratégicamente acciones para la incorporación del enfoque de igualdad/equidad de género en el **Plan Decenal de Salud Pública**, incorporando metas e indicadores de género en todas las dimensiones prioritarias y transversales de dicho plan.
 - b. Profundizar y planificar estratégicamente acciones para la incorporación del enfoque de igualdad/equidad de género en la **Política de Atención Integral en Salud** y en sus estrategias centrales: atención primaria en salud, cuidados, gestión integral del riesgo en salud y enfoque diferencial.
 - c. Profundizar y planificar estratégicamente acciones para la incorporación del enfoque de igualdad/equidad de género en el **Modelo Integral de Atención en Salud** y en cada una de sus **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**.
 - d. A partir de las recomendaciones de la asistencia técnica de EUROsociAL, definir, consensuar y validar el diseño de lineamientos para la incorporación/transversalización del enfoque de igualdad/equidad de género en las **Entidades Territoriales de Salud**.
- V. Definir líneas de acción en **sensibilización y capacitación** del personal del MSPS de todos los niveles con el fin de que los enfoques de igualdad/equidad de género sean comprendidos e integrados en sus áreas y proyectos.
- a. Generar y promover la formación, desarrollo de capacidades y competencias para el abordaje del enfoque de género en la salud a través de diseños o dispositivos replicables en otros actores del sistema (por ejemplo: las entidades territoriales).
 - b. Diseñar modelos, guías, manuales amigables, documentos temáticos, etc., a fin de orientar la incorporación del enfoque de género en la salud dirigida a distintos públicos y actores del sistema.
 - c. Socializar la sistematización de la encuesta “Línea de base sobre género y equidad”, realizada en 2018 respecto al relevamiento de los conocimientos, creencias y percepciones sobre los roles y la igualdad de género en funcionarios/as ministeriales.

- VI. Generar, desarrollar y mantener **líneas de participación y consulta**, así como **alianzas** con instituciones estatales, organizaciones sociales, de mujeres y ámbitos académicos especializados en estudios de género.
- Fomentar la **participación activa de las mujeres** y los grupos más desfavorecidos, fortaleciendo el empoderamiento para lograr una redistribución más justa de cargas, beneficios y poder y así influir sobre el desarrollo de la salud (OPS, 2009).
 - Incentivar la **participación de los varones** en la deconstrucción de los modelos patriarcales que restringen la autonomía de ambos géneros.
 - Promover mecanismos de consultas para usuarias/os.
 - Articular y establecer **alianzas estratégicas** con diferentes actores del campo de la salud: intersectorial, interinstitucional.
 - Establecer y diseñar una estrategia de **incidencia política** basada en la planificación estratégica definida.
- VII. Promover que las **normas que regulan el derecho a la salud** integren y visibilicen el enfoque de igualdad de género, como uno de los determinantes sociales de la salud tal como lo establece la OPS.
- VIII. Generar mecanismos de **rendición de cuentas** que permitan la evaluación y monitoreo de las políticas y acciones desarrolladas.

Los problemas de salud y género: sistemas de información, evidencias y prioridades

- IX. Contribuir a fortalecer los **sistemas de información estadística** existentes, como base indispensable para la planificación, priorización y evaluación de las políticas basadas en evidencias.
- Sistematizar y analizar estudios sobre cuestiones de género y salud en el país y en la región, estimulando a universidades y centros de investigación a realizar investigaciones cuantitativas y cualitativas que contribuyan a profundizar la comprensión de las desigualdades de género, las causas que podrían ser evitables o subsanables mediante políticas o programas orientados adecuadamente y los patrones y sesgos de género en el sistema de salud.
 - Estudiar las diferentes barreras para el acceso al sistema de atención de la salud desde la perspectiva de género, considerando las dimensiones: económicas (acceso a la titularidad en el aseguramiento, capacidad de pago), socioculturales, normativas, institucionales (geográficas, transporte, infraestructura, disponibilidad de medicamentos, horarios, oferta de servicios, sesgos de género en la atención, etc.).
 - Identificar metodologías para definir prioridades en las prestaciones.

La incorporación/transversalización como proceso técnico-político y la estructura para desarrollarlo

- X. Es necesario que el compromiso político con la incorporación/transversalización del enfoque de género tenga una **expresión en la estructura institucional** a través de la creación de un mecanismo de género (sea unidad, oficina, etc.), para liderar estos procesos y contribuir a la concordancia entre el marco conceptual, las prioridades políticas en salud y los enfoques técnicos vigentes del MSPS.
- XI. Es imprescindible que el mecanismo de género cuente con las **condiciones básicas** para el desarrollo de los cometidos de la incorporación/transversalización del enfoque de género:
- a. Debe ser **creado y respaldado con la norma institucional** correspondiente, contando así con el reconocimiento por parte de las autoridades para su actuación e injerencia en la integración del enfoque de género en las políticas del sector.
 - b. Debe tener un **lugar jerarquizado** dentro de la estructura ministerial y procurar las condiciones para integrar el organigrama institucional.
 - c. Es imprescindible que esté integrado por un equipo de personas con **dedicación exclusiva** para el desarrollo de sus cometidos y que tengan —o adquieran— las capacidades necesarias para esta misión, dado que percibir y comprender las desigualdades de género es un proceso que requiere formación, capacitación y entrenamiento.
 - d. Es necesario que esté **debidamente financiada** y cuente con los recursos suficientes para desarrollar sus cometidos.
 - Se recomienda que entre sus **cometidos** explícitos incluya: “promover, orientar, monitorear y evaluar la incorporación/transversalización del enfoque de igualdad y equidad de género y el empoderamiento de las mujeres en todas las políticas, planes y programas institucionales”.

www.eurosocial.eu

EUROSOCIAL es un programa financiado por la Unión Europea que, a lo largo de sus 10 años de trayectoria, ha venido ofreciendo un espacio para el aprendizaje entre pares, así como el intercambio de experiencias entre instituciones homólogas de Europa y América Latina. EUROSOCIAL tiene como fin contribuir a la mejora de la cohesión social en los países latinoamericanos, mediante la transferencia del conocimiento de las mejores prácticas, que contribuya al fortalecimiento institucional y a la implementación de políticas públicas. Su acción parte desde la convicción de que la cohesión social debe ser considerada como fin en sí misma y, al mismo tiempo, como medio para reducir brechas porque la desigualdad (económica, territorial, social, de género) constituye un freno a la consecución de cualquier Objetivo de Desarrollo Sostenible. EUROSOCIAL cuenta con una innovadora metodología para implementar la cooperación internacional, partiendo de un diálogo institucional horizontal, flexible, complementario y recíproco, focalizando su acción en las áreas de políticas sociales, gobernanza democrática y equidad de género.

Consortio liderado por:



Publicación realizada con el apoyo de:

