



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín,
(Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Volumen 43, 2025

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e356729>

Recibido: 26/03/2024

Aprobado: 16/10/2024

Publicado: 12/12/2024

Cita:

Valencia-Aguirre S, Pineda-Restrepo BC, Acosta-Silva N, Rincón-Vega AM, Ibáñez-Sastoque SM. Calidad de la atención en salud con enfoque de género en MujerESalud, la estrategia de atención integral en salud de Bogotá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2025;43:e356729. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e356729>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Calidad de la atención en salud con enfoque de género en MujerESalud, la estrategia de atención integral en salud de Bogotá

Salomé Valencia Aguirre¹ , Bibiana del Carmen Pineda Restrepo² , Natalia Acosta Silva³ , Ana Milena Rincón Vega⁴ , Sandra Milena Ibáñez Sastoque⁵ 

- 1 Magíster en Salud Pública Internacional. Secretaría Distrital de Salud. Colombia. salomevalenciaaguirre@gmail.com
- 2 Magíster en Estudios Interdisciplinarios sobre el Desarrollo. Secretaría Distrital de Salud. Colombia. bcpinedar@unal.edu.co
- 3 Magíster en Primera Infancia Educación y Desarrollo. Secretaría Distrital de Salud. Colombia. nataliamaas@gmail.com
- 4 Doctora en Estudios Interdisciplinarios de Género. Secretaría Distrital de Salud. Colombia. anymile1996@gmail.com
- 5 Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Secretaría Distrital de Salud. Colombia. sandra.ibanez@sanmartin.edu.co

Resumen

Objetivo: Identificar las percepciones que el personal de salud y las mujeres usuarias tienen acerca de la calidad de la atención en salud con enfoque de género en la estrategia “Servicios Integrales de Atención en Salud” (MujerESalud), implementada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en 2023, para brindar atención integral en salud a las mujeres de la ciudad, en el marco de las iniciativas, políticas y programas derivados del Plan Distrital de Desarrollo 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”.

Métodos: Se realizó un estudio de enfoque cualitativo, de diseño fenomenológico, de alcance descriptivo y narrativo. Se entrevistó a 44 personas, entre gestores, personal de salud y usuarias de nueve centros de atención de Bogotá en donde se implementó la estrategia.

Resultados: La experiencia fue positiva para las mujeres usuarias, así como para el personal vinculado a la estrategia. No obstante, también se identificaron algunas oportunidades de mejora y barreras que se deben eliminar para garantizar una mejor calidad y acceso a los servicios de salud de las mujeres de la capital.

Conclusión: La estrategia MujerESalud logró mejorar la calidad de atención con enfoque de género entre las beneficiadas, mediante la asignación de citas por medicina general y enfermería en un plazo menor a tres días y la capacitación del personal de salud en atención con enfoque de género. Asimismo, logró articularse con la oferta de servicios de las Manzanas del Cuidado. No obstante, futuras experiencias requieren ampliar la oferta de servicios, para lograr la atención integral en salud, oportuna y resolutiva para las mujeres.

-----**Palabras clave:** atención integral de salud, calidad de la atención en salud, enfoque de género, salud de las mujeres, “Servicios Integrales de Atención en salud” (MujerESalud)

Quality of health care with a gender focus in MujerESalud, the comprehensive health care strategy in Bogotá

Abstract

Objective: To identify the perceptions that health personnel and women users have about the quality of health care with a gender focus in the “Comprehensive Health Care Services” (MujerESalud) strategy, implemented by the District Health Secretariat of Bogotá in 2023, to provide comprehensive health care to women in the city, within the framework of the initiatives, policies and programs derived from the District Development Plan 2020-2024 “A new social and environmental contract for Bogotá in the 21st century”.

Methods: A qualitative study was carried out, with a phenomenological design, descriptive and narrative scope. 44 people were interviewed, including managers, health personnel and users of nine care centers in Bogotá where the strategy was implemented.

Results: The experience was positive for the women users, as well as for the staff linked to the strategy. However, some opportunities for improvement and barriers that must be eliminated to guarantee better quality and access to health services for women in the capital were also identified.

Conclusion: The MujerESalud strategy managed to improve the quality of care with a gender focus among the beneficiaries, by assigning appointments for general medicine and nursing in less than three days and training health personnel in care with a gender focus. It also managed to articulate with the service offering of the Manzanas del Cuidado. However, future experiences require expanding the service offering, to achieve comprehensive, timely and decisive health care for women.

-----*Keywords:* comprehensive health care, quality of health care, gender focus, women's health, “Comprehensive Health Care Services” (MujerESalud)

Qualidade dos cuidados de saúde com enfoque de gênero em MujerESalud, a estratégia integral de cuidados de saúde de Bogotá

Resumo

Objetivo: Identificar as percepções que os profissionais de saúde e as mulheres usuárias têm sobre a qualidade da atenção à saúde com enfoque de gênero na estratégia “Serviços de Atenção Integral à Saúde” (MujerESalud), implementada pela Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá em 2023, para fornecer assistência integral, assistência médica às mulheres da cidade, no âmbito das iniciativas, políticas e programas derivados do Plano de Desenvolvimento Distrital 2020-2024 “Um novo contrato social e ambiental para a Bogotá do século XXI”.

Métodos: Foi realizado um estudo com abordagem qualitativa, desenho fenomenológico, escopo descritivo e narrativo. Foram entrevistadas 44 pessoas, entre gestores, profissionais de saúde e usuários de nove centros de atendimento em Bogotá onde a estratégia foi implementada.

Resultados: A experiência foi positiva para as usuárias, bem como para o pessoal vinculado à estratégia. No entanto, também foram identificadas algumas oportunidades de melhoria e barreiras que devem ser eliminadas para garantir melhor qualidade e acesso aos serviços de saúde para as mulheres na capital.

Conclusão: A estratégia MujerESalud conseguiu melhorar a qualidade dos cuidados com enfoque de gênero entre os beneficiários, ao atribuir consultas de medicina geral e enfermagem num período inferior a três dias e formar profissionais de saúde em cuidados com enfoque de gênero. Da mesma forma, conseguiu articular-se com a oferta de serviços dos Blocos de Atendimento. No entanto, as experiências futuras exigem a expansão da gama de serviços para alcançar cuidados de saúde abrangentes, oportunos e decisivos para as mulheres.

-----*Palavras-chave:* cuidados de saúde integrais, qualidade dos cuidados de saúde, enfoque de gênero, saúde da mulher, “Serviços de Cuidados de Saúde Integrais” (MujerESalud)

Introducción

La vertiente del enfoque de género en el sector salud, denominada “salud de las mujeres”, reconoce que las mujeres tienen problemas propios y, por lo tanto, es necesario implementar programas de atención específica [1, p. 9]. En el caso de Colombia, una de las políticas que incorpora este enfoque es la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres, la cual indica que se deben reconocer de manera diferenciada los procesos de enfermedad, mortalidad y bienestar de las mujeres. Tres problemáticas de salud que afectan en mayor medida a las mujeres en el país son: las enfermedades cerebrovasculares, los trastornos mentales y la mortalidad materna, principalmente en zonas rurales [2, p. 68].

En Bogotá y bajo este mismo enfoque, en el 2021 se aprobó la Política de Mujeres y Equidad de Género 2020-2030, la cual tiene como uno de sus objetivos garantizar el derecho a la salud de las mujeres, a través del acceso a la atención integral en salud de manera oportuna, con calidad y calidez [3]. Para lograr este objetivo, en el plan de acción de dicha política quedó definida una serie de productos: atención para la interrupción voluntaria del embarazo, orientación en derechos sexuales y reproductivos, establecimiento de jornadas de orientación en aseguramiento en salud para las mujeres y ofrecimiento de servicios integrales de salud para mujeres, entre otros, siendo la Secretaría Distrital de Salud (SDS) la entidad responsable del cumplimiento de estos productos [3, p. 172]. Para el caso de los servicios integrales de salud para mujeres y en el marco del Plan Distrital de Desarrollo 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”, la SDS diseñó e implementó la estrategia “Servicios Integrales de Atención en Salud” (MujerESalud). La prestación de los servicios de salud de la estrategia se logró mediante la suscripción de un convenio entre la SDS y la red pública de salud de Bogotá, conformada por las subredes integradas de servicios de salud.

La estrategia MujerESalud buscó articularse con acciones del Gobierno distrital para impactar las brechas de género, como fue el Sistema Distrital de Cuidado (SDC). Este sistema fue coordinado por la Secretaría Distrital de la Mujer y se articuló con la oferta de servicios de otras entidades, como las Secretarías de Integración Social, Educación, Ambiente, Hábitat, Cultura, Recreación y Deporte, Desarrollo Económico, Gobierno y Gestión Pública [4,5].

El SDC tuvo como objetivo reconocer, reducir y redistribuir el tiempo del trabajo de cuidado no remunerado realizado por mujeres cuidadoras [4]. Para ello, el Gobierno de Bogotá usó la infraestructura existente (centros de salud y centros de desarrollo comunitario),

para ofrecer a las cuidadoras y sus familias servicios gratuitos de educación flexible, orientación jurídica y psicosocial, actividad física, “relevos para cuidadoras” —que consistió en reemplazarlas en sus tareas mientras ellas acceden a actividades de autocuidado y bienestar—, entre otros [6].

Por otro lado, regresando a la estrategia MujerESalud, esta fue diseñada para brindar atención en salud prioritaria, abordando las principales dimensiones y afectaciones de la salud y ámbitos de vida de las mujeres en sus diversidades: salud mental, salud sexual y reproductiva, convivencia social, salud laboral, atención de enfermedades no transmisibles y seguridad alimentaria y nutricional [7].

La atención integral en salud establecida en los servicios se sustenta y se enmarca en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), del orden nacional, cuyo propósito es garantizar la salud como derecho fundamental [8], a través de herramientas normativas, técnicas y operativas [9] que permitan “la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución” [10].

La estrategia MujerESalud buscó fortalecer las acciones garantes del derecho a la salud plena para mujeres en un contexto de desigualdad y de barreras de acceso al sistema de salud como es el caso de Bogotá y la región de América Latina [11]. Dado que la mayoría de las mujeres que asisten a los servicios son cuidadoras de personas con discapacidad o adultos mayores, jefes de hogar con dificultades económicas y con niveles de sobrecarga severos [12], se espera que, en los servicios, las mujeres adquieran habilidades de autocuidado y que accedan a los servicios de salud de calidad, con el fin de que mejoren sus condiciones de salud y su calidad de vida.

Dicha estrategia consistió en disponer de consultorios de medicina y enfermería exclusivos para mujeres, en centros de atención de la red pública de salud de Bogotá y próximos a los servicios sociales del SDC, llamados “Manzanas del Cuidado” (MC). Para la prestación de los servicios se conformaron equipos integrados por un profesional de enfermería, uno de medicina y un auxiliar de enfermería.

Para finales de 2023 existían 19 servicios MujerESalud en Bogotá; se espera que en el 2024 sean 24. Dado que la estrategia es reciente, no existen estudios que la evalúen desde la perspectiva de las beneficiarias y del personal de salud.

Al explorar experiencias de evaluación de programas con el enfoque de salud de las mujeres de los últimos cinco años, se encontró que algunos de los estudios abordaron

temas como el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a servicios de interrupción del embarazo y métodos anticonceptivos [13], atención prenatal [14-17] y tamizaje para cáncer de cuello uterino [18]; el impacto de la interseccionalidad por género y etnia en la salud de las mujeres [19,20]; y relación entre tasas de mortalidad y morbilidad materna según aseguramiento, etnia, factores clínicos y zona geográfica [21]. La mayoría de estos estudios exploraron servicios que se centran en el ámbito reproductivo de las mujeres, a diferencia de los servicios de MujerESalud, los cuales buscan brindar una atención integral en salud.

Por lo anterior, este estudio tuvo como objetivo identificar las percepciones que el personal de salud y las mujeres usuarias tienen acerca de la calidad de la atención en salud con enfoque de género en la estrategia MujerESalud, implementada por la SDS en 2023.

Métodos

Estudio de diseño fenomenológico, cualitativo, de alcance descriptivo y narrativo. En los estudios de metodología cualitativa, el investigador hace una lectura del contexto, la población es analizada desde variables establecidas por él mismo y su análisis refleja la realidad de las vivencias de la población seleccionada [22].

En este caso, se priorizaron nueve centros que prestan servicios integrales de atención en salud de las cuatro subredes integradas de servicios de salud (en adelante, subredes): Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Del personal de salud se identificó a actores clave de la estrategia: referentes del convenio —líderes de la estrategia—, referentes de las rutas integrales de atención en salud (RIAS),* personal administrativo y personal de salud vinculado para prestar los servicios de la estrategia; todos fueron entrevistados en su lugar de trabajo. Las usuarias fueron contactadas en las salas de espera de los consultorios de los centros. Se entrevistó a las mujeres que de forma voluntaria decidieron participar. No se tomaron datos sociodemográficos.

Tanto para el personal de salud como para las usuarias se implementaron entrevistas semiestructuradas, para explorar su percepción respecto a la calidad de la atención en salud, en cuanto a: 1) barreras de acceso a servicios de salud, 2) estrategias para mejorar el acceso a los servicios a las mujeres; y 3) integralidad de la atención: percepción de la atención de todas sus necesida-

des, no solo las de salud, a través de la articulación con otros servicios sociales.

Para el levantamiento de información, se diseñó un guion de entrevista semiestructurada por cada tipo de actor: 1) administrativo, 2) asistencial, 3) referentes de las RIAS y 4) usuarias. Este instrumento fue revisado y ajustado por expertos de los equipos de cada subred.

El trabajo de campo se efectuó en el mes de octubre de 2023, previa concertación con los líderes de la estrategia en cada una de las subredes. En la Tabla 1 se presenta la relación de la población participante (n = 44).

Tabla 1. Número total de personas entrevistadas por tipo de actor

Tipo de actor	Número de participantes
Usuarias	17
Personal asistencial	13
Personal administrativo	5
Referentes RIAS	5
Referentes convenio	4
<i>Total personas entrevistadas</i>	<i>44</i>

RIAS: rutas integrales de atención en salud

Las entrevistas fueron transcritas y codificadas mediante el *software* Nvivo versión 12.2, bajo la licencia adquirida por la SDS, y debido a que es una herramienta de análisis de información cualitativa. Se realizó una codificación abierta y un análisis narrativo de los siguientes ejes temáticos: 1) aspectos positivos, 2) barreras de acceso, 3) mecanismos de articulación entre las atenciones individuales y las acciones colectivas, 4) reconocimiento de espacios de participación para las mujeres, y 5) oportunidades de mejora.

El estudio se consideró como una investigación sin riesgo [23], por lo cual no fue sometido a evaluación por un comité de ética en investigación. No obstante, para su formulación y desarrollo, se siguió el marco ético para la investigación científica en seres humanos propuesto por Ezekiel J. Emanuel [24], a través de la obtención del consentimiento informado de los participantes, en donde se explicaron los beneficios, los riesgos, las medidas para garantizar la confidencialidad de sus datos y la finalidad del uso de la información.

Los resultados se presentaron al personal de salud del nivel asistencial y administrativo que participó en la estrategia.

Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos del análisis de contenido de las entrevistas realizadas a los actores descritos en la Tabla 1. Los resultados se presen-

* La estrategia se articuló con las RIAS materno perinatal, salud mental, promoción y mantenimiento de salud, cardiocerebrovascular y metabólico, ya que fueron las más requeridas según las necesidades en salud de las mujeres beneficiadas con la estrategia.

tan conforme a las categorías orientadoras del análisis, mencionadas en el apartado anterior.

Aspectos positivos

Estos hacen referencia a beneficios, facilitadores y resultados de la implementación de la estrategia.

- *Ubicación.* La ubicación de los servicios MujerESalud ha facilitado el acceso a quienes no contaban con un punto de atención cercano:

Esto, incluso, es lo más fácil y sencillo que pudieron haber puesto por acá; o sea, esto es lo mejor; o sea, la ubicación es excelente, claro, o sea, yo vivo para casi pa' [nombre del barrio]. Entonces, a mí una cita me toca hasta [punto de atención] y me toca madrugar a las tres, cuatro de la mañana, y en cambio aquí yo puedo llevar el niño al jardín y venirme tranquilita, porque aquí puedo, vea, a las 10-11 [a. m.] lo atienden, y eso es rápido, o sea, super rápido. Es que aquí es... yo amo aquí (Usuaría 03 MC 01, S02).[†]

Las personas entrevistadas también reconocen los aportes de la estrategia MujerESalud relacionados con la calidad de la atención en salud que brindan en estos espacios.

- *La oportunidad en la asignación de las citas de medicina general.* Este es uno de los aspectos más destacados tanto por las usuarias como por el personal de la estrategia, pues al momento de solicitar la cita, las usuarias encuentran disponibilidad en la agenda, puesto que esta es exclusiva para ellas.

La oportunidad es un aspecto muy positivo de la estrategia, ya que, de acuerdo con la Resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social [25], la asignación de las citas de medicina general no podrá exceder los tres días hábiles:

Sí, lo de lo de salud, pues eso, que uno no se aglomera por allá en [punto de atención], que las citas no se las dan a largo plazo también, y aquí sí se las dan de una, a cortico plazo, no es como al mes. No es como en [puntos de atención], que las citas son súper extensas, aquí no. Esto aquí es para otro día o de una vez, para el mismo día si uno puede. Entonces, eso es súper bien (Usuaría 03 MC 01, S02).

Además de la atención oportuna, en algunos casos se facilita la gestión de remisiones con especialidades médicas y exámenes complementarios. Se destaca la reducción de trámites gracias a la atención personalizada y al trato humanizado por

parte del talento humano que brinda sus servicios en los puntos de atención.

También destacan los tiempos cortos en la sala de espera, en especial en los puntos ubicados en las MC, acorde con el enfoque de la estrategia.

- *La calidad de la atención ofrecida en las MC.* Otro aspecto positivo es la ampliación de la oferta y la disponibilidad de los servicios en las entidades ancla de las MC. Esto ha facilitado el acceso a una atención resolutoria, dado que, para algunas usuarias entrevistadas, gracias a la apertura de estos puntos, ellas han podido tener consulta médica y tratamiento oportuno:

Pues, por la MC, que me dijeron que viniera, que había muchos proyectos para las mujeres. Que uno a veces se descuida total en todo, que pues no porque sea mamá... es muy linda la labor, pero uno se descuida totalmente. Uno piensa que hasta ahí llegó y uno no sabe que tiene que salir, porque hay muchos proyectos de vida y para la salud mejor, porque sin eso no me hubieran diligenciado también para hacerme la cirugía [histerectomía]. Que fue gracias a venir acá y detectaron y todo, y me ayudaron a sacar mis citas, y he estado muy bien y me parece muy buena la atención (Usuaría 01 MC 02, S04).

Otro factor de éxito es la atención personalizada y el acompañamiento en la gestión de remisiones por parte de las auxiliares de enfermería de los puntos de atención. Algunas tácticas implementadas, como el seguimiento personalizado a través de WhatsApp, han permitido una mayor adherencia de los pacientes a la estrategia.

- *La atención integral y con enfoque de género.* La implementación de los servicios de la estrategia incorpora herramientas de gestión definidas en la PAIS, como la organización de los servicios a partir de redes integradas e integrales en salud (RIIS), las RIAS, la implementación del enfoque diferencial y la organización de la atención bajo el modelo territorial de salud "Salud a Mi Barrio, Salud a Mi Vereda", conforme a lo establecido en la PAIS [10]. El enfoque de género, por su parte, está alineado con la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres [2] y con los objetivos del SDC. Así, los servicios en salud que las usuarias reciben en estos puntos se complementan con la capacidad instalada dispuesta tanto en las cuatro subredes como en las entidades ancla de las MC.

Por otro lado, conforme lo manifestó el personal entrevistado, las usuarias sienten comodidad a ser atendidas por una mujer, pues expresan con mayor facilidad sus inquietudes y preocupaciones respecto a su salud. Lo mismo ocurre con la población LGBTIQ+, la cual informa ser atendida sin la

[†] Convenciones: número de usuaria; MC: Manzana de cuidado; además, se asignó aleatoriamente a cada una de las cuatro subredes las convenciones de S01, S02, S03 y S04 para efectos de la publicación de los resultados.

discriminación que hay en otros servicios. De igual forma, se reconocen los procesos de formación y capacitación permanente en los enfoques de género y diferencial, así como en guías de manejo y RIAS, lo que se ve reflejado en la atención que reciben las usuarias de los puntos.

Barreras de acceso

A pesar de los aspectos positivos que brinda la estrategia MujerESalud, aún persisten barreras que dificultan el acceso de la población a los servicios, dentro de los que se encuentran:

- **Aseguramiento en salud.** La principal barrera identificada por el personal vinculado a la estrategia es la relacionada con la estructura y operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Ley 100 de 1993), que busca garantizar el acceso a los servicios de salud mediante un esquema de aseguramiento a través de dos regímenes: el régimen contributivo, que ofrece cobertura a trabajadores formales y población con capacidad de pago; y el subsidiado, dirigido a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago y que ha sido identificada y priorizada previamente por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales.

El acceso a los servicios de salud está mediado por el tipo de vinculación al SGSSS por parte de

La mayoría de la población afiliada al régimen subsidiado atendida en las subredes se halla vinculada a la EAPB Capital Salud, siendo esta la principal entidad con la que tienen convenio. En ese sentido, las mujeres que no están afiliadas a las EAPB que tengan convenio con las subredes enfrentan barreras de acceso, pues deben remitirse a los servicios de la red adscrita de su EAPB y no pueden beneficiarse de los servicios que ofrece la estrategia.

- **Barreras de acceso administrativas y operativas.** Son barreras que dificultan u obstaculizan la prestación de los servicios de la estrategia. Una de las barreras identificada tanto por el personal como por las usuarias es la demora en la asignación de citas con especialistas, la cual puede extenderse hasta cinco meses, a diferencia de la oportunidad encontrada para las citas de medicina general. Esto se debe a la escasa disponibilidad de médicos especialistas, lo que influye en la capacidad instalada para dar una respuesta oportuna.

Además, las usuarias que deben remitirse a otros puntos para recibir atención especializada deben disponer de tiempo y recursos adicionales para acudir a otros servicios. Las auxiliares de enfermería de los puntos de atención de la estrategia realizan un acompañamiento personalizado en la gestión de citas y remisiones a otros servicios. Aunque este acompañamiento puede mejorar la continuidad en la atención, este esfuerzo sigue siendo insuficiente respecto a la demanda de servicios especializados que no cuentan con la suficiente oferta de profesionales y ante lo que se requiere la autorización por parte de la EAPB.

Otra barrera evidenciada es la alta rotación del talento humano que presta sus servicios en los puntos de atención. Para el personal administrativo, esta situación incide en la disponibilidad y la prestación de los servicios.

También se evidenciaron barreras relacionadas con la implementación del enfoque diferencial y de género en la prestación de los servicios. Esta situación afecta puntos de atención donde hay mayor afluencia de poblaciones diversas y en condición de vulnerabilidad socioeconómica. Aunque para la mayor parte de estas poblaciones estos puntos se convierten en la principal puerta de entrada a los servicios de salud, algunos no cuentan con los insumos necesarios para garantizar una atención integral y acorde con las necesidades diferenciales de la población.

Igualmente, se observan dificultades para la atención de personas con discapacidad y población sorda usuaria de lengua de señas prelinguales sin segunda lengua:

Tabla 2. Población estimada objetivo por tipo de vinculación al SGSSS en las cuatro subredes integradas de servicios de salud a septiembre de 2023

Población objetivo	Total general	Porcentaje (%)
Contributivo	390 827	22,43
Excepción	12 200	0,70
Subsidiado	1 339 415	76,87
Total	1 742 442	100,00

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento. Estadísticas aseguramiento. Fecha de corte: 30 de septiembre de 2023. Documento de uso interno.

los usuarios, así como por los convenios suscritos por las subredes con las entidades administradoras de planes de beneficios en salud (EAPB). La mayor parte de la población que se atiende en las cuatro subredes se encuentra vinculada al régimen subsidiado, es decir, población pobre y vulnerable. Esta población representa el 76,87 % de la población que es atendida en las cuatro subredes, como se observa en la Tabla 2.

También veo que a veces se necesita un profesional que sepa lengua de señas, porque cuando vienen mujeres sordas, un día tuve una experiencia que me sorprendió, pero menos mal la señora más o menos sabía escribir. Entonces, por medio del lenguaje de la escritura tuvimos una buena comunicación y pudimos ayudarlo; de lo contrario hubiera sido imposible (Auxiliar de Enfermería 01, S02).

Mecanismos de articulación entre las atenciones individuales y las acciones colectivas

Uno de los principales mecanismos de articulación entre las acciones individuales y las acciones colectivas, reconocidos por el personal, son las RIAS. La ruta de promoción y mantenimiento de la salud es la puerta de entrada para las otras RIAS priorizadas, como la ruta cardiocerebrovascular y metabólica, y la ruta materno perinatal [26,27]. También hay un proceso bien establecido de canalizaciones y de activación de rutas de acuerdo con la etapa del ciclo vital y el riesgo identificado.

Los puntos de atención ubicados en las MC operan como un facilitador en estos procesos de articulación y de canalización intersectorial, debido a la presencia de diferentes sectores y servicios en la infraestructura dispuesta por estos espacios colectivos.

El personal asistencial de los centros reconoce el proceso de activación y de canalización por medio de las rutas. Hay un proceso de articulación estratégica con otros sectores de la administración distrital que hacen presencia en las MC, como el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, que ofrece el programa Escuela de la Bici, o el Servicio Nacional de Aprendizaje, que ofrece cursos de formación complementaria.

Reconocimiento de espacios de participación para las mujeres

Uno de los objetivos definidos en la estrategia es el de gestionar la participación de las mujeres en los mecanismos e instancias que se han dispuesto para este fin. Al respecto, al indagar acerca de la presencia de espacios de participación dirigidos a mujeres en los puntos de atención donde también estaban ubicadas las MC, tanto las usuarias como el personal entrevistado relacionan estos espacios con los servicios colectivos existentes en las MC, por la dinámica propia de estos, ya que cuentan con una amplia oferta en ese sentido.

Por el contrario, en los puntos de atención ubicados en los centros de atención prioritaria en salud (CAPS) y en las unidades de servicios de salud, dada su dinámica intramural, tanto usuarias como personal de salud no identificaron fácilmente este tipo de procesos.

Oportunidades de mejora

Si bien la estrategia ha logrado avances en su implementación, hay algunas oportunidades de mejora, cuyo abordaje puede ayudar a fortalecer la estrategia en su conjunto.

- *La oportunidad en la asignación de citas a especialidades médicas.* La oportunidad en la atención que las usuarias reciben en los puntos de atención de la estrategia se pierde cuando estas tienen que ser remitidas a otros centros o deben esperar hasta cinco meses para agendar una cita con especialista. Esto afecta, además, la integralidad que se espera mantener con los servicios:

Bueno, cuando uno entrega las órdenes para citas con especialistas a fin de mes, no hay agenda con el especialista, y es que se necesita más agenda para eso y para exámenes, porque yo necesitaba una radiografía o una ecografía y, bueno, nunca me la dieron (Usuaría 01, S02).

- *La disponibilidad de servicio de psicología.* Este es uno de los servicios con mayor demanda, según lo informado por el personal administrativo, sobre todo en los puntos ubicados en las MC. Sin embargo, no todos los puntos cuentan con este servicio, y en aquellos en los que se oferta, la disponibilidad horaria es muy baja.

En las unidades donde se cuenta con la consulta de psicología y de asesoría jurídica, se puede ofrecer una mejor atención integral a las mujeres:

Hemos detectado que las mujeres que llegan a la MC necesitan mucha asesoría jurídica. La consulta de psicología, que la tenemos en [nombre de la entidad], con un caso de violencia intrafamiliar, la subred, por ser salud, nos quedamos cortos, porque yo la escucho, pero ellas necesitan un empujón para tomar decisiones, que se los da la parte jurídica: “mire coja por aquí, tranquila que no le van a quitar los niños”. Por la dependencia económica que tienen algunas mujeres con los hombres, tienen miedo de dejarlos [...] (Referente Convenio, S01).

- *El esquema de incentivos para atraer y retener al talento humano vinculado a la estrategia.* Un factor que afecta la disponibilidad de los servicios, conforme lo manifestó el personal administrativo, es la alta rotación de los profesionales, puesto que encuentran ofertas laborales más atractivas que las que se disponen en el marco del convenio. Actualmente, los honorarios que se brindan no son competitivos frente a propuestas similares en el mercado laboral.

Otro factor que incide en la alta rotación del talento humano es la ubicación de algunos puntos

de atención, en cuanto están lejos de su lugar de residencia.

- *El fortalecimiento de los procesos de formación sobre enfoque de género y diferencial en la atención en salud.* En algunos puntos de atención se pudo evidenciar la falta de claridad sobre el enfoque de género y diferencial. Esto se puede atribuir a la alta rotación del personal, lo que implica perder las curvas de aprendizaje alcanzadas con los procesos de formación y de atención. Es necesario que el liderazgo de la estrategia esté a cargo de una persona que tenga experiencia en la transversalización de estos enfoques en los servicios de salud, para fortalecer los procesos de inducción y reinducción del talento humano.
- *La divulgación de los servicios ofrecidos en MujerESalud.* Se reconoce la necesidad de mejorar la divulgación de la estrategia. Algunas de las usuarias manifestaron que llegaron a los servicios referidas o por recomendación de alguna familiar o conocida, o porque son usuarias de otros servicios de las MC. Varias coincidieron en la necesidad de hacer una mayor divulgación de los servicios de la estrategia.

Por otra parte, las usuarias de servicios ubicados en los CAPS no diferencian la estrategia de otros servicios, a pesar de la señalización existente.

Discusión

La estrategia de MujerESalud fortaleció la disponibilidad de servicios de salud para las mujeres, mediante acciones de atención primaria en salud con enfoque de género. La estrategia cobra mayor relevancia en la etapa pospandemia, pues como lo muestra la literatura internacional, la pandemia impactó el acceso a los servicios de salud para mujeres [13-18].

Otro aspecto importante para resaltar es la articulación de la estrategia con el SDC, el cual recoge los avances de las políticas de cuidado en el país [28]. Este sistema cuenta con una infraestructura material y social [29], que tiene una amplia oferta de servicios sociales pensada en las necesidades diferenciales de las mujeres en su contexto territorial, y que además privilegia la proximidad de la infraestructura del cuidado al lugar de vivienda de las usuarias [29,30].

Los puntos de atención implementados en MujerESalud y, en especial, los puntos ubicados en las entidades ancla de las MC han ayudado a disminuir barreras de acceso y han facilitado, en especial, el acceso a los servicios de promoción de la salud y detección temprana. La oferta de los puntos ubicados en las MC también ha facilitado el ingreso a servicios complementarios del SDC, como atención psicosocial y asesoría jurídica, en

particular para la atención y orientación en casos de violencias basadas en género.

Por otro lado, respecto a las oportunidades de mejora de la estrategia MujerESalud, si bien esta acogió lo dispuesto en la PAIS mediante las RIAs, la organización de las subredes en RIAs y otras herramientas de gestión técnica y operativa [9,31], presenta limitaciones para garantizar la integralidad de la atención en salud.

Existen barreras para implementar las RIAs que no permiten superar la fragmentación de las atenciones sectoriales e intersectoriales, las cuales se reflejaron en la experiencia de la implementación de la estrategia MujerESalud, como, por ejemplo, en la falta de disponibilidad de citas con especialidades médicas y el contar o no con un tipo de aseguramiento específico como condición para acceder a los servicios. Estos resultados coinciden con los hallazgos evidenciados en algunos estudios sobre el tema [32-35].

Por otra parte, aunque hay un avance en la formulación de herramientas de política pública que permiten avanzar en la transversalización del enfoque de género en el sector salud, su alcance sigue siendo limitado, debido, entre otros aspectos, a las dificultades en la generación de capacidades relacionadas con la perspectiva de género, conforme lo ha señalado la Organización Panamericana de la Salud [36].

Esta situación tiene que ver no solo con las dificultades en la gestión del talento humano en salud en el sistema de salud [37], sino también con una formación que continúa privilegiando “el modelo biomédico de prevención, atención y rehabilitación” [38]. Por tal razón, se hace necesario avanzar en mejores condiciones laborales que incorporen, además, el enfoque de género en la gestión del talento humano en salud [39]. Se debe intensificar la formación en enfoque de género, para superar la asociación de la salud y género restringida a temas de salud sexual y reproductiva [36,40].

Para lograr la atención integral con enfoque de género es fundamental atender las necesidades específicas de salud y bienestar de las mujeres a partir de un “enfoque contextualizado e interseccional”, que incorpore “la perspectiva de género en la salud dentro de un marco más amplio de equidad para las mujeres que viven en situación de vulnerabilidad” [41, p. 7]. En ese sentido, la estrategia MujerESalud se convierte en un punto de partida para avanzar en este propósito.

Una de las limitaciones de la investigación es que la estrategia es muy reciente, por lo cual no se cuenta con información previa para su comparación. Otra limitación es que no se contó con datos de salud de las mujeres participantes del estudio y de los resultados de las remisiones a especialistas, por lo cual no fue posible dar cuenta de los cambios en el estado de salud generados por la estrategia MujerESalud.

A modo de cierre, para alcanzar una atención integral para las mujeres es importante avanzar en la ruta establecida por las políticas públicas que han permitido la implementación del enfoque de género, en particular, la Resolución 2138 de 2023, al establecer los lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud [42].

Asimismo, de acuerdo con los resultados observados, MujerESalud ofrece aprendizajes que aportan a la transversalización del enfoque por los diferentes actores responsables señalados en la norma. En ese sentido, las recomendaciones que se desprenden del presente estudio son las siguientes:

1. Liderar, desde las entidades territoriales, acuerdos con actores del sector salud para garantizar la atención integral y, de esta forma, mejorar la resolución de la atención en salud. Asimismo, deben trabajar con otros sectores del Gobierno local para fortalecer las rutas de atención que requieren de acciones intersectoriales, como en el caso de la atención a víctimas de violencias.
2. Para las entidades administradoras de planes de beneficios en salud es una oportunidad de incluir, dentro de su red de prestadores, los servicios ofrecidos en la estrategia por parte de las subredes, los cuales ayudan a mejorar la disponibilidad de servicios para las mujeres en condiciones de vulnerabilidad social y económica.
3. Establecer procesos de capacitación continua del talento humano en temas relacionados con los enfoques diferencial y de género. Esto debe complementarse con temas específicos de la atención en salud, como el componente de RIAS, con énfasis en la asesoría para la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo. De igual forma, el personal de salud debe tener conocimiento sobre la respuesta intersectorial, para atender las necesidades diferenciales de la población que acude a estos servicios.
4. Aplicar el lineamiento de visibilidad estadística de las poblaciones diversas, para incluir las variables de identidad de género y orientación sexual en la historia clínica y en otros registros de información [36,43].

Agradecimientos

Agradecemos al personal de salud de las subredes que participó en la experiencia de evaluación de la implementación de la estrategia MujerESalud y, de manera especial, a las mujeres que compartieron sus experiencias como usuarias de los Servicios Integrales para la Mujer; sus aportes fueron muy importantes para repensar el funcionamiento de la estrategia MujerESalud.

Declaración de fuentes de financiación

La investigación se realizó a través de actividades de gestión realizadas por el talento humano en salud vinculado a la Secretaría Distrital de Salud y no contó con una fuente de financiación específica.

Declaración de conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Declaración de responsabilidad

Las autoras declaran tener toda la responsabilidad por los puntos de vista expresados en el texto. No existe responsabilidad por la institución de filiación de las autoras.

Declaración de contribución de los autores.

Todas las autoras declaran su participación en todo proceso de investigación, desde la formulación, recolección de información y su análisis hasta la escritura y revisión del manuscrito final.

Referencias

1. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud [internet]. 2008 [citado 2024 jul. 17]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>
2. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 4080. Política pública de equidad de género para las mujeres: hacia el desarrollo sostenible del país [internet]. 2022 [citado 2024 jul. 30]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/4080.pdf>
3. Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. Documento CONPES D. C. 14. Política pública de mujeres y equidad de género 2020-2030 [internet]. 2021 [citado 2024 jul. 30]. Disponible en: https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-03/documentos/doc_conpes_d.c_14_pmyeg_1%281%29.pdf
4. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación. Rendición de cuentas 2023. Vigencia 2022 [internet]. 2023 [citado 2024 ene. 5]. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/rendicion_cuentas_pdd_uncsab_vigencia-2022.pdf
5. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación. Concejo de Bogotá D. C., Acuerdo 761, por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”. [internet]. 2020 jun. 11 [citado 224 ene. 11]. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/acuerdo_761_de_2020_adopcion_del_pdd_0.pdf

6. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de la Mujer. Las Manzanas del Cuidado. [internet]. 2023 [citado 2024 ene. 5]. <https://manzanasdelcuidado.gov.co/que-son/>
7. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. MujeresSalud Servicios Integrales [internet]. 2022 [citado 2023 oct. 16]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Camp_Salud_Mujeres.aspx#:~:text=Los%20Servicios%20Integrales%20de%20Atenci%C3%B3n,con%20discapacidad%2C%20LBT%2C%20cisg%C3%A9nero%2C
8. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [internet]. 2015 feb. 16 [citado 2023 oct. 20]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
9. Ospina Campo J. Política de atención integral en salud (PAIS), “hacia mejores condiciones de la salud” en Colombia. In *Vestigium Ire* [internet]. 2020 [citado 2023 oct. 20]; 14(1):77-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7883866>
10. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429, por medio de la cual se adopta la Política Atención de Integral en Salud. [internet]. 2016 feb. 17 [citado 2023 oct. 20]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200429%20de%202016.pdf
11. Jones DE, Ariza L, Alonso JP, et al. Estrategias de servicios de salud en mujeres, recién nacidos/as, niños/as y adolescentes durante la pandemia de COVID-19 en países de las Américas. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2022 [citado 2023 dic. 26]; 38(12). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Jpb4bPtQThfP93MNxcSpnCP/?format=pdf&lang=es>
12. Pinzón EA, Carrillo GM. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Rev Fac Nac Salud Pública* [internet]. 2016 [citado 2023 oct. 20]; 34(2):93-201. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/21729/20780173>
13. Endler M, Al-Haidari T, Benedetto C, et al. How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: Results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(4):571-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.14043>
14. Ahinkorah BO, Hagan JE Jr, Ameyaw EK, Seidu AA, Schack T. COVID-19 Pandemic Worsening Gender Inequalities for Women and Girls in Sub-Saharan Africa. *Front. Glob. Womens Health*. 2021;2:686984. DOI: <https://doi.org/10.3389%2Ffgwh.2021.686984>
15. Aranda Z, Binde T, Tashman K, et al. Disruptions in maternal health service use during the COVID-19 pandemic in 2020: Experiences from 37 health facilities in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health* 2022;7:e007247. DOI: <https://doi.org/10.1136%2Fbmjgh-2021-007247>
16. Kotlar B, Gerson EM, Petrillo S, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review. *Reprod Health* 2021;18(10). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>
17. Goyal M, Singh P, Singh K, et al. The effect of the COVID-19 pandemic on maternal health due to delay in seeking health care: Experience from a tertiary center. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;152(2):231-5. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13457>
18. Miller MJ, Xu L, Qin J, et al. Impact of COVID-19 on Cervical cancer screening rates among women aged 21-65 years in a large integrated health care system — Southern California, January 1-September 30, 2019, and January 1-September 30, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:109-13. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7004a1>
19. Chinn JJ, Martin IK, Redmond N. Health equity among black women in the United States. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(2):212-9. DOI: <https://doi.org/10.1089%2Fjwh.2020.8868>
20. Wang E, Glazer KB, Sofaer S, et al. Racial and ethnic disparities in severe maternal morbidity: A qualitative study of women’s experiences of peripartum care. *Womens Health Issues*. 2021;31(1):75-81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.09.002>
21. Interrante JD, Tuttle MS, et al. Severe maternal morbidity and mortality risk at the intersection of rurality, race and ethnicity, and medicaid. *Womens Health Issues*. 2022;32(6):540-9 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2022.05.003>
22. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2014.
23. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [internet]. 1993 oct. 4 [citado 2023 oct. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
24. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolas F, Quezada F., editores. En: Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Santiago de Chile: Programa regional de Bioética OPS/OMS [internet]; 2003 [citado 2024 oct. 31]. pp. 83-95. Disponible en: <https://libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/258/submission/proof/files/assets/basic-html/index.html#page3>
25. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1552, por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto - Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones [internet]. 2013 may. 14 [citado 2023 oct. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1552-de-2013.pdf>
26. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación [internet]. 2018 ago. 2 [citado 2023 oct. 20]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
27. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 276, por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018 [internet]. 2019 feb. 4 [citado 2023 oct. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-276-de-2019.pdf>
28. Pineda Duque J. Los campos del cuidado, su organización social y las políticas públicas. Reflexión desde el caso colombiano. En: Batthyány K, editor. *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, Grupo Editorial Siglo XXI [internet]; 2020. pp. 137-58 [citado 2023 oct. 20]. Disponible en: <https://www.clacso.org/miradas-latinoamericanas-a-los-cuidados/>
29. Guevara Aladino P. Experiencias de cuidado y ciudad: la infraestructura material y social en el acceso a la Manzana del Cuidado de Ciudad Bolívar, Bogotá [trabajo de grado]. [Bogotá:] Universidad de los Andes [internet]; 2023 [citado 2024 jul. 22]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/1992/68233>
30. Fernández-Gallego B. The Manzanas del Cuidado of Bogotá: The impact of a public policy of care on the mobility of non-remune-

- rated domestic caregivers in the locality of Bosa. SocArXi Papers; 2023. <https://doi.org/10.31235/osf.io/ar8n9>
31. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia. Informe Técnico 11 [internet]; 2019 [citado 2024 jul. 22]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>
 32. Sotelo-Daza J, Ramos-Valencia OA, Galarza-Iglesias AM. Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo. *Salud UIS*. 2023;55:e23053. DOI: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23053>
 33. Mera-Urbano GA, Sotelo-Daza J, Arias-Gordillo A, et al. Implementación de la Política Atención Integral en Salud en el Cauca: un estudio de caso 2016-2019. *Hacia Promoc. Salud*. 2022;27(1):67-85. DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.1.6>
 34. Arias-Murcia SE, Penna CM de M. Atención Primaria en Salud en una región de la Amazonía colombiana: una aproximación al cotidiano. *Saúde Debate*. 2022;46(134):721-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213409>
 35. Vargas I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, et al. Barriers to health-care coordination in market-based and decentralized public health systems: A qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy and Planning*. 2016;31(6):736-48. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
 36. Organización Panamericana de la Salud. Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de las Américas. Washington [internet]; 2019 [citado 2024 feb. 15]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51809/9789275321614_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 37. Molina Marín G, Oquendo-Lozano T, Rodríguez-Garzón S, et al. Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2016;15(30):108-25. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs15-30.gtsp>
 38. Rodríguez Villamil N, Valencia González A, Díaz Mosquera P. Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales. *Hacia Promoc. Salud*. 2013;18(1):26-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126802003>
 39. Fitzgerald J, Schutt-Aine J, Houghton N, et al. La importancia del enfoque de género en la construcción de sistemas de salud resilientes, equitativos y universales. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e135. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.135>
 40. Lenta M, Fazzini J. Género, salud y educación permanente: necesidades, obstáculos y posibilidades del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev Salud Pública*. 2023;29(2):1-9. DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v29.n2.41011>
 41. González Vélez AC, Coates A, et al. Igualdad de género y equidad en salud: lecciones estratégicas de las experiencias de los países en la incorporación de la perspectiva de género en la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e103. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.103>
 42. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2138, por la cual se adoptan los lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual. [internet]. 2023 dic. 19 [citado 2024 ene. 9]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202138%20de%202023.pdf
 43. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación. Estándares estadísticos para la incorporación del enfoque poblacional-diferencial e interseccional en la producción y difusión de las estadísticas del Distrito Capital [internet]; 2022 [citado 2023 dic. 19]. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/02.guia_incorporacion_enfoque_diferencial_v4.0.pdf