

**Enfoque diferencial de género en la atención en salud en La Dorada (Caldas):
implementación local, barreras institucionales y percepciones de actores comunitarios e
institucionales, 2020–2023**

Carlos Alberto Jiménez Vera

Asesor

Lenin Eduardo Guerra García

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD.

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas - ECJP

Maestría en Gobierno, Políticas Públicas y Desarrollo Territorial

2026

Agradecimientos

A Celeste, hija del cielo:

Fruto de un amor maduro, sincero, desinteresado y comprometido; siempre dispuesto a dar sin esperar nada a cambio.

Mi pequeña grandilocuente: bailas como quien conversa con el viento; cantas como quien guarda un tesoro en cada nota; narras historias que dibujan mundos nuevos. Miras la vida con ojos de exploradora: te cuestionas, reflexionas, analizas y buscas, incansable, la verdad que late detrás de cada palabra.

Tu sonrisa es la razón para creer en un futuro sin fronteras; un mañana lleno de oportunidades, donde las mujeres escriben su propio destino y la violencia estructural es apenas un recuerdo superado. Un mundo donde brille, sin sombras, la mujer rebelde, independiente, fuerte e intrépida, que lucha y seguirá luchando por sus derechos.

Resumen

La presente investigación analiza la implementación del enfoque diferencial de género en la atención en salud del municipio de La Dorada, Caldas, durante el período 2020–2023, a partir de las percepciones de actores comunitarios e institucionales. El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo y adoptó un diseño de estudio de caso descriptivo-interpretativo y exploratorio, sustentado en cinco entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes clave con experiencia en veeduría ciudadana en salud, liderazgo social y trabajo en derechos de las mujeres. La estrategia analítica se apoyó en un análisis temático de contenido con codificación híbrida deductiva e inductiva, articulando categorías derivadas de la literatura sobre género, implementación de políticas públicas e interseccionalidad, con categorías emergentes del corpus empírico (Braun y Clarke, 2006; Patton, 2015).

Los hallazgos muestran que en La Dorada existe reconocimiento normativo del enfoque diferencial de género, pero su traducción a prácticas concretas de atención es parcial, fragmentaria y débilmente institucionalizada. Los testimonios coinciden en la persistencia de barreras estructurales de acceso, tales como demoras en citas y autorizaciones, entrega incompleta de medicamentos, débil capacidad de respuesta institucional e insuficiente infraestructura. A ello se suma una implementación limitada y discontinua de acciones específicamente dirigidas a las necesidades de las mujeres, en especial en salud mental, violencias basadas en género, atención territorial, salud sexual y reproductiva y formación del talento humano. La participación comunitaria aparece como mecanismo activo de mediación entre población e instituciones, aunque con escasa capacidad vinculante sobre las decisiones públicas. Adicionalmente, se identificó una apropiación conceptual heterogénea del enfoque diferencial: mientras algunos actores lo comprenden como la necesidad de responder a desigualdades específicas, otros lo asocian con trato igualitario indiscriminado, lo cual constituye un obstáculo epistémico para la implementación.

Se concluye que la implementación del enfoque diferencial de género en salud en La Dorada opera más como mandato normativo disperso que como política pública normalizada en la práctica cotidiana de los servicios. En consecuencia, el fortalecimiento del enfoque exige no solo lineamientos formales, sino también capacidades institucionales sostenidas, rutas de atención territorializadas, formación conceptual del talento humano en género e interseccionalidad, sistemas de seguimiento y mecanismos eficaces de rendición de cuentas.

Palabras clave: Enfoque diferencial, género, implementación de políticas públicas, interseccionalidad, La Dorada, Salud pública, veeduría ciudadana.

Abstract

This study analyzes the implementation of the gender-differential approach in healthcare services in La Dorada, Caldas (Colombia), during the period 2020–2023, based on the perceptions of community and institutional actors. The research followed a qualitative approach and was designed as a descriptive-interpretive and exploratory case study, grounded in five semi-structured interviews with key informants involved in community oversight, social leadership, and women's rights advocacy. The analysis used a hybrid thematic coding strategy, combining deductive categories drawn from the literature on gender, policy implementation, and intersectionality with inductive categories emerging from the interview corpus (Braun & Clarke, 2006; Patton, 2015).

Findings show that, in La Dorada, there is normative recognition of the gender-differential approach, but its translation into concrete care practices remains partial, fragmented, and weakly institutionalized. Testimonies consistently point to structural access barriers such as delays in appointments and authorizations, incomplete medication delivery, weak institutional response capacity, and insufficient infrastructure. Actions specifically aimed at women's needs remain limited and discontinuous, especially in mental health, gender-based violence, territorial outreach, sexual and reproductive health, and staff training. Community participation functions as an active mediation mechanism between citizens and institutions, although with low binding influence over public decisions. Additionally, the study identified a heterogeneous conceptual appropriation of the differential approach among local actors, which constitutes an epistemic barrier to implementation.

The study concludes that the implementation of the gender-differential approach in health in La Dorada operates more as a dispersed normative mandate than as a public policy normalized in everyday service practices. Therefore, strengthening this approach requires not only formal guidelines, but also sustained institutional capacities, territorialized care pathways,

conceptual training of health workers in gender and intersectionality, monitoring systems, and effective accountability mechanisms.

Keywords: differential approach, gender, policy implementation, intersectionality, La Dorada, public health, community oversight.

Tabla de Contenido

Introducción	12
Contextualización del problema	12
Planteamiento del problema	15
Pregunta de investigación.....	16
Objetivos	17
General	17
Específicos.....	17
Justificación	18
Alcance y limitaciones del estudio	19
Estructura del documento	20
Marco teórico, conceptual y de antecedentes	21
Antecedentes de investigaciones previas.....	21
Antecedentes internacionales y regionales	21
Antecedentes nacionales.....	23
Vacío que justifica la investigación	25
Fundamentos conceptuales.....	25
Enfoque de género	25
Transversalización del enfoque de género en salud	26
Enfoque diferencial en salud.....	27
Interseccionalidad	28
Implementación de políticas públicas en salud.....	29
Participación comunitaria y gobernanza en salud	31
Marco normativo pertinente	32
Marco analítico del estudio	32
Metodología	35

Enfoque epistemológico y diseño del estudio	35
Unidad de análisis, corpus empírico y muestreo	35
Técnica de producción de información e instrumento	38
Procedimiento de campo y consideraciones éticas	39
Ruta analítica: análisis temático con codificación híbrida	40
Trazabilidad entre teoría, códigos y categorías	43
Rigor cualitativo	44
Resultados	45
Procedencia analítica de los hallazgos	45
Barreras y condiciones de acceso a la atención	45
Programas y acciones con enfoque diferencial para mujeres	47
Participación comunitaria y veeduría ciudadana	49
Salud mental como necesidad crítica subatendida	50
Inclusión de grupos vulnerables e interseccionalidad	52
Brecha entre norma e implementación	53
Discusión	55
De la norma a la práctica: una implementación fragmentada	55
Barreras estructurales de acceso y límites del enfoque diferencial	56
Acciones para mujeres: presencia formal, baja continuidad y débil institucionalización	57
Participación comunitaria como gobernanza compensatoria	58
Salud mental, violencias y punto ciego de la implementación	58
La disputa conceptual entre igualdad formal e interseccionalidad	59
Tesis interpretativa final del caso	60
Conclusiones y recomendaciones	61
Conclusión general	61
Conclusiones derivadas de los objetivos	61

Recomendaciones justificadas a partir de los hallazgos	62
Aportes del estudio y líneas futuras de investigación	65
Referencias	67
Apéndices	71

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Marco analítico</i>	33
Tabla 2 <i>Unidad de análisis</i>	37
Tabla 3 <i>Información e instrumento</i>	39
Tabla 4 <i>Fase analítica</i>	42
Tabla 5 <i>Trazabilidad entre teoría, códigos y categorías</i>	43
Tabla 6 <i>Barreras y condiciones de acceso a la atención</i>	46
Tabla 7 <i>Programas y acciones con enfoque diferencial para mujeres</i>	48
Tabla 8 <i>Participación comunitaria y veeduría ciudadana</i>	50
Tabla 9 <i>Salud Mental</i>	51
Tabla 10 <i>Hallazgos</i>	63

Lista de Apéndices

Apéndice A <i>Entrevista 1 (E1) Ludirnela Pérez Carvajal</i>	72
Apéndice B <i>Entrevista 2 (E2) Eduardo Muñetón Bustamante</i>	82
Apéndice C <i>Entrevista 3 (E3) María Isabel Sánchez García</i>	87
Apéndice D <i>Entrevista 4 (E4) José Joaquín Sierra Ramírez</i>	91
Apéndice E <i>Entrevista 5 (E5) Kennedy Castillo</i>	96

Introducción

Contextualización del problema

La transversalización del enfoque de género en los sistemas de salud se ha consolidado en las últimas décadas como una estrategia central para corregir desigualdades persistentes en el acceso, la calidad de la atención, la producción de información y la organización institucional de los servicios sanitarios. La Organización Mundial de la Salud, en su manual dirigido a gestores de salud, estableció que el enfoque de género debe dejar de entenderse como un añadido retórico y convertirse en un instrumento operativo integrado en diagnóstico, planificación, diseño de servicios, gestión del personal, recolección de datos y monitoreo (World Health Organization [WHO], 2011). En la misma dirección, la Organización Panamericana de la Salud ha insistido en que el problema no se limita a reconocer que mujeres y hombres experimentan necesidades distintas, sino a transformar las condiciones institucionales que reproducen sesgos, invisibilizan desigualdades y dificultan respuestas pertinentes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

Desde la perspectiva teórica de la interseccionalidad, formulada originalmente por Crenshaw (1991) para mostrar cómo diversas formas de opresión género, raza, clase, territorio se entrelazan y producen experiencias diferenciadas de exclusión, la comprensión del acceso a la salud no puede limitarse a una sola variable. Como han señalado Hankivsky y Christoffersen (2008) en el contexto canadiense, y Miranda-Montero, Anctil-Avoine y Hankivsky (2020) para el caso colombiano, una lectura no interseccional de la transversalización del género puede conducir a respuestas homogéneas que invisibilizan cómo la pobreza, la ruralidad, la pertenencia étnica, la condición de víctima del conflicto armado o la orientación sexual diversa modifican las barreras que enfrentan las mujeres para acceder al sistema de salud.

En Colombia, esta discusión adquiere relevancia particular por la convergencia entre tres procesos. El primero es la consolidación de un lenguaje normativo de derechos, equidad, enfoque diferencial y cierre de brechas, reflejado en instrumentos como la Política Nacional de

Equidad de Género adoptada mediante el CONPES 4080 de 2022 (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2022). El segundo proceso es la persistencia de desigualdades estructurales marcadas por pobreza, ruralidad, conflicto armado, violencias basadas en género, discriminación territorial y exclusiones que afectan de manera diferenciada a las mujeres y a otras poblaciones. El tercero es la adopción, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, de lineamientos específicos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud mediante la Resolución 2138 de 2023, que convierte este enfoque en un criterio expreso de gestión pública sectorial y no en una simple recomendación discursiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

El caso de La Dorada, Caldas, resulta especialmente pertinente porque permite observar cómo se enfrenta esa exigencia normativa en la escala cotidiana de la prestación del servicio de salud en un municipio intermedio. De acuerdo con la fuente territorial oficial TerriData, administrada por el Departamento Nacional de Planeación, el municipio cuenta con aproximadamente 75.448 habitantes, de los cuales el 51,8 % son mujeres, con predominio de población urbana y presencia de diversidad social, étnica y territorial (DNP, s. f.). Según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018), la estructura poblacional del municipio muestra una proporción significativa de mujeres en edad fértil, personas adultas mayores y población juvenil, lo que configura perfiles diferenciados de necesidad en salud. La Dorada, además, se encuentra en una zona de convergencia territorial entre Caldas, Cundinamarca, Boyacá y Tolima, condición que genera dinámicas poblacionales, migratorias y socioeconómicas particulares, incluyendo la presencia de población desplazada por el conflicto armado y personas en situación de vulnerabilidad económica.

En ese contexto, indagar por la implementación del enfoque diferencial de género en la atención en salud implica examinar si la institucionalidad local reconoce de manera efectiva las necesidades específicas de mujeres gestantes, cuidadoras, víctimas de violencias basadas en género, mujeres rurales, adolescentes, personas con identidades y orientaciones sexuales

diversas y otros grupos expuestos a barreras diferenciadas. La relevancia analítica del problema radica en que la literatura especializada ha demostrado de forma consistente que la mayor dificultad de la transversalización del enfoque de género no se ubica en el plano declarativo, sino en el de la implementación efectiva. Las políticas pueden mencionar el enfoque, los lineamientos pueden existir y los protocolos pueden ser formalmente expedidos; sin embargo, como advirtieron Lipsky (2010) en su análisis clásico de la burocracia de nivel de calle, y González Vélez, Coates, Díaz García y Wolfenzon (2020) en su estudio comparado sobre transversalización del género en salud en Guatemala, Guyana y Perú, la distancia entre la formulación de las políticas y su materialización en los servicios depende de capacidades organizacionales, recursos, formación del personal, coordinación y voluntad institucional sostenida.

Planteamiento del problema

La presente tesis parte de una constatación ampliamente respaldada por la literatura sobre implementación de políticas públicas: la transversalización del enfoque de género suele avanzar con mayor rapidez en el nivel normativo que en el operativo. La OPS (2019) ha advertido que la incorporación sustantiva del enfoque requiere institucionalización, recursos, autoridad administrativa, capacidad de coordinación, monitoreo y articulación con la sociedad civil; cuando estos componentes no se consolidan, el enfoque permanece visible en el discurso, pero débil en la práctica. En la misma dirección, WHO (2011) sostuvo que un sistema de salud sensible al género necesita instrumentos concretos de gestión, producción de información, formación del talento humano y mecanismos de evaluación, pues la sensibilización general no basta para transformar rutinas institucionales. Esta advertencia es corroborada por la teoría de la burocracia de nivel de calle (Lipsky, 2010), según la cual las políticas públicas no se materializan automáticamente desde los niveles centrales, sino que son reinterpretadas, adaptadas y, en ocasiones, distorsionadas por los funcionarios que las implementan en el terreno, quienes operan bajo presiones de recursos escasos, sobrecarga laboral y metas ambiguas.

En el caso colombiano, Miranda-Montero et al. (2020) mostraron que la transversalización del género no puede entenderse como una técnica neutral importada sin mediaciones, sino como un proceso atravesado por conflicto armado, violencia machista, racismo, clasismo y fuertes desigualdades territoriales. Su propuesta interseccional, inspirada en los planteamientos de Crenshaw (1991) y adaptada al contexto latinoamericano por autoras como Viveros Vigoya (2016), implica que el análisis de la implementación debe observar no solo la existencia de normas, sino también las condiciones materiales, políticas, culturales y organizacionales que permiten o impiden su materialización en el nivel local.

El material empírico del caso de La Dorada confirma la pertinencia de esta preocupación. Los testimonios de actores comunitarios e institucionales describen demoras

prolongadas en citas y autorizaciones, entrega incompleta de medicamentos, insuficiente capacidad resolutoria, baja continuidad de programas, debilidad en salud mental, comprensión heterogénea del enfoque diferencial y una distancia persistente entre lo que "está en el papel" y lo que efectivamente reciben las usuarias. Algunos informantes consideran que la justicia sanitaria consiste ante todo en ofrecer el mismo trato a todas las personas; otros, especialmente la informante con trayectoria en género y violencias, subrayan que esa neutralidad aparente invisibiliza desigualdades históricas y necesidades específicas de las mujeres. Esta tensión epistémica entre igualdad formal y diferenciación sustantiva constituye un hallazgo central que atraviesa todo el estudio y que la literatura sobre interseccionalidad y salud ha documentado ampliamente (Hankivsky, 2012; Bowleg, 2012).

En consecuencia, el problema de investigación no consiste en medir el impacto general del enfoque de género sobre la paridad, el empoderamiento económico o la participación política de las mujeres en el municipio.

Esa formulación sería incompatible con el alcance empírico y metodológico de un estudio cualitativo de caso basado en cinco entrevistas a informantes clave. La cuestión central es más precisa y metodológicamente coherente: comprender cómo se implementa o no se implementa el enfoque diferencial de género en la atención en salud de La Dorada, cuáles barreras y facilitadores perciben los actores clave, qué brechas persisten entre la norma sectorial y la práctica cotidiana de los servicios, y cómo la apropiación conceptual del enfoque por parte de los actores territoriales condiciona su materialización.

Pregunta de investigación

¿Cómo se implementa el enfoque diferencial de género en la atención en salud del municipio de La Dorada (Caldas), según las percepciones de actores comunitarios e institucionales, durante el período 2020–2023?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la implementación del enfoque diferencial de género en la atención en salud del municipio de La Dorada (Caldas), a partir de las percepciones de actores comunitarios e institucionales durante el período 2020–2023.

Objetivos específicos

Identificar cómo comprenden los informantes clave el enfoque diferencial de género y cómo perciben su traducción a la atención en salud local.

Caracterizar las barreras y estrategias existentes relacionadas con el acceso y la atención en salud con enfoque diferencial.

Analizar el papel de la participación comunitaria y las veedurías ciudadanas en la garantía del derecho a la salud.

Determinar las brechas entre el marco normativo y la implementación de las políticas de salud con enfoque de género e interseccionalidad.

Justificación

La investigación se justifica, en primer lugar, por su pertinencia pública y territorial. En un municipio donde las mujeres representan más de la mitad de la población y donde las barreras ordinarias de acceso ya afectan la oportunidad y continuidad de la atención, resulta indispensable examinar si la respuesta institucional incorpora criterios que reconozcan desigualdades históricas y necesidades específicas (DNP, s. f.; Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). La Resolución 2138 de 2023 convierte la transversalización del enfoque de género en una obligación normativa verificable del sector salud, lo que significa que los municipios están formal y jurídicamente comprometidos a implementar este enfoque. Estudiar cómo esa obligación se traduce o no en la práctica cotidiana de un municipio intermedio como La Dorada constituye un aporte directo a la comprensión del proceso de implementación territorial de la política sectorial. Esta pertinencia se refuerza al considerar que La Dorada, por su ubicación geográfica en la confluencia de cuatro departamentos, presenta dinámicas poblacionales complejas migración, desplazamiento, vulnerabilidad económica que interceptan con las desigualdades de género en el acceso a la salud.

En segundo lugar, la tesis se justifica por su pertinencia académica y su contribución al vacío de conocimiento. Como señalaron González Vélez et al. (2020) en su estudio comparado en Guatemala, Guyana y Perú, una de las principales limitaciones de la investigación sobre transversalización del género en salud es que tiende a concentrarse en el plano normativo o en escalas nacionales y regionales, con escasa atención a los procesos de implementación municipal y a las percepciones de los actores territoriales que experimentan o median el funcionamiento cotidiano del sistema. En Colombia, este vacío es particularmente notorio: si bien existen estudios relevantes sobre enfoque de género en salud como los de Calderón-Jaramillo et al. (2020) sobre población trans, o la revisión de Alarcón Garavito et al. (2023) sobre salud mental, la comprensión cualitativa y situada de cómo los municipios intermedios traducen o no el enfoque diferencial en prácticas reales de atención sigue siendo limitada. La

presente investigación contribuye a llenar ese vacío desde un estudio de caso territorialmente anclado.

En tercer lugar, existe una justificación metodológica. Un estudio cualitativo apoyado en informantes clave permite captar procesos, sentidos, tensiones y mediaciones institucionales que no suelen ser visibles en estadísticas agregadas. Como sostienen Creswell (2013), Kvale y Brinkmann (2009) y Patton (2015), este tipo de abordaje es especialmente pertinente cuando el interés investigativo se dirige a comprender cómo actores situados interpretan un proceso institucional, cómo viven sus limitaciones y cómo atribuyen significado a prácticas, rutinas y omisiones. La combinación de codificación deductiva e inductiva, propia del análisis temático de Braun y Clarke (2006), permite articular la lectura teórica con los sentidos emergentes, produciendo una interpretación trazable y metodológicamente rigurosa.

Finalmente, la investigación posee utilidad aplicada. Sus hallazgos pueden aportar insumos para la gestión local en campos como formación del talento humano en género e interseccionalidad, fortalecimiento de rutas de atención, territorialización de acciones, consolidación de rutas de salud mental con enfoque diferencial, respuesta a violencias basadas en género, seguimiento a tiempos de atención y mejoramiento de mecanismos participativos vinculantes. De este modo, la tesis no solo contribuye al debate académico sobre género, salud e implementación, sino que también produce conocimiento situado útil para la acción pública municipal.

Alcance y limitaciones del estudio

La investigación se diseñó como un estudio de caso cualitativo, descriptivo-interpretativo y exploratorio (Yin, 2018; Stake, 1995). Su alcance se limita al análisis de la implementación del enfoque diferencial de género en la atención en salud del municipio de La Dorada, Caldas, durante el período 2020–2023. La evidencia principal proviene de cinco entrevistas semiestructuradas a informantes clave, complementadas con revisión bibliográfica y documental de fuentes normativas, académicas e institucionales relevantes.

Por su naturaleza cualitativa, el estudio no pretende medir impacto causal, representar estadísticamente a toda la población usuaria ni evaluar de manera integral la política municipal de género o el plan de desarrollo. Su valor reside en la profundidad interpretativa, en la reconstrucción de patrones discursivos y en la identificación de tensiones entre diseño normativo e implementación local. Entre sus limitaciones se encuentran: el número acotado de entrevistas, que responde a la lógica del muestreo intencional por criterios y no a una pretensión de representatividad estadística; la dependencia de percepciones de actores clave que, si bien poseen conocimiento denso sobre el funcionamiento del sistema, no sustituyen la voz directa de las mujeres usuarias; y la imposibilidad de acceder de forma homogénea a información administrativa detallada sobre la totalidad de rutas, programas y presupuestos territoriales. Estas limitaciones, lejos de invalidar los hallazgos, los sitúan dentro de un alcance epistemológico coherente con el diseño cualitativo y señalan líneas futuras de investigación complementaria.

Estructura del documento

El documento se organiza en seis capítulos. El primero presenta la contextualización del problema, el planteamiento, la pregunta, los objetivos, la justificación y el alcance. El segundo reconstruye el marco teórico, conceptual y de antecedentes mediante tres bloques: antecedentes de investigaciones previas, fundamentos conceptuales y marco analítico para la lectura del caso. El tercero desarrolla la estrategia metodológica, la selección de informantes clave, el instrumento, la ruta de análisis temático y la trazabilidad entre teoría, códigos y categorías. El cuarto presenta los resultados organizados en seis categorías depuradas y directamente vinculadas a la pregunta central. El quinto discute los hallazgos en diálogo con la literatura especializada, articulando cada resultado con el marco teórico y con los antecedentes. El sexto expone conclusiones derivadas de los objetivos y recomendaciones justificadas en los hallazgos, e identifica aportes y líneas futuras de investigación.

Marco teórico, conceptual y de antecedentes

Este capítulo se organiza en cuatro secciones diferenciadas que responden a las exigencias de coherencia interna del estudio: antecedentes de investigaciones previas que permiten ubicar el vacío específico que justifica la tesis; fundamentos conceptuales que definen las categorías analíticas centrales; marco normativo pertinente; y marco analítico construido para la lectura del caso. Esta estructura responde directamente a la necesidad, señalada por los evaluadores, de que el marco teórico funcione como matriz de lectura del caso y no como contexto decorativo.

Antecedentes de investigaciones previas

Antecedentes internacionales y regionales

La investigación sobre transversalización del enfoque de género en salud ha producido una base de evidencia consistente en torno a un hallazgo recurrente: la distancia entre la adopción formal de políticas de género y su implementación efectiva en los servicios. El estudio más relevante para esta tesis en el ámbito regional es el de González Vélez, Coates, Díaz García y Wolfenzon (2020), publicado en la *Revista Panamericana de Salud Pública*. Las autoras, vinculadas a la OPS y a organizaciones de investigación en género y salud, analizaron las experiencias de Guatemala, Guyana y Perú con el propósito de identificar lecciones estratégicas sobre transversalización del género en salud. El estudio se basó en revisión de literatura gris legislación, documentos de política y programas y en 37 entrevistas semiestructuradas a informantes clave. Su marco analítico incluyó siete categorías consideradas esenciales para el avance de la transversalización: estructuras organizacionales, mecanismos institucionales, recursos humanos y financieros, coordinación con mecanismos nacionales de la mujer, relación con sociedad civil, producción de información desagregada y monitoreo. El hallazgo central fue que, pese a esfuerzos significativos, persisten barreras estructurales como la complejidad del sistema de salud combinada con baja capacidad técnica, política y financiera de las unidades encargadas de la transversalización, así como una

coordinación limitada con los mecanismos nacionales de promoción de la mujer. Este antecedente resulta directamente útil porque confirma que la consolidación normativa puede avanzar más rápido que la consolidación operativa, un planteamiento que resuena con fuerza en el caso de La Dorada.

En el ámbito institucional más amplio, la OPS (2019) elaboró un balance de avances y desafíos de la transversalización del género en salud en la Región de las Américas. El informe, producido por el principal organismo sanitario interamericano con responsabilidad en orientación técnica a los Estados miembros, mostró que los países de la región han incorporado con mayor facilidad discursos de equidad y lineamientos generales que mecanismos efectivos de institucionalización, monitoreo, asignación de recursos y rendición de cuentas. El documento identifica como problema central la confusión entre "tener un enfoque de género" y "contar con la capacidad institucional para implementarlo de manera sostenida". Para esta tesis, ese hallazgo es fundamental porque ofrece un referente regional para comprender por qué el reconocimiento normativo en La Dorada puede coexistir con baja capacidad operativa, fragmentación de acciones y debilidad en la apropiación técnica del enfoque.

Complementariamente, la WHO (2011) elaboró un manual práctico para gestores de salud orientado a demostrar que el enfoque de género debe incorporarse en diagnóstico, planificación, diseño de servicios, gestión del personal, recolección de datos y monitoreo. El valor de esta obra para la presente tesis radica en que no se limita a reivindicar el enfoque de género desde un plano normativo abstracto, sino que lo sitúa como una herramienta operativa de gestión sectorial y propone dimensiones concretas para evaluar si los sistemas de salud están efectivamente incorporando la perspectiva de género. Desde esta perspectiva, la pregunta relevante no es si la política menciona el enfoque, sino si el sistema dispone de instrumentos para hacerlo funcionar.

En el campo más reciente de la investigación sobre barreras a la agenda de salud sexual y reproductiva en América Latina, Rivillas-García et al. (2024) condujeron un estudio cualitativo con 27 informantes clave de seis países de la región entre ellos Colombia, cuyos hallazgos revelan barreras estructurales como la inestabilidad política, la financiación insuficiente, la debilidad programática y la implementación desigual de políticas en contextos federales o descentralizados. Este antecedente refuerza la pertinencia de examinar la implementación local del enfoque de género en salud, pues confirma que las dificultades identificadas en La Dorada no son anomalías aisladas sino manifestaciones de un patrón regional.

Antecedentes nacionales.

En el contexto colombiano, Miranda-Montero, Anctil-Avoine y Hankivsky (2020) constituyen un antecedente especialmente pertinente tanto por tema como por contexto de producción académica. Las autoras, vinculadas a la Universidad Industrial de Santander, a la Universidad Autónoma de Bucaramanga y a la Universidad Simón Fraser de Canadá esta última reconocida por su liderazgo en investigación sobre interseccionalidad y políticas de salud, articularon investigación cualitativa, análisis documental y una propuesta interseccional para examinar la transversalización del género en Colombia. El texto resulta especialmente valioso para esta tesis por dos razones. En primer lugar, porque sitúa la transversalización en un contexto nacional atravesado por conflicto armado, violencia machista, racismo, clasismo y fuertes desigualdades territoriales, evitando una lectura tecnocrática y descontextualizada del enfoque. En segundo lugar, porque insiste en que una comprensión no interseccional del género puede llevar a respuestas homogéneas incapaces de captar cómo distintas opresiones se entrecruzan en la experiencia concreta de las personas. Esta advertencia resulta decisiva para el análisis del caso de La Dorada, donde varios informantes equiparan equidad con trato idéntico mientras otros resaltan la necesidad de diferenciación sustantiva.

Otro antecedente nacional altamente pertinente es el estudio cualitativo de Calderón-Jaramillo et al. (2020), publicado en *International Journal for Equity in Health*, sobre la adaptación de servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades de personas trans en Colombia. El equipo de investigación, conformado por profesionales del Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá y otras instituciones colombianas, desarrolló un estudio con metodología cualitativa que permitió documentar cómo la ausencia de enfoque diferencial no se expresa solo en deficiencias administrativas, sino también en sesgos relacionales, desconocimiento institucional, patologización y erosión de la confianza de las personas usuarias. El valor de esta fuente radica en que amplía la comprensión de la implementación: no basta con ofertar servicios si el trato, el lenguaje institucional y las prácticas cotidianas reproducen exclusión. Este hallazgo ofrece un marco interpretativo directamente aplicable a La Dorada, donde las entrevistas revelan que parte de los actores locales no distingue entre trato igualitario y trato equitativo con enfoque diferencial.

En el campo de la salud mental, la revisión sistemática de Alarcón Garavito, Burgess, Dedios Sanguinetti, Peters y Vera San Juan (2023), publicada en *PLOS Global Public Health*, ofrece un marco comparativo particularmente importante. Los autores, vinculados a instituciones como el London School of Hygiene and Tropical Medicine, la London School of Economics y la Universidad de los Andes, revisaron la evidencia disponible sobre implementación de servicios de salud mental en Colombia. Sus hallazgos identifican barreras persistentes como coordinación insuficiente entre niveles de atención, bajas capacidades financieras, altas cargas de trabajo, rotación de personal y limitada continuidad de las acciones. También documentan que, aun cuando algunos estudios mencionan mujeres o poblaciones vulnerables, la incorporación explícita del género como dimensión estructurante de la implementación sigue siendo débil. Este antecedente resulta especialmente útil para interpretar uno de los hallazgos más fuertes del caso de La Dorada: la salud mental emerge como

necesidad crítica reconocida por todos los informantes, pero sin rutas suficientemente robustas, territorializadas ni leídas desde una perspectiva de género.

Adicionalmente, en el plano de las políticas territoriales de equidad de género, el Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2023) elaboró un mapeo de políticas públicas de equidad de género a nivel territorial en Colombia que documenta avances normativos significativos en departamentos y municipios, pero también identifica dificultades persistentes en cuanto a monitoreo, evaluación, articulación interinstitucional y apropiación local del enfoque. Este estudio confirma que el problema de la implementación fragmentada no es exclusivo de La Dorada, sino que responde a un patrón nacional más amplio de debilidad institucional territorial para la operativización de las políticas de género.

Vacío que justifica la investigación

En conjunto, estos antecedentes muestran un vacío específico que justifica la investigación: aunque existe literatura relevante sobre género, transversalización e implementación en salud en Colombia y en la región, sigue siendo limitada la comprensión cualitativa y situada de cómo estos procesos se materializan o no en municipios intermedios concretos desde la percepción de actores comunitarios e institucionales que observan, median y experimentan el funcionamiento cotidiano del sistema local de salud. Los estudios disponibles tienden a concentrarse en escalas nacionales, en contextos urbanos de grandes ciudades o en poblaciones específicas (como personas trans o usuarios de servicios de salud mental), pero rara vez abordan la implementación territorial del enfoque diferencial de género en salud desde la perspectiva de veedores, líderes comunitarios y actores con conocimiento directo de las barreras del sistema en un municipio intermedio. La presente tesis contribuye a llenar ese vacío.

Fundamentos conceptuales

Enfoque de género. El enfoque de género es una perspectiva analítica que permite comprender cómo las diferencias socialmente construidas entre lo femenino y lo masculino, así

como las relaciones de poder asociadas a ellas, producen desigualdades en acceso a recursos, autonomía, reconocimiento, participación y derechos. Desde esta perspectiva, el género no se reduce a una diferencia biológica entre sexos, sino que remite a un entramado de normas, expectativas, roles y jerarquías que organiza la vida social y afecta la experiencia de la salud, la enfermedad, el cuidado y la atención institucional (WHO, 2011; Scott, 1986).

Aplicado al campo de la salud, el enfoque de género cuestiona la supuesta neutralidad de prácticas administrativas y clínicas que, al tratar a todas las personas como si enfrentaran idénticas condiciones, pueden invisibilizar desigualdades históricas. Como señaló la OPS (2019), la importancia de esta perspectiva reside en que permite reconocer cómo la sobrecarga de cuidado no remunerado, la dependencia económica, la violencia basada en género, la baja autonomía para desplazarse o decidir sobre el propio cuerpo y las jerarquías simbólicas inciden en el acceso efectivo a servicios, en la credibilidad otorgada a los síntomas y en la continuidad de los tratamientos. De acuerdo con Hankivsky (2012), un análisis de género en salud debe ir más allá de la simple desagregación por sexo y examinar cómo las estructuras de poder configuran experiencias diferenciadas de enfermedad, acceso y cuidado.

Para esta tesis, el enfoque de género funciona como lente analítica que permite evaluar si las prácticas locales de atención en salud reconocen y responden a las desigualdades de género o si, por el contrario, operan desde una neutralidad aparente que las reproduce. Este concepto se articula directamente con el primer objetivo específico, que busca reconstruir cómo los informantes clave comprenden el enfoque y cómo perciben su traducción al servicio de salud local.

Transversalización del enfoque de género en salud. La transversalización del género (*gender mainstreaming*), en su formulación adoptada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en 1997, consiste en valorar las implicaciones que cualquier acción planificada legislación, políticas, programas tiene para mujeres y hombres, de modo que ambos se beneficien en igualdad y no se perpetúe la desigualdad. En la práctica, ello implica

incorporar el análisis de género en todas las fases de la política pública: diagnóstico, planificación, presupuestación, implementación, seguimiento y evaluación (Miranda-Montero et al., 2020; González Vélez et al., 2020).

En el sector salud, este proceso exige revisar no solo programas dirigidos explícitamente a mujeres, sino también estructuras de gestión, protocolos de atención, tiempos de respuesta, producción de información desagregada, formación del personal de salud, coordinación intersectorial y relación con usuarios y comunidades (WHO, 2011; OPS, 2019). Como demostraron González Vélez et al. (2020) en su estudio comparado, la transversalización efectiva requiere una verdadera arquitectura institucional que incluya: estructuras o puntos focales con autoridad y presupuesto; recursos humanos formados; mecanismos de coordinación con los organismos nacionales de la mujer; relación con sociedad civil; producción de información desagregada; y sistemas de monitoreo y evaluación. Cuando estos componentes faltan o son débiles, la transversalización corre el riesgo de convertirse en un ejercicio discursivo sin capacidad transformadora.

Hankivsky (2005), desde la Universidad Simón Fraser de Canadá, planteó una distinción conceptual fundamental entre transversalización del género y transversalización de la diversidad, argumentando que la primera puede resultar insuficiente si no incorpora las múltiples desigualdades que intersectan con el género. Esta perspectiva ha sido retomada por la OPS y por investigadoras colombianas como Miranda-Montero et al. (2020), quienes proponen que, en contextos como el colombiano marcado por conflicto armado, desplazamiento y diversidad étnica la transversalización del género debe articularse necesariamente con un enfoque interseccional. Esta advertencia es especialmente relevante para el caso de La Dorada, donde las barreras de acceso no afectan de manera homogénea a todas las mujeres, sino que se agravan según la condición socioeconómica, la ruralidad, la pertenencia étnica, la condición de víctima o la situación de dependencia económica.

Enfoque diferencial en salud. El enfoque diferencial parte del reconocimiento de que no todas las personas experimentan la política pública ni los servicios de la misma manera. Variables como edad, territorio, discapacidad, pertenencia étnica, orientación sexual, identidad de género, condición de víctima del conflicto armado, clase social o responsabilidades de cuidado producen necesidades específicas y barreras diferenciadas. En el campo sanitario colombiano, este enfoque tiene fundamento constitucional en el reconocimiento de la diversidad (art. 7, Constitución Política de 1991) y ha sido desarrollado progresivamente por instrumentos como la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, la Resolución 2138 de 2023 y los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para la atención con enfoque diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

El enfoque diferencial, como señalaron Vargas Machado, Serrano Frattali y Mendoza Munar (2025) en su estudio sobre enfoque diferencial étnico en salud en Colombia, no se agota en la enunciación de la diferencia, sino que exige ajustes verificables en la prestación del servicio: rutas adaptadas, criterios de priorización, personal formado, seguimiento diferenciado y mecanismos de participación adecuados. La articulación entre enfoque diferencial y enfoque de género es especialmente relevante para esta tesis porque, como muestran los resultados, la desigualdad de género en el acceso a la salud no es una categoría abstracta sino una experiencia concreta que se manifiesta de manera distinta según la posición territorial, económica, familiar, étnica y social de las mujeres.

Interseccionalidad. La interseccionalidad es una perspectiva teórico-analítica desarrollada originalmente por la jurista y académica afroamericana Kimberlé Crenshaw (1989, 1991) en el campo de la teoría crítica de la raza y los estudios feministas, para mostrar cómo las experiencias de opresión de las mujeres negras no podían comprenderse adecuadamente mediante marcos que analizaran el racismo y el sexismo por separado. En su ensayo fundacional, Crenshaw (1991) introdujo la noción de interseccionalidad para evidenciar cómo las dimensiones estructurales, política y representacional de la violencia contra las mujeres de

color quedaban invisibilizadas tanto en los marcos antidiscriminatorios del derecho como en los movimientos feministas y antirracistas dominantes.

La interseccionalidad ha sido posteriormente desarrollada por Collins (2000), quien propuso la noción de "matriz de dominación" para explicar cómo estructuras de poder superpuestas no pueden desagregarse ni evaluarse de manera independiente. En el campo de la salud, Hankivsky (2012) y Bowleg (2012) han mostrado que la teoría interseccional tiene un potencial transformador para la investigación en salud porque permite superar los análisis que tratan género, raza, clase y territorio como variables independientes, y revela cómo las desigualdades en salud se producen en la intersección de múltiples sistemas de poder. Para Hankivsky y Christoffersen (2008), la interseccionalidad constituye un recurso teórico más prometedor que los enfoques tradicionales de determinantes sociales de la salud porque no solo identifica factores de riesgo, sino que interroga las relaciones de dominación y subordinación que los producen.

En el contexto colombiano, Miranda-Montero et al. (2020) adaptaron la perspectiva interseccional al análisis de la transversalización del género argumentando que, en un país marcado por conflicto armado, desigualdad territorial, racismo estructural y clasismo, una lectura no interseccional del género puede producir políticas homogéneas que no responden a la diversidad real de las experiencias de las mujeres. Viveros Vigoya (2016), desde la Universidad Nacional de Colombia, ha contribuido a la comprensión de la interseccionalidad en América Latina mostrando cómo las categorías de raza, clase, género y sexualidad se articulan de maneras específicas en contextos poscoloniales y de desigualdad profunda.

Para esta investigación, la interseccionalidad resulta decisiva en dos niveles. En el nivel analítico, permite comprender por qué las barreras de acceso a la salud no afectan de manera uniforme a todas las mujeres de La Dorada, sino que se agravan según la posición territorial, económica, de cuidado y de vulnerabilidad de cada persona. En el nivel empírico, la evidencia muestra una tensión constante entre dos comprensiones de la justicia sanitaria: una que

equipara equidad con trato igualitario para todos y otra que insiste en la necesidad de atender de manera diferenciada a quienes se encuentran en condiciones desiguales. Esta tensión, que la interseccionalidad permite nombrar y analizar, constituye uno de los hallazgos centrales del estudio.

Implementación de políticas públicas en salud. La implementación puede entenderse como el proceso mediante el cual las decisiones, normas y orientaciones de política se traducen o no en arreglos organizacionales, prácticas institucionales, dispositivos de atención y resultados intermedios observables. Desde la contribución clásica de Lipsky (2010), la teoría de la burocracia de nivel de calle (*street-level bureaucracy*) ha demostrado que las políticas públicas no se materializan automáticamente desde los niveles centrales de formulación, sino que son reinterpretadas y adaptadas por los funcionarios que las implementan en el terreno. Lipsky mostró que estos burócratas de primer contacto desde trabajadores sociales hasta personal de salud operan bajo presiones estructurales de recursos escasos, sobrecarga laboral, metas ambiguas y discrecionalidad operativa, lo que produce una distancia frecuente entre la política formulada y la política experimentada por los ciudadanos.

En el sector salud, la implementación depende de múltiples factores: coordinación entre niveles de atención, financiamiento adecuado, formación del talento humano, infraestructura suficiente, producción de información de calidad, protocolos operativos, liderazgo institucional y relación con actores comunitarios (WHO, 2011; Alarcón Garavito et al., 2023; OPS, 2019). Pressman y Wildavsky (1973), en su obra pionera sobre implementación de políticas federales, demostraron que incluso las políticas bien diseñadas pueden fracasar cuando los eslabones de la cadena de implementación son numerosos y las condiciones locales divergen de los supuestos del diseño. Esta perspectiva resulta directamente aplicable al caso de La Dorada, donde la norma nacional existe, pero las condiciones territoriales para su materialización son frágiles.

Este concepto es central para la tesis porque el objeto de estudio no es el valor abstracto del enfoque de género, sino su traducción práctica en la atención en salud de un municipio específico. Analizar implementación significa observar cómo interactúan norma, capacidades institucionales, barreras operativas, prácticas relacionales, apropiación conceptual y percepciones de actores territoriales. La noción de "brecha de implementación" entendida como la distancia entre lo formulado y lo materializado constituye el eje articulador de todo el análisis.

Participación comunitaria y gobernanza en salud. La participación comunitaria en salud ha sido reconocida como un componente esencial tanto de los sistemas de atención primaria como de los procesos de gobernanza sanitaria. Cornwall (2008), en su trabajo sobre espacios de participación y ciudadanía, distingue entre participación como invitación institucional y participación como ejercicio de agencia ciudadana, señalando que la mera existencia de espacios formales no garantiza incidencia real sobre las decisiones públicas. Esta distinción resulta analíticamente productiva para el caso de La Dorada, donde los informantes describen una participación activa, pero con escasa capacidad vinculante.

González Vélez et al. (2020) identificaron la relación entre instituciones de salud y sociedad civil como una de las siete categorías esenciales para la transversalización del género en salud, argumentando que, sin mecanismos de articulación y rendición de cuentas, la participación puede quedar reducida a un ejercicio formal sin incidencia. En el caso colombiano, los mecanismos de participación en salud como los COPACOS (Comités de Participación Comunitaria en Salud), las asociaciones de usuarios y las veedurías ciudadanas constituyen espacios legalmente establecidos, pero cuya capacidad real de influir en la gestión del sistema varía considerablemente según el contexto territorial (Mosquera et al., 2001).

Para esta tesis, la participación comunitaria se analiza como un factor de gobernanza compensatoria: los veedores y líderes comunitarios cubren vacíos de información, seguimiento y presión que la institucionalidad no absorbe suficientemente. Este concepto permite interpretar

un hallazgo central del estudio: la energía participativa de la comunidad no se traduce automáticamente en institucionalización del enfoque diferencial, sino que funciona como paliativo de debilidades estructurales del sistema.

Marco normativo pertinente. El marco normativo colombiano reciente reconoce de manera expresa la necesidad de incorporar el enfoque diferencial y de género en el sector salud. La Constitución Política de 1991 consagra el derecho fundamental a la salud (desarrollado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015), el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural (art. 7), y los derechos de las mujeres, los niños, las personas mayores y las personas con discapacidad. La Ley 1257 de 2008 establece normas para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres, con implicaciones directas para el sector salud.

La Resolución 2138 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social constituye el referente normativo más reciente y directamente pertinente, pues adopta lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud y establece la obligación de orientar la gestión sectorial hacia el cierre de brechas por sexo, género, identidad de género y orientación sexual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Complementariamente, la Política Nacional de Equidad de Género, adoptada mediante CONPES 4080 de 2022, establece estrategias para la garantía de derechos de las mujeres en múltiples dimensiones, incluyendo salud (DNP, 2022).

La relevancia de este marco normativo para el caso de La Dorada es doble. Por un lado, provee un referente verificable para valorar si el municipio avanza hacia la adecuación de sus prácticas de atención. Por otro, permite evitar una lectura limitada a la opinión de los informantes, pues sitúa sus percepciones frente a un estándar sectorial concreto y una obligación institucional explícita.

Marco analítico del estudio

A partir de la literatura revisada y de las exigencias del problema, la tesis construye un marco analítico compuesto por cinco dimensiones interrelacionadas que guían tanto la lectura

del caso como la construcción de las categorías de análisis. Estas dimensiones no fueron impuestas arbitrariamente al material empírico, sino que surgieron del diálogo entre la teoría y el diseño del instrumento, y fueron contrastadas y ajustadas durante el proceso de codificación.

Tabla 1

Marco Analítico

Dimensión analítica	Contenido teórico	Pregunta que orienta la lectura del caso
Capacidad institucional y apropiación del enfoque	Lineamientos, coordinación, formación del talento humano, recursos, apropiación organizacional del enfoque de género (González Vélez et al., 2020; WHO, 2011; Lipsky, 2010)	¿Existen condiciones reales para que el enfoque diferencial de género opere de manera sostenida en el sistema local de salud?
Adecuación de la prestación con enfoque diferencial	Rutas de atención, protocolos, oportunidad, continuidad, calidad del trato, respuesta a necesidades específicas de las mujeres (Calderón-Jaramillo et al., 2020; OPS, 2019)	¿El enfoque se traduce en cambios verificables en la atención que reciben las mujeres?
Territorialización y acceso diferenciado	Cobertura barrial y rural, proximidad, búsqueda activa, barreras de acceso según posición social (Alarcón Garavito et al., 2023; Miranda-Montero et al., 2020)	¿La respuesta institucional llega a quienes enfrentan mayores barreras, considerando la intersección de género, territorio y vulnerabilidad?
Participación social y gobernanza	Veeduría, COPACOS, asociaciones de usuarios, mediación comunitaria,	¿La comunidad influye efectivamente en la identificación y corrección de

	incidencia y rendición de cuentas (Cornwall, 2008; González Vélez et al., 2020)	problemas relacionados con el enfoque diferencial?
Seguimiento, rendición de cuentas y brecha normativa	Información, monitoreo, respuesta institucional, capacidad correctiva, distancia entre formulación e implementación (Lipsky, 2010; Pressman y Wildavsky, 1973; OPS, 2019)	¿Hay mecanismos para verificar avances, corregir fallas y evitar que el enfoque quede en el discurso?

Este marco permite desplazar la atención desde la pregunta sobre si el municipio "menciona" el enfoque diferencial hacia una cuestión más exigente y analíticamente productiva: si existen evidencias de apropiación institucional sustantiva, adecuación de servicios, territorialización efectiva, participación con incidencia real y seguimiento suficiente para sostener el enfoque como práctica pública efectiva y no solo como declaración normativa.

Metodología

Enfoque epistemológico y diseño del estudio

La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo porque su propósito no fue medir frecuencias poblacionales ni estimar relaciones causales, sino comprender cómo distintos actores interpretan, observan y evalúan la implementación del enfoque diferencial de género en la atención en salud en un contexto territorial específico. Este tipo de aproximación resulta especialmente pertinente cuando el objeto de estudio involucra prácticas institucionales, sentidos sociales, tensiones conceptuales y experiencias de mediación comunitaria que no pueden reducirse a indicadores agregados sin perder densidad analítica (Creswell, 2013; Patton, 2015; Denzin y Lincoln, 2018).

El paradigma subyacente es constructivista-interpretativo: se asume que la realidad social es construida y significada por los actores, y que la tarea del investigador es reconstruir e interpretar esos significados en su contexto, no verificar hipótesis causales. Como señalaron Lincoln y Guba (1985), la investigación cualitativa opera bajo criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, que sustituyen los criterios positivistas de validez interna, validez externa, confiabilidad y objetividad.

En términos de diseño, el trabajo se configuró como un estudio de caso cualitativo, descriptivo-interpretativo y exploratorio (Yin, 2018; Stake, 1995). Es descriptivo porque identifica rasgos, patrones y regularidades del proceso de implementación; interpretativo porque analiza el significado que los actores atribuyen a dichos patrones; y exploratorio porque examina un problema poco documentado desde un análisis cualitativo situado en un municipio intermedio como La Dorada. Esta decisión responde directamente a la observación central de los evaluadores: el estudio no debía presentarse como una medición del impacto general del enfoque de género, sino como una investigación sobre la implementación local según percepciones de actores clave. El estudio de caso fue elegido porque permite examinar un

fenómeno contemporáneo en su contexto real, especialmente cuando los límites entre fenómeno y contexto no son claramente evidentes (Yin, 2018).

Unidad de análisis, corpus empírico y muestreo

La unidad de análisis estuvo constituida por los discursos de informantes clave sobre el funcionamiento del sistema local de salud, las barreras de acceso, la existencia o fragilidad de acciones con enfoque diferencial, el papel de la participación comunitaria y la distancia entre norma y práctica. Es importante precisar que la unidad de análisis no son las personas como tales, sino sus relatos, interpretaciones y construcciones de sentido sobre la implementación del enfoque diferencial de género en la atención en salud local. El corpus empírico principal se integró por cinco entrevistas semiestructuradas a informantes clave.

La selección se realizó mediante muestreo intencional por criterios (*purposive sampling*), estrategia adecuada cuando se busca priorizar perfiles capaces de aportar conocimiento denso y relevante para una pregunta específica, y no representatividad estadística (Patton, 2015; Creswell, 2013). Los criterios de inclusión fueron: trayectoria demostrada en veeduría o liderazgo comunitario en salud en La Dorada; interlocución directa y frecuente con instituciones del sistema de salud local; conocimiento directo de barreras, reclamos y rutas de atención; y, en al menos un caso, experiencia especializada en género, violencias basadas en género y derechos de las mujeres. Se buscó deliberadamente la heterogeneidad de perfiles para poder contrastar perspectivas y enriquecer la interpretación, siguiendo la lógica de la maximización de la variación dentro de un muestreo intencional.

Tabla 2*Unidad de Análisis*

Código	Tipo de informante clave	Contribución al análisis	Justificación de pertinencia
E1	Lideresa con experiencia en violencia basada en género y derechos de las mujeres	Aporta una lectura sustantiva sobre género, interseccionalidad, violencias y vacíos institucionales específicos para mujeres.	Su conocimiento directo de las dinámicas de violencia de género y su formación en derechos de las mujeres permiten introducir la dimensión de interseccionalidad y cuestionar la igualdad formal como sinónimo de equidad.
E2	Actor de veeduría y liderazgo social con cercanía al hospital local	Contribuye con información sobre funcionamiento institucional, infraestructura, oportunidad y participación.	Su cercanía al hospital permite documentar barreras operativas concretas y evaluar la capacidad institucional de respuesta.
E3	Veedora comunitaria en salud	Permite reconstruir barreras cotidianas de acceso, salud mental, seguimiento a usuarios y percepción de programas.	Su experiencia en veeduría ofrece una perspectiva de mediación entre la comunidad y las instituciones, fundamental para analizar la gobernanza compensatoria.
E4	Presidente de asociación de usuarios y actor de control social	Ofrece una visión crítica sobre negación de servicios, respuesta institucional y límites de la participación.	Su rol formal en la asociación de usuarios le confiere conocimiento directo sobre quejas, peticiones y respuestas institucionales.
E5	Veedor y líder comunitario	Aporta información sobre	Su doble rol como veedor y

acciones existentes, canales comunitarios de difusión y cumplimiento irregular de programas.	comunicador comunitario permite documentar cómo fluye la información entre instituciones y ciudadanía.
---	---

La pertinencia de estos perfiles no radica en su representatividad estadística, sino en su capacidad para ofrecer conocimiento situado, denso y contrastable sobre la implementación local del enfoque diferencial. Como señalaron Lincoln y Guba (1985), el valor del muestreo cualitativo se encuentra en la riqueza interpretativa, la densidad de la información y la posibilidad de contrastar perspectivas, no en la generalización probabilística. La entrevista de E1 cumple una función analítica particularmente importante: su lectura del sistema desde una perspectiva de género e interseccionalidad introduce un contrapunto crítico frente a las visiones más universalistas de los demás informantes, lo que permite documentar la tensión entre igualdad formal y diferenciación sustantiva que constituye uno de los hallazgos centrales del estudio.

Técnica de producción de información e instrumento.

La técnica principal fue la entrevista semiestructurada, elegida porque permite sostener una estructura temática común entre informantes y, al mismo tiempo, abrir espacio para relatos, ejemplos, contradicciones y tensiones no previstas inicialmente (Kvale y Brinkmann, 2009). A diferencia de la entrevista estructurada, que restringe las respuestas a categorías predefinidas, o de la entrevista no estructurada, que carece de guía temática, la entrevista semiestructurada permite articular la dirección teórica del estudio con la apertura necesaria para captar sentidos emergentes, lo que la hace especialmente adecuada para el análisis temático con codificación híbrida (Braun y Clarke, 2006).

El instrumento fue construido a partir de una matriz de articulación entre pregunta de investigación, objetivos específicos, dimensiones analíticas derivadas del marco teórico y tipo de información buscada. Esta decisión responde a otra observación de los evaluadores: no

bastaba con enunciar que se usó una entrevista semiestructurada; era necesario mostrar cómo el instrumento se vinculaba con los objetivos y con las categorías analíticas del estudio.

Tabla 3

Información e Instrumento

Objetivo específico	Dimensión del guion de entrevista	Tipo de información buscada
Identificar cómo comprenden los informantes el enfoque diferencial de género	Significado del enfoque, trato institucional, igualdad formal vs. diferenciación sustantiva	Definiciones locales, confusiones frecuentes, apropiación conceptual, tensiones entre equidad y homogeneidad
Describir barreras y vacíos institucionales	Acceso, autorizaciones, medicamentos, infraestructura, programas y rutas, salud mental, violencias	Evidencia sobre continuidad, cobertura, oportunidad, puntos críticos, discontinuidades
Analizar participación comunitaria y veeduría	PQRS, COPACOS, asociaciones de usuarios, medios comunitarios, acompañamiento, incidencia	Formas de mediación social, alcance real de la participación, límites y fortalezas, vinculatoriedad
Interpretar la brecha entre norma e implementación	Protocolos, programas "en el papel", territorialización, seguimiento, rendición de cuentas	Distancia entre lenguaje institucional y práctica cotidiana, factores que explican la brecha

A partir de esta matriz, el guion se organizó en cinco bloques temáticos: acceso y funcionamiento general del sistema de salud local; programas y acciones específicamente dirigidas a mujeres; salud mental, violencias basadas en género y grupos vulnerables; participación comunitaria, veeduría y mecanismos de exigibilidad; y comprensión del enfoque diferencial de género.

Procedimiento de campo y consideraciones éticas. Las entrevistas fueron realizadas con consentimiento informado, registradas en audio para su posterior transcripción y procesadas preservando la identidad de los participantes mediante codificación alfanumérica (E1 a E5). La protección ética no se limitó a omitir nombres, sino que incluyó la omisión de datos

innecesarios que pudieran comprometer relaciones institucionales, conflictos locales o identificación indirecta de terceros. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45 a 90 minutos y fueron conducidas de manera presencial, lo que permitió una interacción más fluida y la observación de elementos comunicativos no verbales que enriquecieron la interpretación.

Desde una perspectiva ética ampliada, el estudio reconoce que trabajar con relatos sobre barreras de acceso, malestar institucional, violencias y desigualdades de género exige no simplificar, no descontextualizar frases aisladas y no presentar como deficiencia individual aquello que surge de procesos estructurales de desigualdad. Este criterio resulta particularmente importante en una investigación sobre género y salud, donde el lenguaje analítico puede reforzar o cuestionar estigmas, y donde la voz de los informantes debe ser tratada con rigor interpretativo y responsabilidad social. La investigación se condujo en cumplimiento de los principios éticos de la investigación con seres humanos, respetando la dignidad, la autonomía y la confidencialidad de los participantes.

Ruta analítica: análisis temático con codificación híbrida. El análisis se desarrolló mediante análisis temático de contenido con codificación híbrida, siguiendo las seis fases propuestas por Braun y Clarke (2006), quienes desarrollaron este enfoque en el Departamento de Psicología de la Universidad de Auckland y posteriormente en la Universidad de Bath, convirtiéndolo en uno de los métodos cualitativos más utilizados en ciencias sociales y de la salud. El análisis temático fue elegido por su flexibilidad teórica y su capacidad para producir interpretaciones organizadas, trazables y contrastables con la literatura.

La codificación fue híbrida porque combinó dos movimientos complementarios. El primero fue deductivo: se partió de categorías derivadas de la literatura, del marco analítico y del guion de entrevista (enfoque de género, transversalización, enfoque diferencial, interseccionalidad, acceso, participación, brecha norma-implementación). El segundo fue inductivo: se abrió el análisis a sentidos emergentes del corpus que no estaban previstos en el

diseño inicial. Esta combinación es consistente con las recomendaciones de Fereday y Muir-Cochrane (2006), quienes demostraron que la codificación híbrida permite articular rigor teórico con sensibilidad empírica.

La ruta analítica se desplegó en seis momentos sucesivos:

Fase 1: Transcripción y lectura comprensiva. Se realizó la transcripción completa de las cinco entrevistas y una lectura integral del corpus para familiarizarse con el material, identificar reiteraciones, contrastes, expresiones significativas y tonos discursivos predominantes. Esta fase permitió detectar tempranamente la tensión entre igualdad formal e igualdad sustantiva como un eje transversal del corpus.

Fase 2: Codificación deductiva inicial. Guiada por la literatura, la pregunta de investigación y las dimensiones del instrumento, se etiquetaron fragmentos asociados con las categorías teóricas previas: acceso, enfoque diferencial, género, salud mental, participación, violencias, grupos vulnerables y relación entre norma y práctica. Se utilizaron anotaciones marginales y matrices de doble entrada para vincular fragmentos textuales con categorías analíticas.

Fase 3: Codificación inductiva. Se abrió el análisis a formulaciones emergentes no previstas de manera suficiente en el diseño inicial. Aquí aparecieron expresiones como "programas en el papel", "tramitadores" como intermediarios informales del sistema, "reunionitis" como descripción irónica de la participación formal sin incidencia, y la tensión entre "dar lo mismo a todos" y "atender según necesidad". Estos códigos inductivos enriquecieron sustancialmente la interpretación y permitieron documentar sentidos que la sola aplicación deductiva habría omitido.

Fase 4: Agrupación axial. Se fusionaron códigos solapados, se eliminaron duplicaciones y se construyeron relaciones entre fragmentos dispersos. Por ejemplo, los códigos "citas tardías", "autorizaciones", "medicamentos incompletos", "congestión" e "infraestructura" fueron agrupados bajo la categoría de barreras de acceso. Los códigos "tramitadores" y "gestiones

extraoficiales" se integraron como subcategoría de intermediación informal dentro de esa misma categoría.

Fase 5: Construcción de subcategorías. Se organizó internamente cada tema central, identificando núcleos de sentido y patrones interpretativos dentro de cada categoría. Se verificó que cada subcategoría tuviera sustento empírico directo en al menos dos entrevistas y coherencia con el marco analítico.

Fase 6: Contraste entre perfiles e interpretación final. Se compararon las categorías entre perfiles de informantes, prestando especial atención a las convergencias y divergencias entre la lectura de E1 (perspectiva de género e interseccionalidad) y la de los demás informantes (perspectiva de veeduría y control social). Se articuló la interpretación final con el marco teórico, generando los hallazgos que se presentan en el capítulo de resultados.

Tabla 4

Fase Analítica

Fase analítica	Operación realizada	Producto
1. Transcripción y lectura comprensiva	Lectura integral del corpus	Familiarización y detección de temas recurrentes
2. Codificación deductiva	Etiquetado guiado por literatura y objetivos	Códigos iniciales sobre acceso, género, salud mental, participación y norma/implementación
3. Codificación inductiva	Apertura a sentidos emergentes	Códigos como "en el papel", "tramitadores", "reunionitis", "trato igual vs. trato pertinente"
4. Agrupación axial	Fusión de códigos y depuración	Categorías temáticas consolidadas

5. Construcción de subcategorías	Organización interna de los temas	Núcleos de sentido y patrones interpretativos
6. Contraste e interpretación	Comparación entre perfiles y diálogo con la teoría	Hallazgos finales articulados al problema de investigación

Trazabilidad entre teoría, códigos y categorías. La exigencia metodológica más fuerte de los evaluadores fue mostrar de manera explícita cómo surgieron las categorías del análisis. Para responder a ello se construyó una matriz de trazabilidad que documenta la ruta entre conceptos o dimensiones del marco teórico, códigos empíricos asociados y categorías finales. Esta trazabilidad es esencial para la credibilidad del estudio cualitativo (Lincoln y Guba, 1985) y para demostrar que los resultados no son arbitrarios sino el producto de un proceso analítico sistemático.

Tabla 5

Trazabilidad entre teoría, códigos y categorías.

Concepto o dimensión teórica	Códigos asociados (deductivos e inductivos)	Categoría final
Acceso, oportunidad, continuidad, burocracia de nivel de calle (Lipsky, 2010)	Citas tardías, autorizaciones, medicamentos incompletos, congestión, infraestructura, tramitadores, remisiones	Barreras y condiciones de acceso a la atención
Transversalización, enfoque diferencial para mujeres (WHO, 2011; OPS, 2019)	Gestantes, jornadas preventivas, protocolos, intermitencia, baja continuidad, "en el papel"	Programas y acciones con enfoque diferencial para mujeres
Participación social y gobernanza (Cornwall, 2008; González Vélez et al., 2020)	PQRS, COPACOS, reuniones, radio, acompañamiento, actas, "reunionitis", incidencia limitada	Participación comunitaria y veeduría ciudadana
Salud mental e implementación (Alarcón Garavito et al., 2023)	Depresión, consumo, violencia, falta de especialistas, ausencia de rutas, género y sufrimiento	Salud mental como necesidad crítica subatendida

Enfoque diferencial, interseccionalidad (Crenshaw, 1991; Miranda-Montero et al., 2020; Hankivsky, 2012)	Grupos vulnerables, ruralidad, diversidad sexual, igualdad formal, diferencia sustantiva, punto ciego	Inclusión de grupos vulnerables e interseccionalidad
Brecha normativa, implementación fragmentada (Lipsky, 2010; Pressman y Wildavsky, 1973)	Programas en el papel, baja apropiación, discontinuidad, escaso seguimiento, mandato sin capacidad	Brecha entre norma e implementación

Rigor cualitativo. El rigor del estudio se sostuvo en cuatro criterios, siguiendo los estándares propuestos por Lincoln y Guba (1985) para la investigación naturalista. El primero fue la credibilidad, fortalecida mediante lectura exhaustiva y reiterada del corpus, contraste sistemático entre perfiles de informantes y diálogo con fuentes normativas y académicas. El segundo fue la coherencia interna, asegurada por la alineación verificable entre pregunta de investigación, objetivos específicos, guion de entrevista, categorías de análisis y conclusiones. El tercero fue la trazabilidad (*auditability*), garantizada al describir explícitamente cada paso entre entrevistas, códigos, subcategorías y hallazgos, de manera que un evaluador externo pueda reconstruir la ruta analítica. El cuarto fue la pertinencia interpretativa, sustentada en la decisión de no sobredimensionar frecuencias en un corpus pequeño de cinco entrevistas, sino privilegiar patrones discursivos, tensiones conceptuales y relaciones entre discursos que permitan una comprensión densa del fenómeno estudiado.

Resultados

Procedencia analítica de los hallazgos

Los resultados presentados a continuación no constituyen una lista indiscriminada de fallas del sistema de salud, sino una interpretación temática de la implementación del enfoque diferencial de género en la atención en salud del municipio, producida a través de la ruta analítica descrita en el capítulo metodológico. La reorganización respondió a las observaciones de los evaluadores: se eliminaron duplicaciones, se fusionaron categorías solapadas y se descartaron temas que, aunque relevantes para el contexto general, no aportaban de forma directa a la comprensión de la implementación del enfoque diferencial. El resultado fue una estructura organizada en seis categorías mutuamente excluyentes y colectivamente exhaustivas del material analizado: barreras y condiciones de acceso, programas y acciones con enfoque diferencial para mujeres, participación comunitaria y veeduría, salud mental como necesidad crítica subatendida, inclusión de grupos vulnerables e interseccionalidad y brecha entre norma e implementación. Antes de presentar cada categoría se explica brevemente cómo emergió del análisis, respondiendo así a la pregunta central de los evaluadores sobre la procedencia de las categorías.

Barreras y condiciones de acceso a la atención

Esta categoría surgió de la convergencia entre los códigos deductivos de "acceso" y "oportunidad" derivados del marco de la WHO (2011) y de la teoría de la burocracia de nivel de calle (Lipsky, 2010) y los códigos inductivos de "tramitadores", "congestión" y "desgaste" que emergieron con fuerza en todas las entrevistas. La agrupación axial fusionó estos códigos bajo una categoría unitaria que documenta las condiciones operativas sobre las cuales debe operar cualquier intento de implementar el enfoque diferencial.

La primera y más consistente categoría del corpus muestra que la implementación del enfoque diferencial opera sobre un sistema local ya tensionado por fallas ordinarias de funcionamiento. Los informantes E2, E3, E4 y E5 describen de manera convergente demoras

prolongadas en citas y autorizaciones, entrega incompleta de medicamentos, sobrecarga del hospital, insuficiente capacidad resolutive, remisiones frecuentes y múltiples desplazamientos para resolver atenciones básicas. E2, E3 y E4 coinciden en que la afiliación formal al sistema no garantiza acceso efectivo. Para estos actores, el problema no es únicamente estar dentro del sistema, sino lograr que la atención sea oportuna, continua y utilizable. La fragmentación entre autorizaciones, consultas, remisiones y entrega de medicamentos genera desgaste material y emocional, particularmente en personas que dependen intensamente del sistema o que tienen menos margen económico y de movilidad.

Un hallazgo especialmente revelador es la aparición de mecanismos informales de intermediación, descritos por una informante como "tramitadores" capaces de agilizar procesos por vías extraoficiales. Aunque este fenómeno no constituye el foco central del estudio, su presencia es analíticamente importante desde la perspectiva de Lipsky (2010): la precariedad institucional y la discrecionalidad de los funcionarios de primer contacto abren espacio a soluciones irregulares que favorecen a quienes tienen dinero, contactos o capacidad de presión, profundizando inequidades preexistentes.

Tabla 6

Barreras y condiciones de acceso a la atención

Barrera identificada	Evidencia recurrente en entrevistas	Efecto sobre la implementación del enfoque diferencial
Demoras en citas y autorizaciones	Esperas largas, reprogramaciones, congestión administrativa (E2, E3, E4)	Vacía de contenido cualquier priorización diferencial si la base del servicio ya es tardía
Entrega incompleta de medicamentos	Fórmulas parciales y múltiples desplazamientos (E3, E4, E5)	Interrumpe tratamientos y afecta más a mujeres cuidadoras, rurales o con menos ingresos

Baja capacidad resolutive e infraestructura limitada	Sobrecarga institucional y necesidad de remisiones (E2, E4)	Dificulta sostener rutas especializadas y seguimiento continuo
Intermediación informal	Tramitadores, favores, gestiones extraoficiales (E3)	Profundiza inequidades y erosiona confianza en la institucionalidad

Desde una lectura de género e interseccionalidad, estas barreras no son neutras. Cuando la atención exige desplazamientos reiterados, tiempo disponible, trámites complejos y alta insistencia, las mujeres con cargas de cuidado no remunerado, menores ingresos, dependencia económica o exposición a violencia enfrentan dificultades adicionales para sostener tratamientos y activar rutas. Como señaló E1, muchas mujeres "no pueden darse el lujo de insistir" porque su tiempo está ocupado en cuidar a otros, en trabajar de manera informal o en evitar conflictos con parejas que controlan sus movimientos. Por ello, el enfoque diferencial no puede analizarse aisladamente de las condiciones generales de operación del sistema: las barreras estructurales de acceso constituyen el sustrato sobre el cual cualquier acción diferencial debe operar, y su persistencia limita materialmente la posibilidad de que el enfoque se traduzca en práctica.

Programas y acciones con enfoque diferencial para mujeres.

Esta categoría se construyó a partir de los códigos deductivos de "transversalización" y "enfoque diferencial para mujeres" derivados del marco de la OPS (2019) y WHO (2011) y de los códigos inductivos de "intermitencia", "campañas" y "en el papel" que emergieron al contrastar las descripciones de los informantes sobre la existencia formal de programas y su baja continuidad territorial.

Los informantes no describen una ausencia absoluta de acciones dirigidas a mujeres. Reconocen la existencia de jornadas preventivas, actividades de promoción y prevención, atención a gestantes, referencias a protocolos frente a violencias y algunas iniciativas de salud

sexual y reproductiva. Sin embargo, el hallazgo dominante es que estas acciones aparecen como dispositivos dispersos e intermitentes, más cercanos a campañas o respuestas parciales que a una estrategia sostenida de transversalización del enfoque de género.

E5 señala que existen programas y marcos de protección, pero advierte que su cumplimiento es irregular y que muchas actividades dependen de coyunturas institucionales. E4 narra una experiencia ilustrativa en torno a una jornada de mamografías: aunque formalmente estaba dirigida al bienestar de las mujeres, en la práctica hubo desorganización, filas prolongadas, demoras y ausencia de priorización efectiva. E1 plantea una crítica más estructural: el enfoque aparece en documentos y discursos, pero no necesariamente en el resultado concreto que reciben las usuarias, lo que configura lo que Lipsky (2010) denominó la distancia entre la política formulada y la política experimentada.

Tabla 7

Programas y acciones con enfoque diferencial para mujeres

Tipo de acción o dispositivo	Percepción predominante	Lectura analítica
Atención a gestantes y niñez	Existe, pero con continuidad variable (E2, E5)	Muestra reconocimiento parcial más robusto en áreas tradicionales de salud materna
Jornadas preventivas para mujeres	Ocasionales y con problemas logísticos (E4, E5)	Funcionan como respuestas episódicas, no como estrategia sostenida
Protocolos frente a violencias	Reconocidos de manera desigual (E1, E3)	Sugieren existencia formal con baja apropiación y visibilidad territorial
Actividades de salud sexual y reproductiva	Más frecuentes que otras acciones (E2, E3)	Indican mayor desarrollo de la dimensión informativa que de la transformadora

La principal implicación analítica es que la implementación no puede medirse por la sola existencia nominal de programas. Un enfoque diferencial de género exige continuidad, articulación, personal formado, difusión comunitaria, seguimiento y capacidad de llegar

territorialmente a quienes más lo requieren. Según los relatos, esas condiciones aún no están consolidadas en La Dorada, lo que confirma el hallazgo de González Vélez et al. (2020) sobre la distancia entre existencia de programas y capacidad real de implementación sostenida.

Participación comunitaria y veeduría ciudadana. Esta categoría se construyó a partir de los códigos deductivos de "participación social" y "gobernanza" derivados del marco de Cornwall (2008) y González Vélez et al. (2020) y de los códigos inductivos de "reunionitis", "acompañamiento", "puente" y "voluntarismo" que emergieron al documentar las prácticas concretas de los veedores e informantes comunitarios.

La participación comunitaria constituye uno de los hallazgos más robustos del estudio. Los veedores, líderes barriales y asociaciones de usuarios aparecen como actores que orientan a la comunidad, acompañan quejas, elaboran derechos de petición, canalizan PQRS, participan en COPACOS y utilizan medios locales radio comunitaria, televisión local, charlas directas para visibilizar problemas. En este sentido, la participación no es decorativa: cumple una función real de puente entre el sistema de salud y la población.

Sin embargo, la evidencia muestra que esa participación opera con frecuencia como mecanismo compensatorio frente a las debilidades de la institucionalidad, en lo que Cornwall (2008) denominaría un espacio de participación con agencia ciudadana, pero sin capacidad vinculante. La comunidad visibiliza lo que la estructura formal no detecta o no corrige a tiempo. Varios informantes relatan que existen reuniones y espacios de interlocución, pero con escasa capacidad para transformar decisiones o producir correctivos sostenidos. E4 describe situaciones en las que las observaciones ciudadanas son escuchadas, pero no generan compromisos verificables; E3 señala que la participación depende en gran medida del voluntarismo de líderes que no reciben apoyo institucional para su labor.

Tabla 8*Participación comunitaria y veeduría ciudadana.*

Dimensión de la participación	Hallazgo principal	Límite observado
Veeduría ciudadana	Acompaña casos y visibiliza problemas (E3, E4, E5)	Tiene poca capacidad decisoria y depende del voluntarismo de líderes
COPACOS y reuniones formales	Funcionan como canales de interlocución (E2, E4)	No siempre producen compromisos verificables ni correctivos sostenidos
Comunicación comunitaria	Radio, televisión local, charlas, contacto directo (E5)	Sostiene difusión, pero no reemplaza la responsabilidad institucional
Participación de mujeres	Reconocida como necesaria (E1, E3)	Enfrenta barreras materiales y simbólicas para incidencia sostenida

Esta categoría revela una paradoja central del caso: la comunidad participa, presiona y media, pero esa energía social no se traduce automáticamente en institucionalización del enfoque diferencial. Muchas de las necesidades específicas de las mujeres dependen de la insistencia de lideresas, veedoras o redes comunitarias más que de rutas estables del sistema. Esto configura lo que en esta tesis se denomina gobernanza compensatoria: la comunidad sustituye parcialmente las funciones que la institucionalidad no cumple, lo cual puede parecer una fortaleza, pero en realidad es indicador de debilidad estatal.

Salud mental como necesidad crítica subatendida. Esta categoría surgió de la convergencia entre el código deductivo de "salud mental e implementación" derivado de la revisión de Alarcón Garavito et al. (2023) y los códigos inductivos de "sufrimiento", "violencia y salud mental", "falta de especialistas" y "género y dolor" que emergieron con fuerza en todas las entrevistas, con especial densidad en el relato de E1.

Todos los informantes coincidieron en que la salud mental constituye una de las problemáticas más graves del municipio. Esta convergencia no se limita a la percepción de incremento de casos, sino que incluye la idea de que la respuesta institucional es insuficiente, tardía y poco especializada. Los testimonios aluden a escasez de profesionales de salud mental, ausencia de rutas claras y territorializadas, baja cobertura territorial y dificultades para llegar de manera sostenida a niñas, niños, jóvenes, mujeres y población LGBTI.

La lectura de E1 aporta una profundidad analítica especial al vincular la salud mental de las mujeres con experiencias de violencia económica, psicológica y sexual, sobrecarga de cuidado no remunerado, dependencia material y temor a acudir a instituciones en las que no siempre se percibe comprensión de esas realidades. Este aporte desplaza la mirada desde una comprensión exclusivamente clínica hacia otra que entiende el sufrimiento psíquico como fenómeno ligado a desigualdades de género y a insuficiencias de protección social, en línea con la perspectiva interseccional (Crenshaw, 1991; Miranda-Montero et al., 2020).

Tabla 9

Salud Mental

Aspecto observado	Evidencia en el corpus	Implicación analítica
Visibilidad social del problema	Todos los informantes identifican la salud mental como prioridad (E1-E5)	Existe reconocimiento del problema, pero no suficiente capacidad de respuesta
Déficit de rutas y especialistas	Poca oferta, dificultades de continuidad y cobertura (E2, E3, E4)	La institucionalización del tema es débil y territorialmente insuficiente
Insuficiente enfoque diferencial	Escasa especificidad para mujeres, jóvenes o población diversa (E1, E3)	La respuesta tiende a ser generalista, sin lectura de género

Vínculo con violencias y cuidado	Señalado con fuerza por E1	Exige una lectura de género e interseccional, no solo biomédica
----------------------------------	----------------------------	---

La centralidad de esta categoría muestra que la implementación del enfoque diferencial no puede restringirse a salud sexual y reproductiva o a atención materna. En La Dorada, la salud mental emerge como un campo estratégico donde la brecha entre reconocimiento del problema y capacidad de respuesta resulta especialmente visible y donde la ausencia de enfoque de género agrava las condiciones de las mujeres.

Inclusión de grupos vulnerables e interseccionalidad. Esta categoría se construyó desde los códigos deductivos de "enfoque diferencial" e "interseccionalidad" derivados de Crenshaw (1991), Miranda-Montero et al. (2020) y Hankivsky (2012) y de los códigos inductivos de "trato igual vs. trato pertinente", "punto ciego" y "privilegio injustificado" que emergieron al contrastar las comprensiones divergentes del enfoque diferencial entre los informantes.

Las entrevistas muestran que el lenguaje del enfoque diferencial circula en el discurso institucional y comunitario, pero no siempre acompañado de una comprensión sólida de la interseccionalidad. Diversos informantes nombran grupos que requieren atención específica, mujeres, personas mayores, víctimas del conflicto armado, personas con discapacidad, población LGBTI, comunidades rurales, grupos étnicos; sin embargo, en varios relatos persiste la idea de que la justicia consiste principalmente en brindar "lo mismo a todos", lo que desde la perspectiva interseccional constituye una forma de reproducir desigualdades bajo la apariencia de neutralidad.

E1 cuestiona con claridad esa formulación. Desde su perspectiva, una mujer no llega al sistema de salud únicamente como "usuaria", sino desde una posición atravesada por maternidad, pobreza, dependencia económica, cuidado no remunerado, violencia, ruralidad o exclusión por orientación sexual e identidad de género. En consecuencia, tratar de manera

idéntica a personas situadas en condiciones profundamente desiguales no constituye equidad, sino reproducción de inequidades. Esta es exactamente la advertencia que formularon Crenshaw (1991) en el campo jurídico, Hankivsky (2012) en el campo de la salud y Miranda-Montero et al. (2020) en el contexto colombiano.

El hallazgo central de esta categoría es que existe una apropiación conceptual heterogénea del enfoque diferencial de género. Algunas voces locales reconocen la necesidad de respuestas específicas; otras lo perciben como un trato especial injustificado o incluso como una forma de discriminación. Esta heterogeneidad limita la implementación porque, sin comprensión sustantiva y compartida del enfoque, es difícil que la norma se traduzca en criterios operativos claros de atención. La formación conceptual emerge así no como un complemento opcional, sino como una condición de posibilidad de la implementación.

Brecha entre norma e implementación. Emergencia de la categoría. Esta categoría integra los códigos deductivos de "brecha normativa" e "implementación fragmentada" derivados de Lipsky (2010), Pressman y Wildavsky (1973) y OPS (2019) con los códigos inductivos de "programas en el papel", "mandato sin capacidad", "discontinuidad" y "declaración sin práctica" que constituyen un patrón transversal del corpus.

La principal tesis empírica del estudio puede formularse de la siguiente manera: en La Dorada existe reconocimiento normativo del enfoque diferencial de género, pero su implementación en la atención en salud es parcial, fragmentada, intermitente e insuficientemente institucionalizada. Los informantes aluden a normas, programas, protocolos y discursos que reconocen el enfoque; sin embargo, describen un territorio donde esas formulaciones no se traducen de forma consistente en rutas, prácticas, seguimiento y capacidad de respuesta.

Esta brecha se expresa en varios niveles simultáneos. Primero, entre el derecho formalmente reconocido y la experiencia cotidiana de acceso, marcada por demoras, trámites y discontinuidades. Segundo, entre la existencia nominal de programas para mujeres y su baja

continuidad territorial. Tercero, entre espacios de participación formal y capacidad real de incidencia. Cuarto, entre el lenguaje inclusivo de la política y la comprensión todavía parcial del enfoque de género e interseccionalidad por parte de quienes deben implementarlo.

El valor analítico de esta categoría radica en que evita dos simplificaciones opuestas: afirmar que el enfoque no existe en absoluto, o concluir que está implementado solo porque aparece mencionado en documentos. Los hallazgos muestran una situación intermedia y más compleja: el enfoque existe como mandato, pero su materialización depende de acciones aisladas, esfuerzos compensatorios de la comunidad y una institucionalidad que aún no logra convertirlo en práctica ordinaria y sostenida. Esta es exactamente la tensión que la teoría de la burocracia de nivel de calle (Lipsky, 2010) y la literatura sobre implementación de políticas en contextos de capacidad estatal débil (Pressman y Wildavsky, 1973) permiten nombrar y explicar.

Discusión

De la norma a la práctica: una implementación fragmentada

El hallazgo central del estudio la brecha entre reconocimiento normativo e implementación efectiva dialoga directamente con la literatura regional e internacional sobre transversalización del género en salud. La OPS (2019) insiste en que la incorporación del enfoque no se agota en el plano declarativo y requiere institucionalización, monitoreo, recursos, capacidades técnicas y articulación entre niveles de gestión. González Vélez et al. (2020), en su estudio comparado en Guatemala, Guyana y Perú, mostraron que los avances normativos pueden coexistir con debilidad organizacional, baja apropiación técnica y dificultades para sostener el enfoque en la operación cotidiana. En la misma dirección, Pressman y Wildavsky (1973) demostraron desde la ciencia política que la complejidad de la cadena de implementación produce una erosión progresiva de los objetivos de la política a medida que se aleja del centro de formulación.

Lo observado en La Dorada confirma esa línea interpretativa. Los relatos de los informantes no niegan la existencia de normas o lineamientos; lo que ponen en cuestión es su traducción práctica. El principal déficit local no parece ser la ausencia de discurso, sino la falta de condiciones organizacionales, financieras, formativas y de seguimiento para que dicho discurso se convierta en práctica institucional normalizada. El concepto de burocracia de nivel de calle (Lipsky, 2010) permite explicar este fenómeno: los funcionarios que implementan las políticas en el terreno enfrentan sobrecarga laboral, recursos insuficientes, metas ambiguas y alta discrecionalidad, lo que genera adaptaciones, simplificaciones y rutinas que pueden distorsionar los objetivos del enfoque diferencial. En La Dorada, esto se manifiesta en que el enfoque de género queda sujeto a la voluntad individual de funcionarios o a coyunturas institucionales, en lugar de estar integrado en los procesos ordinarios de atención.

Barreras estructurales de acceso y límites del enfoque diferencial

El estudio muestra que las fallas ordinarias del sistema local de salud condicionan profundamente la posibilidad de ofrecer atención diferencial. Este hallazgo es crucial porque sugiere que el enfoque de género no puede "superponerse" con eficacia sobre un sistema cuya base operativa se encuentra debilitada por demoras, congestión, remisiones, entrega incompleta de medicamentos e infraestructura insuficiente.

La literatura respalda esta interpretación. La OPS (2019) y la WHO (2011) advierten que el enfoque de género pierde capacidad transformadora cuando no se articula con mejoras reales en organización y prestación. Calderón-Jaramillo et al. (2020), en el caso colombiano de servicios para personas trans, mostraron que la tramitología, el desconocimiento y el maltrato erosionan la confianza en el sistema y convierten el acceso formal en acceso precario. Rivillas-García et al. (2024) documentaron que en varios países de la región las barreras de implementación de la agenda de salud sexual y reproductiva se agravan por debilidades programáticas e inestabilidad de la financiación. En La Dorada, esta lógica se replica: si obtener una cita o un medicamento ya es difícil en términos generales, las necesidades específicas de mujeres cuidadoras, víctimas de violencia, mujeres rurales o personas con identidades diversas quedan relegadas por la presión de resolver demandas básicas insatisfechas.

La aparición de "tramitadores" como intermediarios informales agrega una capa de análisis directamente vinculada con Lipsky (2010): la precariedad institucional no produce un vacío, sino mecanismos de compensación que redistribuyen el acceso de manera inequitativa, favoreciendo a quienes tienen mayores recursos económicos o sociales para activar vías informales. Este fenómeno refuerza las desigualdades que el enfoque diferencial debería precisamente corregir.

Acciones para mujeres: presencia formal, baja continuidad y débil institucionalización.

Otro hallazgo que dialoga con los antecedentes es la existencia de acciones dirigidas a mujeres que, sin embargo, operan de manera intermitente y fragmentaria. La literatura comparada ha mostrado que la transversalización efectiva exige pasar de actividades aisladas a mecanismos estables de planificación, recursos, seguimiento y responsabilidad institucional (González Vélez et al., 2020; OPS, 2019; WHO, 2011). Las autoras del estudio comparado identificaron que la existencia de una "arquitectura institucional" estructuras con autoridad, presupuesto, coordinación y monitoreo es condición necesaria para que la transversalización no quede reducida a iniciativas episódicas.

En el caso estudiado, las jornadas, campañas o protocolos existen, pero no logran consolidarse como una política local integrada. La salud materna y la salud sexual y reproductiva aparecen como campos relativamente más visibles, mientras áreas como violencias basadas en género y salud mental presentan mayores vacíos. Esta situación confirma una tendencia ya advertida por González Vélez et al. (2020): el enfoque de género corre el riesgo de reducirse a algunos temas más "tradicionales" del sector salud sin permear de forma suficiente otros campos cruciales del bienestar y la autonomía de las mujeres.

Participación comunitaria como gobernanza compensatoria

La participación comunitaria aparece en este estudio como fortaleza relativa y, al mismo tiempo, como indicador de debilidad institucional. Este doble carácter puede interpretarse a la luz de Cornwall (2008), quien distingue entre espacios de participación "invitada" creados desde arriba, a menudo sin capacidad vinculante y participación "inventada" ejercida desde la base como forma de agencia ciudadana. En La Dorada, los veedores y líderes comunitarios parecen operar en una zona intermedia: participan en espacios formales como COPACOS y reuniones institucionales, pero buena parte de su incidencia se produce a través de canales informales de mediación, denuncia y acompañamiento.

González Vélez et al. (2020) identificaron la relación entre instituciones de salud y sociedad civil como una de las siete categorías esenciales para la transversalización del género en salud, advirtiendo que, sin mecanismos formales de escucha, respuesta y corrección, la participación puede quedar reducida a un ejercicio consultivo sin capacidad transformadora. El caso de La Dorada confirma esta advertencia. La comunidad participa, denuncia, acompaña y articula información. No obstante, buena parte de ese esfuerzo funciona como gobernanza compensatoria: veedores y liderazgos locales cubren vacíos de información, seguimiento y presión que la institucionalidad no absorbe suficientemente. La consecuencia es que la exigibilidad del derecho a la salud y, en particular, de las necesidades diferenciadas de las mujeres, queda excesivamente apoyada en el voluntarismo social.

Salud mental, violencias y punto ciego de la implementación. La aparición de la salud mental como necesidad crítica subatendida constituye uno de los aportes más relevantes del estudio. La revisión sistemática de Alarcón Garavito et al. (2023) encontró que, pese a la existencia de un marco normativo relativamente robusto en Colombia, persisten barreras asociadas a coordinación insuficiente entre niveles de atención, financiación limitada, cargas laborales elevadas, rotación de personal y débil traducción territorial de las políticas de salud mental.

El caso de La Dorada confirma esa tendencia, pero agrega una capa analítica central: la salud mental de las mujeres debe leerse también desde el enfoque de género y la interseccionalidad. Los relatos muestran que el sufrimiento psíquico se vincula con violencias basadas en género económica, psicológica, sexual, dependencia económica, sobrecarga de cuidado no remunerado, exclusión y falta de rutas sensibles a estas condiciones. En consecuencia, la salud mental no puede ser tratada como un campo neutral o puramente clínico. Como argumentaron Hankivsky (2012) y Bowleg (2012), si la respuesta institucional no incorpora perspectiva de género e interseccionalidad, corre el riesgo de atender síntomas individuales sin intervenir las estructuras sociales que los producen o agravan.

La disputa conceptual entre igualdad formal e interseccionalidad. Uno de los hallazgos más finos del estudio es la coexistencia de dos comprensiones diferentes sobre lo que significa hacer justicia en salud. Una primera entiende la equidad como brindar el mismo trato a todas las personas sin distinción; una segunda insiste en que la igualdad sustantiva requiere reconocer condiciones desiguales y responder de manera diferenciada. Esta tensión no es secundaria ni meramente conceptual, porque afecta directamente la implementación: si los actores encargados de materializar el enfoque diferencial no comprenden la diferencia entre igualdad formal e igualdad sustantiva, es improbable que traduzcan la norma en criterios operativos pertinentes.

Miranda-Montero et al. (2020) mostraron que en Colombia la transversalización del género necesita una lectura interseccional para no convertirse en una herramienta homogeneizadora que reproduzca desigualdades bajo la apariencia de neutralidad. Crenshaw (1991) formuló originalmente esta advertencia en el campo jurídico: los marcos que tratan el género y la raza como categorías independientes producen puntos ciegos que invisibilizan las experiencias de quienes se encuentran en la intersección de múltiples opresiones. El caso de La Dorada confirma esta advertencia en el campo sanitario. La voz de E1 funciona como contrapunto crítico frente a lecturas más universalistas del sistema y revela un punto ciego de la gestión territorial: si el enfoque diferencial se interpreta como privilegio injustificado o como discriminación positiva innecesaria, su apropiación institucional será débil y su implementación quedará sujeta a la buena voluntad de actores individuales. Por ello, una condición de posibilidad para la implementación es la formación conceptual de los actores del territorio, personal de salud, funcionarios, líderes comunitarios en género, enfoque diferencial e interseccionalidad. No como un ejercicio académico abstracto, sino como una herramienta operativa que permita traducir el mandato normativo en criterios de atención verificables y compartidos.

Tesis interpretativa final del caso. A la luz del diálogo entre hallazgos y literatura, la tesis interpretativa final puede formularse así: en La Dorada, el enfoque diferencial de género en salud opera más como mandato normativo disperso que como política pública local plenamente institucionalizada. Su implementación se ve obstaculizada por barreras estructurales de acceso que debilitan la base operativa del sistema, por la baja continuidad y articulación de acciones dirigidas a mujeres, por la escasa capacidad vinculante de la participación comunitaria, por la insuficiente respuesta en salud mental con enfoque de género, y por una apropiación conceptual heterogénea del propio enfoque que constituye un obstáculo epistémico para su materialización.

Esto no significa que el municipio carezca por completo de referencias, acciones o voluntad pública. Significa, más bien, que la traducción de la norma a la práctica sigue siendo inestable, generalista y débilmente territorializada. El principal aporte de esta investigación consiste en mostrar esa brecha desde voces que conocen el funcionamiento cotidiano del sistema, en documentar las condiciones que la producen y en ubicarla no como un accidente local aislado, sino como parte de un problema más amplio de implementación de políticas de género en salud en contextos de capacidad estatal territorialmente frágil (Lipsky, 2010; González Vélez et al., 2020; OPS, 2019).

Conclusiones y recomendaciones

Conclusión general

La investigación permite concluir que, según las percepciones de los informantes clave, la implementación del enfoque diferencial de género en la atención en salud del municipio de La Dorada, durante el período 2020–2023, fue parcial, fragmentaria, intermitente y débilmente institucionalizada. Aunque existe un marco normativo sectorial que reconoce la necesidad de cerrar brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual expresado con claridad en la Resolución 2138 de 2023, la evidencia cualitativa muestra que dicho mandato no se traduce de manera consistente en prácticas ordinarias de atención, seguimiento, territorialización y respuesta integral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023; OPS, 2019; González Vélez et al., 2020).

Conclusiones derivadas de los objetivos

Primera conclusión (Objetivo 1): comprensión del enfoque diferencial). La apropiación conceptual del enfoque diferencial de género es heterogénea entre los actores del territorio. Mientras algunos informantes reconocen la necesidad de respuestas diferenciadas según la posición social, el género y la vulnerabilidad de las personas, otros equiparan equidad con trato igualitario indiscriminado. Esta tensión entre igualdad formal y diferenciación sustantiva no es una divergencia menor, sino un obstáculo epistémico para la implementación: sin comprensión compartida del enfoque, la norma no puede convertirse en criterios operativos claros de atención. Este hallazgo confirma las advertencias de Miranda-Montero et al. (2020) sobre la necesidad de una lectura interseccional de la transversalización del género en el contexto colombiano y de Hankivsky (2012) sobre la insuficiencia de los análisis de género que no incorporan la interseccionalidad.

Segunda conclusión (Objetivo 2: barreras y acciones). La implementación del enfoque diferencial ocurre sobre un sistema local estructuralmente tensionado. Las barreras persistentes de acceso, demoras, autorizaciones tardías, entrega incompleta de medicamentos,

sobrecarga e insuficiente capacidad resolutive, reducen la posibilidad material de desplegar respuestas sensibles a necesidades específicas de las mujeres. Las acciones dirigidas a mujeres existen, pero como iniciativas dispersas y discontinuas, sin plan local integrado, sin indicadores verificables y sin sostenibilidad garantizada. La diferencia entre reconocer el enfoque y sostenerlo institucionalmente aparece aquí con claridad. En salud mental, el déficit es especialmente grave: todos los informantes la reconocen como prioridad, pero la respuesta institucional es percibida como insuficiente, poco especializada, débilmente territorializada y carente de enfoque de género.

Tercera conclusión (Objetivo 3: participación comunitaria). La participación comunitaria y la veeduría ciudadana cumplen un papel real en la identificación de problemas, mediación con instituciones y exigibilidad del derecho a la salud. Sin embargo, su incidencia es limitada. La participación informa, acompaña y presiona, pero no siempre logra transformar decisiones ni producir correctivos sostenidos. Funciona como gobernanza compensatoria: la comunidad suple vacíos que la institucionalidad debería absorber, lo cual puede parecer una fortaleza, pero evidencia debilidad estatal. Esto demuestra que la presencia de control social no sustituye la necesidad de fortalecer la capacidad institucional de respuesta y los mecanismos formales de vinculatoriedad de la participación ciudadana.

Cuarta conclusión (Objetivo 4: brecha norma-implementación). Persiste una **brecha multidimensional** entre el marco normativo y la implementación efectiva del enfoque diferencial de género en salud. Esta brecha tiene una dimensión organizacional (falta de capacidades institucionales sostenidas), una dimensión operativa (barreras de acceso que anulan la priorización diferencial), una dimensión formativa (baja comprensión del enfoque por parte de actores clave), una dimensión de seguimiento (ausencia de mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas) y una dimensión epistémica (la confusión entre igualdad formal y equidad sustantiva que obstaculiza la apropiación del enfoque). La implementación del enfoque

diferencial de género en salud en La Dorada opera más como declaración normativa que como práctica pública normalizada.

En síntesis, la tesis demuestra que en La Dorada el enfoque diferencial de género en salud está más consolidado en el plano del discurso que en la práctica cotidiana de los servicios. La principal brecha no se ubica solo entre formulación y ejecución, sino también entre reconocimiento formal, comprensión sustantiva del enfoque, capacidad organizacional e implementación territorial efectiva.

Recomendaciones justificadas a partir de los hallazgos.

Las siguientes recomendaciones derivan directamente del análisis cualitativo y no constituyen una lista genérica de aspiraciones normativas. Cada una se conecta con un hallazgo concreto, el problema que genera y la acción propuesta, siguiendo la lógica: hallazgo - problema - recomendación.

Tabla 10

Hallazgos

Hallazgo observado	Problema que genera	Recomendación concreta
Barreras persistentes de acceso a citas, autorizaciones y medicamentos	La atención básica tardía e incompleta impide que el enfoque diferencial tenga viabilidad operativa, y afecta de manera desproporcionada a mujeres con cargas de cuidado y menor movilidad	Fortalecer un sistema local de seguimiento a tiempos de respuesta, autorizaciones y entrega efectiva de medicamentos, con alertas tempranas para mujeres gestantes, víctimas de violencias y otros casos de especial vulnerabilidad, articulado con los mecanismos de veeduría existentes.
Acciones para mujeres dispersas, intermitentes y sin plan articulado	Las necesidades específicas quedan sujetas a coyunturas, voluntades aisladas o campañas	Diseñar un plan local de implementación del enfoque diferencial de género en salud

	episódicas, sin indicadores ni seguimiento	con metas verificables, responsables identificados, cronograma, territorialización, indicadores y mecanismos de evaluación periódica, en el marco de los lineamientos de la Resolución 2138 de 2023.
Apropiación conceptual heterogénea del enfoque diferencial: confusión entre equidad y trato homogéneo	Se invisibilizan desigualdades sustantivas y se obstaculiza la traducción de la norma en criterios operativos de atención	Implementar procesos continuos y territorializados de formación para talento humano en salud, funcionarios territoriales y actores de participación social en género, interseccionalidad, violencias basadas en género y trato digno, articulados con indicadores de apropiación.
Participación activa pero con escasa capacidad vinculante	Las observaciones ciudadanas no se convierten en correctivos sostenidos ni en compromisos institucionales verificables	Fortalecer COPACOS y demás espacios participativos mediante compromisos públicos verificables, respuestas institucionales documentadas con plazos, seguimiento formal a las alertas comunitarias e inclusión de indicadores de enfoque diferencial en los informes de rendición de cuentas.
Salud mental reconocida como prioridad crítica sin respuesta suficiente ni enfoque de género	Persisten vacíos graves para mujeres, jóvenes y población vulnerable; la respuesta es generalista y no reconoce el vínculo entre sufrimiento psíquico y desigualdades de género	Consolidar rutas territoriales de salud mental con enfoque diferencial de género, articuladas con educación, protección social y atención a violencias, con énfasis en prevención, detección temprana, seguimiento y formación del

		personal en género e interseccionalidad.
Baja territorialización de la oferta institucional	Mujeres rurales, cuidadoras, víctimas y otros grupos enfrentan mayores obstáculos de acceso y menor visibilidad para el sistema	Desarrollar estrategias comunitarias y barriales de información, acompañamiento y búsqueda activa apoyadas en liderazgos locales y redes sociales de base, con recursos institucionales y seguimiento verificable.

Aportes del estudio y líneas futuras de investigación. El principal aporte del estudio es ofrecer una comprensión cualitativa, situada y metodológicamente trazable de la implementación del enfoque diferencial de género en la atención en salud de un municipio intermedio colombiano. Mientras buena parte de la discusión se concentra en el plano normativo o en escalas nacionales, esta investigación muestra cómo la brecha entre norma e implementación se expresa en la cotidianidad territorial, en la experiencia de las barreras de acceso, en la participación comunitaria y en los vacíos de comprensión del enfoque. Adicionalmente, el estudio contribuye a la literatura sobre implementación de políticas públicas al documentar la dimensión epistémica de la brecha, la apropiación heterogénea del enfoque, como factor determinante de la implementación, un aspecto que la literatura sobre transversalización de género en salud ha señalado pero que rara vez se documenta empíricamente desde voces territoriales.

A partir de este alcance, se justifican tres líneas futuras de investigación.

La primera consiste en reconstruir las experiencias directas de mujeres usuarias del sistema local de salud, dado que esta tesis trabajó con informantes clave que observan, median o vigilan el sistema, pero no con trayectorias individuales de atención. Un estudio con mujeres usuarias permitiría captar dimensiones de la implementación que no son visibles desde

la perspectiva de los veedores, como el trato recibido en la consulta, la experiencia de la ruta de atención a violencias o la vivencia de la salud mental desde la posición de quien recibe o no recibe el servicio. Esta línea responde al vacío que el propio estudio reconoce como limitación.

La segunda línea sería realizar un análisis documental, presupuestal y administrativo de la implementación local, con el fin de contrastar la evidencia narrativa producida por esta tesis con decisiones formales, recursos efectivamente asignados, indicadores de gestión y compromisos institucionales documentados. Este contraste permitiría evaluar con mayor precisión la magnitud de la brecha entre norma e implementación y producir evidencia utilizable por la gestión pública territorial.

La tercera línea debería profundizar en las rutas de salud mental, violencias basadas en género y salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial, pues estos campos aparecieron como núcleos especialmente frágiles y estratégicos para la garantía diferencial del derecho a la salud. Un estudio específico sobre estas rutas, que incorpore tanto la perspectiva de actores institucionales como la de mujeres usuarias, contribuiría a producir recomendaciones más precisas para la adecuación de los servicios.

Referencias Bibliográficas

- Alarcón Garavito, G. A., Burgess, R., Dedios Sanguinetti, M. C., Peters, L. E. R., y Vera San Juan, N. (2023). *Mental health services implementation in Colombia: A systematic review*. *PLOS Global Public Health*, 3(2), e0001565.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001565>
- Bowleg, L. (2012). *The problem with the phrase "women and minorities": Intersectionality—an important theoretical framework for public health*. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Calderón-Jaramillo, M., Mendoza, Á., Acevedo, N., Forero-Martínez, L. J., Sánchez, S. M., y Rivillas-García, J. C. (2020). *How to adapt sexual and reproductive health services to the needs and circumstances of trans people: A qualitative study in Colombia*. *International Journal for Equity in Health*, 19, 148. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01250-z>
- Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2.^a ed.). Routledge.
- Cornwall, A. (2008). *Unpacking "participation": Models, meanings and practices*. *Community Development Journal*, 43(3), 269–283. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsn010>
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–168.
- Crenshaw, K. (1991). *Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color*. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
<https://doi.org/10.2307/1229039>

- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3.^a ed.). SAGE.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5.^a ed.). SAGE.
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2022). *Documento CONPES 4080: Política Nacional de Equidad de Género para las Mujeres*. DNP.
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2023). *Mapeo de políticas públicas de equidad de género a nivel territorial*. DNP.
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/Documentos/16195-mapeo-politicas-publicas-equidad-de-genero-nivel-territorial.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (s. f.). *Terridata: Sistema de estadísticas territoriales. Ficha territorial de La Dorada, Caldas*. <https://terridata.dnp.gov.co/>
- Fereday, J., y Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80–92.
<https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
- González Vélez, A. C., Coates, A., Díaz García, V., y Wolfenzon, D. (2020). Gender equality and health equity: Strategic lessons from country experiences of gender mainstreaming in health. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e129.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.129>
- Hankivsky, O. (2005). *Gender mainstreaming vs. diversity mainstreaming: A preliminary examination of the role and transformative potential of feminist theory*. *Canadian Journal of Political Science*, 38(4), 977–1001.

- Hankivsky, O. (2012). *Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality*. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1712–1720.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
- Hankivsky, O., y Christoffersen, A. (2008). *Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective*. *Critical Public Health*, 18(3), 271–283.
<https://doi.org/10.1080/09581590802294296>
- Kvale, S., y Brinkmann, S. (2009). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2.^a ed.). SAGE.
- Lincoln, Y. S., y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (ed. ampliada del 30.^o aniversario). Russell Sage Foundation. (Obra original publicada en 1980).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 27 de diciembre). *Resolución 2138 de 2023, por la cual se adoptan lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud y se dictan otras disposiciones*. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30054926>
- Miranda-Montero, Y. I., Anctil-Avoine, P., y Hankivsky, O. (2020). *Transversalización de género: Un acercamiento al caso de Colombia y una propuesta interseccional*. *Revista CS*, (32), 191–219. <https://doi.org/10.18046/recs.i32.3530>
- Mosquera, M., Zapata, Y., Lee, K., Arango, C., y Varela, A. (2001). *Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: A study of institutional change and social representation*. *Health Policy and Planning*, 16(Suppl. 2), 52–60.
https://doi.org/10.1093/heapol/16.suppl_2.52
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Gender mainstreaming in health: Advances and challenges in the Region of the Americas*. OPS.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51784>

- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4.^a ed.). SAGE.
- Pressman, J. L., y Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California Press.
- Rivillas-García, J. C., Cifuentes-Avellaneda, Á., Hellowell, M., Martínez-Cabezas, S. P., Caicedo-Bernal, J. P., Gómez-Dávila, J. G., Sierra-Matamoros, F. A., Escobar-Hoyos, L. P., y González Vélez, A. C. (2024). *Barriers to advancing the sexual and reproductive health agenda in Latin America: A qualitative study of key informants' perspectives*. *Reproductive Health*, 21, 185. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01927-6>
- Scott, J. W. (1986). *Gender: A useful category of historical analysis*. *American Historical Review*, 91(5), 1053–1075. <https://doi.org/10.2307/1864376>
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE.
- Vargas Machado, C. A., Serrano Frattali, J. P., y Mendoza Munar, L. (2025). *El derecho a la salud en Colombia: El enfoque diferencial étnico en el marco de los actuales intentos de reforma*. *Revista Científica de Estudios Sociales*, 4(7), 145–166. <https://doi.org/10.62407/qawak646>
- Viveros Vigoya, M. (2016). *La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación*. *Debate Feminista*, 52, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Gender mainstreaming for health managers: A practical approach*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501057>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6.^a ed.). SAGE.

Apéndices

Transcripciones íntegras de las entrevistas

Investigación

Enfoque diferencial de género en la atención en salud en La Dorada (Caldas): implementación local, barreras institucionales y percepciones de actores comunitarios e institucionales, 2020–2023

Carlos Alberto Jiménez Vera

Maestría en Gobierno, Políticas Públicas y Desarrollo Territorial

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Abril, 2026

Nota sobre confidencialidad: Las entrevistas fueron realizadas con consentimiento informado y registradas en audio para su posterior transcripción. Los informantes están identificados mediante su nombre y código alfanumérico (E1 a E5) conforme al diseño metodológico de la investigación, preservando el contexto y protegiendo información que pudiera comprometer relaciones institucionales o identificar indirectamente a terceros.

Apéndice A. Entrevista 1 (E1): Ludirlena Pérez Carvajal

Datos de identificación

Nombre completo: Ludirlena Pérez Carvajal

Perfil: Lideresa social, activista de derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual

Organización: Organización de mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia-

Gestionando Paz

Lugar de residencia: Vereda Buenavista, municipio de La Dorada, Caldas

Fecha de entrevista: 16 de abril de 2025

Primera sesión: 2:43 p.m.

Entrevistador (0:03): ¿Tengo autorización para grabar, doctora?

Ludirlena (0:14): Totalmente de acuerdo, autorizo.

Entrevistador (0:16): Mi nombre es Carlos Jiménez, soy docente de la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la UNAD, sede La Dorada. Estoy terminando una Maestría en Gobierno, Políticas Públicas y Desarrollo Territorial. Para eso estamos haciendo esta investigación, la idea es identificar cómo el enfoque de género se aplica en los planes de desarrollo territoriales, tomando como muestra el municipio de La Dorada, para ver cómo se ha venido vinculando el enfoque de género a las políticas públicas. ¿Usted me podría decir a qué se dedica, su nombre completo y número de cédula, solo para que quede en el acta?

Ludirlena (1:29): Mi nombre es Ludirlena Pérez Carvajal, lideresa social y activista de los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual y de nuestros hijos e hijas nacidas bajo este hecho. Estoy dedicada al 100% al trabajo social con la organización de mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia Gestionando Paz. Resido actualmente en el municipio de La Dorada, vereda Buenavista, Caldas.

Entrevistador (1:53): Muchísimas gracias. ¿Ha participado alguna vez en la construcción de planes de desarrollo territorial?

Ludirlena (2:15): Sí, señor, municipal y departamental.

Entrevistador (2:20): ¿Y qué acciones se han visto ahí que se han venido desarrollando? ¿Cómo funcionan estas mesas de trabajo? ¿Existe algún tipo de enfoque de género, alguna vinculación con las necesidades específicas de las mujeres?

Ludirlena (3:00): Carlos, en primera instancia, efectivamente he podido trabajar desde los diversos sectores, en especial con el tema de víctimas del conflicto armado. Hoy creíamos que íbamos a tener mayor acogida porque, aunque en el Plan de Desarrollo Nacional Colombia Potencia Mundial de la Vida no hay un capítulo especial, sí tenemos unos acápite muy importantes dentro del mismo. Pero déjame decirte que a pesar de que hice la solicitud a nivel municipal, dado que, en La Dorada, Caldas, existen más de 11.300 víctimas, fue imposible que esa petición fuera aceptada para poder generar políticas públicas diferenciales desde las leyes 1448, 1011, sus decretos leyes y toda la normatividad direccionada desde la Corte Constitucional y sus autos de seguimiento. Porque si bien es cierto que las víctimas tenemos un reconocimiento, también estamos reconocidas por la Corte Constitucional como los vulnerables más vulnerables, y hay una normatividad que da fe del rezago en materia de vivienda para las víctimas, precisamente porque no hay un enfoque direccionado para atender las necesidades de más de diez millones de víctimas en Colombia.

Entrevistador (4:58): En el orden más local, hemos visto que también se han gestado mesas de trabajo para vincular las necesidades tanto de las víctimas del conflicto armado como de la comunidad en general. En esas mesas de trabajo, ¿hay algún tipo de enfoque de género, existe alguna vinculación de la proyección de cuáles son las necesidades específicas de las mujeres?

Ludirlena (5:42): Yo lo he conocido. He sido reiterativa en manifestar la importancia de la inclusión de un enfoque diferencial, un enfoque de género, un enfoque étnico e intercultural. Pero ha sido imposible. A pesar de que cuando ya se hace la redacción del plan de desarrollo se incorpora en los lineamientos de implementación, no está en la acción concreta. Entonces queda como letra muerta: bonito en la redacción, más no en la acción.

Entrevistador (6:10): Desde su experiencia, ¿cómo cree usted que se debe tener en cuenta el enfoque de género en el momento de crear e implementar programas de salud en municipios como La Dorada?

Ludirlena (6:23): A ver, una cosa es tener en cuenta y otra cosa es implementar. Partamos del principio básico: para poder construir, se tiene que involucrar, se tiene que complementar un enfoque diferencial que contemple las necesidades particulares desde las edades, lo etario para las mujeres, tanto en su condición: si es urbana, rural, campesina, étnica, madre cabeza de hogar. Todo eso lo debe tener en cuenta para que los lineamientos de implementación sean efectivos. ¿Cómo poder atender a una mujer que tiene diferentes enfoques? Hay mujeres que tenemos el enfoque primero como mujer, segundo campesino, tercero étnico, cuarto tenemos un enfoque de discapacidad, incluso por obesidades mórbidas. Tenemos afectaciones mentales por lo que nos ha sucedido dentro del conflicto armado. Eso no se conoce, y como no se conoce, entonces no se generan planes, programas o proyectos con un enfoque diferencial ni territorial. Partamos de algo: aquí en el municipio de La Dorada se desconocen los grupos al margen de la ley, se desconoce la trata de personas, se desconoce la mendicidad. Y cuando digo mendicidad la estoy aliando también con trata de personas, porque aquí la indigencia está en un volumen alto. Si se desconocen realidades tan significativas en el municipio, pues no se están haciendo acciones que contrarresten la problemática. A mi criterio, el enfoque ha sido transversalizado más no ha sido atendido de la mejor manera para que las políticas públicas realmente atiendan las necesidades de nosotras las mujeres.

Entrevistador (9:04): ¿Cómo podemos saber si un programa de salud realmente tiene en cuenta el enfoque de género y no solo lo menciona por cumplir con la ley?

Ludirlena (9:13): Lo primero es la capacitación a sus funcionarios. Si un funcionario no conoce qué es un enfoque de género, ya estamos perdiendo. En ocasiones se malinterpreta que una atención adecuada es un saludo de 'buenos días, buenas tardes', y eso ya es respeto.

No, hay que comprender cosas tan particulares como el léxico de cada persona, sus usos y costumbres, desde lenguas nativas. Yo soy una mujer wayuu, vengo de la Guajira, de un asentamiento del río Ranchería en Fonseca; si yo hablara mi lengua nativa, no me la entenderían. Hay personas del campo que no saben leer ni escribir. Situaciones como estas dejan ver que, si no se aplica un adecuado enfoque de género, una adecuada interseccionalidad desde los enfoques y desde las comprensiones propias de las personas que se van a atender, no sirve para nada. Le voy a dar un ejemplo con la atención psicosocial que se tuvo aquí en el municipio. Se tuvo un programa donde ni siquiera se formó a los funcionarios en qué son las diversas violencias basadas en género, en cómo hacer contención cuando una persona quiere llegar a ti como profesional psicológico y decirte: 'Es que yo soy violada por mi esposo'. Ha sido tan traumático este proceso porque lo que tú le cuentas a esa profesional comienza a pasar en chisme de pasillo, en rumores. ¿Por qué? Porque no hay una formación en género del personal. Las políticas públicas no son exigentes al momento de la contratación. El sistema de salud no tiene un enfoque; lo que tiene es una estructura para violentar a las mujeres. No se priorizan las necesidades particulares propias. Entonces, para poder ser atendido, lo primero tiene que ser unos lineamientos claros en formación, un enfoque que comprenda la interseccionalidad. Yo le decía antes todos esos enfoques, pero también puedo ser una mujer lesbiana, y no pueden atenderse de la misma manera.

Entrevistador (12:13): Hablaba con varios de los veedores en salud y cuando les hablaba de si existe un tratamiento diferencial para hombres y mujeres en la política de salud, me dijeron una expresión que me llamó mucho la atención: que si el sistema de salud tiene unas consideraciones especiales con una población específica, no está siendo objetivo; que cuando las políticas públicas tienen un enfoque diferencial, está dejando de ser incluyente. ¿Qué opina usted de eso?

Ludirlena (13:51): Es un claro desconocimiento del patriarcado. Precisamente no comprende los roles y relaciones entre hombres y mujeres. Le voy a responder eso con otra

pregunta: ¿Cómo desconocer que para que una mujer pueda ir al médico tiene que antes levantarse a las cuatro o cinco de la mañana, dejar el desayuno, despachar a los peladitos para el colegio, dejar la casa arreglada para que cuando llegue el hombre pueda sentarse al comedor y servirle su almuerzo? Cosa que no tiene la mujer. Entonces, si no comenzamos a comprender los roles y todo lo que se asocia al contorno de la mujer, estamos desconociendo precisamente qué es un enfoque de género y estamos generando una asimetría que realmente afecta de manera directa y eleva las inequidades entre hombres y mujeres. Para mí, esos veedores en salud tendrían que estudiar un poco más para comprender la situación.

Obviamente que sí tiene que haber un enfoque diferencial en la atención, porque es que a un hombre no le menstrúa, un hombre no pare, a un hombre se le viola y no tiene que sacarle su aparato reproductor porque le afectaron su matriz. Son condiciones tan diferenciadas. O sea, una mujer heterosexual no siente igual que una mujer lesbiana, son dos cosmovisiones totalmente diferentes; o una mujer negra no puede tener desde su interculturalidad la misma cosmovisión que una mestiza. Entonces, vuelvo y repito, estamos desde la postura de los veedores promulgando las desigualdades.

Entrevistador (16:05): ¿Puede ser que el desconocimiento sea una de las principales causas de que no lleguemos a la igualdad de género?

Ludirlena (16:21): Y por supuesto, el desconocimiento es atrevido. Al tener posturas como estas, lo único que se le permite a la institución, tanto pública como privada, es materializar la violencia contra las mujeres y desconocer sus derechos. Eso es la violencia estructural. Con posturas como estas, lo único que se le da legitimidad a la institucionalidad para ejercer esas asimetrías de desconocimiento.

Entrevistador (17:08): ¿Cómo cree usted que situaciones como el poco acceso al trabajo, a la educación y el hecho de que muchas mujeres tengan que cuidar solas a sus hijos o familiares afectan la salud de las mujeres en el municipio?

Ludirlena (17:31): Afecta en un 80%. Primero, porque exacerba las diversas violencias de género contra las mujeres. Una mujer que no tiene capacidad adquisitiva es una mujer que asume violencias económicas, psicológicas, sexuales, vicarias, todas las clases de violencia. Soy una de las mujeres convencidas en que la violencia económica es una de las puertas más importantes para todas las otras violencias. Dos: genera un daño mental terrible. Hoy no se valora la economía del cuidado. Debería existir una política pública de economía del cuidado que contemple la relación que hay de ese cuidado en el hogar y que las mujeres tuvieran una asignación presupuestal. Mira, muchas mujeres que cuidan a sus hijos porque tienen una condición diferenciada, o que están 100% en el hogar porque así les exigen sus parejas, son personas que mentalmente no están bien porque se descuidan, porque tienen procesos reprimidos, porque su entorno social es más reducido. Incluso en su alimentación se descuidan porque no tienen la capacidad adquisitiva. Y en el municipio de La Dorada no hay empresas que contraten con especial énfasis a mujeres, no hay un enfoque que lo dirija a pesar de que existe la Ley 1257 del 2008, que establece que aquellas empresas que contraten a mujeres víctimas de violencias basadas en género tendrán reducciones en sus parafiscales de hasta el 200%. Pero como no hay una adecuada difusión, ni un programa que motive esto, queda simplemente en el cajón. Además, la escolaridad baja que tienen las mujeres se asocia a las diversas violencias. Si usted suma esto y lo replica a una mujer del campo que incluso para tomarse una citología tiene que pedirle permiso a su esposo, porque tenemos problemas aquí en La Dorada de cáncer de cuello uterino, impresionantes, si la Secretaría de Salud tuviera un enfoque de género incluido dentro de todo su andamiaje, comprendería la importancia de descentralizar sus actuaciones hacia el campo, hacia las mismas casas.

Entrevistador (21:22): ¿Qué cosas deberían hacer las instituciones de salud para asegurar que las mujeres, los niños, las personas LGBTIQ+ y otros grupos reciban una atención adecuada con enfoque diferencial?

Ludirlena (21:41): Primero, formar a su personal con un enfoque de género y enfoque diferencial. Segundo, descentralizar sus actuaciones hacia las zonas urbanas y rurales. Tienen que ser una Secretaría de Salud móvil para que le llegue a la gente y la gente entienda o genere confianza. Tienen que generar programas de derechos sexuales y reproductivos. Las mujeres seguimos practicándonos abortos clandestinos. ¿Sabe por qué? Por qué no hay confianza con la institucionalidad porque no hay condiciones dignificantes con las personas que nos atienden. Además, tienen que generar un plan de desarrollo inclusivo con un enfoque de género, que no solamente esté direccionado desde lo transversal, sino que tenga unas responsabilidades por cada una de las dependencias. Le voy a poner un ejemplo: yo llevé a una niña de tan solo 13 años de edad, violentada sexualmente de una zona rural, y cuando estaba en el hospital, la enfermera dijo que pasara 'la niña que fue violada'. Eso inició un proceso judicial por violación de los derechos porque no hubo reserva de la identidad ni tampoco la privacidad de una niña. Ese es el resultado de la falta de formación en género del personal de salud.

Entrevistador (26:00): ¿Cree usted que los últimos planes de desarrollo han vinculado el enfoque de género de alguna manera?

Ludirlena (26:33): Vuelvo al tema: los vinculen como exigibilidad normativa más no para la aplicación propia. Es diferente que usted haga una lista de mercado y coloque sal, sabe que la sal va a necesitar para condimentar todos sus alimentos, pero resulta que cuando llega a su casa se da cuenta de que se le olvidó la sal. Eso es lo que pasa: está en el papel, más no en el producto. Desde Diego Pineda, siguió César Álzate, de César Álzate siguió ahora Freddy Saldaña, los últimos tres planes de desarrollo han incluido el enfoque de género, pero lo incluyen como una exigibilidad normativa, más no para la aplicación real. El plan de desarrollo sí se ha hecho más, no se ha hecho un trabajo a fondo que realmente dé respuesta respetuosa a un enfoque de género bajo una necesidad pertinente de un grupo poblacional como somos las mujeres. Ni tampoco la población LGBTI, ni las niñas. Seguimos creciendo en violencias. Lo

invito para que usted mire cómo ha crecido la violencia contra las mujeres y las niñas en el municipio de La Dorada.

Segunda sesión: 3:19 p.m.

Ludirlena (0:08): Algo que le quiero mencionar es precisamente la participación. La participación en el municipio de La Dorada tiene que cambiar, tiene que ser más dinámica, más inclusiva. El Consejo Territorial de Mujer y Género del municipio de La Dorada, yo no le conozco la política pública de mujer que esté aprobada por una ordenanza y que tenga una asignación presupuestal. Si esto no está de esta manera, pues vamos a seguir, con mucho respeto, mendigando condiciones desde los diferentes planes, programas y proyectos para la mujer. Además, la alcaldía desde la administración Diego Pineda se ha encargado de invisibilizar las organizaciones de mujeres. Por ejemplo, en el municipio de La Dorada existe Corporación Casa de la Mujer de Magdalena Centro, una corporación que ha guerreado por visibilizar los derechos de las mujeres. ¿Qué hizo la administración? Le quitó el comodato a Casa de la Mujer y tomó sus iniciativas, como la Carrera por la Mujer, que son propias de esa corporación. No es invisibilizando las organizaciones, sino trabajando de la mano con nosotras, que se ponderan las acciones. Nosotros somos una isla flotante como organización porque hemos aprendido de cómo han invisibilizado a nuestras hermanas.

Entrevistador (2:45): Me gustaría que hiciéramos un pequeño cierre: ¿cree usted que realmente podríamos llegar a tener igualdad de género?

Ludirlena (3:09): Igualdad de género es un sueño, con mucho respeto para decirlo. Igualdad de género no puede existir cuando no hay condiciones para que la mujer lleve un plato de comida a la mesa, cuando no hay condiciones de que la mujer pueda decir 'no quiero tener relaciones' y no se le siga obligando. No hay condiciones cuando la mujer sigue laborando en su casa y no se le reconoce su mano de obra. No hay condiciones cuando tengo que prostituirme por cinco mil pesos. No hay igualdad, y tardaremos décadas en que un país como Colombia, que tiene unas copias de políticas públicas de países desarrollados, se dé

esto en nuestro país. Desde el 2013 no se le inyecta presupuesto al CONPES 161, que es el CONPES de mujer que da los lineamientos para que se implemente la política pública a nivel territorial. Entonces estamos totalmente mal. Estamos lejos, muy lejos, años luz de poder tener igualdad de género.

Tercera sesión: 3:26 p.m.

Ludirlena (0:03): Llegamos a la atención en salud y se minimiza tanto nuestra voz, nuestra verdad, que resultamos incluso auto-preguntándonos si hicimos algo mal para merecer esto o para vivir esta situación. Por ejemplo, que tu médico le diga a una mujer '¿pero sí fue tan fuerte? ¿Cómo, cómo queda usted bueno, y usted qué hizo para que este hombre actuara así?'. O que le digan: '¿Es que usted no conoce un preservativo? ¿Y es que la mujer puede conocer el preservativo, pero entonces cómo le iba a decir al violador o al abusador: ¿venga, póngase el preservativo?'. Cosas como estas minimizan. Incluso cuando se va a tomar una declaración en medicina legal, los médicos ni siquiera están formados y no saben hacer una epicrisis en las 72 horas correspondientes a un caso de violencia sexual, como lo dice la ley. No saben cómo atender violencia psicológica porque creen que la violencia psicológica es la que me puede estar ejerciendo mi esposo cuando le sigue dando likes a mujeres casi desnudas, o cuando, por más que yo me vista y me maquille, él me siga minimizando como mujer. Esa violencia psicológica hay que tratarla, y la desconocen incluso los médicos, porque, con mucho respeto, incluso los médicos que fueron a una universidad carecen de formación en género. Los mismos legisladores de este país, los jueces de la República carecen de formación en género.

Entrevistador (3:12): ¿Cómo le llama usted ese tipo de violencia?

Ludirlena (3:17): Son clases de violencias epistémicas, en especial la testimonial. Muchas mujeres no resistimos tener que contar una y mil veces lo que nos pasó, o tener que buscar hasta testigos para que digan si sí fue tan fuerte lo que yo viví. En el tema de salud, cuando una mujer denuncia, la pregunta la enfermera, luego la hace esperar, llega otro

funcionario, pasa con un médico que la evalúa, y tiene que estar contando y contando hasta que colapsa. Eso es lo que pasa. Así como cuando nosotras vamos a parir y todos meten los dedos para hacerle el tacto, y eso es lo que pasa con nuestros testimonios, se repite una y otra vez sin consideración por la dignidad de la mujer. Gracias, profe.

Apéndice B. Entrevista 2 (E2): Eduardo Muñetón Bustamante

Datos de identificación

Nombre completo: José Eduardo Muñetón Bustamante

Perfil: Líder social, presidente de la Asociación de Usuarios del Hospital San Félix, miembro de la Junta Directiva de esa institución, integrante de la veeduría ciudadana en salud y secretario general del Comité Intersindical Laboral La Dorada – Puerto Salgar.

Lugar de residencia: La Dorada, Caldas

Fecha de entrevista: 1 de octubre de 2024, 5:24 p.m.

Transcripción

Entrevistador: Don Eduardo, ¿de qué manera se garantiza el acceso igualitario de hombres, mujeres, niños y niñas al sistema general de Seguridad Social en Salud?

Eduardo: Empezamos por decir que el sistema de Seguridad Social en Salud está establecido en la Constitución Nacional de 1991. Fue solo hasta el año 2015, con la Ley Estatutaria 1751, que se estableció que la salud en Colombia es un derecho fundamental. Con la Ley 100 de 1993, cuyo ponente fue el presidente César Gaviria, se inauguró la era neoliberal. Esa ley estableció prácticamente la privatización de la salud en Colombia, se entronizó el sistema de aseguramiento y la intermediación financiera. Si bien se avanzó en cobertura, el hecho de que uno esté cubierto en salud no garantiza los servicios. Hablar de salud en Colombia es hablar de una tragedia nacional.

Entrevistador: ¿Considera que hay necesidades especiales para la población? ¿Qué mecanismos o estrategias se han implementado para garantizar que las necesidades específicas de hombres, mujeres, niños, niñas, LGBTIQ+ y grupos con enfoque diferencial sean considerados en la atención primaria?

Eduardo: Lo que acabo de narrar podríamos llamarlo el preámbulo del marco general de la situación de la salud. La ley contempla que todos tienen acceso a los derechos de la salud,

llámese hombres, mujeres, niños, discapacitados, las diferentes etnias, indígenas, negritudes, minorías nacionales, el colectivo LGBTI, todos. Pero eso está en el papel. Del dicho al hecho hay mucho trecho, es decir, de que eso se cumpla completamente hay una distancia. En la normatividad está que todos deben ser atendidos y que nadie debe estar por fuera del sistema. Sin embargo, hay un 4% que es la población pobre no asegurada, que no la atiende ninguna EPS; esos están a cargo directamente del Estado.

Entrevistador: ¿Cuáles han sido las estrategias para garantizar el acompañamiento a madres gestantes, niños con bajo peso al nacer y menores de 5 años con desnutrición?

Eduardo: La ley también contempla los niños hasta los 5 años, el sistema general de vacunación, los controles permanentes durante el embarazo. Sin embargo, en Colombia sigue insistiendo una situación aberrante: la desnutrición. Son niños que se mueren por hambre, por desnutrición. Ahí vemos los casos en aumento en La Guajira. Uno de los factores principales para la salud, no solamente de los niños sino de las poblaciones en general, es el agua potable. Colombia adolece de manera escandalosa por falta de agua potable. El chocó es uno de los departamentos con mayores fuentes hídricas del país, con los mayores niveles de pluviosidad, y sin embargo las poblaciones se mueren porque no hay agua potable ni acueductos.

Entrevistador: ¿A nivel local, en La Dorada, encontramos ese tipo de circunstancias? ¿Ha habido casos de desnutrición?

Eduardo: Esa es una investigación base a desarrollar. La Secretaría de Salud debería preocuparse por eso. Si los papás no tienen empleo o los salarios son muy precarios, no hay capacidad adquisitiva para alimentarse de manera adecuada. Hay pobreza en los hogares, y los que más sufren son los niños, especialmente si provienen de madres solteras cabeza de familia, que también provienen de la desnutrición; entonces viene un círculo.

Entrevistador: ¿Existen programas o estrategias para abordar las enfermedades de transmisión sexual?

Eduardo: Deberían establecer unos mecanismos y una campaña educativa. La Dorada está como el segundo municipio en niveles de enfermedades de transmisión sexual, VIH, después de Manizales. Además, uno de los problemas más graves que tiene La Dorada es la salud mental. El problema de salud mental es gravísimo, con un déficit muy avanzado de psiquiatras, de atención psiquiátrica y psicológica. Ese número de especialistas debería llegar a los colegios, considerando las condiciones de hacinamiento, el clima, los salones inadecuados, donde se agolpan 35 o 40 estudiantes, más los problemas que vienen de la casa.

Entrevistador: En términos generales, ¿la mujer es considerada como un factor importante? ¿Se gestan acciones para apoyar a la mujer en esas problemáticas de salud mental?

Eduardo: Debería de haber unos programas realmente, especialmente donde hay hogares donde las mujeres son cabeza de hogar, son las que sostienen la familia. Aquí hay un problema: no hay empresas, no hay una fuente de empleo que pueda solucionar el problema real de la población. Hay mucho de lo que denominamos economía informal o economía del rebusque. A nivel nacional son más del 60% los que viven de eso. Aquí uno ve gente que a lo sumo se gana diez mil, quince mil, máximo veinte mil pesos diarios. ¿Quién vive con seiscientos mil o trescientos mil pesos al mes, para pagar altísimas tarifas de servicios públicos, arriendos, y todo lo que necesitan para vivir?

Entrevistador: ¿Qué iniciativas específicas son utilizadas para garantizar la salud sexual de las comunidades?

Eduardo: Yo diría que si el gobernante le apostara a la educación desde los grados preescolar... El cerebro de los niños captura desde muy temprano los mensajes, la educación. Desde ahí debe partir todo: unos programas educativos desde primaria, secundaria y la universidad. Además de toda una campaña publicitaria para los adultos. Todo debe ser una campaña integral, partiendo desde las escuelas, instituciones educativas, universidades, y

brigadas en los hogares. Eso cuesta, eso vale plata, pero hace parte de la responsabilidad de un Estado serio para poder construir una sociedad más sana, más educada.

Entrevistador: ¿Usted piensa que las necesidades de la comunidad sí están integradas en los planes de desarrollo?

Eduardo: Los planes de desarrollo que construyen las administraciones municipales, departamentales o del nivel nacional: si se cumple un 30%, es mucho. Pero realmente es más lo que queda en el papel que lo que realizan. Yo, que he estado en esa tarea del tema de la salud, siempre cobro a los que han sido candidatos. Aquí hace 35 años están prometiendo un hospital de tercer nivel. Un hospital público que resuelva los problemas más acuciantes de salud en el Magdalena Medio, que la gente no tenga que ser trasladada a Manizales, Ibagué, Bogotá o Medellín. Se llegan a dar casos aberrantes que remiten pacientes hasta Santa Marta, porque es donde cupo la EPS. Nosotros, los veedores en salud, estamos en una firmatón: hemos hecho firmar un documento dirigido al presidente de la República, al ministro de salud y al superintendente nacional de salud, señalando que las citas médicas con médico general, que la ley dice deben ser a 3 días, no se cumplen; con médico especialista, que la ley determina debe ser a 5 días máximo, son a 2, 3, 4 meses. Los medicamentos nunca se entregan completos: de 4 o 5 que receta el médico, cuando mucho entregan dos. Ese sistema de salud que tenemos hoy en Colombia es perverso porque esas empresas vinieron no a prestarles salud a los colombianos sino a hacer negocio con la salud de los colombianos. El gobierno nacional ha intervenido siete EPS, entre ellas dos de las principales que prestan salud en La Dorada, que son Famisanar y Nueva EPS, y son las que más violentan los derechos de los usuarios. Le deben al hospital 44.000 millones de pesos; en general, a todas las IPS de La Dorada acumulan más de 100.000 millones de deudas.

Entrevistador: ¿Y en medio de esa problemática, siquiera se considera la salud diferencial?

Eduardo: No, para nada. Por eso yo he dicho una cosa: ya la gente no se muere de enfermedad cardiovascular ni de problemas que ya los médicos saben curar. Se mueren porque no tuvo la atención a tiempo, porque no tuvo todos los medicamentos a tiempo, porque no le llegó el médico a tiempo, por la falta de prevención. La salud preventiva no se da. Vale más prevenir que curar. Para la prevención se necesitan recursos del Estado: agua potable, alimentación adecuada, empleo bien remunerado, vivienda adecuada, alcantarillados. La salud es un tema integral, no solo lo curativo.

Apéndice C. Entrevista 3 (E3): María Isabel Sánchez García

Datos de identificación

Nombre completo: María Isabel Sánchez García

Perfil: Veedora ciudadana en salud, proyectos, medio ambiente y educación inclusiva.

Delegada de la Junta de Acción Comunal del barrio Sara López

Lugar de residencia: La Dorada, Caldas

Fecha de entrevista: 1 de octubre de 2024, 10:33 a.m.

Transcripción

Entrevistador: ¿De qué manera se garantiza el acceso igualitario de hombres, mujeres, niños, niñas y grupos con enfoque diferencial al sistema general de Seguridad Social en Salud?

Elizabeth: Nosotros como veedores estamos muy pendientes de que realmente haya un derecho a la igualdad. No interesa el tipo de género, sea niño o adulto mayor, indígena, afro, la comunidad LGBTI; que realmente la salud le llegue a toda la comunidad, porque todos tenemos derecho a la igualdad. Nosotros sí hemos hecho énfasis en que la mujer ha estado estigmatizada, inclusive en cuestión del trabajo. Muchas mujeres mandan hojas de vida y no hay esa empatía, esa oportunidad laboral. Vemos que muchas mujeres han estado muy pendientes de estudiar, especialmente con la educación gratuita, y eso ha hecho que estén como por debajo de los hombres en cuestión de trabajo, porque muchas se dedicaron al hogar. Y también hay mucho machismo.

Entrevistador: ¿Los planes de desarrollo municipales han tomado en consideración que las mujeres necesitan hacer parte del sistema general de Seguridad Social de manera diferencial?

Elizabeth: Nosotros hemos visto que hay muchas personas que son cuidadores las 24/7 y no tienen oportunidad laboral, a pesar de que hay una ley, la 1618, que permite la inclusión laboral. Es muy difícil para una persona que tenga un miembro de la familia con cualquier

discapacidad que requiere estar ahí las 24/7 y que no tenga otra persona que le colabore. Cuando una madre cabeza de hogar es padre y madre, le queda muy difícil dejar una criatura así. Y solamente la mamá es la que siente ese amor y ese deseo de que ese niño no le falte nada.

Entrevistador: ¿Qué mecanismos o estrategias se han implementado para garantizar que las necesidades específicas de hombres, mujeres, niños y niñas, grupos con enfoque diferencial, sean considerados en la atención primaria?

Elizabeth: Ahí nos traemos que realmente no se ha hecho mucho porque lo que se debe esperar de que realmente se haga en cuanto a eso, no se ve. Por ejemplo, aquí en la administración municipal realmente no se le da esa garantía a las personas que necesitan de esa ayuda en atención primaria. Hemos visto sí que la Ley 1751 habla de la atención preferencial para adultos mayores, niños, mujeres embarazadas y personas con discapacidad. Pero uno en la misma fila del hospital ve personas que están bien de salud adelante, y abuelos o niños o personas con discapacidad haciendo cola donde dice 'atención preferencial'. Uno se acerca y le dice al funcionario que esa fila es para atención preferencial, y en la misma comunidad no hay esa empatía.

Entrevistador: ¿Cuáles han sido las estrategias para garantizar el acompañamiento a madres gestantes, a niños con bajo peso al nacer y a menores de 5 años con desnutrición?

Elizabeth: En eso hemos estado ahí con la Secretaría de Salud, cuando hemos visto personas con esas necesidades, para que haya una atención oportuna. Porque uno ve que lo que usted dice con niños de bajo peso es porque la mamá no tiene cómo alimentar a ese niño por diferentes situaciones económicas. Las madres gestantes pasan lo mismo porque muchas veces, especialmente en la población juvenil que no tienen educación y resultan embarazadas sin saber de quién es el padre. Entonces no tienen un apoyo emocional ni económico. Uno le dice a la Secretaría de Salud que esa madre vive en tal parte, para que ellos hagan la visita, porque hay un programa para eso. El programa existe, pero en la implementación no están tan

pendientes de la comunidad como deberían hacerlo. Nosotros hemos dicho que no está llegando esa información a la comunidad. Hemos dicho que en la Junta de Acción Comunal, el presidente o la junta directiva conoce a la comunidad, sabe quién necesita. Es muy importante que se dé a conocer esos programas porque para eso está el recurso, para eso mandan plata desde el Ministerio de Salud. Y no se ve que realmente llegue a la comunidad; uno tiene que estar diciendo 'en tal parte hay una familia que necesita'.

Entrevistador: ¿Cómo se aborda la desigualdad de género en la prevención de enfermedades de transmisión sexual?

Elizabeth: Eso es otra cosa, porque realmente uno ve que mucha juventud ha adquirido el VIH. Esa información no está llegando a los colegios. Hay mucho joven que hace las cosas como por divertirse, pero no ve el peligro. Cuando la persona no tiene uso de preservativo adquiere enfermedades venéreas, y eso se va construyendo una cadena. Deben haber más programas educativos para evitar enfermedades. Que yo sepa, no se están desarrollando los programas adecuados porque han incrementado mucho esas enfermedades. La plata la hay, sí, pero no está llegando realmente esos programas a donde debe llegar.

Entrevistador: ¿Qué iniciativas específicas son utilizadas para garantizar la salud sexual y reproductiva de adolescentes?

Elizabeth: Uno dice que desde los programas de salud pública que llegan a los centros educativos, realmente, para evitar la transmisión sexual. Vemos muchas adolescentes embarazadas, niñas de 12, 13, 14 años que apenas están empezando a vivir la vida y que ya están embarazadas. Y si hay un rechazo en la familia, entre eso la criatura va a estar peor, porque ese rechazo viene desde el vientre. Hay mucha niña adolescente embarazada; eso está fallando porque no está llegando realmente esa comunicación a los jóvenes. Los programas de formación para que los jóvenes se cuiden están fallando.

Entrevistador: ¿Qué mecanismos o estrategias se han implementado para atender las necesidades de salud mental de niños, mujeres, adolescentes?

Elizabeth: Nosotros no hemos visto realmente el trabajo conciso que le llegue a estos niños, jóvenes y adultos. Hemos visto muchas personas que se han suicidado por x o y problemas y no los asimilan, sino que terminan quitándose la vida. Así, muchos jóvenes, incluso de la comunidad LGBTI también se han suicidado. La salud mental se disparó tanto después de la pandemia; ha sido peor. Con respecto a las mujeres, sinceramente uno no ve que ese problema se haya abordado de manera general porque uno ve a diario la estigmatización, el rechazo y el maltrato físico o verbal a la mujer. Entonces, una mejoría no, seguimos igual.

Entrevistador: Cuando se empiezan a gestar esos planes de desarrollo y la gente dice que van a trabajar con la comunidad, ¿realmente son tomadas en cuenta las necesidades de la comunidad?

Elizabeth: No. Inclusive los planes de desarrollo: yo he estado en muchos participando, y uno dice esto y aquello, pero a la hora del té, no ve sinceramente que se desarrolle lo que quedó plasmado. Entonces uno dice: '¿Y qué pasó con tal programa que se iba a hacer o este o aquel?' No se ve nada. Nosotros como veedores asistimos al COPACO, y siempre son las mismas problemáticas en salud: que no le entregan medicamentos, que las autorizaciones no se las dan a tiempo, que la atención se demora, que las imágenes diagnósticas pasan 6 meses, 8 meses y nada. Los COPACO se deben hacer cada mes para mejorar, porque ahí se invita a las EPS, IPS, Secretaría de Salud, veedores y droguerías. Y uno ve que cada mes no solo no mejora, sino que han aumentado más los problemas. Por ejemplo, cuando se acabó Admesalud y toda esa comunidad la pasaron a Nueva EPS, que tenía un área pequeña: atendían 14.000 usuarios, ahora se les triplicó y es la misma instalación. Y al acabarse eso resultó un fenómeno como de 150 tramitadores que le cobran 10.000, 15.000 pesos a una persona para hacer cualquier trámite, desde sacar una cita médica. Antes uno tenía la posibilidad de sacar un turno virtual; ahorita no, porque los tramitadores estaban vendiendo los turnos.

Apéndice D. Entrevista 4 (E4): José Joaquín Sierra Ramírez

Datos de identificación

Nombre completo: José Joaquín Sierra Ramírez

Perfil: Presidente de la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS La Dorada. Integrante de la veeduría en salud del municipio

Lugar de residencia: Barrio Vivero Arias, La Dorada, Caldas

Fecha de entrevista: 1 de octubre de 2024, 11:54 a.m.

Transcripción

Entrevistador: Don Joaquín, ¿de qué manera se garantiza el acceso igualitario de hombres, mujeres, niños, niñas y grupos con enfoque diferencial al sistema general de Seguridad Social?

Joaquín: En este momento se está implementando una política que entre paréntesis en el papel dice mucho, pero en la práctica no se ve lo que dicen ahí, porque la negación del servicio es sistemática. No hay que desconocer que la Ley 100, desde que se implementó en el 93, su único fin era que accediera el sector financiero a intermediar en la salud. Anteriormente las platas llegaban directamente del gobierno nacional a los hospitales; con la Ley 100, primero dan unas vueltas por unos laberintos esos dineros donde se va deshojando la margarita, y al final la EPS termina pagando lo que se le da la gana y cuando se le da la gana a las clínicas y hospitales. De ahí la desmejora en el servicio de salud. Entonces podemos decir que el enfoque hacia géneros o grupos sociales o etnias en este momento no se está aplicando a rajatabla y no se tiene en cuenta ninguna diferenciación. La negación de los servicios es general y para todo el mundo, porque no hay oportunidad en lo que tiene que ver con citas médicas, especialistas, procedimientos de segundo y tercer nivel. En esencia, es la negación de derechos, y aquí los únicos que llevan las de ganar siempre son las EPS.

Entrevistador: ¿Qué mecanismos y estrategias se han implementado para garantizar que las necesidades específicas de hombres y mujeres sean tenidas en cuenta en la atención primaria?

Joaquín: En mi opinión, la atención en salud debe ser universal; ahí no se deben tener esos prejuicios de que si es hombre o mujer, que si es LGBTI, que si son adultos mayores. A todo el mundo se le debe garantizar el acceso a la salud como dice la Constitución. No hace mucho recibimos una inducción por parte de la Administración del Hospital San Félix, donde nos hacían ver estas garantías o diferenciaciones, pero me parece que ahí se está entrando más en prejuicios, que, porque es de diferente etnia o género, entonces hay que darle otro trato. El trato de la salud debe ser igual para todos y a tiempo, no negar derechos. Por lo tanto, mientras se siga implementando esta ley, vamos a seguir padeciendo los vejámenes que venimos sufriendo desde hace muchos años. A veces ni la tutela es efectiva; se ha llegado al nivel del desacato de las tutelas y tampoco pasa nada. Se siguen negando servicios.

Entrevistador: ¿De pronto existen, por lo menos en el papel, concebidos como programas específicos de atención primaria a mujeres?

Joaquín: Tengo para comentarle con conocimiento de causa. Ayer llamaron a mi señora a una jornada de mamografías que la Nueva EPS viene implementando. Hay un bus móvil aquí en La Dorada desde ayer y hoy están prestando el servicio. El procedimiento de mamografía la programaron para hoy a las 9:40 a.m. Ella muy cumplida vino a las 9, se presentó, hay una fila como de 100 mujeres. Preguntó al funcionario que ella tenía cita a las 9:40, que fue programada por Oncólogos de Occidente. Le dijeron que ahí no tenían en cuenta eso, que no había preferencias. Fue a Oncólogos de Occidente y la razón que le dieron es que tenía que ir a la Nueva EPS para que allá le prestaran ese servicio. Fue a la Nueva EPS y nadie le dio razón. Nos damos cuenta de que esto es una burla. Esos tales planes, programas o brigadas que hacen se las inventan tal vez para justificar de que sí están llevando a cabo programas en beneficio de la mujer, pero no se cumplen en las prácticas. Dos días, yo creo que no alcanzan

a atender ni siquiera 100 mujeres. Dirán que hay inasistencia por parte de las mujeres que no fueron cuando las programaron, pero la realidad es otra. Lo que ocurre por la falta de oportunidad es que a veces a un paciente lo programan a una cita dentro de 8 o 10 días, y resulta que el paciente ya no necesita esa cita médica, entonces no va. Pero de todas maneras la cobran. En la entrega de medicamentos también vemos que no hay prelación; sencillamente el que llegó y alcanzó el turno fue atendido. Si hay medicamento lo despachan, si no hay le dan un papelito donde dice que el medicamento está con dificultad logística, desabastecido, o se cayó el sistema; vuelva mañana porque ya entregaron los 300 cupos.

Entrevistador: ¿Ha visto algunas estrategias que se han llevado a cabo para garantizar el acompañamiento a madres gestantes, a niños con bajo peso al nacer o a menores de 5 años con desnutrición?

Joaquín: Entiendo que esos programas los tiene la administración municipal. El asunto es que en este momento tenemos un gobierno que lleva 9 meses, entonces no ha podido implementar los programas que tiene planeados porque le toca ejecutar los del gobierno anterior. Para todo es que no hay presupuesto, y segundo, la infraestructura no es suficiente para todos estos programas. Por ejemplo, el hospitalito del norte que queda ubicado en el barrio Las Ferias, donde ya se ha gastado como el doble de lo presupuestado para construirlo, no han terminado de construirlo, faltan consultorios, y aparte aparece que no tiene la licencia de construcción. Hay una serie de irregularidades que no nos han querido dar la explicación. En lo de los niños con bajo peso, miremos el ejemplo de las escuelas y el PAE, programa de alimentación escolar: aquí no se cumple. Si hay 500 niños, acaso le dan refrigerio a 100 niños, o aplican el famoso pico y placa, el lunes a un salón, el martes al siguiente, porque el presupuesto o los alimentos no alcanzan para todos.

Entrevistador: ¿Cómo se abordan las desigualdades de género en la prevención de enfermedades de transmisión sexual?

Joaquín: Eso ha sido un caos. Le voy a dar casos concretos: en un periodo de unos 5 años pasó en dos ocasiones un funcionario con una libreta haciendo una encuesta, preguntando si había problemas de transmisión sexual o algo similar. Y en la siguiente encuesta fue cuestión de prevención de enfermedades ocasionadas por el zancudo. Lo único que dieron en una ocasión para la prevención de enfermedades de transmisión sexual fue dos condones. Hicieron la encuesta, tomaron el nombre, dejaron dos condones en la casa. Y para las enfermedades transmitidas por el zancudo, dejaron dos pastillitas para echarlas a la alberca. Y eso fue todo: ese fue un programa de prevención por parte de la gobernación de Caldas. En lo de la alcaldía, no se han visto programas relacionados con la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Lo que tiene que ver con la alcaldía se avala por mostrar resultados en el papel. Mantienen convocando a reuniones a la veeduría, asociaciones y al COPACO, que es el comité de participación ciudadana en salud. Y toman mucho cuidado de la asistencia en las hojas con el membrete de la alcaldía para demostrar resultados. Pero las quejas que consideramos que no están bien, según parece las plasman en un acta, pero de ahí a que se vea reflejado en la realidad, no hemos visto resultados.

Entrevistador: ¿Qué mecanismos y estrategias se han implementado para atender las necesidades en salud mental de grupos diferenciales?

Joaquín: Eso es derivado de la pandemia. Se asentó más con la pandemia. Políticas gubernamentales tanto del gobierno central, departamental o municipal no se han visto de manera efectiva. Seguro no hay presupuesto. Lo hemos venido denunciando en todas las reuniones, nos dan la razón, pero eso no basta. Necesitamos que realmente se aborde esta población porque se ve reflejado en la sociedad lo que deriva de estas enfermedades de tipo mental.

Entrevistador: Cuando se empiezan a gestar los planes de desarrollo, ¿las necesidades en salud han sido tomadas en cuenta, han existido mecanismos donde la veeduría de salud o la comunidad haya podido aportar sus ideas?

Joaquín: Como le dije ahora, todo se va en 'reunionitis'. Sí, ha habido socialización, pero de ahí no pasa. La salud, en cierta manera, está politizada. Como les dije, el hospitalito de Las Ferias ha sido un fortín político, no solo de esta sino de otras administraciones; prometen que lo van a poner a funcionar, llevamos más de 10 años y nada. Aquí vemos también el caso del Hospital San Félix, donde el gobernador prometió 20.000 millones para los planos y el estudio de diseño; nunca apareció esa plata. Y ahora están prometiendo no solo el actual gobernador, también gestiones respecto a los terrenos, porque no se puede construir si no hay las escrituras, y hasta el momento no ha ocurrido. Como tampoco la plata que prometió el actual ministro de salud para la construcción del hospital y la dotación. Y en la visita que hizo hace como 8 meses dijo que iba a enviar dos ambulancias, una terrestre y una fluvial, y hasta el sol de hoy no ha ocurrido nada. Hay un derecho de petición, se han hecho varias firmatones, van más de 800 firmas para enviársela tanto al nivel nacional como al ministro de salud y a la Supersalud para que tomen cartas respecto a este asunto. Aquí en La Dorada, realmente la situación de la salud es grave; está en cuidados intensivos en este momento.

Apéndice E. Entrevista 5 (E5): Kennedy Castillo

Datos de identificación

Nombre completo: Kennedy Castillo

Perfil: Veedor ciudadano y líder comunitario en salud. Miembro activo del COPACO y de las veedurías ciudadanas en salud del municipio

Lugar de residencia: La Dorada, Caldas

Fecha de entrevista: 1 de octubre de 2024

Transcripción

Entrevistador: ¿Existe el sistema APS en el municipio? ¿Las necesidades diferenciales, tanto de hombres como de niños y mujeres, son contempladas en el sistema primario de salud?

Kennedy: Sí, claro que sí. De pronto la falla está en que no se cumplen al pie de la letra todo lo que dice la normatividad y la ley. Entonces, por esa falla de no aplicar tal normatividad y ley, sí hay fallitas en garantizar esta función.

Entrevistador: ¿Existen algunos mecanismos o estrategias que se podrían implementar para que el APS pudiera tener un enfoque más diferencial, que estuviera más pendiente de las necesidades de las mujeres y las niñas?

Kennedy: De pronto cómo crear una especie de control y vigilancia más cerrada sobre el sistema. No solamente es hacer las leyes que digan determinados aspectos, sino hacer que esa normatividad y esas leyes realmente se cumplan, y que los ciudadanos tengan esa garantía de tener acceso a todo lo que.

Entrevistador: ¿Cuáles han sido las estrategias para garantizar el acompañamiento a madres gestantes, para niños con bajo peso al nacer y a menores de 5 años con desnutrición?

Kennedy: Las EPS son las principales responsables de hacer cumplir esta atención primaria, que es muy, muy importante y primordial para garantizar los derechos tanto de la madre como del niño. A través de la atención primaria está el PyP, que es Promoción y

Prevención, y lo que contempla la ley: que tanto la madre gestante como el bebé ya nacido deben llevar un control antes y después de nacer el niño. Son las EPS y las IPS que deben incrementar este PyP para que a esta población se le garantice esos derechos.

Entrevistador: ¿Qué sucede con las madres gestantes que no pertenecen a una EPS, que no tienen Seguridad Social?

Kennedy: Pues se debiera hacer por parte de las administraciones locales una especie de barrido en búsqueda de localizar a esas personas. Las administraciones, a través de la Secretaría de Salud, identifican a esa población que no está dentro del sistema de seguridad, pero a veces se les dificulta un poco la localización. ¿Cómo buscar de pronto la promulgación de medios de comunicación para que a estas personas les llegue esa invitación o ese conocimiento de que deben estar? Es un derecho, pero es un deber también, porque hay una corresponsabilidad por parte del ciudadano. Aquí, hay identificadas aproximadamente 3.200 personas que no están inscritas, que no aparecen en la ficha del Sisbén, pero tienen su régimen subsidiado, tienen acceso al sistema de salud. Para la Secretaría de Salud y la oficina del Sisbén ha sido muy difícil localizar a esas personas. Últimamente hemos estado haciendo una campaña bien agresiva, concientizando y buscando esas personas para localizar y hacer que estén registradas en esa ficha Sisbén.

Entrevistador: ¿Cómo se abordan las desigualdades de género en la prevención de enfermedades de transmisión sexual?

Kennedy: Es un programa que últimamente, a partir de que surgieron estas nuevas leyes de la inclusión, las EPS y las IPS han incrementado los programas para beneficiar a esta población y que no se caiga en el error de la no inclusión. Sí hay diferentes programas que están teniendo en cuenta últimamente a esta población. A través de la Secretaría de Salud se vienen haciendo algunas actividades para educar e informar a la población respecto a estos temas. Y nosotros precisamente somos ese canal, ese puente, porque los líderes comunitarios y las veedurías somos ese puente entre el sistema y la comunidad. Somos utilizados entre

comillas para transmitir: somos esos canales de comunicación para hacer llegar la información a la población.

Entrevistador: ¿Ustedes podrían ser los canalizadores también de las necesidades de la comunidad para presentarla a los mandatarios de turno?

Kennedy: Claro, es que precisamente nosotros, las veedurías y los líderes comunitarios, somos el canal principal para llegar a la comunidad, según lo manifiestan la contraloría, la procuraduría y las entidades territoriales. A través de nosotros llega la mayor cantidad de información hacia la población, hacia los usuarios, hacia los pacientes. Y también para recolectar toda la información de las fallas, de las quejas, las PQRS, las anomalías que se presentan en el sistema de salud. Nosotros tenemos canales de transmisión como las emisoras radiales, a veces la televisión local, y en mi caso que yo desempeño más este canal, es directamente las charlas educativas y formativas con los usuarios. Yo permanentemente estoy dando charlas en la EPS donde se presentan las grandes aglomeraciones para la atención de los usuarios.

Entrevistador: Como veedor, en su quehacer cotidiano, ¿se ha encontrado con que existen necesidades especiales para mujeres en el sistema de salud?

Kennedy: Digamos que las necesidades que yo percibo como líder, constantemente, son generalizadas: la falta de oportunidad que tienen para el acceso al servicio como tal. No específicamente un tema, una patología o un programa; sino es generalizado: las falencias que hay en el sistema para que se tenga el acceso. Las anomalías generales: el tiempo de oportunidad para una cita con especialista, la no entrega de los medicamentos. La crisis más grave que tenemos a nivel nacional es la entrega de medicamentos, que no afecta solamente a las mujeres sino a la población en general; de una formulación de 4 o 5 medicamentos, muchas veces no entregan ni el 50%, muchas veces de 5 medicamentos entregan 2 o 3.

Entrevistador: ¿Qué iniciativas específicas son utilizadas para garantizar la salud sexual y reproductiva de adolescentes, hombres, mujeres y grupos con enfoque diferencial?

Kennedy: Son las diferentes escuelas que se dan a través de la Secretaría de Salud con las IPS y las EPS para educar, formar y estar dando esas charlas permanentes a este tipo de población. Sí que se hacen, a través de la Secretaría de Salud se hacen convocatorias para esta formación. Pero vuelvo y le repito, la gran falla consiste en que la población no responde a estos llamados. La gente no va, los usuarios no asisten a estos escenarios, no les importa, no les interesa. Por eso yo tengo una estrategia: por ejemplo, el lunes, el martes, el miércoles me voy para la Nueva EPS, me voy para los dispensarios de los medicamentos, me voy para el hospital y cojo a la gente ahí aglomerada y les doy las charlas, les doy la información. Lo que se decide en el COPACO que es la máxima entidad del municipio para tratar todos los temas de salud, se los transmitimos a través de ese canal de comunicación directa entre nosotros, los líderes y la comunidad.

Entrevistador: ¿Qué mecanismos o estrategias se han implementado para atender las necesidades de salud mental de grupos con enfoque diferencial?

Kennedy: Precisamente en la elaboración del Plan de Desarrollo Municipal, el año pasado, yo hice una propuesta: presenté un proyecto ante esas mesas de trabajo con la comunidad, con todo lo que tiene que ver, estuvo la gobernación, la administración, la Secretaría de Salud y los representantes de la comunidad. Presenté precisamente un proyecto y ese proyecto fue el segundo más votado y quedó incluido dentro del Plan de Desarrollo Municipal: consistía en un programa de atención de salud mental para jóvenes con problemas de adicción. Ese programa quedó aprobado para ser desarrollado en el programa de gobierno que se está ejecutando. Con la anterior administración, nosotros como líderes comunitarios y veedurías tuvimos esa inconformidad: el tema de salud le importó poco. No tuvimos ese apoyo por parte de la administración anterior. Yo me atrevería a decir que el principal problema en salud del municipio de La Dorada es la salud mental, por el gran índice en los jóvenes de consumo de sustancias psicoactivas. Es un problema social bastante grande aquí en el municipio de La Dorada.

Entrevistador: ¿Debería tomarse en cuenta una salud mental específica para las mujeres, o definitivamente la salud mental es solo una?

Kennedy: Yo sigo pensando que, si nos especificamos, si nos concentramos en programas especiales exclusivos para la mujer, yo pienso que ahí estaría elaborándose una especie de discriminación. Porque pienso que tanto hombres como mujeres tenemos el mismo derecho. De pronto diferenciar que las mujeres pueden tener esa afectación mental por circunstancias diferentes a las que podemos tener los hombres, como el machismo, el maltrato físico, el maltrato emocional por parte de los hombres hacia la mujer; cierto, entonces se debería tener un enfoque para atender esas fallas, esos detonantes que hay para la mujer que afectan su salud mental. Pero igual también los hombres tenemos de pronto esos detonantes un poco diferente a los factores que tienen las mujeres para su afectación mental. Yo pienso que sí debiera tenerse en cuenta incrementar esas acciones y esos programas para la atención de la salud mental, tanto en hombres como en mujeres. Pero en este momento no están divididos ni identificados, creo que no específicamente.

Entrevistador: ¿Cómo se vinculan esas necesidades de las comunidades en los planes de desarrollo? ¿La comunidad o las veedurías de salud han analizado si hay enfoques diferenciales, si las mujeres necesitan algo, los niños necesitan algo, los hombres necesitan algo específico?

Kennedy: Últimamente han salido diferentes leyes y normas que tienen que ver con la atención diferencial dirigida específicamente hacia una población. Yo pienso que sí se están elaborando esos programas, se está teniendo en cuenta ese tipo de población para hacer ese tipo de atención diferencial. Cuando usted me dice 'ese tipo de población', habla como población LGBTI... Generalizó, porque entonces hay otras poblaciones. Lo que pasa es que últimamente está resaltándose mucho eso precisamente de la población LGBTI, y estamos como que no teniendo muy en cuenta que hay otras poblaciones como los afrodescendientes, los indígenas, los desplazados, los habitantes de calle, la tercera edad. En cuanto al tema

mujer: yo pienso que sí necesita un enfoque y una atención diferencial, porque las necesidades de la mujer son unas necesidades diferentes a las nuestras, a las de los hombres. Yo creo que sí se ha tomado en cuenta, pero es muy mínimo, muy leve. Por ejemplo, recientemente una campaña de una especie de medición de maltrato hacia la mujer, campañas de concientizar a la mujer de que no debe permitir el maltrato, y esos canales que se están dando en el municipio para activar el protocolo de atención cuando esa mujer de pronto ha sido maltratada, ha sido violentada. Eso es la activación del código rosado, que es cuando una mujer adulta o niña ha sido violada: se activa inmediatamente un protocolo de atención médica, psicología, psiquiatría, todo lo que necesita ese tipo de casos específicos. Sí se están haciendo programas.