

La perspectiva de género y el derecho a la salud de las mujeres en Colombia: análisis de políticas públicas, normatividad y jurisprudencia²⁶.

Gender perspective and women's right to health in Colombia: analysis of public policies, regulations and jurisprudence

Ronald Emerson Angarita Duarte²⁷

Hernán Darío Colorado Bautista²⁸

Resumen

Este capítulo busca analizar la incorporación de la perspectiva de género en el derecho a la salud de las mujeres en Colombia mediante un enfoque cualitativo, que combina la revisión doctrinal de la Constitución (arts. 13, 48 y 49), las Leyes 100/1993, 1232/2008, 1438/2011 y 1257/2008, los CONPES D.C. 14/2021 y 4080/2022, y los tratados, con el análisis de sentencias de tutela de la Corte Constitucional (SU 239/2024; T 370/2023; T 198/2023) y datos cuantitativos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) sobre brechas de género en salud. Como “intervención”, se contrastaron los mandatos normativos con su implementación práctica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, evaluando la existencia de protocolos clínicos, la capacitación del personal sanitario y la presencia de indicadores de equidad en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Asimismo, se examinaron los roles de los operadores estatales (Ministerio de Salud, EPS, IPS) y la incidencia de las tutelas como mecanismo de exigibilidad frente a la pasividad institucional.

Los resultados evidencian un marco jurídico sólido en lo formal, pero con vacíos en guías clínicas obligatorias, deficiencias en la formación

²⁶ Artículo de investigación de carácter inédito.

²⁷ Odontólogo, Universidad Santo Tomás de Aquino de Bucaramanga. Especialista en Seguridad Social en Salud. Correo electrónico: ronald.angarita@unipamplona.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3645-8883>.

²⁸ Abogado, Universidad Industrial de Santander. Especialista en Derecho Comercial. Especialista en Derecho Probatorio Penal. Correo electrónico: hedacoba@hotmail.com.

de los actores sanitarios, persistencia de estereotipos de género en la práctica clínica y ausencia de un sistema de monitoreo interinstitucional efectivo. En este contexto, la acción de tutela ha suplido parcialmente la falta de políticas públicas integrales, pero su carácter reactivo subraya la necesidad de una estrategia de Estado, por ende, resulta imprescindible promulgar instrumentos que garanticen la igualdad material en el acceso y la calidad de los servicios de salud para las mujeres.

Introducción

El movimiento feminista ha emprendido distintas luchas sociales, políticas y jurídicas, especialmente, desde el siglo pasado, con la finalidad de lograr la igualdad entre hombres y mujeres en los diferentes campos de la vida en sociedad. Producto de tales esfuerzos se ha conseguido una participación mayor de la mujer en las decisiones que afectan a gran escala el desarrollo de los distintos Estados, todo esto, gracias al surgimiento y consolidación de enfoques y perspectivas de género que han logrado generar conciencia sobre la importancia de la mujer para avanzar como sociedad y sobre la necesidad de mejorar sus condiciones de vida en ámbitos donde tradicionalmente han sido desfavorecidas.

Pero, la perspectiva de género no ha servido solo como instrumento generador de conciencia, sino que también se convirtió en una herramienta positivizada en diversas normatividades, que, en distintos ámbitos jurídicos permitió dotar a las mujeres de mecanismos para el disfrute de derechos fundamentales y sociales que en tiempos pretéritos se les restringían, o, por lo menos, no se garantizaban en la misma medida que a los hombres. Bajo ese entendido, la perspectiva de género aplicada al Derecho y a las distintas dinámicas sociales, se presenta como un factor generador de condiciones para la equidad.

De ahí que, sea importante que la perspectiva de género se aplique efectivamente como un criterio orientador, contenido en las normas jurídicas, en ámbitos tan importantes como la justicia, la economía, las dinámicas de poder, el gobierno, las relaciones laborales, en el sector de la salud, entre otros escenarios. No obstante, como lo advierte Margarita Rodelo, en la actualidad es latente la existencia de estereotipos de

género que limitan el desarrollo de la mujer, y, en consecuencia, que se avance como sociedad, aspecto sobre el cual las respuestas estatales han sido insuficientes al no generar de manera debida las políticas públicas idóneas para reducir las brechas de desigualdad para las mujeres, factor que no se presenta únicamente en Colombia, sino que es común denominador en América Latina (Rodelo, 2022, p. 2).

El sector de la salud no ha sido ajeno a esas brechas generadoras de desigualdad para la mujer en Colombia. Nótese que, según informes ejecutivos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE-, en colaboración con la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer – CPEM – y ONU MUJERES, sobre brechas de género en el país, se determinó que “las mujeres y las niñas se enfrentan a consecuencias desproporcionadas con repercusiones de largo alcance en todas las esferas, desde la salud a la economía y desde la seguridad a la protección social” (DANE, 2020, p. 23).

Lo anterior adquiere mayor gravedad si se toma en consideración que el asunto no se detiene en la simple generación de brechas de desigualdad, sino que tales brechas, en últimas, se representan en acciones que se configuran como constitutivas de violencia de género, la cual, no ocurre solo en el seno de un hogar o entre miembros de una familia, sino que, también en las prácticas institucionales de salud, como lo advierte la autora Sara Fernández Moreno, aspecto que “se convierte en una amenaza letal para el funcionamiento institucional, por su sutileza, invisibilidad y connaturalidad” (Fernández, 2007, p. 57).

Bajo esas circunstancias, resulta pertinente entrar a realizar un análisis crítico de las políticas públicas, prácticas de atención y normatividad aplicable en el sector salud colombiano, en aras de determinar la medida en que la perspectiva de género es aplicada para mitigar esas brechas discriminatorias y consecuente violencia de género en contra de las mujeres que acuden ante una institución de salud. Abordar lo anterior se configura como el objetivo principal del presente artículo, temática de trascendencia social y jurídica, pues como se señala desde la Organización Mundial para la Salud, es fundamental fortalecer la incorporación e implementación del enfoque y perspectiva de género en la legislación, políticas, programas y distintos mecanismos de planificación en el sistema de la salud, con la finalidad de promover

acciones que permitan transformar las dinámicas discriminatorias y violencia de género en las instituciones de salud, factores que pueden contribuir al reconocimiento del derecho fundamental a la salud desde una perspectiva integral (Documento CONPES D.C. 14, 2021).

1. El Marco normativo que protege a la mujer que accede a los servicios de salud en Colombia.

La Constitución Política de 1991 establece que Colombia es un estado social de derecho, comprometido con la protección de los derechos fundamentales de todas las personas, incluidos los derechos a la salud y a la igualdad. En su artículo 13, la Carta Política prohíbe explícitamente la discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, y ordena al Estado promover condiciones que aseguren la igualdad real y efectiva para todas las personas, otorgando una especial protección a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta (Constitución Política, 1991).

Por su parte, el artículo 48 Superior establece la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, teniendo en cuenta los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, ante lo cual la Corte Constitucional determina que este es un derecho irrenunciable (Sentencia C-083, 2019). Del mismo modo, el artículo 49, hace referencia a la atención en salud, que está a cargo del Estado, y que garantizará su prestación a todas las personas, reuniendo las siguientes características: es un servicio público, es de acceso universal, es irrenunciable y se prestará bajo la dirección y coordinación del Estado; a su vez, se plantea que los servicios de saneamiento y asistencia sanitaria pueden ser prestados por entidades particulares, que estarán reguladas conforme a las normas generales del servicio público y bajo la dirección y coordinación del Estado (Constitución Política, 1991).

De los artículos mencionados con anterioridad, se puede concluir que la Constitución Política de 1991 garantiza el derecho a la salud como un servicio público esencial, con énfasis en la prestación eficiente y universal, a cargo del Estado. Sin embargo, aunque constitucionalmente se sientan las bases para la igualdad y la protección de la salud, no

se menciona explícitamente dentro de la Carta, la perspectiva de género en la atención sanitaria, aspecto que deja un vacío que afecta la implementación efectiva de políticas sensibles al género, que para ser subsanado resulta necesario acudir a normas de origen legal, y de derecho internacional que integran el bloque de constitucionalidad; elementos que se expondrán a continuación.

Como punto de partida, debe resaltarse que la Ley 100 de 1993 marcó un hito en la regulación del sistema de salud colombiano al crear el Sistema General de Seguridad Social Integral, como un mecanismo universal de aseguramiento basado en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esta ley integró la salud pública con el seguro social y los servicios privados, promoviendo la competencia regulada entre los actores del sector. El sistema fue organizado en entidades de dirección, administración y prestación de servicios, estableciendo los Planes Obligatorios de Salud (POS) tanto para el Régimen Contributivo como para el Subsidiado. La ley buscó garantizar el acceso equitativo a un paquete básico de servicios, mejorar la eficiencia del sector y promover la atención preventiva y primaria, especialmente en áreas rurales y poblaciones vulnerables.

Por otra parte, con la Ley 1122 de 2007 se introdujo modificaciones orientadas a fortalecer la dirección, financiación y prestación de los servicios de salud. Se priorizó la universalización del aseguramiento, mejorando el acceso a la salud para los niveles más bajos del Sisbén. La ley también buscó racionalizar los recursos y mejorar la calidad de los servicios, estableciendo nuevos mecanismos de inspección, vigilancia y control. Además, creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), encargada de regular los aspectos técnicos y financieros del sistema, y fortaleció la salud pública a través de la implementación de un Plan Nacional de Salud Pública.

Propiamente en materia de género, es oportuno traer a colación la Ley 1232 de 2008, conocida como la Ley de la Mujer Cabeza de Familia, que tiene como objetivo de fortalecer la protección y los derechos de las mujeres que ejercen la jefatura femenina de hogar (Guerra, 2017). Es importante tomar esta normatividad en consideración en lo que atañe a la protección en materia de salud para la mujer, dado que esta establece: i) **Protección especial:** Se promueve el fortalecimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres cabeza

de familia, incluyendo una especial atención a su salud y salud sexual y reproductiva. Esto implica la ampliación de la cobertura en servicios de salud, con el objetivo de garantizarles una vida digna. ii) **Incentivos:** Se establecen incentivos para el sector privado que cree o desarrolle programas especiales de salud dirigidos a mujeres cabeza de familia, lo que incluye planes de salud que aborden sus necesidades específicas. iii) **Acceso a servicios de bienestar:** La ley contempla el acceso preferente a servicios de bienestar, lo cual abarca la atención en salud para mujeres cabeza de familia y sus dependientes, mejorando así su calidad de vida y promoviendo la equidad. iv) **Atención preferente a mujeres desplazadas:** Se otorga un tratamiento preferencial a las mujeres cabeza de familia en situación de desplazamiento forzado, asegurando su acceso a servicios de salud y otras necesidades básicas sin mayores requisitos que la demostración de su situación de vulnerabilidad. (Ley 1232, 2008).

Esta ley busca garantizar que las mujeres cabeza de familia tengan acceso a una atención de salud integral y prioritaria, reconociendo su rol y vulnerabilidades específicas dentro del núcleo familiar y la sociedad.

Por su parte, la Ley 1438 de 2011 consagra la igualdad como uno de sus principios fundamentales, garantizando el acceso a la seguridad social en salud sin discriminación para todas las personas residentes en Colombia, independientemente de su cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica. Este principio se articula sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia, y se establece la obligación de la familia, el Estado y la sociedad de cuidar, proteger y asistir a la mujer en estado de embarazo y en edad reproductiva (Ley 1438, 2011).

La mencionada ley también incorpora un enfoque diferencial que reconoce la existencia de poblaciones con características particulares, como la edad, género, raza, etnia, condiciones de discapacidad y víctimas de la violencia. Para estas poblaciones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrece garantías especiales y esfuerzos orientados a eliminar situaciones de discriminación y marginación.

En concordancia con lo anterior, el artículo 54 de la Ley 1438 de 2011 establece que la atención en salud para las mujeres víctimas de violencia física o sexual, certificadas por la autoridad competente, no generará cobros por concepto de cuotas moderadoras, copagos u otros pagos, sin importar el régimen de afiliación. La atención para eventos de violencia física o sexual deberá ser integral y continuará hasta que se certifique médicamente la recuperación de la víctima (Ley 1438, 2011).

Además, es pertinente resaltar que la prestación de servicios para las mujeres víctimas de violencia incluye atención psicológica y psiquiátrica, así como la posibilidad de alojamiento provisional, conforme a los términos de la Ley 1257 de 2008, normatividad de vital importancia para garantizar el derecho a la salud de las mujeres en Colombia, pues, como lo explican Lopera y Estrada, la mencionada ley se incorpora como marco general de interpretación frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Lopera & Estrada, 2014, p. 276).

Esta ley promueve el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos de planificación familiar, atención en salud mental y asistencia en casos de violencia sexual. Las instituciones de salud deben brindar información adecuada y respetuosa sobre los derechos de las mujeres en esta materia. Asimismo, la Ley 1257 de 2008 exige la capacitación continua del personal de salud en temas de género, violencia contra la mujer y derechos humanos, con el fin de mejorar la calidad de la atención y evitar la revictimización de las mujeres que buscan servicios de salud. Para complementar estas medidas, se implementan campañas de sensibilización y educación para prevenir la violencia contra la mujer y promover una cultura de respeto hacia sus derechos, especialmente en temas de salud sexual y reproductiva.

En el ámbito internacional también existen normas en materia de protección a la mujer que fueron ratificadas por Colombia, como, por ejemplo, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (por sus siglas en inglés, Cedaw) integrada al ordenamiento jurídico colombiano en 1982; este es uno de los tratados internacionales más relevantes en la promoción de los

derechos de las mujeres. Dicho instrumento insta a los Estados parte a adoptar medidas específicas para eliminar la discriminación contra las mujeres en todos los ámbitos, incluido el acceso a la salud, tal como lo explican Telles y Pacheco. Dichos autores señalan que la Cedaw obliga a garantizar que las mujeres tengan acceso a servicios de salud adecuados, incluida la atención prenatal, la planificación familiar y la protección contra la violencia de género (Telles y Pacheco, 2020, p. 56).

Además de la Cedaw, Colombia es parte de otros instrumentos internacionales que promueven la igualdad de género en el acceso a la salud, como la Declaración de Beijing de 1995 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. El ODS 5, en particular, busca lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas, estableciendo metas claras para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

Estos tratados refuerzan la obligación del Estado colombiano de implementar políticas de salud que reconozcan y aborden las desigualdades de género. No obstante, la efectividad de estos compromisos depende de su incorporación efectiva en las políticas nacionales y de la formación continua de los profesionales de salud en enfoques basados en derechos humanos y perspectiva de género.

Debe apuntarse que el marco normativo mencionado con anterioridad, como es natural, tuvo su impacto en la formulación del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026: Colombia, Potencia Mundial de la Vida, que incluye compromisos significativos en materia de igualdad de género y acceso a derechos fundamentales como la salud. Bajo el lema “Colombia, Potencia Mundial de la Vida”, el PND promueve la inclusión de la perspectiva de género en las políticas públicas y busca garantizar el acceso a servicios de salud de calidad para las mujeres.

De lo expuesto a lo largo del presente capítulo, se puede concluir que en Colombia existe un marco normativo que evidencia la preocupación del legislador por implementar medidas de carácter legal para aplicar criterios de género en las actuaciones prestadas por los distintos actores que intervienen en el sector de la salud. No obstante, a pesar de estos compromisos que se adquieren desde el ámbito normativo, la

implementación en la realidad sigue siendo limitada debido a barreras culturales, económicas y sociales que continúan restringiendo el acceso de las mujeres a una atención sanitaria integral y equitativa, siendo débiles las políticas públicas existentes para lograr estos fines, tal como se expondrá a continuación.

2. La necesidad de aplicar perspectiva de género al sistema de salud colombiano: fortalezas y debilidades de las políticas públicas y prácticas de atención en salud para la mujer.

Como se señaló en el CONPES 4080 de 2022 que contiene la “Política pública de equidad de género para las mujeres: hacia el desarrollo sostenible del país” formulado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social en conjunto con el Departamento Nacional de Planeación, los problemas de salud padecidos por mujeres y hombres, en apariencia, resultan similares, sin embargo, su abordaje debe llevarse a cabo de manera diferenciada. No obstante, en el referido documento se advierte que “en muchos de los análisis de la salud no se tienen en cuenta de manera diferenciada todos los factores de enfermedad, mortalidad y condiciones de bienestar de las mujeres” (CONPES 4080, 2022).

Bajo ese entendido, desde la misma formulación de la política pública destinada a la equidad de género en Colombia, se ha reconocido que en el contexto médico existen falencias a la hora de realizar los distintos procedimientos requeridos por las mujeres, pues el personal de la salud ha omitido tomar en consideración los distintos factores que las diferencian de los hombres. Tal situación es reflejo de la insuficiente aplicación de perspectiva de género en las prácticas de atención de los centros médicos del país; circunstancia que, en últimas, se torna como un elemento generador de violencia en contra de la mujer.

Así, documentos como el CONPES 4080 de 2022 en donde se formula toda una política pública destinada a generar condiciones de equidad, resulta indispensable para reducir esos factores generadores de violencia en el ámbito de la salud. La importancia de su implementación ha sido destacada por diversos documentos académicos, verbigracia, Cruz Wilches apunta que a través de esta política pública se buscó en

Colombia “generar acciones positivas para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias. Lo anterior, surge ya que la violencia se ha encontrado en aumento a tal punto de posicionarse como una problemática de salud pública” (Cruz, 2022, p. 6).

En similar sentido, Bohórquez Vargas apunta que por medio del CONPES 4080 de 2022 se introducen mecanismos importantes a la política pública de equidad de género, como, por ejemplo, el reconocimiento de la existencia de enfermedades sin diagnosticar, que eran tratadas sin acudir a enfoques diferenciales o perspectivas territoriales. Igualmente, la citada autora apunta que, con este documento, el Estado colombiano incluye en su política pública elementos como la preocupación por la salud sexual y reproductiva de las mujeres, por la salud mental, y por erradicar formas de violencia anteriormente invisibilizadas (Bohórquez, 2023, p. 91).

Por su parte, Fernández, Buitrago, Almanza y Villanueva anotan que una novedad importante del CONPES 4080 de 2022 tiene que ver con la generación de conciencia sobre la necesidad de mitigar la reproducción de imaginarios culturales y sociales que terminan multiplicando las manifestaciones de violencia contra la mujer en distintos ámbitos, especialmente, en el de la salud. Entonces, en consonancia con estos autores, se puede indicar que con esta política pública se resalta la importancia de indagar en estos imaginarios que afectan los derechos de las mujeres, a efectos de identificarlos y lograr su erradicación de las prácticas sociales e institucionales, incluido, por supuesto, el sector médico (Fernández, Buitrago, Almanza & Villanueva, 2022, p. 77).

Ahora bien, más allá de la importancia que representa la formulación del CONPES 4080 de 2022, reconocida por la doctrina, no se debe pasar por alto que su implementación en el sector de la salud, enfrenta diversos inconvenientes que terminan obstaculizando su efectividad en la realidad de las mujeres que acuden a instituciones prestadoras de servicios de salud. En tal sentido, es oportuno advertir que la política pública para la equidad de género en el ámbito específico de la salud deberá enfrentar una serie de desafíos institucionales para que sus objetivos se cumplan. Del mismo modo, existen márgenes de mejora en sus distintos postulados. Ambos aspectos serán abordados en los párrafos subsiguientes.

Bohórquez Vargas apunta que, aun cuando con el CONPES 4080 de 2022 se buscó introducir enfoques de género a la prestación del servicio de salud, las políticas planteadas se limitaron a estrategias que no cuestionaron a fondo, ni intervinieron de manera concreta en el rol de las relaciones de género (Bohórquez, 2023, p. 99). Igualmente, otros autores han destacado los obstáculos que este documento presenta para ser implementado en la realidad, verbigracia, Núñez apunta que en el sistema de salud colombiano existen “debilidades en la estructura institucional y la gobernanza del sector, que se reflejan en fallas de articulación entre políticas, actores y niveles de gobierno para garantizar el derecho a la salud” (Núñez, 2022, p. 40). Esta falta de articulación entre los actores que intervienen en la prestación del servicio de salud termina afectando la calidad del mismo, y, de manera adicional, el derecho de las mujeres para ser atendidas conforme a criterios diferenciales.

Lo advertido con anterioridad se agudiza, si se realiza una mirada al ámbito territorial. Pues bien, la autora Cárdenas García al analizar las distintas particularidades de las políticas públicas adoptadas por entes territoriales en materia de género en el sector de la salud, encontró que no hay verdaderas acciones o estrategias fijadas sobre enfoques de género en lo que corresponde a patologías transmitidas sexualmente o sobre salud sexual y reproductiva, ni tampoco se promueve la investigación sobre aspectos importantes para la salud de la mujer, ni mucho menos se ha aumentado el presupuesto destinado para la salud de las mujeres (Cárdenas, 2021, p. 66).

Nótese que, la falta de respuestas institucionales para aplicar perspectiva de género a las distintas prácticas médicas, termina representada en una insuficiente capacitación del personal médico para atender las necesidades y condiciones especiales de las mujeres en los distintos procedimientos. Es de conocimiento generalizado que, culturalmente, una gran cantidad de profesionales de la salud no están familiarizados con la relevancia de integrar criterios de género en la atención sanitaria, factor que repercute en una insuficiente capacidad para identificar y responder a las necesidades específicas de diferentes grupos poblacionales. Cabe advertir que, sin una formación idónea, es difícil que puedan ofrecer una atención integral y sensible a las diferencias de género.

Como consecuencia de lo anterior, se tiene que será un aspecto de difícil solución incorporar criterios de género a la prestación de servicios médicos, pues más allá de la existencia de políticas públicas, su implementación en la realidad se ve obstaculizada por cuestiones institucionales y presupuestales que impactan en la formación de los profesionales médicos en asuntos de género. Entonces, también será difícil erradicar formas de violencia de género que han afectado a las mujeres en la atención médica, como, por ejemplo, la obstétrica, que ha adquirido protagonismo en el último tiempo, especialmente si se trata de mujeres migrantes.

Debe tomarse en consideración que, como lo señala Fernández Moreno, “la violencia de género es resultado de un proceso relacional, histórico, construido socialmente como producto de las interacciones sociales entre las personas” (Fernández, 2007, p. 53). Por tal razón, el espacio hospitalario, su organización y estructura, debe estar diseñado para erradicar las formas de violencia que afectan a las mujeres, aspecto sobre el cual, las políticas públicas y las prácticas de atención en Colombia, quedan debiendo.

Esa deuda con las mujeres del país, ha sido reconocida por las mismas instituciones oficiales. Por ejemplo, el Ministerio de Salud y Protección Social al intervenir ante la Corte Constitucional en la Sentencia SU-239 de 2024, informó que actualmente están trabajando en mejorar las políticas públicas existentes en salud preventiva y de sensibilización, a efectos de que las mujeres no reproduzcan en sus decisiones, estereotipos que permeen sus proyectos de vida, especialmente, en el ámbito de procedimientos quirúrgicos de carácter estético. Pero, no es solo ese ámbito puntual de la práctica médica en donde deben reforzarse los criterios de género, por lo que, dicho Ministerio deberá actualizar y buscar una formulación de políticas integrales de género para todos los actos médicos.

3. Jurisprudencia de la Corte Constitucional garantizando la prestación de servicios médicos con perspectiva de género.

En vistas de las problemáticas indicadas en el capítulo anterior, han sido los jueces de tutela quienes adquirieron protagonismo a la hora de

dar aplicación a la normatividad que protege a la mujer y obliga a las autoridades a implementar criterios de género en el servicio médico. Así, en el presente capítulo se analizarán algunos pronunciamientos de la Corte Constitucional resaltando la necesidad de garantizar la atención médica con perspectiva de género en el país.

Inicialmente, resulta relevante hacer mención de la Sentencia SU-239 de 2024. En esa oportunidad, la Corte Constitucional avocó conocimiento de un caso relacionado con seis mujeres que al realizarse procedimientos quirúrgicos de carácter estético, tuvieron complicaciones de salud tanto física como mental, sobre las cuales, al acudir a su EPS para recibir tratamiento médico para recuperar su salud, encontraron obstáculos que terminaron vulnerando sus derechos fundamentales a la salud y a la dignidad humana, toda vez que los médicos tratantes negaron prescribir los distintos servicios requeridos, al indicar que este tipo de eventualidades no son cobijadas por el PBS.

Sobre estas circunstancias fácticas, la Corte Constitucional procedió unificar reglas jurisprudenciales, en los siguientes términos: en primer lugar, anotó que los procedimientos estéticos destinados a embellecer no están incluidos en el Plan de Beneficios de Salud (PBS). Sin embargo, si la principal intención de una cirugía estética es recuperar la dignidad y la salud mental de las personas, el sistema deberá financiar los procedimientos requeridos. En segunda medida, se señaló que los médicos y EPS deben ordenar o autorizar tratamientos para extraer biopolímeros o implantes mamarios, sin alegar que son consecuencias de cirugías estéticas. Finalmente, se unificó que las EPS deben valorar dictámenes y órdenes médicas de médicos particulares para diagnosticar y tratar síntomas de procedimientos estéticos (Sentencia SU-239, 2024).

Es importante esta decisión del Órgano de Cierre de la Jurisdicción Constitucional, pues logra unificar dentro de su jurisprudencia, unos criterios llamados a reducir los estereotipos que afectan los derechos fundamentales de las mujeres que requieren de servicios médicos con posterioridad a una cirugía estética que le ocasionó complicaciones de salud. Sobre tal aspecto, la Corte anotó que es fundamental garantizar que quienes deseen someterse a cirugías estéticas cuenten con información adecuada sobre el procedimiento, las sustancias inyectadas y los

riesgos médicos asociados. Además, es crucial ofrecerles información sobre los estereotipos estéticos perjudiciales que podrían influir en su decisión, asegurando que dicha información no juzgue las motivaciones del paciente, sino que busque sensibilizarlos sobre sus elecciones sin imponer juicios o señalamientos (Sentencia SU-239, 2024).

Por otra parte, dentro de la Sentencia T-370 de 2023 se estudió un caso relacionado con la falta de continuidad por parte de la EPS a un tratamiento de fertilización in vitro de la ciudadana accionante, así como la negativa para elegir su médico tratante; circunstancias que vulneraban sus derechos fundamentales a la vida, integridad personal y a la salud, especialmente, en los ámbitos sexuales y reproductivos. Sobre tales particularidades, la Corte Constitucional apuntó que las usuarias del servicio de salud tienen el derecho al cambio de galeno, ya que, con fundamento en el principio de libre escogencia, las percepciones de los pacientes son importantes, más allá que no se verifique una mala praxis por parte del médico. Asimismo, el Máximo Tribunal Constitucional realizó apuntes importantes sobre aplicar criterios de género en prácticas médicas donde se involucren asuntos sexuales y reproductivos, a saber:

Es necesario reiterar que los profesionales en salud, en los casos en los que están involucrados derechos sexuales y reproductivos, deben tener un especial cuidado en el respeto a la autodeterminación reproductiva y no interferir a través de juicios morales o subjetivos en las decisiones personales de los pacientes. En el caso específico de los tratamientos de reproducción asistida es necesario reiterar que cualquier comportamiento que suponga la fijación de estereotipos etarios para el ejercicio de los derechos reproductivos en las mujeres supone un tipo de violencia de género (Sentencia T-370, 2023).

Así, es importante ese llamado que hace la Corte Constitucional a los profesionales de la salud del país, en el sentido de ser cuidadosos de no vulnerar la autodeterminación reproductiva de sus pacientes con juicios subjetivos, máxime si se toma en consideración que factores culturales o construcciones sociales con sesgos o estereotipos claramente marcados, históricamente han influido en el modo como las mujeres se perciben y en la manera como abordan sus problemas de salud, y en la autonomía o posibilidad de tomar las riendas de su propio destino, incluida la faceta reproductiva (Lafaurie, 2009, p.3).

De otro lado, un asunto que adquirió un protagonismo notable en la jurisprudencia de la Corte Constitucional relacionada con perspectiva de género en el ámbito médico, tiene que ver con los casos de violencia obstétrica. No ha sido caprichosa la preocupación de la Corte por, desde sus sentencias, neutralizar esta problemática, pues, como lo anota Soto Toussaint, “la violencia obstétrica y la morbilidad materna han sido un patrón repetitivo de fallas estructurales por parte del Estado y de la sociedad. La violencia obstétrica representa una intersección entre la violencia de género y la violencia institucional en salud” (Soto, 2016, p. 55).

Pues bien, en la Sentencia T-198 de 2023, el Órgano de Cierre de la Jurisdicción Constitucional seleccionó para su revisión, una acción de tutela en donde se evidenciaba que por parte de una IPS se ejerció violencia obstétrica en contra de la accionante en el procedimiento del parto, en donde el profesional médico usó expresiones de carácter abusivo; pero también en la etapa posterior al parto, al ser negligentes en la atención del proceso de recuperación de la mujer gestante, factor que le generó secuelas físicas importantes.

En esta ocasión, la Corte hizo un llamado de atención fuerte a todos los profesionales de la salud del país, especialmente, aquellos involucrados en los hechos objeto de controversia dentro de la referida sentencia, en el sentido que, deben bajo todo evento evitar convertirse en agentes de un tipo de violencia que, de manera silenciosa, ignora los derechos de las mujeres que buscan atención en los servicios de salud reproductiva, como lo es la violencia obstétrica. En ese sentido, el Máximo Tribunal Constitucional advirtió que la profesionalidad del personal de la salud no puede evaluarse únicamente por la eficacia de sus técnicas y procedimientos o por el logro de ciertos objetivos médicos, sino que, la manera en que se aplican estos procedimientos es igualmente importante para la integridad de un profesional. Por lo tanto, ofrecer un trato digno, respetuoso y adecuado a las personas a las que atiende es fundamental para definir lo que significa ser un profesional íntegro (Sentencia T-198, 2023).

Bajo ese entendido, añadió la Corte que es fundamental que el personal de la salud adquiera conciencia sobre sus palabras y comportamientos, y la manera en que estos pueden transgredir los derechos de las mujeres

que reciben atención obstétrica, máxime si se tiene en cuenta que, por su estado de vulnerabilidad, requieren de una atención preferente y especial tanto en la etapa de parto como en el posparto (Sentencia T-198, 2023).

Estas consideraciones fueron reiteradas por la Corte Constitucional en Sentencias como la T-357 de 2021, SU-048 de 2022, T-576 de 2023, entre otras, en donde, aplicando perspectiva de género en sus decisiones, amparó los derechos fundamentales de las mujeres víctimas de violencia obstétrica, y emitió las respectivas órdenes para que los implicados en tales vulneraciones de derechos, tomaran las medidas institucionales idóneas para mitigar esta problemática que ha ocasionado daños físicos y psicológicos a muchas mujeres en el país, y que, como lo apunta Barbosa Jardim,

“retrata una violación de los derechos humanos y un grave problema de salud pública, revelada en los actos negligentes, imprudentes, omisos, discriminatorios e irrespetuosos practicados por profesionales de salud y legitimados por las relaciones simbólicas de poder que naturalizan y banalizan su ocurrencia” (Barbosa, 2018, p.1).

Así las cosas, en el presente capítulo se logra visibilizar la labor de la Corte Constitucional para subsanar algunas falencias estructurales en la prestación de los servicios médicos en el país, ante la falta de aplicación de perspectiva de género en los distintos procedimientos realizados a mujeres, dadas las notables barreras institucionales, presupuestales y sociales o culturales que han impedido materializar las normas de carácter legal y de derecho internacional, así como las políticas públicas fijadas para generar condiciones de equidad de género.

Conclusiones

Constitucionalmente se encuentra consagrada la obligación del Estado colombiano de brindar seguridad social en salud a todas las personas residentes en el territorio nacional en condiciones de igualdad. Tales prerrogativas se desprenden al realizar una lectura armónica e integral de los artículos 13, 48 y 49 superiores. Sin embargo, del tenor literal de la Carta Política no se observa una mención explícita de la obligación de aplicar perspectiva de género a la atención sanitaria, lo cual, constituye

un claro vacío normativo, que se debe llenar recurriendo a normatividad de origen legal y a normas de derecho internacional debidamente ratificadas por Colombia que integran el bloque de constitucionalidad.

En efecto, por medio de normatividades como la Ley 1232 de 2008, la Ley 1438 de 2011 o la Ley 1257 de 2008 se integran al ordenamiento jurídico colombiano distintos mandatos encaminados a aplicar criterios de género en los distintos procedimientos médicos brindados por las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Del mismo modo, a través de instrumentos internacionales como la Cedaw, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas se incorporan al ordenamiento jurídico colombiano unas obligaciones para eliminar los factores que generan discriminación en contra de la mujer en distintos ámbitos, incluido el de la salud.

No obstante, a pesar de la existencia de estos mandatos normativos, su efectividad en la práctica se encuentra limitada por cuestiones culturales, económicas, sociales e institucionales que impiden el acceso a las mujeres a unos servicios de salud integrales y conscientes de las necesidades que de manera diferenciada requieren por su género. Así, la misma Política Pública de Equidad de Género para las mujeres contenida en el CONPES 4080 de 2022 ha omitido aspectos importantes para lograr una verdadera equidad para las mujeres en el ámbito sanitario, pero también, en todo lo que abarcó, encontró barreras presupuestales e institucionales para ser aplicadas a satisfacción en la realidad.

En vistas de tales problemáticas, ha sido la Corte Constitucional el órgano encargado de dar garantía a las mujeres que, por una u otra circunstancia sufrieron discriminación o algún tipo de violencia a la hora de acceder a los servicios médicos, logrando aplicar en su jurisprudencia criterios de género, necesarios para ordenar a las distintas instituciones que integran el Sistema de Salud colombiano que presten un servicio diferenciado y acorde a cada una de las necesidades que requieran las mujeres del país para tratar sus patologías con un trato acorde a los lineamientos que exige el derecho fundamental a la dignidad humana.

En este orden de ideas, se recomienda la creación de un Observatorio Nacional de Salud con Enfoque de Género, adscrito al Ministerio de Salud, que recopile y desagregue datos epidemiológicos, de cobertura

y de calidad de los servicios, con el propósito de elaborar informes trimestrales que permitan calibrar el impacto de las políticas, detectar brechas emergentes y generar alertas tempranas sobre prácticas discriminatorias.

Asimismo, resulta indispensable fortalecer la vinculación entre salud, educación y trabajo, para abordar los determinantes sociales que inciden de forma diferenciada en la salud de las mujeres (violencia de género, brecha salarial, cargas de cuidado). Una mesa técnica permanente entre los ministerios competentes y el DNP garantizaría un enfoque integral y coordinado, orientado a la reducción sostenible de desigualdades.

Ahora bien, para asegurar la implementación real de los protocolos y la formación continua, es necesario asignar recursos presupuestales específicos en el Plan Nacional de Desarrollo y en el presupuesto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De este modo, se garantizará disponibilidad de fondos para capacitación, evaluación de resultados y fortalecimiento institucional en todos los niveles territoriales.

Finalmente, conviene establecer mecanismos de incentivos (certificaciones, reconocimientos) para las IPS y EPS que cumplan con estándares de género, junto con la obligación de reportar públicamente anualmente el grado de cumplimiento de protocolos sensibles al género, de manera que la transparencia y la rendición de cuentas se erijan en motor de mejora continua.

Referencias

- Barbosa Jardim, D. M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(1). Obtenido de: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.
- Bohórquez Vargas, M. C. (2023). *El enfoque de género en el sector salud y la salud en las políticas de género en Colombia, 1990-2022*. (tesis de maestría). Bogotá D.C., Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/66469>.
- Cárdenas García, Y. C. (2021). *Política pública de equidad de género para las mujeres del Departamento de Casanare: un análisis desde el enfoque de derechos*. (tesis de maestría). Bogotá D.C., Colombia: Universidad Externado de Colombia. Obtenido de: <https://bdigital.uexternado.edu.co/entities/publication/2f0ca770-e8c2-4438-86f3-01db2e02ff6c>.
- Constitución Política de Colombia. (1991). Asamblea Nacional Constituyente. Bogotá, D.C., Colombia: *Gaceta Constitucional* No. 116 del 20 de julio de 1991. Obtenido de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html.
- Cruz Wilches, A. M. (2022). *Deficiencias en la implementación del eje de autonomía y empoderamiento económico desde la política pública de equidad de género, como herramienta de erradicación de la violencia en las mujeres del municipio de Villavicencio, Meta*. (tesis de especialización). Bogotá D.C., Colombia: Universidad El Bosque. Obtenido de: <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/434e23a6-e4ef-4738-a3f2-706dc3a7a14a>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2020). *Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia*. Bogotá D.C., Colombia: DANE – CPEM – ONU MUJERES. Obtenido de: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/>

género/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-género-colombia-resumen-ejecutivo.pdf.

Documento CONPES D.C. 14. (27 de enero de 2021). *Política pública de mujeres y equidad de género 2020-2030*. Bogotá D.C., Colombia: Secretaría Distrital de la Mujer – Alcaldía Mayor de Bogotá. Obtenido de: https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-03/documentos/doc_conpes_d.c_14_ppmyeg_1%281%29.pdf.

Documento CONPES 4080. (18 de abril de 2022). *Política pública de equidad de género para las mujeres: hacia el desarrollo sostenible del país*. Bogotá D.C., Colombia: Consejo Nacional de Política Económica y Social – Departamento Nacional de Planeación. Obtenido de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/Conpes/Econ%C3%B3micos/4080.pdf>.

Fernández Matos, D., Buitrago, B., Almanza Iglesia, M. & Villanueva Hincapié, C. (2022). Tolerancia institucional de la violencia contra las mujeres. *Justicia*, 27(42), 1-21. Obtenido de: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/justicia/article/view/6068>.

Fernández Moreno, S. Y. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12), 59-76. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54561202.pdf>.

Guerra Acevedo, J. E. (2017). Derechos de las madres cabeza de familia. *ABCES Jurídico*, 63, 1-4. Obtenido de: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/3065>.

Lafaurie, M. M. (2009). Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. *Médicas UIS, Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 22(2), 176-182. Obtenido de: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/367>.

Ley 1232. (17 de julio de 2008). Congreso de la República. *Por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C., Colombia: Diario

Oficial No. 47.053 de 17 de julio de 2008. Obtenido de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=31591>.

Ley 1438. (19 de enero de 2011). Congreso de la República. *Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C., Colombia: Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011. Obtenido de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355#:~:text=Es%20obligaci%C3%B3n%20de%20la%20familia,su%20desarrollo%20arm%C3%B3nico%20e%20integral>.

Lopera Vélez, M. I. y Estrada Jaramillo, L. M. (2014). Derechos Laborales y de la Seguridad Social para las mujeres en Colombia en cumplimiento de la Ley 1257 de 2008. *Revista de Derecho*, 44(1), 269-296. Obtenido de: <https://doi.org/10.14482/dere.44.7198>.

Núñez, J. (2022). ¿Qué hacer en salud? Bogotá D.C., Colombia: Fedesarrollo, Centro de Investigación Económica y Social. Obtenido de: <https://repository.fedesarrollo.org.co/rest/bitstreams/7afa8356-5310-42bb-970d-e0dc3b692836/retrieve>.

Rodelo García, M. R. (2022). Estereotipos y ausencia de perspectiva de género como factores que aumentan las brechas de desigualdad en América Latina bajo el enfoque de los ODS n° 5 y 10. *Revista Legem*, 8(1), 1-12. Obtenido de: <https://investigaciones.uniatlantico.edu.co/revistas/index.php/login/issue/view/242>.

Sentencia C-083, (27 de febrero de 2019). Corte Constitucional. Sala Plena. M.P.: Alberto Rojas Ríos. Bogotá D.C., Colombia: Referencia: Expediente D-12042. Obtenido de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-083-19.htm>.

Sentencia SU-239, (20 de junio de 2024). Corte Constitucional. Sala Plena. M.P.: José Fernando Reyes Cuartas. Bogotá D.C., Colombia: Referencia: Expedientes T-9.231.209; T-9.393.008; T-9.414.374; T-9.574.244, T-9.605.161 y T-9.955.782 acumulados. Obtenido de: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/SU239-24.htm#_ftnref57.

- Sentencia T-198, (1 de junio de 2023). Corte Constitucional. Sala Octava de Revisión. M.P.: Cristina Pardo Schlesinger. Bogotá D.C., Colombia: Referencia: Expediente T-9.128.555. Obtenido de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/T-198-23.htm>.
- Sentencia T-370, (19 de septiembre de 2023). Corte Constitucional. Sala Primera de Revisión. M.P.: Natalia Ángel Cabo. Bogotá D.C., Colombia: Referencia: Expediente T- 9241567. Obtenido de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/T-370-23.htm>.
- Soto Toussaint, L. H. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39 (1), 55-60. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>.
- Telles Nichele, C. & Pacheco Ferreira, A. (2020). Tratados internacionales de derechos humanos: efectos sobre la salud de la mujer. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 18(3), 55-66. Obtenido de: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/download/525/531>.