



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Sur Occidente E.S.E.

PROGRAMA BANDERA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES



SEPTIEMBRE DE 2018



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	3
1.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
2. ALCANCE.....	3
3. NORMATIVIDAD RELACIONADA	3
4. DEFINICIONES	9
5. DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	11
5.1 INTRODUCCIÓN	11
5.2 RESPONSABILIDAD FRENTE AL PROGRAMA	22
5.3 APLICACIÓN DEL PROGRAMA.....	24
5.4 DESPLIEGUE DE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA	36
6. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PROGRAMA	37
7. BIBLIOGRAFÍA.....	40

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

1. OBJETIVO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir al ejercicio de la promoción del derecho a la salud plena para las mujeres a través acciones promocionales y preventivas que contribuyan al auto cuidado y mejoramiento de la salud física y mental.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Fortalecer a los colaboradores para la atención integral a mujeres teniendo en cuenta características propias de este grupo poblacional, que favorezcan la prestación de servicios de salud integrales y disminuir las barreras de acceso; a través de las rutas integrales de salud
- ✓ Contar con espacios físicos amigables dentro de la subred Suroccidente, como parte de acciones diferenciales del programa facilitando el acceso a servicios de salud.
- ✓ Desarrollar acciones de gestión intersectorial para Establecer espacios de formación a mujeres que fortalezcan el desarrollo de sus habilidades sociales, la exigibilidad de sus derechos y la corresponsabilidad en salud

2. ALCANCE

Intervenir con acciones diferenciadoras a las mujeres de la Sub Red Sur Occidente en el fortalecimiento del autocuidado de la salud.

3. NORMATIVIDAD RELACIONADA

MARCO INTERNACIONAL	
NORMA	DESCRIPCIÓN
Plan de Accion Regional, 1987.	La iniciativa por una Maternidad Segura.
Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena. 1993.	El examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y los resultados del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulada "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI", y los retos actuales y estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto y la potenciación de las mujeres y las niñas. El examen y la evaluación de la Comisión se centró en la aplicación a escala nacional, en la identificación de logros, brechas y retos aún pendientes, y proveyó una guía de las áreas en las que las acciones e iniciativas, dentro del marco de la Plataforma de Acción y de las resoluciones y decisiones del período especial de sesiones (Beijing+5), para su implementación.

III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo CPID, El Cairo. 1994.	De importancia fundamental para este nuevo criterio es fomentar la autonomía de la mujer y ofrecerle mayor cantidad de opciones mediante un mayor acceso a servicios de educación y salud, la promoción de los conocimientos prácticos y el aumento del empleo.
Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 1995.	Participación de la mujer y que la igualdad y la equidad entre la mujer y el hombre constituye una prioridad para la comunidad internacional y, como tal, debe ser un elemento fundamental del desarrollo económico y social.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer – CEDAW.	Fue aprobada por la Ley 51 de 1981 y su obligatoriedad para el Estado colombiano, fue reconocida por la Corte Constitucional en la Sentencia C-507 de 2004.
Convención sobre los derechos políticos de la mujer (1952)	Reconociendo que toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país directamente o por conducto de representantes libremente escogidos, y a iguales oportunidades de ingreso en el servicio público de su país; y deseando igualar la condición del hombre y de la mujer en el disfrute y ejercicio de los derechos políticos, conforme a las disposiciones de la Carta de las Naciones Unidas y de la Declaración Universal de Derechos Humanos.
La Declaración de la Asamblea General de Naciones Unidas y el Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993).	El Convenio 100 de 1953 de la OIT, relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y la mano de obra femenina por un trabajo de igual valor; la primera Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (México, 1975).
IV Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 1995).	La Plataforma de Acción es un programa encaminado a crear condiciones necesarias para la potenciación del papel de la mujer en la sociedad. Tiene por objeto acelerar la aplicación de las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer y eliminar todos los obstáculos que dificultan la participación activa de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada mediante una participación plena y en pie de igualdad en el proceso de adopción de decisiones en las esferas económica, social, cultural y política.
La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém Do Pará, Brasil 1994)	Aprobada por la Ley 248 de 1995, obliga a los Estados, entre ellos a Colombia, a adoptar medidas normativas y judiciales de protección de las mujeres.
Resolución 1325 (2000) de Naciones Unidas	Reconoce la urgente necesidad de incorporar una perspectiva de género en las operaciones de

Aborto Sin Riesgo: Guía Técnica para Políticas y Sistemas de Salud (OMS).	Fortalecer la atención para un aborto sin riesgos dentro de los programas de salud sexual y reproductiva. 2012.
---	---

MARCO NACIONAL

NORMA	DESCRIPCIÓN
La Constitución Política de Colombia establece en los artículos 2°,5°,13° 40°.	Art. 2: Participación de todos en las decisiones que afectan la vida nacional; Art. 5: El Estado Reconoce sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona...; Art. 13: Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica... Art. 40: Todo ciudadano tiene derecho a participar del control político.
La Constitución Política de Colombia: artículo 43.	La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 1412 de octubre 19 de 2010:	Por la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable.
Plan Nacional de Salud Pública Resolución 1841 de 2013	Definir una política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad, promover condiciones y estilos de vida saludables, prevenir y superar los riesgos para la salud y recuperar y minimizar el daño.
Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.	Busca mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para toda la población. Hace énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.
Corte Constitucional, en Sentencia C-371 de 2000.	Avaló la adopción de medidas de discriminación positiva en razón al género.
La Corte Constitucional, según Sentencia C-804 de 2006.	Estableció el uso del lenguaje incluyente.

La Corte Constitucional en la Sentencia T-088 de 2008	Señaló con respecto a la obligación de los Estados de adoptar medidas normativas y judiciales de protección de las mujeres.
Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones" establece en el artículo 9°.
Decreto 4796 de 2011.	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 8, 9, 13 Y 19 de la Ley 1257 de 2008 y se dictan otras disposiciones. El presente decreto tiene por objeto definir las acciones necesarias para detectar, prevenir y atender integralmente a través de los servicios que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las mujeres víctimas de violencia e implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud.
Decreto 2734 de 2012.	Por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia.
Circular Conjunta Externa No. 005 de 2012, expedida por la Procuraduría General de la Nación, el Ministerio de Salud y de Protección Social, la superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud.	Se intensifican las acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional a través de actividades de rectoría vigilancia y control y de acciones de demanda inducida estas acciones son de obligatorio cumplimiento para las EAPB – IPS de la red pública.
Resolución 4505 del 2012. Ministerio de salud y protección Social	Establece el reporte de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en los servicios de salud, para su integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).
Resolución 1895 de 31 de mayo de 2013 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.	Por la cual se asignan recursos para la inanciación de las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia. De que tratan los literales a y b del artículo 19 de la Ley 1257de 2008, para la vigencia fiscal 2013.
Ley 599 de 2000 código penal.	Establece la edad de consentimiento sexual en Colombia y la reglamenta a los 14 años, de acuerdo a los artículos 9, 10, 11, 12, 208 y 209 de la ley. El consentimiento sexual será válido siempre y cuando no medie violencia, prostitución, ni pornografía.

MARCO DISTRITAL	
NORMA	DESCRIPCIÓN
Decreto 166 de 2010	Política Pública para las Mujeres y la Equidad de Género Alcaldía Mayor de Bogotá.
Acuerdo 091 de 2003.	Establece y ordena la formulación y ejecución del Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género.
Resolución 001 de noviembre de 2005 -	Subcomité de Mujer y Género - Alcaldía Mayor de Bogotá (Distrital)
Decreto 546 de 2007,	Por el cual se reglamentan las Comisiones Intersectoriales del D.C. donde se incluye la Mesa de Mujer y Género, que estará presidida por la Subsecretaría de mujer, géneros y diversidad sexual.
Acuerdo 301 de 2007,	Establece como criterios para la elaboración de políticas públicas distritales los objetivos del milenio. El tercero posiciona el trabajo por la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres. El Quinto propende por mejorar la salud materna.
Circular 005 de 2007	Por la cual se solicita desarrollar diferentes acciones tendientes a dar cumplimiento a la Ley 823 de 2003, por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres.
Circular 008 de 2008	Secreto Profesional como valor inviolable y fundamental de la profesión médica, por la cual se garantiza el derecho a ser atendido/a bajo la confidencialidad propia del ejercicio de la profesión médica y afines.
Directiva No. 001 de la Personería de Bogotá D.C,	Por el Ejercicio de la facultad de control preventivo del Personero de Bogotá en la promoción, protección y defensa del derecho a la salud de las mujeres y las niñas en el Distrito Capital.
Acuerdo 381 de 2009,	Mediante el cual se estableció el uso de lenguaje incluyente en los eventos públicos y documentos oficiales. Se socializó mediante la Circular 28 de 2009 expedida por el Secretario General de la Alcaldía Mayor.
Acuerdo 421 de 2009	Por el cual se ordena la creación del Sistema Distrital de Protección Integral a las mujeres víctimas de violencia y se dictan otras disposiciones. SOFIA.
Política de salud materna Perinatal	"Cero indiferencias con la mortalidad materna y perinatal"

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 <small>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</small>
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

Circular 037 octubre del 2012 emanada por la Secretaría Distrital de salud.	Alerta epidemiológica y Respuesta efectiva para la reducción de la mortalidad materna.
---	--

Compromisos misionales del sector salud a nivel distrital

Atendiendo al marco anterior, a nivel distrital el sector salud responde a la normativa nacional y el decreto 1257 de 2008, a través de una serie de compromisos que se resumen a continuación:

Sector	Funciones	Responsabilidades
Secretaría de salud	<p>(Acuerdo 275/07 art. 85 lit. g.)</p> <p>Formula y ejecuta el plan de atención básica y coordinar con los sectores y la comunidad las acciones que en salud pública se realicen para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.</p>	<p>Ley 1257/08</p> <p>Incorporar en el Plan de Atención Básica y en el Plan de Intervenciones Colectivas</p> <p>Realizar campañas de difusión de los derechos de las mujeres, en particular, de los derechos sexuales y reproductivos dirigidos a la comunidad en general.</p> <p>Definir e implementar protocolos de atención a mujeres víctimas de violencia sexual con coordinación con Medicina Legal y la Fiscalía Regional Bogotá.</p> <p>Definir e implementar protocolos de atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en coordinación con Medicina Legal y la Fiscalía Regional Bogotá.</p> <p>Incorporar el marco jurídico nacional (Ley1257/2008) y Distrital (Decreto 166 /2010 y Acuerdo 421/2009) en el marco conceptual y metodológico así como en el modelo de gestión de las políticas públicas bajo su responsabilidad.</p> <p>Adoptar e incorporar de manera transversal las definiciones y atención de las violencias que afectan a las mujeres por el hecho de serlo.</p> <p>Definir e implementar protocolos de atención a mujeres víctimas de violencia física y/o psicológica en el ámbito público en coordinación con Medicina Legal y la Fiscalía Regional Bogotá.</p> <p>En coordinación con la Secretaría de Salud, implementar mecanismos, protocolos y procedimientos de detección temprana de violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres adultas.</p>

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

4. DEFINICIONES

(Tomado del anexo operativo de salud plena para las mujeres de secretaría distrital de salud)

Enfoque de Género

El género es una de las dimensiones básicas que constituye las relaciones sociales, es decir, toda relación social tiene implícita una relación de género.

Enfoque de Equidad de Género

El enfoque de Equidad de Género se constituye en un mecanismo teórico y político para el análisis e intervención de la desigualdad de oportunidades, las diferentes formas de interrelación y de los papeles socialmente asignados a los hombres y a las mujeres. Específicamente, permite evidenciar las injusticias e iniquidades que se derivan de patrones sociales y culturales, atendiendo con particular énfasis a las limitaciones de las mujeres frente al ejercicio de su autonomía por ser ellas sobre quienes reposan dichas condiciones de inequidad.¹

Se asume como factor de centralidad e integralidad de los derechos humanos de las mujeres, teniendo en cuenta que éstos son indivisibles, universales e interdependientes y que su titularidad recae sobre las mujeres como personas y ciudadanas. También se configura como elemento orientador, desde el cual se visibilizan e intervienen las diferentes formas de desigualdad que enfrentan las mujeres –que parten de diferencias biológicas o sexuales- y que se constituyen en construcciones sociales, alrededor de las cuales se han estructurado relaciones de poder de subordinación y subvaloración.

La perspectiva de género en salud

La perspectiva de género en salud responde a las iniquidades y disparidades de bienestar entre hombres y mujeres, que se exacerbaban cuando existe diferente condición, situación, orientación sexual, etnia, clase, generación y territorio, características presentes en sociedades como la Bogotana, afectando de manera diferente a las mujeres en el acceso a la atención, promoción y prevención en salud. Ello se debe al establecimiento de diferentes dispositivos de exclusión de orden cultural, que abordan la atención en salud desde roles tradicionales-dominantes, neutros, guiados por enfoques de orden netamente reproductivo y familista.

Enfoque de Derechos de las Mujeres

El enfoque de derechos de las mujeres, recoge todo un andamiaje conceptual que cuestiona la construcción androcéntrica de los derechos humanos, pero que reconoce los avances y transformaciones recientes en su discurso y práctica. Esta perspectiva permite evidenciar las desigualdades y discriminaciones que han sometido a la exclusión y negación de las mujeres en las esferas públicas y privadas, impidiéndole así el libre y pleno ejercicio pleno de sus derechos.

¹ Equidad no es lo mismo que igualdad y de modo similar, no toda desigualdad es considerada como iniquidad. La noción de iniquidad desde la OPS utilizada en el informe de equidad de género en salud - en el marco del programa Mujer, Salud y Desarrollo - es la de “desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas”.

Así, la igualdad es un concepto empírico y la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos.

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

Dentro de este enfoque se sitúan conceptos que permiten avanzar en el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derecho.

Violencia contra las mujeres

Las violencias que afectan a las mujeres en la ciudad, se desarrollan en el marco de una cultura que favorece el sistema de ordenamiento socio-sexual del patriarcado, es decir, hacen parte de un continuum de violencias, no son hechos aislados ni casuales. Además de ser estar sustentadas, en unas relaciones de ejercicio de poder del orden simbólico construido desde lo masculino, las violencias se reconocen como un problema de salud pública y como establece el Estado colombiano en el marco de la ley 1257 de 2008, “Se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado”.

Prácticas culturales sexistas

Las prácticas culturales sexistas son caracterizadas por un modelo patriarcal histórico que tiene como referente el padre o patriarca constituyéndose en una forma de organización social en el ámbito económico, social, político, sexual y cultural, que tiene como eje la autoridad del hombre. Esta relación jerárquica se convirtiendo en una relación de poder no equitativa que asegura al hombre el control sobre los demás, razón por la cual en el marco de la división sexual del trabajo y la marginalización de las mujeres en la participación ciudadana, se gestan procesos de reivindicación de las mujeres por sus derechos, por ser reconocidas como sujetas en toda su diversidad, identidad, condición y situación, clase y generación por la igualdad de oportunidades, e introduce la puesta por transformar los estereotipos de género².

Lenguaje incluyente

El lenguaje incluyente trasciende la formalidad gramatical para hacer un ejercicio democrático real, implica voluntad y conciencia para construir una cultura libre de sexismo y su uso debe pasar por nombrar hombres y mujeres sin subordinar ni excluir el uno ni la otra. Según la Sentencia 804 de 2006 “el lenguaje es a un mismo tiempo instrumento y símbolo. Es instrumento, puesto que constituye el medio con fundamento en el cual resulta factible el intercambio de pensamientos entre los seres humanos y la construcción de cultura. Es símbolo, por cuanto refleja las ideas, valores y concepciones existentes en un contexto social determinado (...) el lenguaje no sólo refleja y comunica los hábitos y valores de una determinada cultura, sino que conforma y fija esos hábitos y valores”. De esta manera es evidente y se toma como una frase reivindicativa: “Lo que no se nombra no existe”.

Transversalidad de Género

La estrategia de transversalización de género se ha definido como la incorporación de la igualdad de género en todas las políticas públicas, planes, programas y proyectos del Distrito, de tal forma que se puedan garantizar los derechos de las mujeres. Esta estrategia es

² Subsecretaría de Mujer y Equidad de Género, Protocolo por una comunicación libre de sexismos expedido por la Política Pública de Mujeres y Género, Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá. pág. 4, 2008.

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

propuesta en la IV Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing (1995), la cual fue asumida por parte de los Estados firmantes de la declaración y la plataforma de acción, quienes se comprometieron en garantizar los derechos de las mujeres, alcanzar la igualdad de género y lograr el desarrollo de la estrategia³

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA

5.1 INTRODUCCIÓN

Las mujeres de la subred, localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda no pueden ser pensadas como un grupo homogéneo; requieren ser reconocidas desde los diferentes contextos de diversidad a los que pertenecen para poder generar respuestas coherentes e integrales orientadas a lograr una mejor calidad de vida que se haga evidente en la salud de todas.

Así durante el año 2015, en el marco de la segunda fase del Diagnóstico Distrital para medir la Igualdad de género en el sector salud, se estudió la violencia contra las mujeres como componente importante de la perspectiva de género que debería institucionalizarse en las acciones del sector salud; se realizaron encuestas entre los meses de noviembre de 2013 y abril de 2014 en todos los hospitales del Distrito, El producto del análisis de algunas de las preguntas aplicadas para este proyecto, permitió un análisis de la situación tanto a nivel de las colaboradoras y colaboradores como a nivel de las situaciones a tener en cuenta respecto a la atención de usuarias en los diferentes hospitales, ahora unidades de servicios. El tema de la salud y el bienestar de las mujeres es evidenciado en primera instancia por el movimiento social de mujeres en cabeza de organizaciones y colectivos agrupados. No obstante, no son pocas las consecuencias de la división sexual del trabajo para la salud y el bienestar de las mujeres en todo el mundo. En la medida de que se fueron evidenciando inequidades de género y el movimiento de mujeres creció, también se comenzaron a proponer dinámicas para la justicia que se representan en distintas secretarías dentro del Distrito Capital. Por este motivo la ciudad decidió adoptar la perspectiva de género, como un eje primordial para el desarrollo de sus acciones. El reconocimiento no solo de las violencias físicas sino además, de las violencias simbólicas que día a día viven las mujeres en todo el mundo y el significado que este reconocimiento tiene en términos de salud para las mujeres, tanto como las respuestas estructurales que puedan garantizar una vida con bienestar y salud, hace parte de la construcción primordial de programas que apuntan hacia la equidad.

Aspectos como la malnutrición, problemas cardiovasculares, obesidad, exceso de cansancio, etc., se han dejado de lado cuándo se hace un análisis sobre la salud de las mujeres. Los recientes estudios en salud con perspectiva de género, quieren visualizar que estas enfermedades son el resultado de unas conductas sociales y unas cargas adicionales asignadas de manera arbitraria, haciendo que el detrimento de su salud no solo se presente en los hogares pobres, sino que sea consecuencia del papel histórico de cuidado que se les ha asignado en distintas clases sociales, y de una política del asistencialismo que supuestamente le debe la mujer a las familias, lo cual ha determinado que su estado de nutrición y conductas saludables hayan pasado a segundo lugar. De otro lado, La violencia sexual que en oportunidades se vuelve tan cotidiana, va desde el piropo callejero hasta el acceso carnal forzado, propiciando circunstancias de miedo, dolor, resentimiento y objetivación de los cuerpos

³ Secretaría de Planeación, Documento Técnico de Transversalización de Género. 2012.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

de las mujeres. Hasta hace poco estos problemas han venido siendo tratados con frivolidad y en muchas oportunidades, sin ninguna respuesta desde los entes estatales, culpando a las mujeres de conductas provocativas que propician las situaciones de violencia.

La pobreza, la inseguridad, la violencia y la discriminación son asuntos que afectan de manera especial a las mujeres. En hogares disfuncionales, son las mujeres las que por lo general llevan una mayor carga, después de los divorcios, separaciones y otros quebrantos de las familias, las mujeres quedan en la mayoría de los casos, con mayores obligaciones que conllevan mayores esfuerzos y trabajos, ya que por lo general son ellas quienes deben hacerse cargo de las y los hijos. Frente a la falta de alimento, aunque sean ellas quienes lo proveen, también son las que consumen menos cantidad y calidad de alimentos, el feminicidio creciente en el Distrito y el País, no es un tema superficial tampoco, la solución de estos y muchos otros asuntos que disminuyen la calidad de vida de las mujeres no tiene que ser asistencial, la transformación debe ser de orden estructural.

La visibilización del feminicidio creciente gradualmente en Colombia, y la perpetuación de casos en las distintas localidades con bajo nivel de denuncia, muestran que el espectro general de la violencia sigue haciendo parte de la vida cotidiana de las mujeres. La violencia sexual, física, emocional, psicológica, económica, etc., se ha convertido en situaciones recurrentes en las vidas de las mujeres y la respuesta de la justicia y el Estado en muchas oportunidades ha sido lenta e ineficiente.

Los recientes avances en Bogotá como la Secretaría Distrital de la Mujer, la casa refugio para las Mujeres, las referencias locales para el tema de Salud Plena para las Mujeres y otros, han sido una respuesta importante sobre el seguimiento, direccionamiento, ruta y disminución de los distintos tipos de violencias que se presentan hacia las mujeres. No obstante, hace falta que la estructura de defensa de los derechos de las mujeres crezca en la misma medida en que los programas de prevención puedan comenzar a mitigar la aparición de un mayor número de casos. El trabajo por lo tanto debe ser integral y mancomunado, el distrito ha hecho muchos esfuerzos y deben venir muchos más que contengan la integralidad de todos los sectores, dentro de los cuáles está el trabajo conjunto por la destrucción de la cultura patriarcal y machista, sin lo cual, no habrá posibilidades de reconstrucción del tejido social, en torno al tema de la equidad de género.

La violencia hacia la mujer, al convertirse en un problema mundial también se vuelve un problema de Salud Pública. Básicamente esto evidencia la necesidad de hacer una evaluación del riesgo en salud que las mujeres tienen por el hecho de ser mujeres. Históricamente, su situación de salud ha estado más relacionada con el tema de la reproducción y la maternidad que por el reconocimiento de su autonomía como mujeres, lo cual también ha perpetuado sus cuerpos como objetos de la sociedad y canales para la procreación y perpetuación de la especie. Justamente estas transformaciones en la forma de ver y percibir a las mujeres, hoy deben representar la posibilidad del análisis del estado general de salud de las mujeres y las niñas, abarcando todos los aspectos de su existencia, y no solamente aquellos anteriormente mencionados. Obviamente, vigilando también sus afectaciones con respecto al tema de la reproducción y específicamente sobre este asunto, la posibilidad de decisión en pro de autonomía y salud sobre su cuerpo y sobre su maternidad.

La institucionalización del enfoque de género, así como la reorganización de servicios y atenciones con énfasis en las mujeres en un amplio espectro (salud sexual y reproductiva, salud mental, servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activación de

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

rutras transectoriales y acciones IEC) se convierten en estrategias que buscan un ajuste las dinámicas de prestación de servicios con el fin de afectar de manera positiva a las mujeres y demostrar en un mejoramiento sustancial de su calidad de vida y por lo tanto de su salud.

Específicamente en el caso de la Secretaría Distrital de Salud, a través de los procesos de Salud Plena para las Mujeres implementados en los Hospitales y de las acciones de énfasis para las mujeres, se buscó formar a servidores y servidoras (personas que trabajan en la red pública de hospitales) en torno al tema de la igualdad de género, se hace un intento significativo por romper imaginarios negativos, se pretendió por lo tanto evidenciar desde estas dinámicas una real salud plena para las mujeres, cuyos significados no tengan que ver solo con la relación salud enfermedad, sino más bien con un estado de bienestar pleno a través de procesos de dignificación de la condición de mujer en la vida personal, social y cultural.

A nivel de la subred, y de manera particular se hace necesaria la construcción de una respuesta diseñada para dar respuesta a las condiciones que desde diferentes niveles, determinan el estado de salud de las mujeres de nuestras localidades. Es así, como desde una postura de desarrollo humano, una propuesta en salud debe considerar los dos niveles; el del sujeto (para nuestro caso la mujer) con unas características reales a nivel de fortalezas debilidades o incluso potencialidades frente a su proceso propio de salud – enfermedad, un segundo nivel es el de las opciones y oportunidades que se les brindan a las mujeres desde los contextos culturales, económicos y ecológicos en los que viven, estos dos escenarios simultáneos deben ser tenidos en cuenta para la formulación de una respuesta que efectivamente afecte las condiciones de vida y salud de las mujeres de la subred.

En este contexto, el Programa Bandera que se propone para la Subred de servicios de salud suroccidente es E.S.E. se implementa para construir un servicio amigable en salud plena para las mujeres de las localidades de la subred, este servicio se ubica en la política de atención integral en salud (PAIS) como marco estratégico del modelo integral de atención en salud (MIAS), por ello comprende tanto la atención primaria en salud, como los enfoques de cuidado de la salud, gestión integral del riesgo y diferencial, organizados a manera de red integrada de servicios de salud. Esta estrategia que resulta tanto promocional como de atención, se plantea como un sistema que permita afectar positiva e integralmente las condiciones propias de vida y salud de las mujeres de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

Población

En cuanto a la población, en este apartado se hace referencia a las condiciones de vida y salud que buscan afectar positivamente a través del programa bandera, es decir, la prevención y atención del cáncer, la garantía del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, la salud sexual y reproductiva y el comportamiento de las violencias contra las mujeres.

Comportamiento del cáncer cervico uterino

En Colombia, el cáncer de cuello uterino muestra una incidencia de 36,4 por 100.000 mujeres (6,815 casos) y una mortalidad de 18.2 X 100,000 mujeres (3.296 casos) (Parkin et al. 2008). Esta patología afecta a toda la población femenina pero es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa, promiscuidad y multiparidad, factores íntimamente relacionados con las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el Papiloma Virus Humano -VPH-.

Las estadísticas indican que la tasa de mortalidad de mujeres bogotanas entre los 15 y los 69 años por cáncer cérvix en el año 2011 fue de 7,3 X 100,000 mujeres (217 casos) cifra que tiende a disminuir en el año 2012 de acuerdo a datos preliminares de Estadísticas Vitales de la Secretaría Distrital de Salud, que evidencian una tasa de 6,5 X 100,000 mujeres (197 casos) en este periodo. Sin embargo, debido a la tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas, el cáncer de cuello uterino afecta a mujeres cada vez más jóvenes. Por tanto, es necesario educar y sensibilizar a las mujeres, incluyendo a las adolescentes, sobre la importancia del auto cuidado y de la realización de citologías periódicas, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VPH.

La efectividad de los exámenes citológicos practicados a intervalos regulares como se utiliza en Colombia por ordenamiento de la Resolución 0412 de 2000 del Ministerio de la Protección Social, en el esquema 1:1:3; es decir, anualmente y si dos citologías salen bien la tercera a los tres años, ha demostrado mediante estudios epidemiológicos reducir efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad del cáncer uterino infiltrante en las poblaciones sometidas a tamizaje sistemático⁴. Según la Organización Mundial de la Salud⁴, el cáncer de seno es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo y su incidencia está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. En Colombia en el informe “Así vamos en Salud”⁵ se presentan las estadísticas relacionadas con la Tasa de Mortalidad por cáncer de Seno durante los últimos 10 años, donde se observa un incremento importante en este indicador pasando de 7.55 muertes por 100.000 mujeres en el año 2.000 a 10.39 muertes por 100.000 mujeres en el año 2.010; de igual manera en el mismo informe se observa que Bogotá se encuentra dentro de las ciudades que presentaron tasas superiores a 10 muertes por 100.000 mujeres para la misma vigencia.

Comportamiento del Cáncer de mama

En relación a la incidencia del Cáncer de Seno en Colombia, según datos reportados por la Agencia Internacional para la investigación en Cáncer (IARC)⁶ la incidencia anual estandarizada por edad para nuestro país es de 31,2 por 100.000 mujeres y aunque esta cifra es baja en comparación con la de países como Estados Unidos (76 por 100.000 mujeres), está representando un problema de Salud Pública que va en incremento, sumado a que de acuerdo a la información disponible sobre el estadio clínico al diagnóstico, este se realiza en fases avanzadas de la enfermedad. Por esta razón, la detección temprana con vista a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de seno¹, al igual que un amplio acceso a los servicios diagnósticos y terapéuticos adecuados.

A nivel de la red suroccidente; se cuenta con el Servicio de mamografías en el PAPS Carbonell donde se realiza este tipo de pruebas diagnósticas en coherencia con las indicaciones establecidas por la Resolución 412 de 2.000; para el año 2011 se tomaron un total de 9856 mamografías de las cuales 97 mostraron algún tipo de alteración; estas usuarias fueron remitidas para diagnóstico definitivo, encontrando 42 con diagnóstico positivo para cáncer. Para la vigencia 2012 se tomaron 1481 mamografías, siendo evidente una disminución considerable en la cobertura del examen (85%), debido a la disminución de la población

⁴ World Health Organization WHO – Topics – Breast Cancer [Online] [cited 2012 Septiembre – Available from <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html>

⁵ Así Vamos en Salud – Colombia - Cáncer de Seno [Online] Available from: <http://www.asivamosensalud.org>

⁶ International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN 2.008.2.008 [20/06/2.010] Available from: <http://globocan.iarc.fr/>

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

vinculada y a la disminución en la referenciación de las EPS-S para la toma del examen; de las 1481 mamografías realizadas, 18 (1,2%) usuarias presentaron alteraciones en el examen, siendo remitidas para diagnóstico y tratamiento confirmando el diagnóstico a 7 (38,9%) pacientes.

Para la actual vigencia, con corte a octubre se han tomado 1801 mamografías de las cuales el 1.1% (20) presentaron alteración y fueron remitidas. En el seguimiento a estas usuarias se evidencio que el 65% (n=13) de usuarias reportaron biopsia negativa para malignidad y 35% (7) mujeres fueron positivas para lesiones neoplásicas.

Por lo anteriormente descrito y en cumplimiento del Plan Decenal de Cáncer en Colombia se pretende fortalecer acciones en el segundo eje de la Política Pública, el cual hace referencia a la detección temprana de la enfermedad. La estrategia debe incluir los componentes de educación, atención diferencial y seguimiento facilitando el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno del cáncer de seno en la población femenina de nuestra Red.

Las usuarias del Programa de detección precoz de cáncer de mama en el periodo 2009-2013 han sido de 33.573. La demanda inducida a la toma del examen se ha fortalecido a través de las estrategias implementadas. Los determinantes sociales, las barreras culturales de la prueba y la baja corresponsabilidad de nuestras mujeres con su salud son los obstáculos más frecuentes para el cumplimiento de la cobertura en el programa. No obstante el programa de cáncer de mama ha fortalecido el componente educativo en cada uno de sus espacios, esto a mediano y largo plazo mejorara la auto Percepción, auto concepto y autoestima de nuestras usuarias

Comportamiento Interrupción Voluntaria del Embarazo

En Colombia, tras una demanda de inconstitucionalidad promovida en el año 2006, la Corte Constitucional derogo la prohibición absoluta del aborto inducido, a través de la sentencia C355/06, permitiendo el procedimiento cuando:

La continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la SALUD de la MUJER⁷
Exista malformaciones del feto incompatible con la vida extrauterina⁸.

1. El embarazo sea resultado de una conducta, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.⁹

En este orden de ideas, el contenido de la Sentencia C-355/2006 ha generado para el estado colombiano una seria de obligaciones:

⁷⁷ COLOMBIA.CORTE CONSTITUCIONAL.SENTENCIA C-355 DEL 10 DE MAYO DE 2006.M.P.CLARA INES VARGAS HERNANDEZ Y JAIME ARAUJO REITERIA. «Ahora bien, el derecho a la salud es un derecho integral que incluye el concepto de salud mental, social y física; y además, en el caso de las mujeres, se extiende a su salud reproductiva, íntimamente ligada al hecho de un aborto espontaneo o inducido, casos en los cuales, por múltiples circunstancias, puede estar en peligro la vida de la mujer (...)» (Ver pag:246).

⁸ COLOMBIA.CORTE CONSTITUCIONAL.SENTENCIA C-355 DEL 10 DE MAYO DE 2006.M.P.CLARA INES VARGAS HERNANDEZ Y JAIME ARAUJO REITERIA. «Una última hipótesis es la existencia de malformaciones del feto, certificadas medicamente. Si bien cabe identificar distintas clases, desde el punto de vista constitucional las que plantean un problema limite son aquellas que por su gravedad hacen que la vida del feto sea inviable» (Ver pag:270).

⁹ COLOMBIA.CORTE CONSTITUCIONAL.SENTENCIA C-355 DEL 10 DE MAYO DE 2006.M.P.CLARA INES VARGAS HERNANDEZ Y JAIME ARAUJO REITERIA. «Ahora bien, a pesar de que el código penal consagra una prohibición general del aborto, las disposiciones acusadas muestran que bajo ciertas hipótesis el legislador previo la atenuación de la pena a juicio del funcionario judicial que conoce el caso» (art. 124 C.P.) » (pag:265) 3125852786

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

- No judicialización de las mujeres que optan por un aborto.
- Permitir y facilitar el acceso a servicios de salud de calidad de manera oportuna y segura.
- Generar mecanismos necesarios para viabilizar la aplicación efectiva e inmediata del fallo de la Sentencia relacionado con la IVE.

Es dentro de este marco legal bajo el cual el Ministerio de Protección reglamenta aspectos como el acceso oportuno a los servicios de salud para la I.V.E., puesto que, la Corte ha establecido «que las consecuencias de la no prestación del servicio de interrupción del embarazo trae consigo perjuicios directos e irreversibles para la mujer gestante e infringe sus derechos constitucionales fundamentales» (T- 388/009).

A partir de esto, tanto la negación injustificada de servicios de salud para la I.V.E, largas esperas de la mujeres, trabas administrativas que puedan dilatar el procedimiento, comunicar información incorrecta sobre la I.V.E a las mujeres, como el desconocimiento de la sentencia en los profesionales en las Entidades prestadoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, incurren como barreras de acceso que afectan el ejercicio pleno de los derechos, que en muchas ocasiones obligan a las mujeres a recurrir a abortos inseguros que ponen en riesgo su salud y su vida.

A continuación, en un avance hacia la garantía de los derechos sexuales, derechos reproductivos y garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente en torno a la Sentencia C-355/2006, se presenta el diseño de una Ruta Institucional de Atención I.V.E., la cual indica el recorrido a seguir por cada una de las causales despenalizadas por la Corte Constitucional, a través de la cual se busca orientar la prestación segura y oportuna de los servicios requeridos por las mujeres que al encontrarse en alguna de las causales despenalizadas, por la corte constitucional, que decidan interrumpir voluntariamente su embarazo.

De esta manera la IVE: «Es la terminación de una gestación por personal idóneo, usando técnicas asépticas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, que cuenta con la voluntad de la mujer, cuando no se incurre en delito de aborto»

Estadísticas mundiales 2008

- 44 millones de abortos en el mundo
- 6 millones en países desarrollados.
- 37.8 millones en países en Desarrollo
- África: 6.4 millones
- Asia: 27.3 millones
- América latina: 4.4 millones
- América del norte: 1.4 millones

Colombia

- 80% mujeres unidas utilizan métodos modernos, 6% métodos tradicionales
- 250.000 – 300.000 admisiones por complicaciones/año.
- Incidencia: 22.9 - 53%.
- Solo se ofrece IVE en 11% de centros elegibles

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

- Barreras impuestas por IPS: costos, infraestructura, estigmas, capacidad técnica, Objeción de conciencia.
- Técnicas: D&C, Misoprostol, AMEU.

Comportamiento de las violencias contra las mujeres

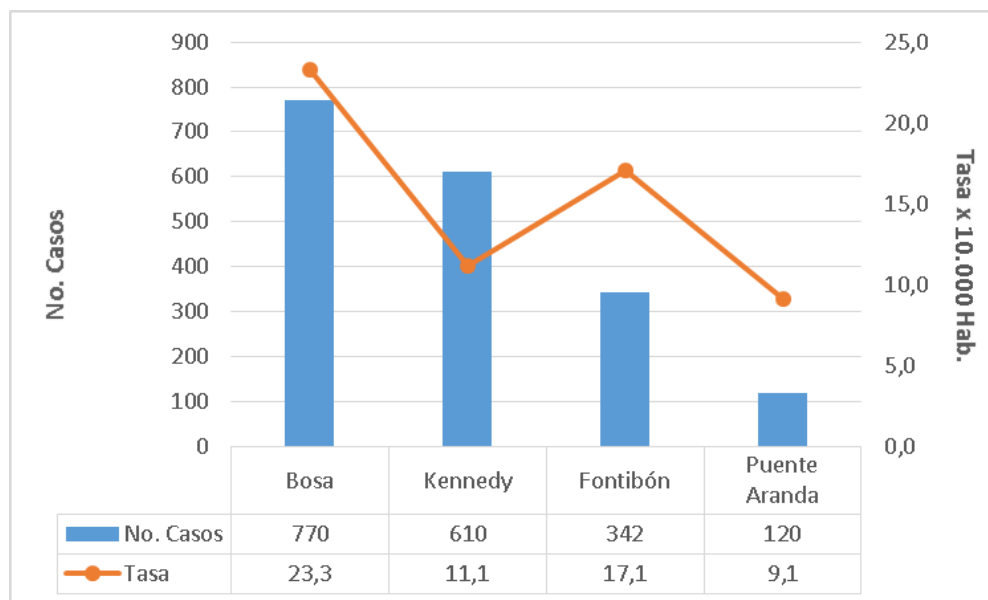
En cuanto a las violencias contra las mujeres tomamos como referencia el reporte consolidado por el equipo de análisis de condiciones de vida y salud del área de gobernanza, en él se da el panorama de los reportes de violencias de los equipos SIVIM y SISVECOS de las localidades que componen la subred suroccidente.

Comportamiento de las violencias y conducta suicida en las mujeres, año 2015 - Subred Sur Occidente E.S.E.

Conducta Suicida

De acuerdo a la base oficial de SISVECOS del año 2015, se notificaron en la subred 2.700 casos de conducta suicida, de los cuales el 68,2% (1.842) corresponden a mujeres. Por localidad, la mayor proporción de casos en las mujeres se presenta en la localidad de Bosa con 770 casos, seguido por Kennedy con 610, sin embargo al comparar por tasa de notificación, el segundo lugar es para Fontibón con una tasa de 17,1 casos por cada 10.000 habitantes.

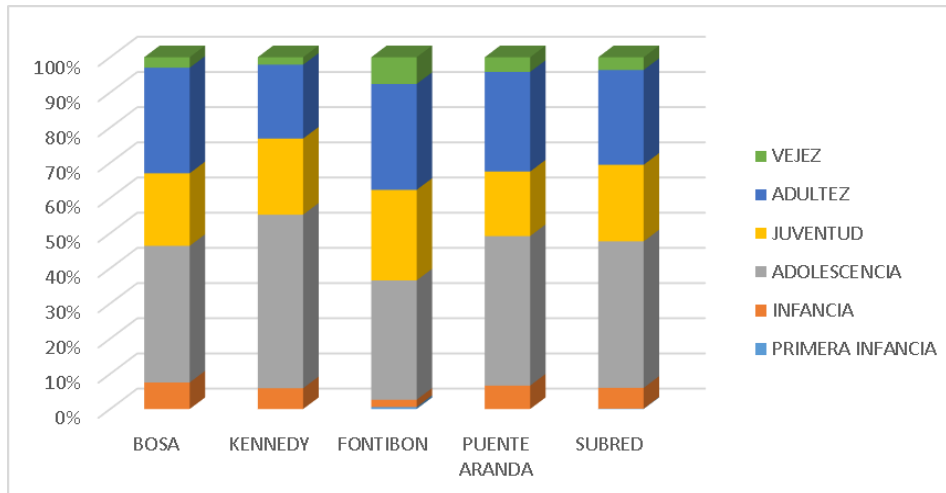
Gráfica 1. Tasa de notificación de conducta suicida en mujeres por localidad. Subred Sur Occidente. 2015



Fuente: SDS. Base oficial SISVECOS. 2015

En cuanto al momento de curso vida, a nivel de la subred la adolescencia concentra la mayor proporción de notificación con el 41,6% (767), seguido por la adultez con el 26,9% (496) y juventud con el 21,8% (401). Esta distribución se mantiene en cada una de las localidades, aunque en la localidad de Kennedy la juventud se ubica en el segundo lugar.

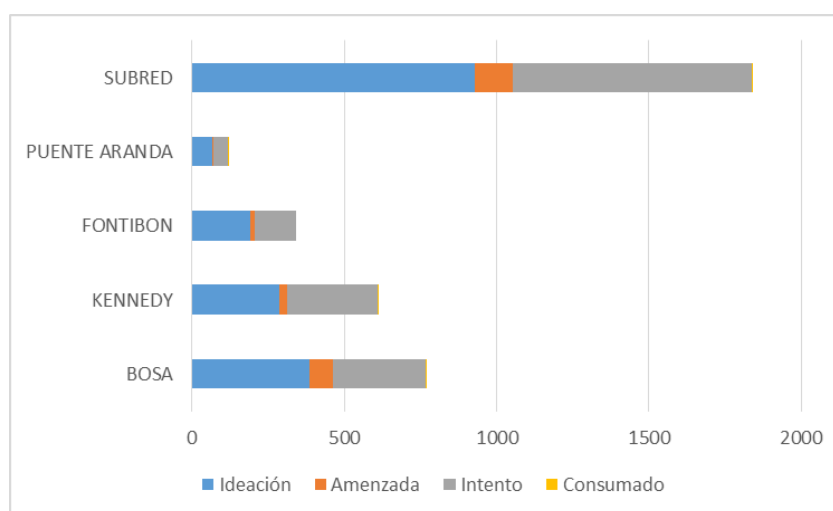
Gráfica 2. Distribución porcentual de casos de conducta suicida en mujeres por momento del curso de vida y localidad. Subred Sur Occidente. 2015



Fuente: SDS. Base oficial SISVECOS. 2015

El tipo de conducta que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres es la ideación con el 50,5% (930) y en segundo lugar se encuentra el intento con 42,6% (784), esto se observa a nivel de la subred con una distribución similar en las localidades. Este comportamiento similar al presentado en los hombres, sin embargo, frente a los 5 casos de suicidios consumados reportados a través del SISVECOS en las mujeres, se presentaron 18 casos en los hombres.

Gráfica 3. Distribución de casos de conducta suicida en mujeres por tipo de conducta y localidad. Subred Sur Occidente. 2015

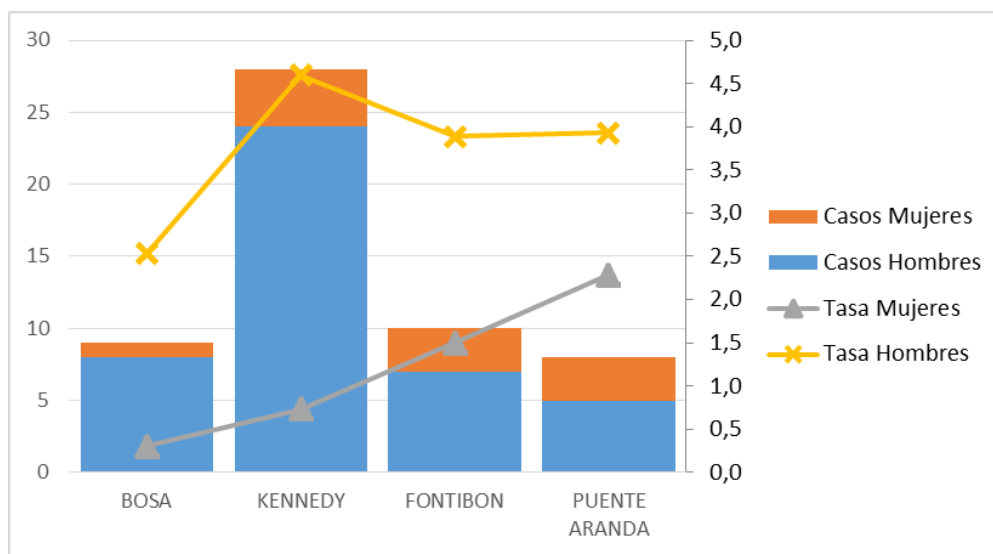


Fuente: SDS. Base oficial SISVECOS. 2015

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

De acuerdo al Instituto Nacional de Medicina Legal, en la subred se presentaron 55 casos de suicidio consumado en las localidades de la Subred, de los cuales 11 corresponden a mujeres, la localidad de Puente Aranda reporta la tasa general de suicidio más elevada con 3,1 casos por cada 100.000 habitantes, al igual que la tasa específica para las mujeres (2,3 casos por cada 100.000 mujeres), el segundo lugar es para la localidad de Fontibón (1,5), a pesar que el mayor número de casos se presentó en la localidad de Kennedy con 4 casos.

Gráfica 4. Suicidio consumado por sexo y localidad. Subred Sur Occidente. 2015

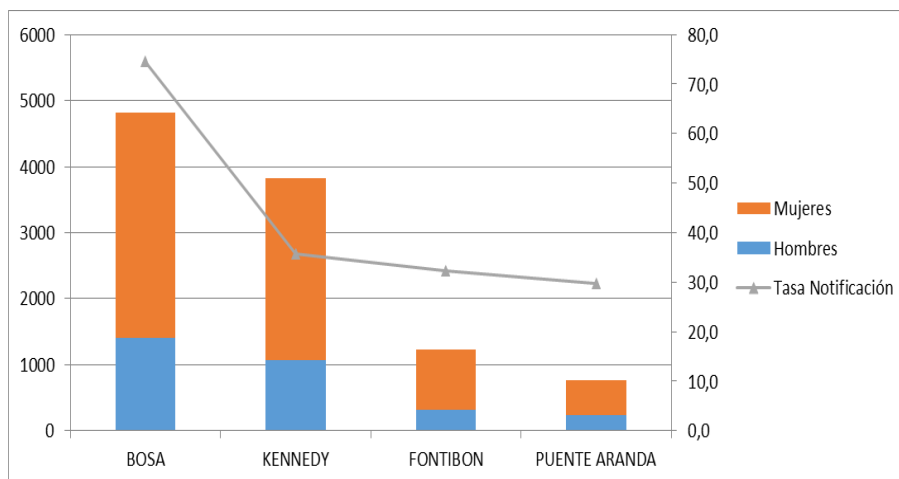


Fuente: INMLCF-GCRNV. 2015

Violencias

A diferencia de lo que sucede con las notificaciones de ideación y conducta suicida que son mayores en hombres, para el año 2016, el 71,4% de las 10.643 persona notificada por violencia a través del subsistema SIVIM corresponde a mujeres, es decir, 7.606 casos. La localidad con mayor concentración de casos de violencia en mujeres es Bosa con un 44,9% (3.412), seguida de Kennedy con el 36,2% (2.756), la tasa de notificación.

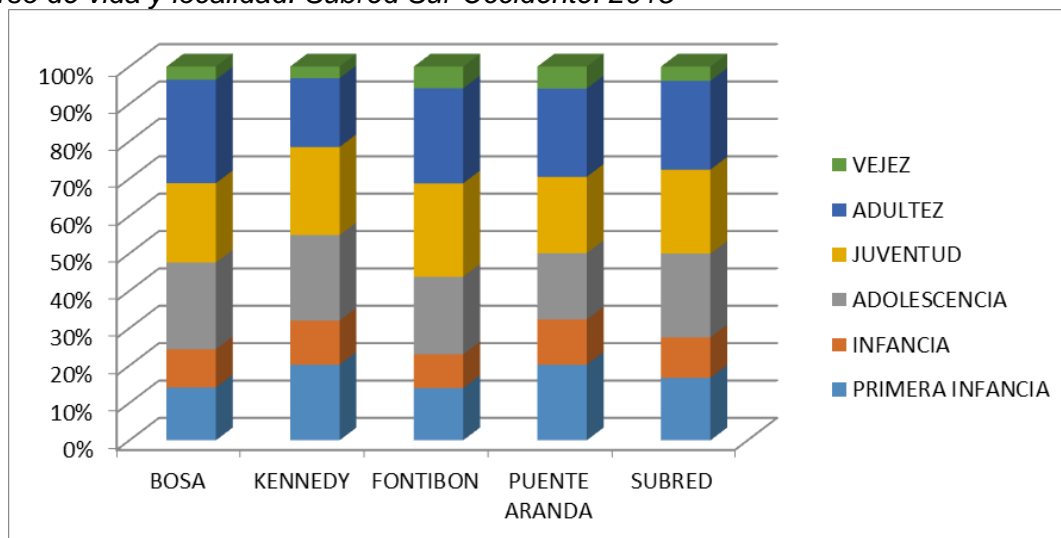
Gráfica 5. Personas notificadas por casos de violencia por sexo y localidad. Subred Sur Occidente. 2015



Fuente: SDS. Base oficial SIVIM. 2015

En las mujeres, la infancia y la primera infancia concentran el 27,5% (2.095) de notificaciones de violencia a nivel de la Subred, con una distribución similar con localidad, aunque la localidad de Fontibón y Kennedy presentan una mayor proporción de violencia en la infancia y primera infancia (32,3% y 32%, respectivamente). En segundo lugar se encuentra la juventud con el 22,5% (1.710) seguida por la adolescencia con el 22,4% (1.704). El mayor porcentaje de violencia en la etapa vejez se presenta en Puente Aranda y Fontibón, relacionado con el comportamiento demográfico de estas localidades, que presentan una alta población en esta etapa.

Gráfica 6. Distribución porcentual de casos de violencia notificados en mujeres por momento del curso de vida y localidad. Subred Sur Occidente. 2015



Fuente: SDS. Base oficial SIVIM. 2015

En cuanto a otras características de las mujeres notificadas, se encuentra que el 4,6% (351) son mujeres en desplazamiento, 1,4% tienen discapacidad (105) y se identifican 32 gestantes.

Tabla 1. Distribución porcentual de casos de violencia notificados en mujeres por grupo poblacional. Subred Sur Occidente. 2015

Grupo Poblacional	No.	%
Menor con medida de protección	5	0,1
Responsabilidad penal	5	0,1
Habitante de la calle	11	0,1
Gestante	32	0,4
Persona en condición de discapacidad	105	1,4
En condición de desplazamiento	113	1,5
Situación de desplazamiento	238	3,1
Otros grupos poblacionales	7.097	93,3
Total	7.606	100

Fuente: SDS. Base oficial SIVIM. 2015

Considerando, que una persona puede ser notificada al SIVIM por uno o más tipos de violencia, para el 2016 se reportan un total de 14.643 tipos de violencia. El 51,3% (7.519) corresponde a violencia emocional, pues generalmente se notifica ante cualquier otro tipo de violencia. En segundo lugar se encuentra la negligencia con el 18,7% (2.741), la cual afecta en su mayoría a la infancia y primera infancia (46,5%) y adolescencia (24,3%) y es más alta en la localidad de Kennedy con el 24,5%.

Tabla 2. Distribución de casos de violencia notificados en mujeres por tipo y localidad. Subred Sur Occidente. 2015

TIPO DE VIOLENCIA	BOSA		KENNED Y		FONTIBON		PUENTE ARANDA		SUBRED	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Física	822	12,8	798	14,4	272	16,8	160	15,3	2.052	14,0
Emocional	3.395	52,8	2.710	48,9	895	55,2	519	49,5	7.519	51,3
Sexual	849	13,2	494	8,9	138	8,5	106	10,1	1.587	10,8
Económica	158	2,5	78	1,4	69	4,3	21	2,0	326	2,2
Negligencia	971	15,1	1.356	24,5	208	12,8	206	19,6	2.741	18,7
Abandono	234	3,6	107	1,9	40	2,5	37	3,5	418	2,9
Total	6.429	100	5.543	100	1.622	100	1.049	100	14.643	100

Fuente: SDS. Base oficial SIVIM. 2015

En tercer lugar, se encuentra la violencia física con el 14%(2.052), siendo la localidad de Fontibón la que presenta mayor concentración de este tipo de violencia. La adultez y la juventud son las más afectadas con el 38,9% y 31,1%, respectivamente. Seguidamente se

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

encuentra la violencia sexual con el 10,8% (1.587), la cual tiene mayor relevancia en la localidad de Bosa con el 13,2% con respecto a los demás tipos de violencia. La mayoría de los casos se presenta en los adolescentes con el 37,05% seguido por la infancia y primera infancia con el 26,9%.

5.2 RESPONSABILIDAD FRENTE AL PROGRAMA

NIVEL INTERNO:

ROLES	FUNCIONES
Referente programas Bandera	Seguimiento periódico a los indicadores, supervisa la ejecución de las actividades descritas en el Programa y participa activa y propositivamente en el comité técnico
Líder Sede	Encargado de las planeación y desarrollo de actividades encaminadas al logro de las metas propuestas por la organización en el programa Bandera. Es quien coordina y realiza seguimiento al conjunto de acciones planificadas que los equipos operativos realizan en los espacios intramurales y extramurales
Líder de espacios , programas, Gobernanza	Fortalecen procesos de canalización efectiva. Referente de políticas públicas diferenciales LGBTI y Mujer y equidad de géneros articulador local de las actividades con la población de la subred y otros sectores. Favorece el acercamiento y la articulación entre los diferentes actores y sectores involucrados en la atención de las personas de los territorios para obtener, promover, proteger y/o restituir el derecho a la salud, gestionando la reducción de barreras de acceso tanto a los servicios de salud como a los sociales Generación de conocimiento sobre las condiciones de calidad de vida y salud de la población en las localidades que conforman la subred suroccidente, para orientar la toma de decisiones y la planeación local e institucional. Generar estrategias participativas para posicionar las necesidades de la población y las políticas públicas en los escenarios donde se construyan las agendas públicas. Favorecer el acercamiento y la articulación entre los diferentes actores y sectores involucrados en la atención de las personas para obtener, promover, proteger y/o restituir el derecho a la salud, gestionando la reducción de barreras de acceso tanto a los servicios de salud como a los sociales. Con el fin de Fortalecer procesos de canalización efectiva a los programas de promoción y prevención

Equipo intramural	<p>Prestan servicios asistenciales propios de sus funciones en el contexto de los procesos misional, permitiendo el establecimiento de mecanismos para la atención en mayores niveles de complejidad (referencia y contra referencia) y a todos los procesos de atención que se dan a nivel extramural (equipos de espacios, y a nivel transectorial).</p>
Referente de Programa CCU, Programa CA Mama	<p>Fortalecer las actividades de promoción y prevención, enfocadas Generar servicios de salud con las mejores condiciones de calidad, calidez y amigabilidad en la atención.</p>
Equipo de análisis	<p>Brinda información acerca de las principales enfermedades y eventos que afectan a la población.</p> <p>Ofrece información sobre los factores o condicionantes que intervienen en la aparición de estas, orientando las intervenciones que podrían realizarse a fin de disminuir o eliminar los factores que favorecen la enfermedad, así como, las que habrían que realizarse para fortalecer aquellas que propicien la salud.</p>

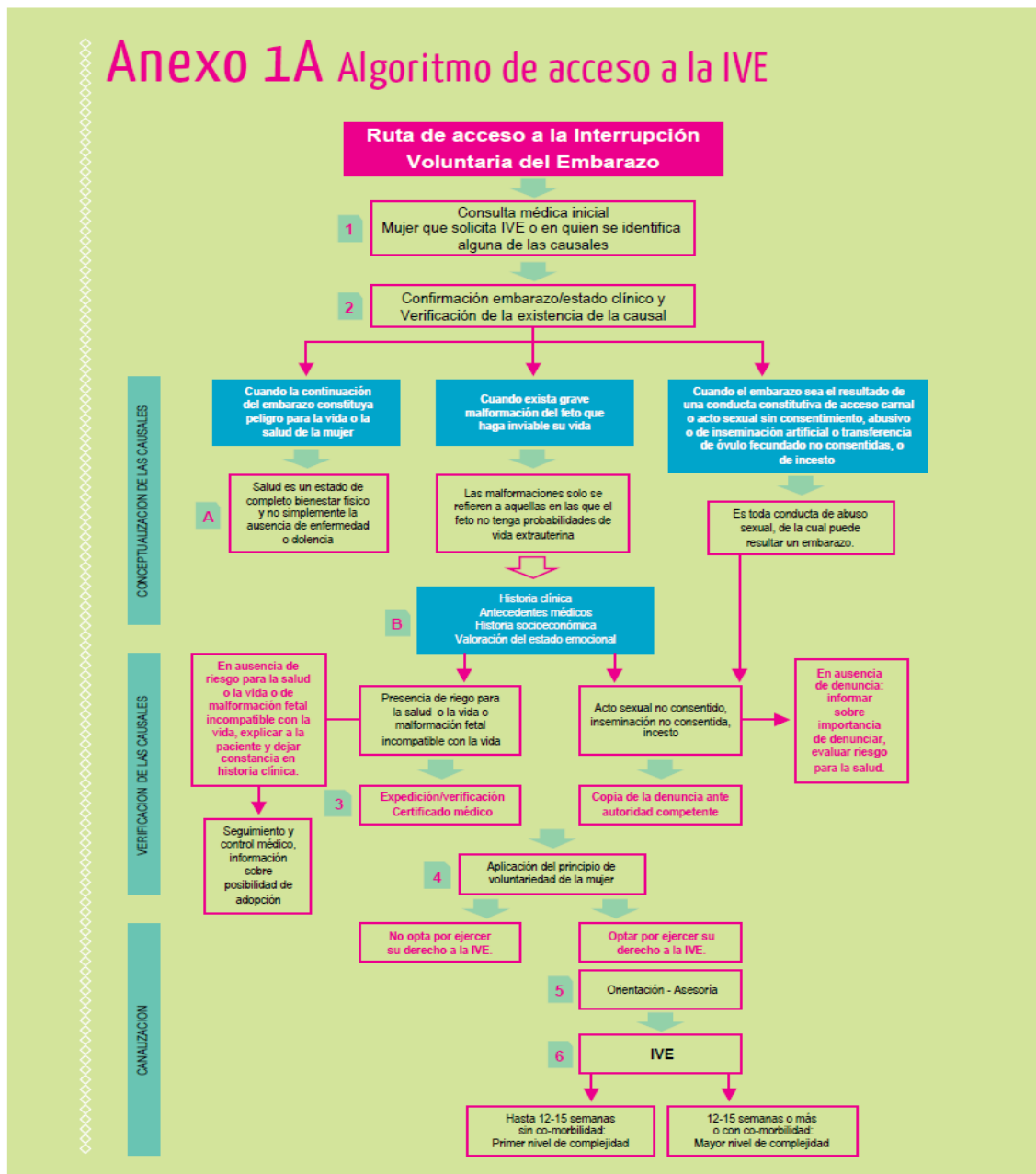
NIVEL EXTERNO:

INTITUCIONES	FUNCIONES
<ul style="list-style-type: none"> - Comités operativos locales de mujer y equidad de géneros posicionamiento de las acciones del sector con población organizada de las localidades. -Subdirección de Integración social (política de familias) -Casas locales de igualdad de oportunidades para las mujeres -Enlace SOFIA de Secretaría distrital de la mujer -Consejo local de seguridad para las mujeres: posicionamiento del programa con otros sectores de la administración. -Mesas locales de casos de víctimas de violencia - 	<p>Trabajo articulado entre las instituciones y la Subred Sur occidente para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demanda inducida a los servicios de promoción y prevención • Apoyo en fortalecimiento técnico a profesionales en salud, activación de rutas intersectoriales en casos que excedan la misionalidad del sector salud. • Articulación para notificación de prioridades altas en salud mental y violencias basadas en género, además de acciones de demanda inducida particular con mujeres. • Monitoreo y seguimiento a casos de mujeres víctimas de violencia.

5.3 APLICACIÓN DEL PROGRAMA

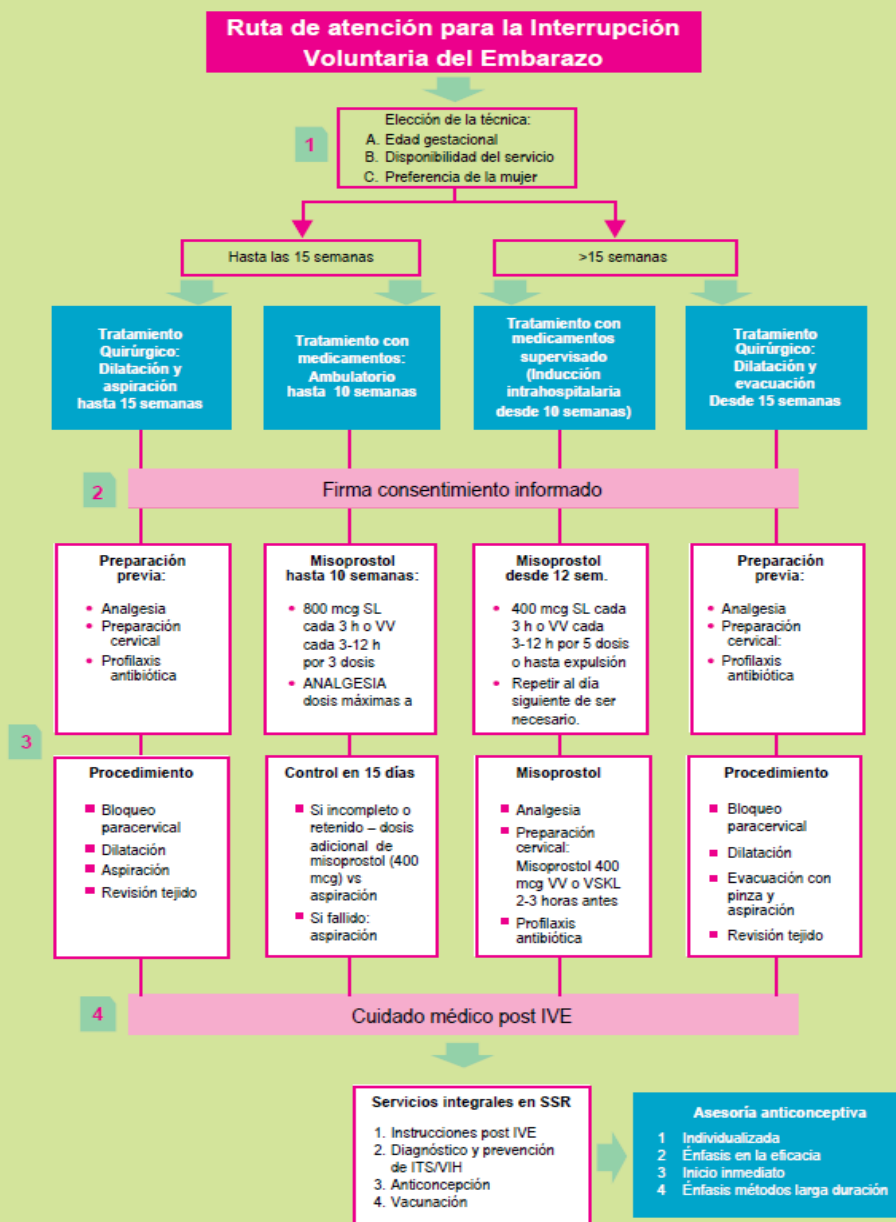
La aplicación del programa es a través de las rutas integradas de atención en salud del ministerio de salud adaptadas a la subred Suroccidente

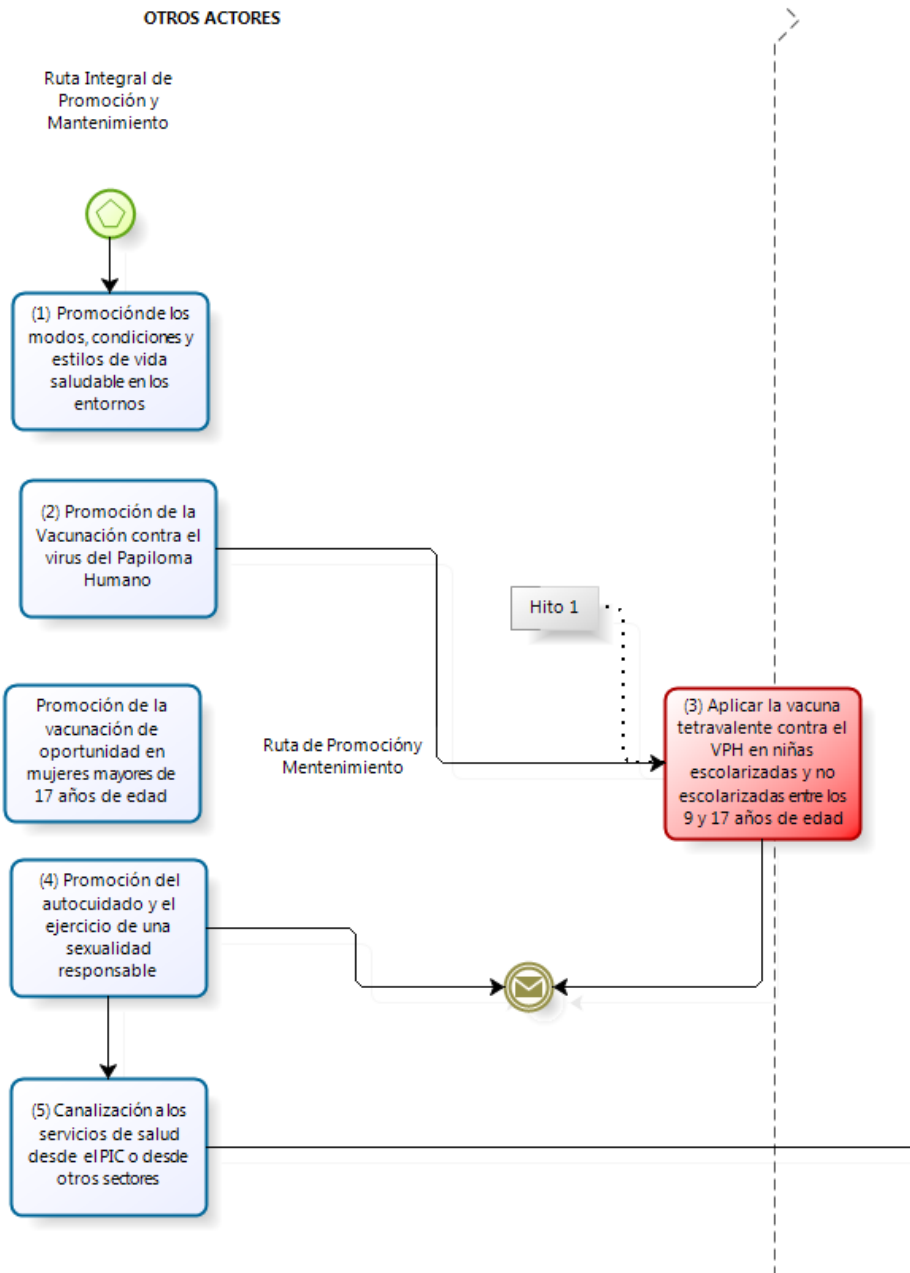
RUTA IVE



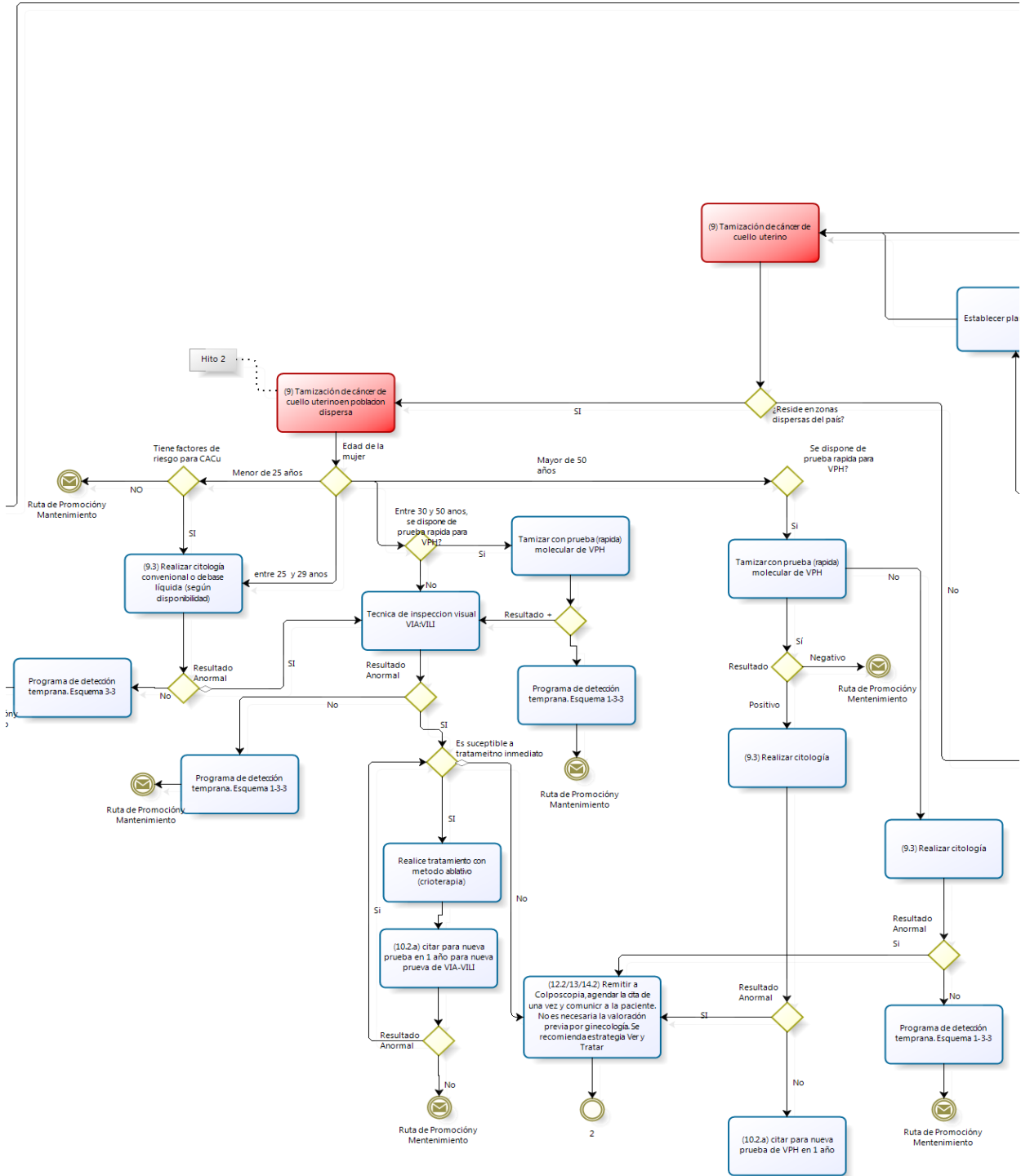
Anexo 1B

Algoritmo de atención de la IVE

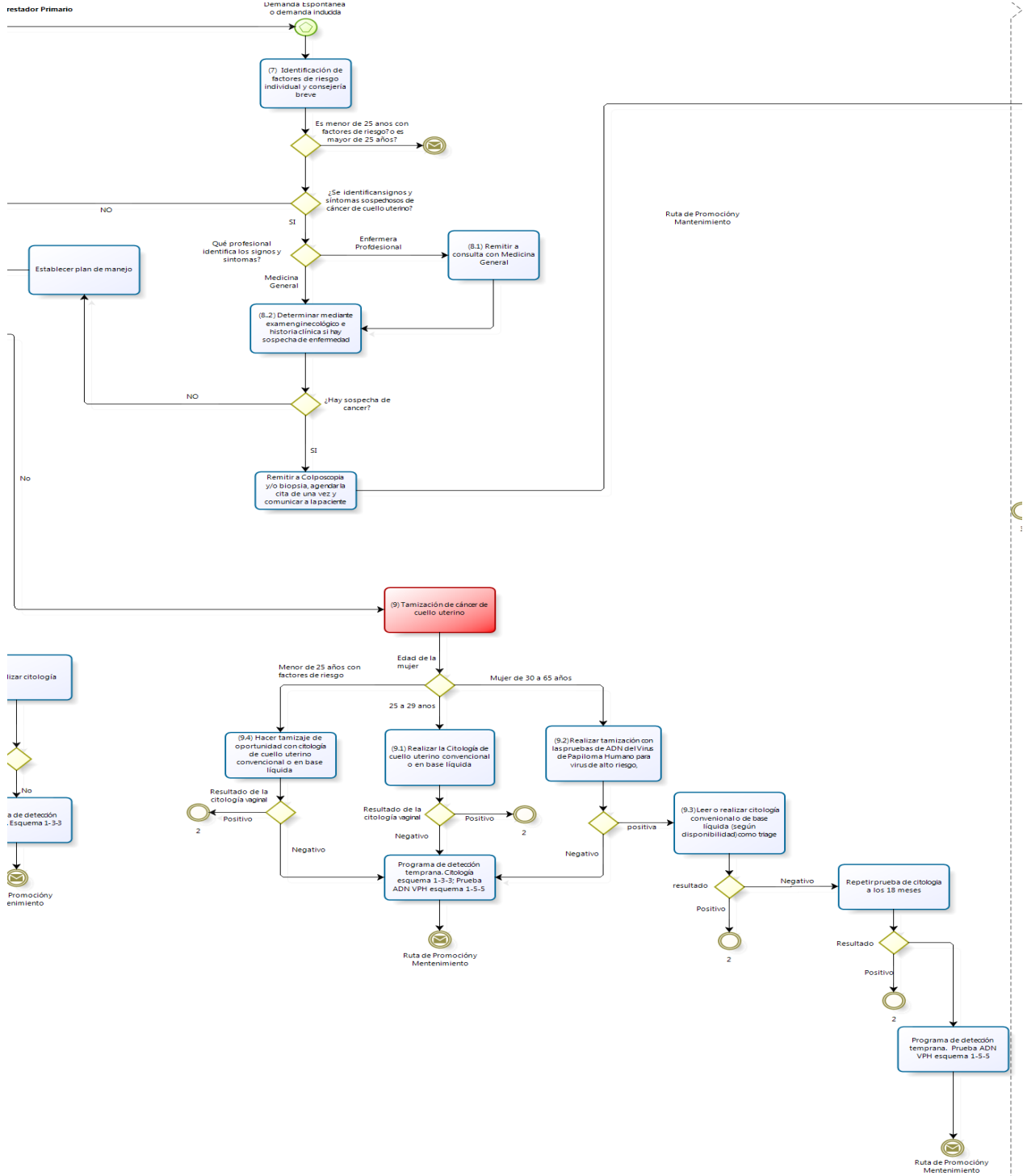




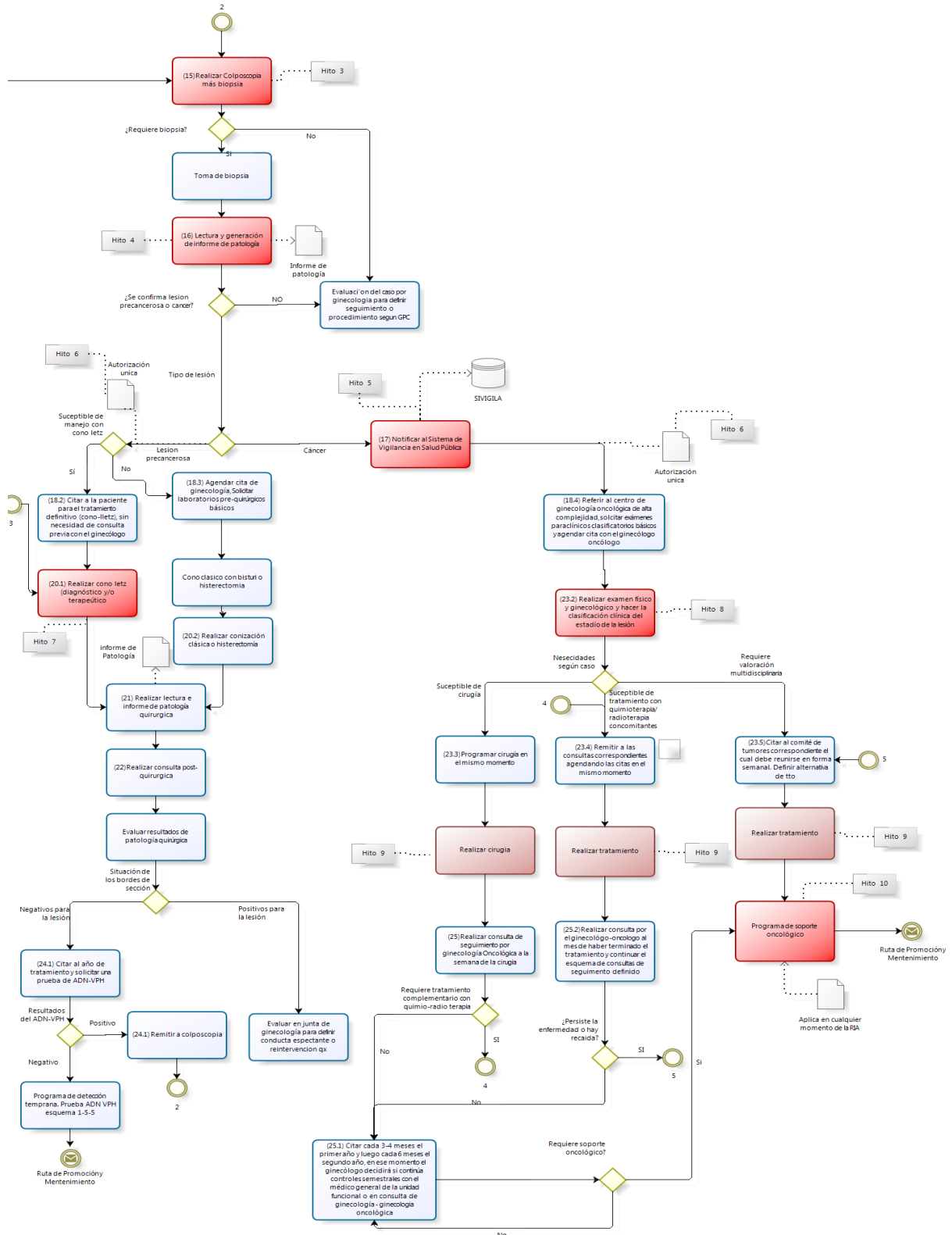
PARTE 2

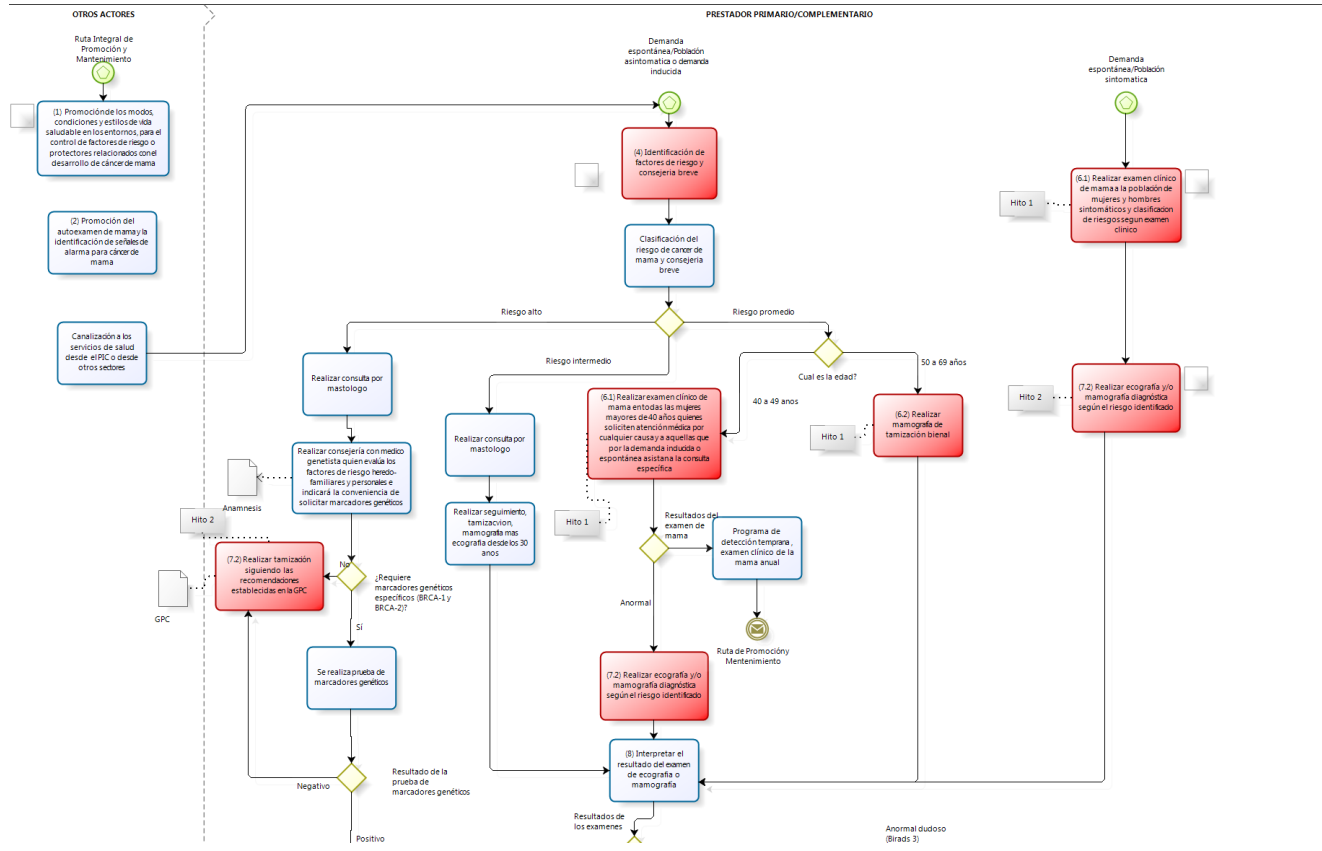


PARTE 3

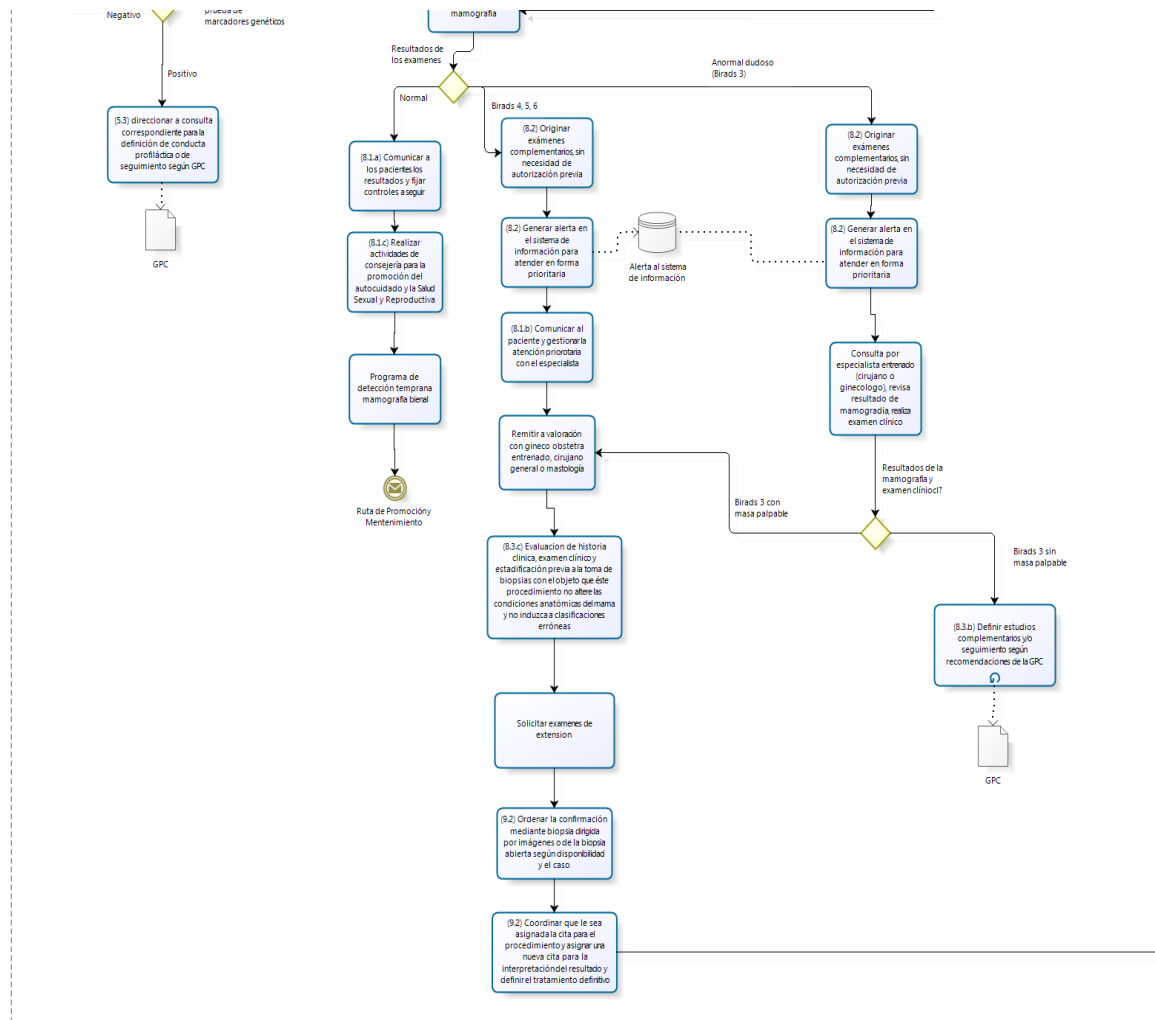


PARTE 4

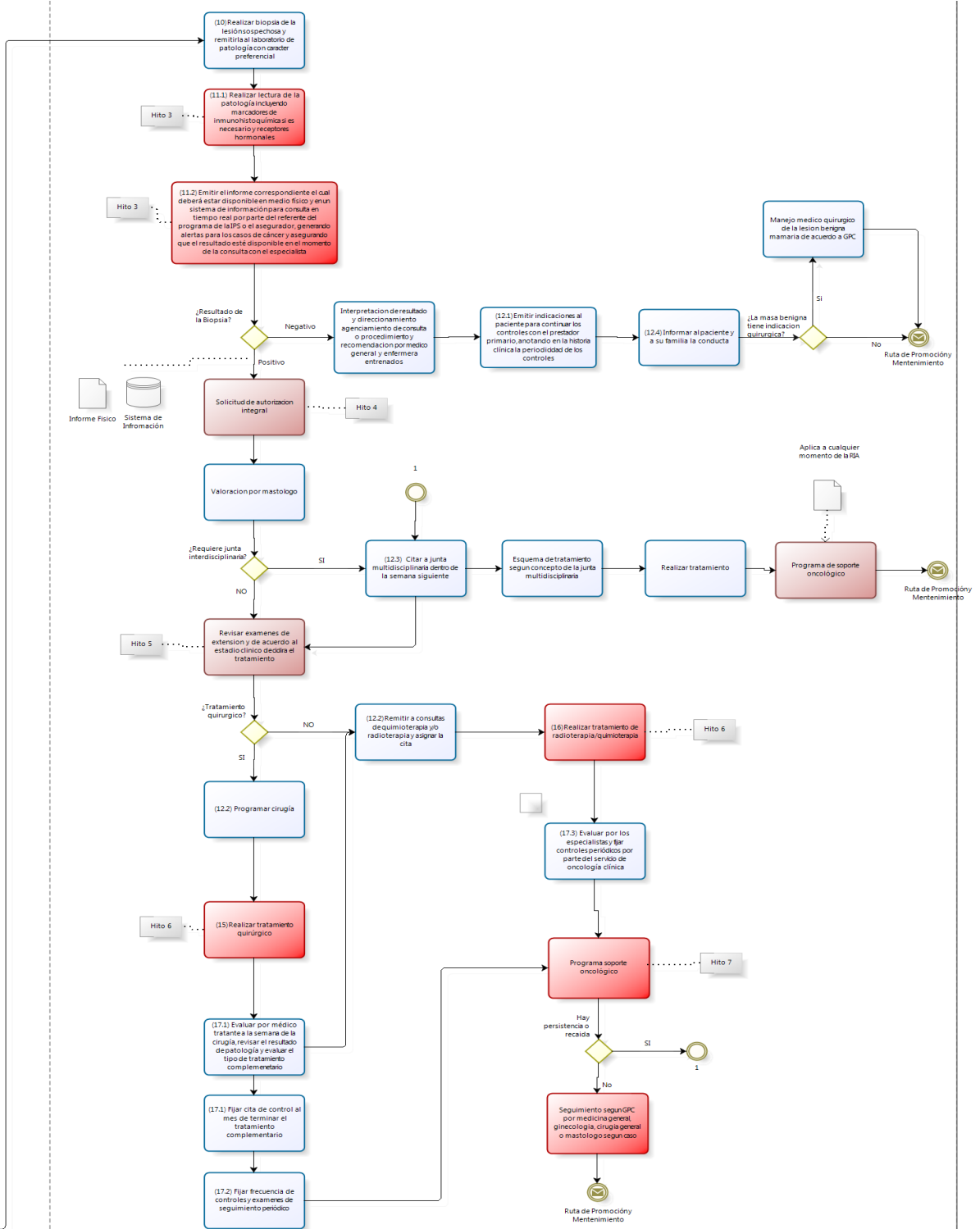




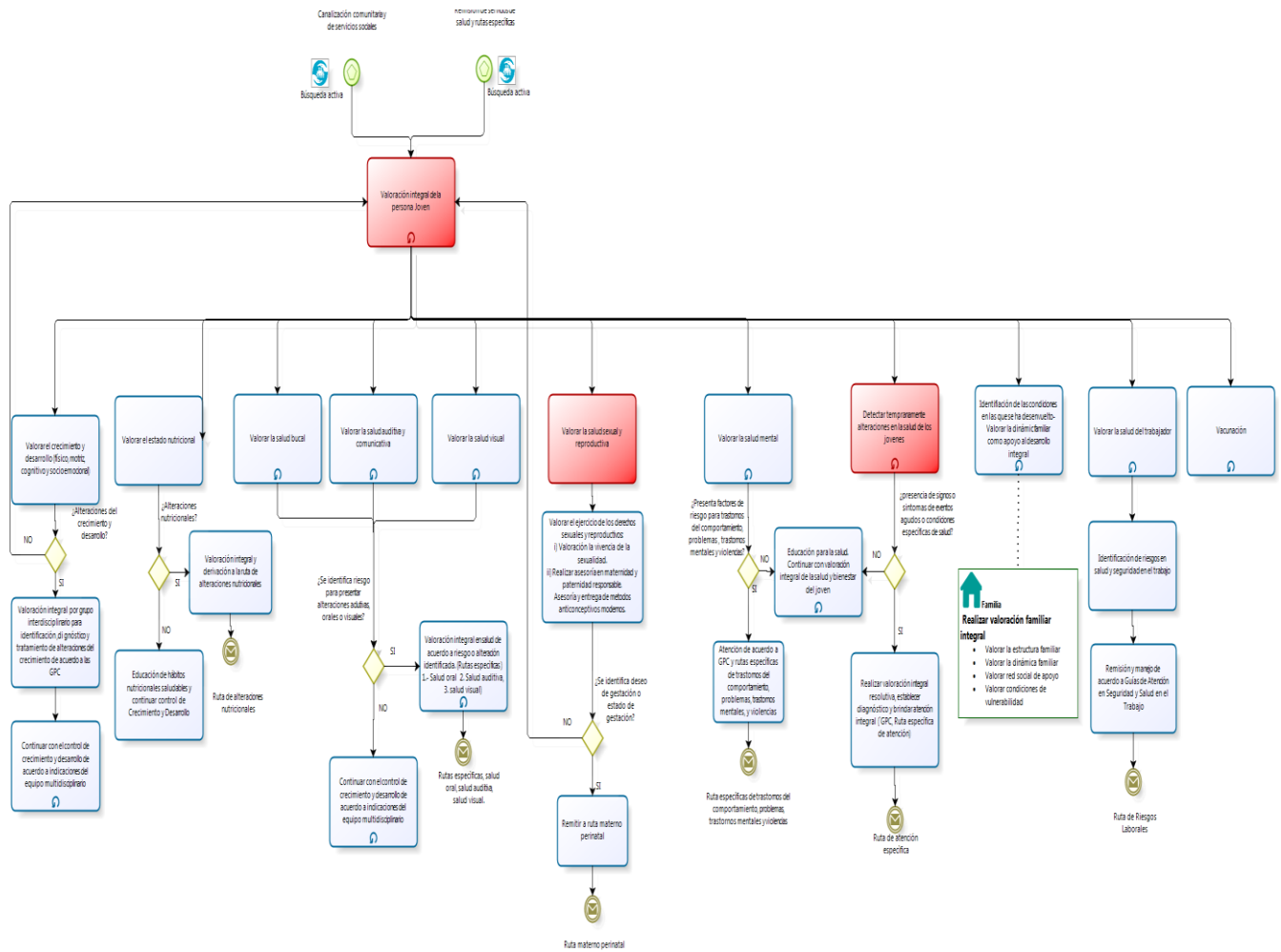
PARTE 2



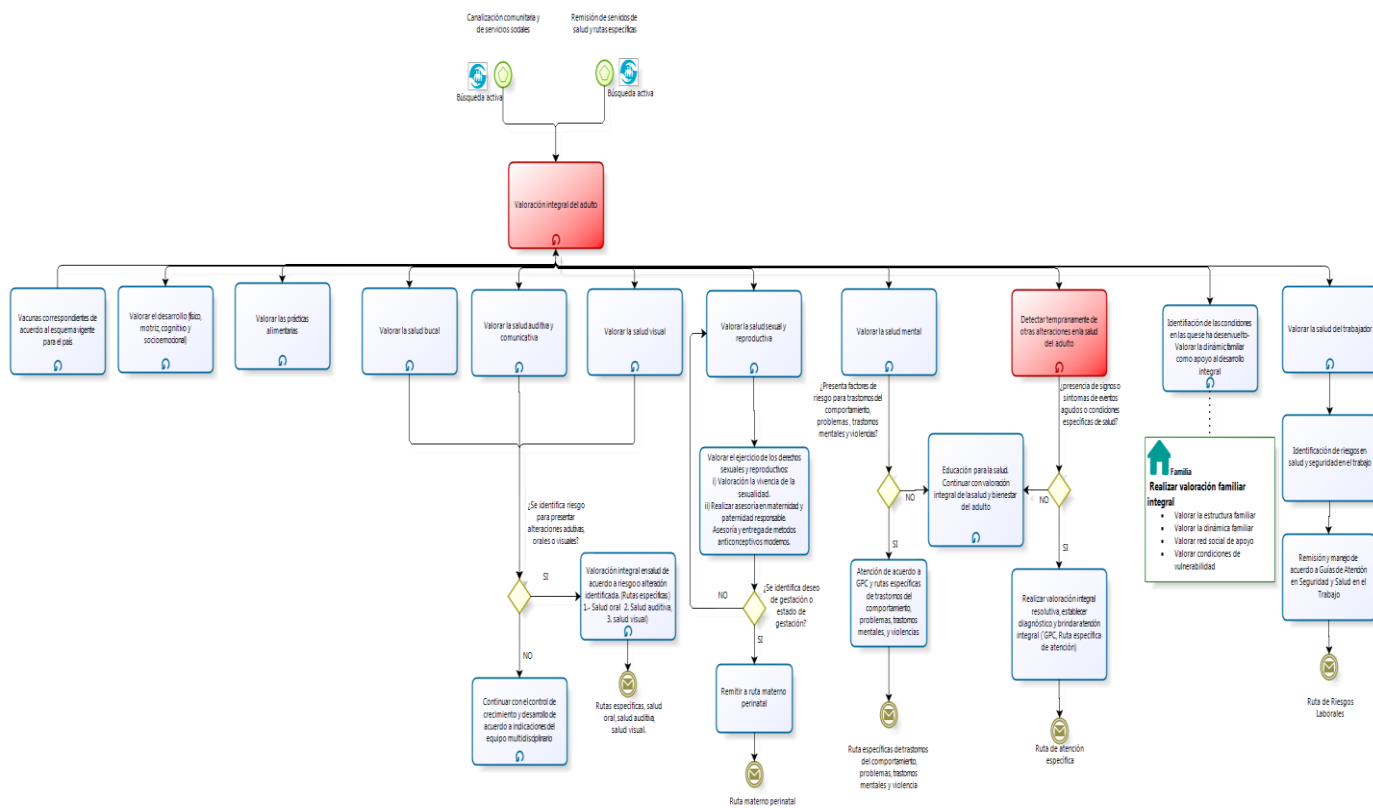
PARTE 3



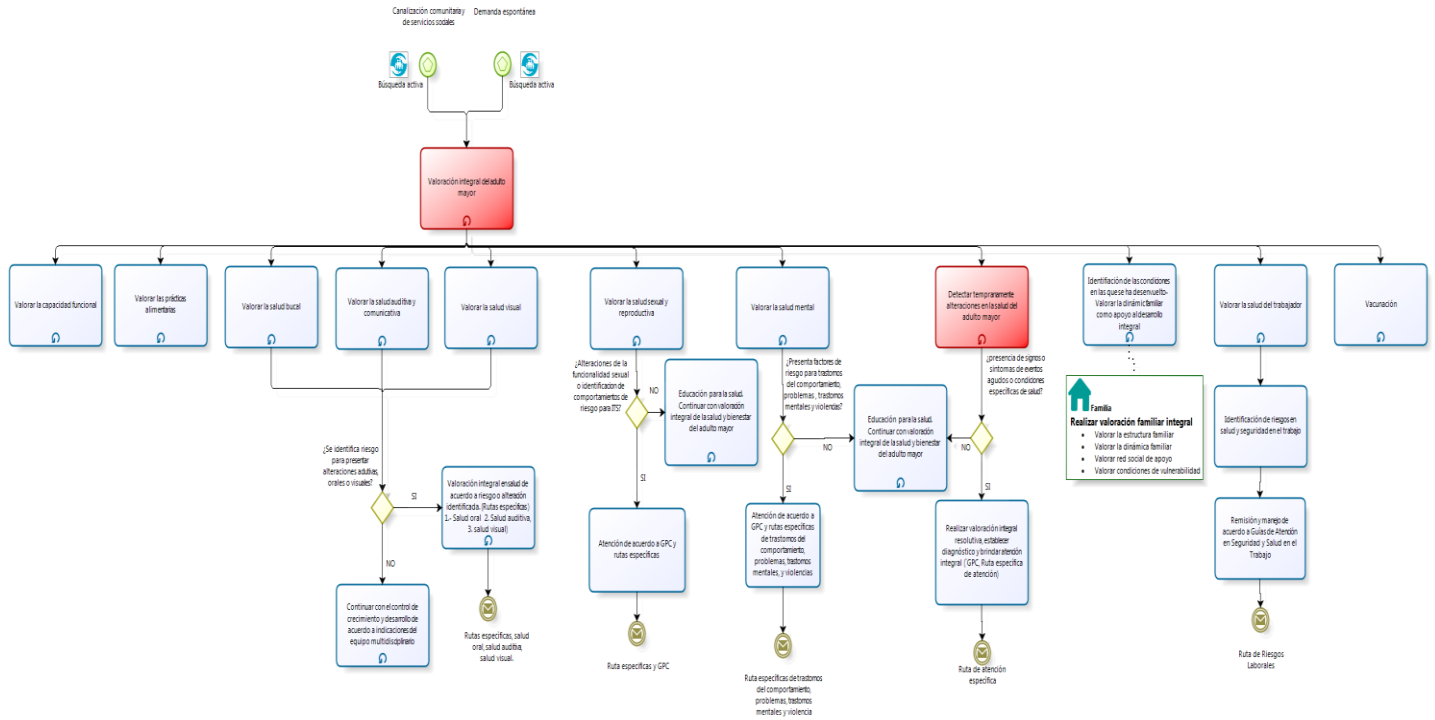
RIAS ADULTEZ – PARTE 1



PARTE 2



PARTE 3



	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

5.4 DESPLIEGUE DE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA

Objetivo o línea de trabajo del programa	Acciones que operativiza la línea de trabajo u objetivo	Documento relacionado que guía la operación	Responsables de la aplicación	Soporte o evidencia
Fortalecer a los colaboradores para la atención integral a mujeres teniendo en cuenta características propias de este grupo poblacional, que favorezcan la prestación de servicios de salud integrales y disminuir las barreras de acceso; a través de las rutas integrales de salud	Capacitación a los colaboradores en enfoque diferencial ruta , demanda inducida entre otros	Externo Lineamientos de políticas públicas del equipo de gobernanza. Lineamientos de acciones poblacionales desde espacio público. Interno formato demanda inducida Plan de acción del programa Rutas de atención en salud	Equipo de gobernanza, referencia poblacional (Mujer - LGBTI) Equipos de respuesta en espacio público. Equipo PIC	Actas y listados de espacios locales. Soportes de planeación y evaluación de acciones en espacio público. Indicador de demanda inducida efectiva
Contar con espacios físicos amigables dentro de la subred Suroccidente, como parte de acciones diferenciales del programa facilitando el acceso a servicios de salud.	Consultorio rosado, Programa de CA de Mama , Programa de CCU Estrategia de comunicaciones con enfoque de género	Externo Plan decenal de salud pública Interno Rutas de atención en salud Plan de acción del programa.	Líder de Sede Equipo de gobernanza, referencia poblacional (Mujer - LGBTI) Referente de comunicaciones.	Listados de acciones de información, soportes de tips de comunicación de las unidades de servicio. Piezas comunicativas.
Desarrollar acciones de gestión intersectorial para Establecer espacios de formación a mujeres que fortalezcan el desarrollo de sus habilidades sociales, la exigibilidad de sus derechos y la corresponsabilidad en salud	Acciones extramurales con mujeres organizadas y no organizadas en espacio público o espacios de participación local para el fortalecimiento de la corresponsabilidad en salud Oferta de servicios en espacios locales	Externo Politica publica Interno Plan de acción del programa	Equipo de gobernanza, referencia poblacional (Mujer - LGBTI)	Actas y listados de espacios locales. Demanda inducida. Tips de salud

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

	y con comunidad			
--	-----------------	--	--	--

Para la programación y designación de acciones más específicas a desarrollar se diligencia el formato de plan de trabajo

6. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PROGRAMA

Indicadores de Impacto			
Indicadores de Impacto	de	FORMULA DEL INDICADOR	META
Cobertura en detección temprana para la población con riesgo o presencia de cáncer (CCU, Ca Mama)		Nº de citologías tomadas / Nº de citologías programadas Nº de Mamografías tomadas / Nº de Mamografías programadas	Alcanzar la cobertura de detección temprana con citología de cuello uterino al 80% de la población asignada.
Mujeres con Diagnóstico positivo y tratamiento oportuno (CCU, Ca Mama)		No de mujeres con resultado de citología positiva con colposcopia y biopsia / total de citologías tomadas con resultado positivo. No de mujeres con mamografía de resultados críticos Con tratamiento / total de mamografías tomadas con resultados críticos.	A 2020 aumentar el 30 % la cobertura en detección temprana de alteraciones relacionadas con cáncer en mujeres (seno, CCU). 100% de mujeres con diagnóstico positivo con inicio de tratamiento oportuno. 100% de mujeres con resultados críticos diagnosticadas y con inicio de tratamiento oportuno
Número de rutas activadas en casos de menores de 14 años.		Rutas activadas en casos de menores de embarazo en menores de 14 años /casos de menores de 14 años identificados.	100% de activación de rutas en casos de embarazos en menores de 14 años identificadas.
Procedimientos IVE realizados.		Procedimientos IVE realizados/ procesos IVE solicitados	100 % de procedimientos IVE realizados.

INDICADORES DE RESULTADO

POLITICA PUBLICA (COMPONENTE): Político administrativa acciones en salud

GRUPO DE RIESGO: CANCER.

EVENTO ESPECÍFICO: CANCER DE MAMA

INDICADORES DE RESULTADO		
PROMOCIONALES	Acciones de educación y atención del consultorio rosado.	90% de las usuarias captadas para el examen de mama hayan recibido Educación en autocuidado por parte del consultorio rosado.
PREVENTIVOS	Tamizaje del mamografía, ecografía y magnificaciones	
RESOLUTIVO	biopsias diagnóstico inicio de tratamiento	
RESTITUTIVO	programa de cáncer (Tratamiento Oncológico)	

POLITICA PUBLICA (COMPONENTE): Político administrativa acciones en salud

GRUPO DE RIESGO: CANCER.

EVENTO ESPECÍFICO: CANCER DE CUELLO UTERINO

INDICADORES DE RESULTADO		
PROMOCIONALES	acciones de educacion jordadas campañas	90% de las usuarias captadas para el examen de mama hayan recibido educación en autocuidado por parte del consultorio rosado.
PREVENTIVOS	Tamizaje del citologia vaginal	
RESOLUTIVO	colposcopia - biopsia	
RESTITUTIVO	programa de cancer (Tratamiento Oncológico)	

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

POLITICA PUBLICA (COMPONENTE): Político administrativa acciones en salud
GRUPO DE RIESGO: MATERNO - PERINATAL.
EVENTO ESPECÍFICO: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO I.V.E

PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES		
PROMOCIONALES	acciones de información sobre DSR	Acciones informativas y de educación en DSR realizadas / acciones informativas y de educación en DSR programadas.
PREVENTIVOS	"identificación y notificación de casos de gestantes menores de 14 años.	Rutas activadas en casos de menores de embarazo en menores de 14 años /casos de menores de 14 años identificados.
RESOLUTIVO	Identificación de gestantes entre 15 y 19 años." procedimientos IVE realizados en los centros del programa.	Procedimientos IVE realizados/ procesos IVE solicitados.
RESTITUTIVO	Restitución de derechos a partir de atención individual por salud mental.	Atenciones por salud mental posteriores al procedimiento IVE / procedimientos IVE realizados.

POLITICA PUBLICA (COMPONENTE): Político administrativa acciones en salud
GRUPO DE RIESGO: MATERNO - PERINATAL.
EVENTO ESPECÍFICO: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOQUE DE GÉNERO

PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES		
PROMOCIONALES	Acciones de información sobre SSR (Diferencial)	Demanda inducida
PREVENTIVOS	Cobertura de métodos de planificación	
RESOLUTIVO	Consultas por salud sexual y reproductiva en los centros del programa.	
RESTITUTIVO	Mujeres participando en programa centros del programa.	

POLITICA PUBLICA (COMPONENTE): Político administrativa acciones en salud

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARA UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCION."

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

**GRUPO DE RIESGO: MATERNO - PERINATAL.
EVENTO ESPECÍFICO: VIOLENCIA DE GÉNERO - CANALIZACIÓN INTERSECTORIAL**

PROMOCIONALES	Acciones de información y educación sobre violencias, específicamente contra las mujeres.	Demanda inducida
PREVENTIVOS	Acciones de educación en identificación y notificación de casos de violencia desde intervención de espacios de vida cotidiana.	
RESOLUTIVO	Atenciones por psicología en los centros priorizados por el programa.	
RESTITUTIVO	Casos intersectoriales con atención y seguimiento desde el comité de atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual.	

Seguimiento	Responsable	Mecanismos de seguimiento	Periodicidad
Autocontrol	Líder de sede , Referente Programas Bandera participantes a la reunión del programa	Indicadores de impacto de resultado, plan de acción	Bimensual
Auditoría interna	Calidad	Auditoria Adherencia programa Bandera	Semestral

El presente documento está sujeto a verificaciones externas

Indicadores

-

7. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito Capital. Decreto 166 de 2010. Alcaldía Mayor de Bogotá, Subsecretaría de Mujer, Género y Diversidad Sexual. Planeación Distrital.
- ✓ Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género en el Distrito Capital 2004-2016. Alcaldía Mayor de Bogotá, Oficina Asesora Política Pública de Mujer y Géneros, Departamento Administrativo de Bienestar Social del D.C., Consejo Distrital de Política Social, Bogotá, 2005.

	PROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	10-09-2018	
		Código:	06-01-PG-0012	

- ✓ Informe de Desarrollo Humano para Colombia. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Bogotá, 1999.
- ✓ Estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia. UNIFEM, UNFPA, OIM, MDGF y AECID, Bogotá, 2010.

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS		
No	FECHA	CAMBIO
1	11-09-2018	Emisión del programa

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO
No aplica

CAMPO DE APLICACIÓN
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención documental)
Disposición final: Archivo central

	ELABORÒ	REVISÒ	AVAL DE CALIDAD	APROBÒ
Nombre y Apellidos:	Ana Bolivar	Nathaly Puerto	Sharon Elizabeth Caro Monroy	Victoria Eugenia Martínez Puello
Cargo y/o actividad:	Referetne Programas Bandera	Lider De Pyd	Profesional universitario II	Gerente
Fecha :	Septiembre 6 de 2018	Septiembre 6 de 2018	Septiembre 11 de 2018	Septiembre 11 de 2018