

28M

**DÍA INTERNACIONAL
DE ACCIÓN POR LA SALUD
DE LAS MUJERES**



**SUPERAR LAS BARRERAS DE ACCESO A
* LA SALUD, UN RETO PARA BOGOTÁ ***



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
LA MUJER





Este 28 de mayo, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, establecido desde 1987 por la Asamblea de Mujeres de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, desde la Secretaría Distrital de la Mujer **queremos subrayar que persisten barreras en el acceso a los servicios de salud que afectan de manera diferencial a las mujeres que habitan Bogotá y que esto constituye un gran reto y compromiso de la sociedad y la Administración Distrital para superarlas.**

Estas **barreras pueden ser geográficas, administrativas, económicas, técnicas, culturales o sociales**, que impiden el goce y disfrute de este derecho; estas no son iguales para todas las mujeres, sino que están mediadas por aspectos como la edad, la clase, la etnicidad y la raza, la ubicación geográfica, la identidad de género, la orientación sexual, la presencia de discapacidad, entre otros factores. Por lo tanto, para comprenderlas y eliminarlas, se necesita analizarlas a través de los enfoques diferencial y de género.

¿POR QUÉ EN BOGOTÁ HABLAMOS DE SALUD PLENA PARA LAS MUJERES?

La salud no se limita a la ausencia de enfermedad, se entiende como un estado completo de bienestar integral y calidad de vida, en el que confluyen factores biológicos, culturales, sociales, económicos, políticos y comportamentales, los cuales promueven la posibilidad de llevar una vida sana. En Colombia la salud es reconocida como un derecho fundamental;¹ en este sentido, debe ser garantizada a todas las mujeres en sus diferencias y diversidades.

En Bogotá, la salud plena es uno de los 8 derechos priorizados en la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género 2020 - 2030 (PPMyEG), a través de la cual la capital reconoce que el género se relaciona estrechamente con las diferencias existentes entre mujeres y hombres en aspectos como la mortalidad y morbilidad; los niveles de exposición al riesgo y la vulnerabilidad; la gravedad y las consecuencias de la enfermedad; el acceso a los recursos para la promoción de la salud y la prevención; el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; los comportamientos relacionados con la salud; la experiencia y las consecuencias de la mala salud; y, en las respuestas del sector de la salud frente a unas y a otros.²

En este sentido, la salud es un derecho que se debe garantizar a las mujeres en nuestras diferencias para el acceso, la calidad, la oportunidad y la financiación de los servicios de salud, de acuerdo con sus necesidades y respetando su autonomía en la toma de decisiones.

LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES IMPLICA, ENTRE OTROS ASPECTOS:



La prestación de servicios, buscando la equidad de género en el **acceso, cobertura y atención a los mismos de manera oportuna e integral con calidad y calidez.**

1. Ley Estatutaria 1751 de 2015.

2. Organización Panamericana de la Salud, 2002, citada por Conpes D.C. 14, 2020, p. 120.

- ✿ La **información e investigación**, mediante el análisis de información desagregada por sexo y analizada desde el enfoque de género sobre factores determinantes de la salud que sirvan para la toma de decisiones al respecto.
- ✿ Los **productos y tecnologías médicas**, para garantizar el acceso equitativo de hombres y mujeres a los mismos.
- ✿ El personal sociosanitario formado para promover acciones que **transformen las relaciones de género y eliminen prejuicios y prácticas discriminatorias** hacia las mujeres que acceden a los servicios.³
- ✿ La **participación** de las mujeres en sus diferencias en la toma de decisiones que las afectan.

ALGUNOS DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES EN BOGOTÁ:

La situación en salud que enfrentan las mujeres en sus diferencias y diversidades es el resultado de las condiciones de desigualdad, violencia y brechas de género que históricamente han generado patologías afectando la calidad de vida de quienes se ven involucradas. Algunos datos se evidencian en los resultados de Línea Base de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, realizada por el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de la Secretaría Distrital de la Mujer en el 2022:

- 1 Se evidenció que el 4% de las mujeres encuestadas en 2021 había desertado de sus procesos educativos. Respecto a los motivos de dicha deserción, el 13% mencionó como razón para este retiro haber quedado embarazada, 6% presión de la familia y 5% presión de la pareja, siendo todos los anteriores motivos asociados a los **roles históricos asignados a las mujeres**.



3. Organización Mundial de la Salud, 2018, citada por Conpes D.C. 14, 2020, p. 121.

- 2 El conocimiento de la citología cervicouterina por parte de las mujeres es del 96%, mientras que solamente el 62% se han tomado este examen en los últimos 12 meses. Así mismo se presenta una brecha entre la zona urbana y la rural: mientras que la toma de citología en las zonas rurales es de 58 %, en las áreas urbanas es de 62%.
- 3 Respecto al conocimiento acerca del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el 75% de las mujeres encuestadas en 2021 mencionó que tenía información sobre este derecho. No obstante, se observa una brecha entre las zonas rurales (59%) y las zonas urbanas (72%).
- 4 El 98% de las mujeres encuestadas conoce los métodos anticonceptivos, pero solo el 78% los usan. Para todos los estratos socioeconómicos, el grupo de métodos más utilizados son los hormonales, que se ubican por encima del 43%. En segundo lugar, se encuentran los definitivos; no obstante, el uso de estos últimos predomina en estratos 0, 1 y 2. En tercer lugar de uso se ubican los métodos de barrera, pero con mayor reporte de uso en estratos 4, 5 y 6.
- 5 Con relación al diagnóstico de VIH en mujeres, según datos de SIVIGILA 2021, las mujeres en estadio clínico SIDA presentaron un 4,8% más defunciones que los hombres.
- 6 Según la Asociación Colombiana de Endometriosis e Infertilidad (ASOCOEN) más del 50% de las pacientes han sido remitidas primero al psiquiatra antes que a un examen diagnóstico por endometriosis. En Colombia son aproximadamente 3.000.000 de mujeres o personas menstruantes con este diagnóstico y la cifra puede ser mucho más alta debido al subregistro.
- 7 Según SaluData,⁴ la mortalidad materna⁵ en Bogotá ha tenido variaciones importantes: en 2020 se presentaron 25 casos, equivalentes a una razón de mortalidad materna (RMM) de 31,5; en 2021 el número de casos se incrementó a 46, equivalentes a la razón de mortalidad materna más alta de los últimos 15 años (68,7); en 2022 el número de casos descendió nuevamente a 25, correspondientes a una RMM de 38,6 y, según datos preliminares en el primer semestre 2023 se presentaron 17 casos, equivalentes a una RMM de 27,9.

4. Observatorio de Salud de Bogotá, consultado el 02 de mayo de 2024, con cifras actualizadas a 26 de abril de 2024.

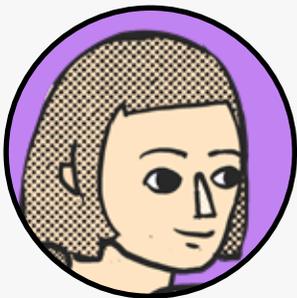
5. Muerte de una persona mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Su indicador es la razón de mortalidad materna, que se calcula a partir del número de casos de mortalidad materna temprana en el periodo / total de nacidos vivos en el mismo periodo* 100.000.

BARRERAS DE ACCESO EN SALUD PARA LAS MUJERES EN SU DIVERSIDAD:

Desde la Secretaría Distrital de la Mujer comprendemos que la experiencia de vida de las mujeres está atravesada por múltiples factores que tienen un impacto en su posibilidad de acceso a la salud. Hay que recordar que las barreras de acceso a la salud se pueden convertir en prácticas de violencia, que afectan de manera específica a algunos grupos de mujeres, como las **mujeres trans** y las **mujeres migrantes venezolanas**, como lo evidenció la investigación del OMEG (2022) en la que se identificaron las barreras de acceso a derechos de las mujeres en sus diferencias y diversidades en Bogotá, en la cual emergieron situaciones de discriminación y trato indigno y falta de respeto por las decisiones de salud de las pacientes.

Para el caso de las mujeres trans la prestación de servicios de salud no atiende las necesidades, demandas y especificidades en relación con sus derechos, por ejemplo, se hace uso del nombre y/o pronombre incorrecto, o se niega el examen de próstata a las personas cuyos documentos de identidad no tengan consignado el sexo masculino (OMEG, 2022). También se evidencia estigmatización, patologización y medicalización de las personas trans y no binarias, lo cual conlleva que se niegan o dilaten procedimientos de tránsitos corporales.⁶

En cuanto a las mujeres migrantes, la investigación encontró que son unas de las principales víctimas de violencias obstétricas durante el embarazo en donde hay una constante insistencia del personal médico para que terminen con el embarazo, malos tratos, comentarios discriminatorios por ser venezolanas, esterilización forzada:



“Yo tuve un embarazo y el doctor decía “yo me siento en Maracaibo porque todas las que opero son venezolanas” y yo estaba anestesiada y no sabía ni qué hacer porque no quería que me esterilizara.”

Grupo Focal de Mujeres Migrantes y Refugiadas, OMEG. 2022.

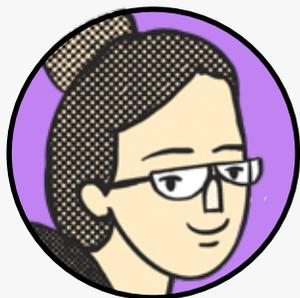
6. Secretaría Distrital de Salud (2021). Atención integral en salud para personas trans y no binarias. Situaciones de salud y caracterización.

Justamente, la investigación realizada por el OMEG señala que, para el caso de las **mujeres negras y afrocolombianas**, las barreras que más resaltaron para acceder al sistema de salud están relacionadas con la falta de articulación de la medicina alopática con la medicina ancestral. Las mujeres con pertenencia étnica al ser atendidas desde la medicina alopática convencional tienen un choque cultural que hace a un lado sus vivencias y otros saberes, por ejemplo, los quilombos en donde se practica el ejercicio de la partería, que están inscritos con la Secretaría de Salud, ven afectada su autonomía ya que deben estar presente una enfermera/o y un/a gestor/a ambiental que supervise su labor, subvalorando el conocimiento de las sabedoras y parteras (OMEG, 2022).

Por otra parte, la Organización Panamericana de Salud (2019) resalta que las **mujeres indígenas** están expuestas a barreras relacionadas con el racismo institucional y barreras de género. Las **mujeres negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras** viven una situación similar y, según el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas Mundial (UNFPA, 2024), tienen más riesgo de morir en el parto, precisamente por el racismo sistémico.

También, las **mujeres con discapacidad** presentan más vulnerabilidad no solo a las afectaciones en salud sino también a las violencias de todo tipo, incluyendo sexuales, especialmente las mujeres que tienen discapacidades múltiples o severas (Profamilia, 2019). Para el caso de las mujeres con discapacidad cognitiva y mental, las personas que cuidan de ellas o la institucionalidad médica regulan su salud reproductiva y sexual tomando decisiones que atañen la vida personal, negando su autodeterminación reproductiva y sexual (OMEG, 2022).

Además, las mujeres con discapacidad se enfrentan a barreras técnicas como la falta de accesibilidad frente al conocimiento en lengua de señas colombiana y la arquitectura diferencial, que afectan su acceso a la salud:



“**Que contamos con el servicio de interpretación, se espera que se haga un buen servicio de interpretación, pero existen niveles desde la interpretación, hay personas que hasta ahora están aprendiendo lenguaje de señas y son contratados para que nos interpreten, y hay veces que la persona que nos está interpretando manda ciertas palabras que piensa lo que está diciendo, pero realmente nosotras como mujeres sordas necesitamos ser entendidas desde nuestra lengua.**”

*Grupo Focal de Mujeres con Discapacidad,
OMEG. 2022.*

Estas **barreras culturales y actitudinales**, relacionadas con estereotipos, preconcepciones, imaginarios sociales, a menudo son arraigadas en el sistema de valor dominante que orienta la sociedad, y mediante este proceso, son normalizadas. Estas barreras, especialmente las relacionadas con el acceso a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos, en las que se cuestiona la manera en que las mujeres viven su sexualidad no permiten que ellas accedan plenamente a métodos anticonceptivos, lo que dificulta la prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, el imaginario social relacionado con que las mujeres que usan métodos anticonceptivos lo hacen porque tienen una gran cantidad de parejas, o la creencia que las mujeres no deberían usarlos si tienen una sola pareja. Esto, en algunos casos deviene en violencias hacia las mujeres (OMEG, 2022).



“**Aquí todavía se manejan muchos tabúes; si la mujer planifica es porque está consiguiendo mozo; tienen todavía esa mentalidad (...). Las niñas tienen su primer noviecito y el contexto social está puyando, si ya creció.**”

Grupo Focal de Mujeres Rurales y Campesinas, OMEG. 2022.

Dichas barreras son innecesarias, injustas y evitables, constituyen obstáculos en la garantía del derecho a la salud plena para las mujeres. Por ello, debe existir un esfuerzo institucional constante para su superación, a través de lineamientos técnicos y formación del personal de salud sobre enfoques de género, diferencial y derechos de las mujeres en su diversidad, con el objetivo de garantizar una salud libre de estigmas.

**LA SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER
COMPROMETIDA PARA CONTRIBUIR
A LA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES:**

Como Administración Distrital reconocemos las diferentes barreras que se presentan para la garantía del derecho a la salud plena de las mujeres en sus diferencias y diversidades, por lo cual promovemos el **trabajo articulado y el compromiso institucional** para eliminar cualquier obstáculo para la garantía de los derechos de las mujeres.

Por tal motivo, **la Secretaría Distrital de la Mujer trabaja para la eliminación de las barreras relacionadas con estereotipos y prejuicios**, que no solo impiden el acceso a servicios de salud, sino que implican una afectación emocional para las mujeres que las experimentan. También los servicios de la Secretaría de la Mujer han impactado positivamente la salud mental de las mujeres, ya que **contamos con espacios de escucha, respiro y fortalecimiento de capacidades para las mujeres**.

Para promover el bienestar integral de las mujeres en Bogotá, la Secretaría Distrital de la Mujer cuenta con diferentes servicios:

Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres:

Son espacios de encuentro entre mujeres para el conocimiento de sus derechos y el desarrollo de procesos orientados al empoderamiento social y político. Son el espacio privilegiado para que la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género llegue con presencia, acompañamiento y servicios a las mujeres diversas que habitan el territorio rural y urbano de Bogotá. En las Casas de Igualdad de Oportunidades se puede recibir asesoría psicológica, jurídica y orientación psicosocial en pro del bienestar integral de las mujeres.

Casa de Todas:

Brinda el servicio de atención psicosocial, socio jurídica y en trabajo social dirigido a mujeres que realizan actividades sexuales pagadas. De manera particular, se identifican necesidades de movilidad, portabilidad, afiliación y atención en salud, orientación en derechos sexuales y reproductivos, procesos de cedulaación, se articulan servicios de la Secretaría Distrital de Integración Social y otras entidades, según indicaciones y formación para el trabajo de las mujeres que realizan actividades sexuales pagadas. Esta atención se brinda por parte de un equipo de trabajadoras sociales tanto en modalidad presencial como telefónica.

Estrategia de generación de capacidades psicoemocionales:

Busca fortalecer la mirada alrededor de la salud mental, priorizando aquellos grupos de mujeres afectadas por la desigualdad, inequidades e impactos sociales generados alrededor de la exclusión y discriminación; lo que repercute en su bienestar emocional individual y colectivo.

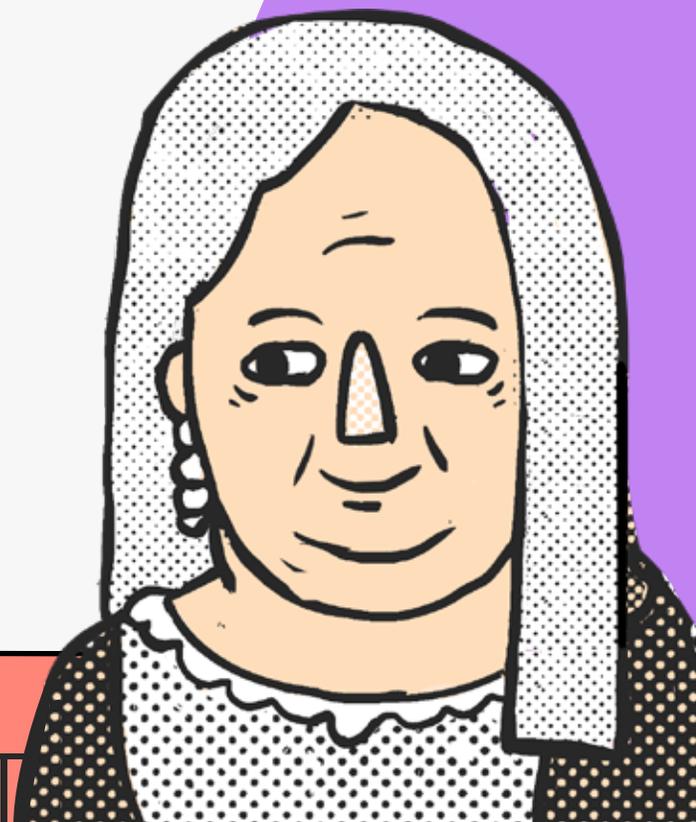
Esta acción afirmativa es una apuesta por comprender la relación entre estigma, discriminación y salud mental, hecho que ha incidido en el cuidado y atención de las mujeres frente a su bienestar emocional y el acceso a servicios de salud o la búsqueda de

recursos y apoyos necesarios; el reto de desestigmatizar la salud mental constituye concebirla como algo más que la atención para unas afectaciones o patologías específicas, incluyendo miradas frente a la promoción de la salud mental, el autocuidado emocional y fortalecimiento de capacidades y habilidades socioemocionales.

Se espera que a partir de esta acción afirmativa, se desarrollen prácticas orientadas hacia el cuidado y manejo de las emociones como un factor protector para la salud mental, así como el desarrollo de habilidades de afrontamiento y resiliencia para las mujeres en sus diferencias y diversidades, a partir de la generación de espacios de consciencia y cuidado para el bienestar emocional y la promoción de trabajo intersectorial que aporte a la eliminación de barreras para acceder a prácticas de cuidado y promoción de la salud emocional y el acceso a los servicios de salud mental por parte de las mujeres diversas.

La Estrategia de Generación de Capacidades Psicoemocionales, está diseñada desde los enfoques diferencial y de género, por tanto, está dirigida a mujeres reconociendo sus particularidades y las discriminaciones vividas en razón a:

- ✿ **Curso de vida**
(Jóvenes, adultas, adultas mayores)
- ✿ **Identidad de género y orientación sexual**
(Mujeres trans, cisgénero, lesbianas y bisexuales)
- ✿ **Discapacidad**
- ✿ **Pertenencia étnica**
(Negras/afrocolombianas, raizales, palenqueras, gitanas, indígenas, Rroom)
- ✿ **Situación social y/o política**
(Víctimas del conflicto armado, migrantes y refugiadas, campesinas y rurales, mujeres en habitabilidad en calle, en actividades sexuales pagadas, privadas de la libertad, entre otras características diferenciales).



Estrategia Hospitales:

La Estrategia en Hospitales realiza atención jurídica a mujeres víctimas de violencias y opera en ocho hospitales de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá:

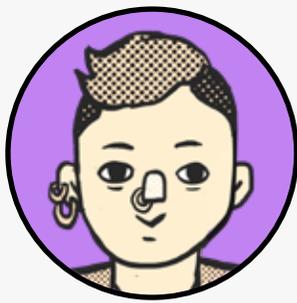
Hospital de Meissen (Subred Sur)

Hospitales de Kennedy y Bosa Centro (Subred Suroccidente)

Hospitales de Santa Clara y La Victoria (Subred Centro Oriente)

Hospitales de Suba y Simón Bolívar (Subred Norte)

Clínica San Rafael (Red privada)



Las abogadas de la Secretaría de la Mujer se encuentran en los puntos en los siguientes horarios:

Lunes a viernes

de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Sábados, domingos y festivos

de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. y de 12:00 a.m. a 8:00 a.m.

Con esta estrategia, apuntamos a promover una atención en salud libre de barreras revictimizantes para las mujeres víctimas de violencia sexual.

Manzanas del Cuidado:

Son áreas en las que se concentra infraestructura y servicios para atender de manera próxima y simultánea a las cuidadoras y a sus familias. Por ejemplo, en una Manzana del Cuidado las cuidadoras y quienes ellas cuidan pueden encontrar colegios, jardines, parques, hospitales, centros de atención para personas mayores y personas con discapacidad. El Sistema de Cuidado ofrece un componente de respiro que integra servicios para brindar condiciones de bienestar que contribuyen al cuidado de la salud física, mental y emocional.

En las Manzanas del Cuidado se integran los servicios de Secretaría Distrital de Salud en los componentes de respiro y cuidado en articulación con las Subredes norte, Sur Occidente, Centro Oriente y Sur, en atención individual, acciones colectivas en salud y rehabilitación basada en comunidad.

Bogotá cuenta con 23 Manzanas del Cuidado y con dos buses del cuidado, vehículos totalmente equipados para llevar servicios gratuitos de formación, bienestar y cuidado a las zonas rurales y urbanas más alejadas en Bogotá.