

DIRECCION DE SALUD PÚBLICA

DOCUMENTO TÉCNICO PARA LA TRANSVERSALIDAD DE GÉNERO EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS JUNIO – JULIO 2012

1. PRESENTACION¹

El siguiente documento contiene el horizonte de sentido de la transversalidad de equidad de género desde el componente mujer y el componente de orientaciones sexuales identidades de género; allí se sustentan tres (3) partes integrales que direccionan el que hacer de la transversalidad de Género en el Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública 2012 que se desarrollará hasta el 31 de Junio 2012.

La primera parte, contiene los aspectos conceptuales y normativos, los cuales ubican la perspectiva de género en el marco del derecho a la salud plena, el marco situacional de las personas de los sectores LGBT del distrito y de las mujeres y la descripción de los núcleos problemáticos de los componente de la transversalidad; En un segundo momento, se realiza una síntesis de los aspectos de la operación, describiendo los espacios de participación distritales y los locales acompañados de las acciones por donde viaja la transversalidad en la Salud Pública del Distrito Capital; y finalmente se encuentra la Bibliografía.

La Transversalidad de Equidad Género se define como los procesos de análisis y las acciones que atraviesan la operación en todos los componentes del PIC por medio de dos componentes: mujer y género y las identidades de género, orientaciones sexuales, para el análisis y operación de las acciones, que son transversales a los procesos y acciones que se desarrollan y se implementan, para la apropiación de la equidad de género en términos de inclusión y justicia social para las mujeres y la población LGBTI, según ciclo vital_ generación, identidad _Diversidad y situación _condición, en los territorios sociales de la ciudad de Bogotá.

Se interesa por las diferentes asignaciones sociales que han delimitado espacios, comportamientos y una valoración jerárquica y no igualitaria de los escenarios y los roles que en ellos se desempeñan. Indefectiblemente esto ha devenido en prácticas de discriminación y subordinación evidentes en el cuerpo de la mujer y en diversas formas de discriminación que relativizan el ejercicio de los derechos

¹ Documento de Lineamientos PIC 2012 TVS Equidad Género, construido por Carlos Alejandro Díaz Martin (Charlotte Schneider Callejas) e Ingrid Paola Romero Niño.

de las personas que asumen formas no normativas frente a su orientación sexual o a su identidad de género(LGBTI).

REFERENTES CONCEPTUALES

La salud como derecho se extiende no sólo a la asistencia en salud oportuna y apropiada sino también a los determinantes fundamentales de la salud. Desde la perspectiva del desarrollo humano, la salud pretende lograr la ampliación de las opciones de la gente: lo que es socialmente deseable y técnicamente posible (conjunto de logros), y el subconjunto que cada persona considera importante para su realización y que puede efectivamente alcanzar (capacidades). El desarrollo implica el logro de las capacidades pero tiene que ver, además, con el proceso de procurarlas de manera equitativa, participativa y sostenible². La equidad y la libertad son características instrumentales y constitutivas del desarrollo³.

Género: Si bien no existe una definición única del concepto *Género*, y las construcciones sociales a su alrededor son dinámicas y cambiantes como la cultura misma, para la política pública en la ciudad este se refiere a las creencias, las actitudes, los rasgos personales, los valores y las conductas que diferencian a los hombres y las mujeres. Estas asignaciones, se producen y reproducen socialmente, están determinadas por procesos históricos y se desarrollan en la interacción propia de la iglesia, la escuela, el Estado, el mercado, la familia, las leyes, los medios de comunicación, etc., y por supuesto, a través de las relaciones interpersonales. Este proceso de construcción social se ha caracterizado históricamente por la jerarquización de las actitudes y rasgos asignado a los sujetos masculinos y femeninos, de tal modo que a los definidos como masculinos se les ha atribuido mayor valor.⁴

Este concepto se convirtió en herramienta analítica a comienzos de los años ochenta para las ciencias sociales “en consecuencia de la creciente y masiva participación de las mujeres en el sistema educativo, reflejo, a su vez, de grandes transformaciones económicas y sociales en la situación de las mujeres en las sociedades occidentales desde mediados del siglo XIX. La influencia de los movimientos de mujeres en sus inicios es decisiva. De hecho, la primera producción académica en el campo del género se refirió siempre al problema de la subordinación femenina y sus consecuencias en los múltiples aspectos de la vida social.”⁵

² Secretaria Distrital de Salud. Documento Marco Plan de Acciones Colectivas, 2008.

³ Naciones Unidas & Departamento Nacional de Planeación. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los objetivos del Milenio – 2005. Bogotá, 2005

⁴ Política pública de mujer y género, ABC de la política pública de mujer y género. Bogotá D.C., 2004.

⁵ Santos Velásquez, Luis. Masculino y femenino en la intersección entre el psicoanálisis y los estudios de género. Universidad Nacional de Colombia, 2009. p. 23.

El género como categoría para el análisis de los fenómenos sociales, difiere de su acepción meramente gramatical. Desarrollada desde la teoría feminista, es una categoría que se ha posicionado en el análisis por visibilizar una condición estructural y que supera las diferencias “evidentes” entre hombres y mujeres. Pretende hacer visibles las asignaciones que una cultura de base patriarcal ha entregado tanto a hombres como a mujeres y que ha reproducido formas de discriminación que traspasan la presencia pública de las mujeres llamadas feministas, hablar de perspectiva de género implica una elaboración que intenta matizar las evidencias culturales de discriminación desde la inequidad abierta entre sujetos femeninos y masculinos, a su vez, Género.

Hablar de género se refiere *necesariamente* a las condiciones históricas que han determinado desigualdad de oportunidades para las mujeres y es por esto que como categoría de análisis, el enfoque de equidad de género se basa en una rigurosa lectura de los patrones de género establecidos por las sociedades y que implican diferencias en las asignaciones de poder en la vida cotidiana. Y claramente, dichas diferencias recaen en impactos negativos en la vida de las mujeres como los análisis que se mostrarán en este documento lo evidencian. Es importante establecer, también, la diferencia del término *género* como categoría de análisis frente al uso de la palabra *géneros* que hace referencia a su acepción meramente semántica referida a la clase, especie o tipo o grupo taxonómico al que pertenecen las cosas en el idioma español.

Enfoque de equidad de género: Este 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, posibilita evidenciar las injusticias e inequidades 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.⁶ 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 partiendo 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.

6 Equidad no es lo mismo que igualdad y de modo similar, no toda desigualdad es considerada como inequidad. La noción de inequidad 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 .

La Política Pública de Mujeres y equidad de género distrital, está pensada en función de garantizar el **reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos**. En ella no se asume de manera directa el trabajo con los varones. La equidad de género requiere la garantía plena de los derechos de las mujeres y su empoderamiento. Dado que se reconoce que equidad no es igualdad, las acciones con los varones se dan en el marco de la igualdad de oportunidades, de la garantía de los derechos de las mujeres y de generar procesos participativos en pro de estos.

Las inequidades de género en salud, son aquellas disparidades de bienestar entre hombres y mujeres, que se exacerbaban cuando existe diferente condición, situación, orientación sexual, etnia, clase, generación y territorio, presentes en sociedades como la Bogotana. Afectando de manera diferente a las mujeres en el acceso a la atención, promoción y prevenciones de la salud. Ello se debe a la instauración 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 familistas.

La perspectiva de género en salud, es la distribución equitativa de poder y trabajo entre hombres y mujeres en sus perfiles epidemiológicos, allí se instaura como categoría analítica para evidenciar las diferencias de los perfiles de salud entre los dos sexos. Es así como, las inequidades de género en salud se pueden agrupar en tres categorías relacionales según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género del distrito capital, a saber:

1. En relación a los determinantes sociales, los **riesgos** en salud para las mujeres son de mayor índole por su función reproductiva que las hacen diferentes en cuanto a la exposición en relación a los hombres. De igual forma, las estadísticas evidencian menor acceso para las mujeres en espacios que determinan la calidad de vida de las personas como: la educación, alimentación, trabajo y nivel de ingresos, que tienen como consecuencia menores **oportunidades** para obtener el más alto nivel alcanzable de bienestar físicos y emocional entendida como la salud.
2. Las **necesidades** de salud de las mujeres son sustancialmente diferentes a la de los varones por sus asignaciones de género, por ello tienen menos oportunidades de acceder a los **recursos** tecnológicos, financieros y humanos para obtener los servicios necesarios.
3. El reconocimiento del **trabajo** de las mujeres en salud, y la desigualdades de **poder** en relación con su posición y rol asignado, constituyen

desventajas en términos de remuneración salarial, así como el mínimo acceso a las mujeres a cargos de dirección.

Algunos factores que evidencia dicha inequidad, se evidencian de manera sistemática en relación con la posición de las mujeres en la sociedad, cruzado por supuesto por la clase, la etnia, la situación, condición y territorio donde se encuentran las mujeres, sujetos históricos que cruzan los grupos poblacionales y que efectivamente identifican características más acentuadas en relación con brechas de equidad.

Violencia contra las mujeres, 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, 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 convirtiéndose en una relación de poder inequitativa que asegura al el hombre el control sobre los demás, así en el marco de la división sexual del trabajo y la marginalización de las mujeres en la participación ciudadana, la reivindicación de las mujeres por sus derecho por ser reconocidas como sujetas en toda su diversidad, identidad, condición y situación, clase y generación por la igualdad de oportunidades introduce la puesta por transformar los estereotipos de género.⁷

Lenguaje incluyente trasciende 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.

7 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. 2008. pág.4.

Enfoque de Identidad de Género y Orientaciones Sexuales: Categoría de análisis de los fenómenos sociales y de operación de las acciones, que busca la equidad en salud en términos de igualdad de oportunidades, frente al acceso, uso y disfrute de los bienes y servicios de la sociedad para las personas con orientaciones sexuales e identidades de género consideradas como “no normativas” (LGBTI , población históricamente discriminada). Desde el sector salud propone partir de cuatro categorías de análisis en la lectura de necesidades y en la proyección de respuestas sociales⁸, así como en los procesos de implementación de acciones, de seguimiento, monitoreo y evaluación de procesos, dichas categorías son:

- 1. Cuerpo:** el objetivo de esta categoría es registrar las nociones que el grupo tenga sobre estereotipos ligados al género, a las identidades de género y a las orientaciones sexuales; junto a los referentes sociales y culturales de cuerpo (reflejando todas las construcciones identitaria frente al cuerpo), se trata de identificar qué factores afectan estas construcciones sociales, haciendo énfasis en las dinámicas en ámbitos en PDA, TVS y etapas del ciclo vital (Cruzar la información de estos dos aspectos nos permite analizar la construcción que se realiza a partir de la interacción entre sexo, género, identidad de género y orientación sexual).
- 2. Sexualidad:** el objetivo de esta categoría es establecer cuáles son las percepciones que el sector LGBTI construye de sus relaciones erótico-afectivas, sus formas de relación con personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales y sus problemáticas en esta dimensión de la vida personal y social.

Desde el Sector Salud las perspectivas de género, identidad de género y orientaciones sexuales, aplicadas a la lectura de necesidades, a la proyección de respuestas sociales, a las acciones en materia de promoción, prevención, educación para la salud, aseguramiento, entre otros aspectos del sistema de rectoría en salud, enfocan su atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social; enriqueciendo los marcos teóricos explicativos del proceso salud - enfermedad, que señala diferenciales empíricos entre hombres, mujeres e intersexuales, entre personas heterosexuales, bisexuales y homosexuales, entre las diversas identidades de géneros femeninas, masculinas y transgénero, de acuerdo con dimensiones individuales y colectivas, micro y macro sociales.

8 SDS, Díaz Martín Carlos Alejandro; Motta Andrés; Ramírez Mónica; Ibáñez Anny Johana. Documento Categorías de Análisis y Proyección de Respuestas Sociales para la Recolección de Información en campo de población LGBTI.

Al tiempo que nos ayuda a reconocer la incidencia del género, las identidades de género, las orientaciones sexuales en: la situación de salud; en las Percepciones diferenciadas del cuerpo, en la enfermedad y la salud; en el Grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos para la protección, en la promoción y restitución de la salud; en los obstáculos de acceso a los servicios y recursos de salud; en las necesidades e intereses relacionados con la salud; en el impacto de las políticas y programas de salud; en la distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud.

Sexo: Desde la mirada de las ciencias medicas y las ciencias biológicas se entiende como sexo a las características anatómicas y fisiológicas que definen a alguien como hombre, mujer o como persona intersexual, esa mirada del sexo se basa en la genitalidad, en lo que es percibido como caracteres primarios y secundarios en la persona, pero esa categorización excluye otros aspectos que son relevantes frente a la lectura sociocultural, psicosocial de la categoría en si. El sexo actualmente es entendido también como una construcción sociocultural, una construcción en la que intervienen diversos aspectos (sexo cromosómico, sexo genital, sexo psicológico, sexo endocrino, sexo gonadal, sexo social o sociocultural, sexo jurídico). Al hablar de sexo como categoría es importante apropiarse que hay multiplicidad de posibilidades de construcción desde el mismo, hay construcciones de hombres, mujeres, intersexuales, es una construcción plural, si bien el sistema desde que nace un ser humano trata de ubicarlo o de asignarle un sexo desde la lectura que realiza el medico y sus padres y madres, ese ser no necesariamente se construirá, percibirá y se autodeterminará como lo que le fue atribuido desde esa lectura externa.

Estados intersexuales o intersexualidad: Término utilizado para hacer referencia a la presencia simultánea de estructuras anatómicas genitales de hombre y mujer en una misma persona y que no se puede establecer desde el punto de vista clínico a qué sexo pertenece una persona recién nacida, aunque es válido señalar que también, no solo tiene que ver con la genitalidad externa, ya que se presenta también en el evento en que existe una discordancia entre las distintas dimensiones biológicas del sexo (fenotípico, gonadal, cromosómico, endocrino, psicológico), no siempre los estados intersexuales generan ambigüedad genital en la niña o niño (hermafroditismo).

Género: no equivale a sexo, que alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer, género hace referencia al significado social de la diferencia biológica entre los sexos. El objeto de interés en materia de género no son la mujer o el hombre, por sí mismos, sino la complejidad y diversidad de las relaciones sociales entre ellos y ellas, y los conflictos cotidianos que se les presentan, para reconocer

oportunidades, recursos y capacidades de acción con que cuentan mujeres y hombres en un tiempo y territorio social determinado⁹.

Identidad de género: Vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede o no corresponder con el sexo asignado al momento de nacer. La identidad de género incluye la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones del género como la vestimenta, los modos de comportamientos, habla e interacción. Dentro de las identidades de géneros tenemos las feminidades, las masculinidades y lo transgénero. Se habla de “personas transgeneristas” para referirse a los tránsitos o modificaciones que una persona hace entre identidades de género, en un momento particular de su vida o a lo largo de ella. Dichos tránsitos no necesariamente implican cambios en la orientación sexual de la persona; una persona transgeneristas puede ser heterosexual, homosexual o bisexual.

Orientación sexual: hace referencia al deseo, atracción emocional, a la afectividad, al erotismo, al placer, a la relación desde la genitalidad, que se siente o se establece por personas del mismo sexo (Homosexualidad), personas de ambos sexos (bisexualidad) o personas del sexo opuesto (heterosexualidad). Es importante resaltar que hay personas que construyen una identidad de orientación sexual exclusivamente heterosexual, como las hay que la construyen exclusivamente homosexual, así como hay personas que se pueden mover en un continuo de la bisexualidad, además, la orientación sexual para muchos sexólogos es dinámica, está en constante cambio y transformación.

LGBTI: hace referencia a las palabras lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales, por lo general se utilizan en su conjunto para referir a organizaciones grupos, movimiento, sector, población, personas, líderes que trabajan en el reconocimiento, garantía, ejercicio, restitución de derechos, que ofrecen servicios o realizan acciones académicas, culturales o de otra naturaleza, con y para población LGBTI. Es un término “sombrija”, que en la cotidianidad se ha posicionado entre sujetos y sujetas que se conforman políticamente. En el contexto de la política pública LGBTI o en estos lineamientos se usa las siglas asociadas a sectores sociales, organizaciones o personas.

Homofobia: Odio social prejuicios, estigmas, discriminaciones, crímenes de odios, fundamentados en la orientación sexual homosexual. En estos lineamientos termino que se usara para hacer referencia no solo a aspectos de rechazo o violencias hacia los homosexuales masculinos o gays, sino también hacia a las mujeres homosexuales o las lesbianas y al rechazo o violencias hacia los

9 Secretaría Distrital de Salud. Documento Lineamientos del Plan de Acciones Colectivas - Transversalidad Género y Diversidad Sexual. Díaz M., C.y Fletscher F., C. Bogotá, 2008.

hombres y las mujeres bisexuales, destacamos que el rechazo hacia un hombre bisexual o una mujer bisexual, esta o se da en función a su relación con personas del mismo sexo, la cultura no rechaza al hombre bisexual por tener sexo con una mujer, es probable que se pueda dar un rechazo, un estigma una endodiscriminación (discriminación interna) por parte de una lesbiana, un gay o una personas transgenerista.

Transfobia: termino que hace referencia al Odio social, prejuicios, estigmas, discriminaciones, crímenes de odios, fundamentados en las identidades de género, hace parte de las relaciones de poder que estructuran las relaciones de género, en particular los privilegios de la masculinidad. Las personas transgeneristas viven además procesos de segregación, exclusión socioeconómicas, mayor violencia por sus identidades de género.

4. REFERENTE NORMATIVO.

Componente Mujer

Referente Normativo Internacional:

- 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);
- La Declaración de la Asamblea General de Naciones Unidas y el Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993)
- La Resolución 1325 de 2000 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas; 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 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 mantenimiento de la paz.

Referente Normativo Nacional:

- La Constitución Política de Colombia establece en los artículos 2°, 5°, 13, 40 y 43.

- La 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.
- Ley 051 de 1981, reglamenta la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.
- Auto 092 de 2008. Dictado por la Corte Constitucional corresponde a una directriz del orden nacional tendiente al restablecimiento de Derechos de las Mujeres en situación de desplazamiento y al impacto desproporcionado del género en el marco del conflicto armado.
- Sentencia C-355 de 2006. Dicta para el territorio nacional la Despenalización de la Interrupción voluntaria del Embarazo (IVE) bajo tres causales: la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, exista la malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico, el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.
- La Sentencia T-585/10 garantizó a las mujeres en todo el territorio nacional "el derecho fundamental de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo como derecho reproductivo y las correlativas obligaciones de respeto y garantía en cabeza del Estado y los promotores y prestadores del servicio de salud".
- Ley 1413 de 2010, "Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas."

- Ley 1468 de 2011, “Por la cual se modifican los artículos 236, 239, 57, 58 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones. El congreso de Colombia Decreta: Artículo 1o. El artículo 236 del código sustantivo del trabajo quedará así: Artículo 236. Descanso remunerado en la época del parto.”

Referente Normativo Distrital:

- 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, Secreto Profesional, 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.

Referente Normativo Local:

LOCALIDAD	NORMATIVIDAD	LOCALIDAD	NORMATIVIDAD
Usaquén:	Resolución 096 del 2007	Chapinero:	Resolución 419 del 2008
Santa fé	Resolución 46 del 2008	San Cristóbal	Resolución 13 del 2007
Tunjuelito	Decreto CLOPS	Bosa	Resolución 18 de

	005 del 2006		2010
Usme	En proceso	Kennedy	Resolución 13 del 2008
Fontibón	Resolución 001 del 2008	Engativá	Resolución 002 del 2007 y Decreto del 2010
Suba	Resolución 007 del 2007	Barrios Unidos	Resolución 513 del 2009
Teusaquillo	En proceso	Los Mártires	Decreto 001 del 2010
Antonio Nariño	En proceso	Puente Aranda	Existe Consejo local de Mujeres
Candelaria	Resolución 001 del 2007	Rafael Uribe	Resolución 324 del 2007
Ciudad Bolívar	Resolución 007 del 2009	Sumapaz	Funciona dentro del Consejo Local de Mujeres

Componente LGBT

Constitución Política de Colombia

Artículo 1. Colombia es un Estado Social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 2. (...) Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 5. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.

Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Artículo 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.



Artículo 70. El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional. La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las personas que conviven en el país.

Artículo 93. Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.

Artículo 94. La enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes, no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos.

Jurisprudencia de la Corte Constitucional

Sentencia 1993	T-594	de	Derecho al libre desarrollo de la personalidad.
Sentencia 1994	T-097	de	Debido proceso administrativo, prácticas homosexuales en la Policía, derecho al buen nombre, derecho a la educación.
Sentencia 1994	T-504	de	Principio de publicidad, reserva del nombre, derecho a la intimidad personal y familiar.
Sentencia 1994	T 569	de	Derecho al libre desarrollo de la personalidad, límites, homosexualidad en el colegio.
Auto No. 041A/95			Medidas provisionales para proteger derechos de un menor intersexual.
Sentencia 1998	T-101	de	Derecho a la educación del homosexual.
Sentencia 1998	C-481	de	Régimen disciplinario para docente.
Sentencia 1999	SU 337	de	Derecho de personas intersexuales a decidir sobre tratamientos e intervenciones quirúrgicas – Intersexualidad
Sentencia 1999	C-507	de	Unión marital de hecho.
Sentencia 1999	T-551	de	Principio de publicidad del proceso. Armonización con intimidad del menor y familia.
Sentencia 1999	T-692	de	Derecho a la intimidad personal y familiar. Supresión de identificación del menor y progenitor en asunto de sexualidad humana.
Sentencia 2000	T-268	de	Derecho a la intimidad personal y familiar. Supresión de identificación del menor y progenitor en asunto de sexualidad humana.
Sentencia	C-431	de	FALTA DISCIPLINARIA-Utilización con suficiente precisión de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

2004			referentes morales objetivos -Determinación inequívoca de comportamiento sancionable y de sanción correspondiente.
Sentencia 2008	C-336	de	Derecho a ser beneficiaria/o de la pensión de sobrevivientes de la pareja del mismo sexo.
Sentencia 2008	C-798	de	Derecho/deber de asistencia alimentaria para parejas del mismo sexo.
Sentencia T-220/04			Derecho a la intimidad y dignidad humana de menores de edad.
Sentencia T-268/00			Personas homosexuales en espacio público.
Sentencia 2000	T-1390	de	Principio de publicidad del proceso. Armonización con la intimidad del menor y de su familia.
Sentencia 2002	C-373	de	Notario en propiedad. Nombramiento por concurso de méritos.
Sentencia 2002	T-435	de	Derecho a la libre opción sexual.
Sentencia 2002	T-1025	de	Medio de defensa judicial. Apreciación por el juez constitucional en relación con los derechos fundamentales de los niños.
Sentencia 2003	T-499	de	Derecho a la visita conyugal y al libre desarrollo de la personalidad del interno.
Sentencia 2003	T-808	de	Libre desarrollo de la personalidad. Vulneración por discriminación por tendencia sexual en Asociación Scout.
Sentencia 2003	T-1021	de	Sistema General de Salud.
Sentencia 2004	T-301	de	Derecho a la igualdad y test de proporcionalidad.
Sentencia 2004	T-1096	de	Derecho a la salud. Fundamental por conexidad con la vida digna.
Sentencia 2005	T-848	de	Establecimiento carcelario. Tratos crueles, inhumanos y degradantes en la requisita a internos y visitantes.
Sentencia 2007	C-075	de	Régimen patrimonial de compañeros permanentes.
Sentencia 2007	T-152	de	Derecho a la igualdad, trato discriminatorio, orientación sexual.
Sentencia 2007	C-811	de	Régimen de seguridad social en salud de pareja homosexual.
Sentencia 2009	C-029	de	Reconoce que los compañeros y compañeras permanentes de parejas del mismo sexo tienen los mismos términos que las parejas heterosexuales, en este sentido pueden constituir un patrimonio de familia inembargable, adquirir la





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	nacionalidad por adopción, cuentan con la garantía de no incriminación a sus compañeros o compañeras permanentes en los procedimientos: penal ordinario, penal militar y disciplinario, ser beneficiarios o beneficiarias del régimen de pensión y salud de la Fuerza Pública, tienen derecho al componente de servicios del subsidio familiar en servicios, el subsidio familiar de vivienda, las indemnizaciones del SOAT por muerte en accidente de tránsito.		
T 062 de 2011	Mujeres transgeneristas en cárceles colombianas		
Leyes, Decretos, Acuerdos, Directivas			
Decreto 100 de 1980	Por el cual se expide el nuevo Código Penal.		
Ley 54 de 1990	Por la cual se definen las uniones maritales de hecho y régimen patrimonial entre compañeros permanentes.		
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.		
Acuerdo 79 de 2003 de Bogotá	Por el cual se expide el Código de Policía de Bogotá.		
Directiva del 11 de junio de 2009 de la Policía Nacional	Directiva transitoria para la protección de la población LGBT en Colombia.		
Directiva Administrativa permanente No. 006/DIPON-INSGE-23.1 del 24 de febrero 2010 de la Dirección General de la Policía Nacional	Garantía y respeto a los derechos de las personas de los sectores LGBT.		
Política Pública			
Decreto 608 de 2007 de la Alcaldía Mayor de Bogotá	Por medio del cual se establecen los lineamientos de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas LGBT y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones		
Acuerdo 371 de 2009 del Concejo de Bogotá	Por medio del cual se establecen lineamientos de política pública para la garantía plena de los derechos de las personas LGBT y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital		
Resolución (XXXVIII-O/08) 2435	OEA	Derechos humanos, orientación sexual e	No discriminación por orientación sexual e identidad de género





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

		identidad de género (Aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 3 de junio de 2008)	
Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género.	ONU	Principios de Yogyakarta presentados el 26 de marzo de 2007 en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU.	Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.

3. Objetivos

OBJETIVOS GENERAL:

Mejorar la calidad de vida de las mujeres y las personas LGBTI en los territorios sociales de la ciudad a partir de afectar positivamente los determinantes de la salud aportando al reconocimiento, ejercicio, exigibilidad, garantía y reconocimiento del derecho a la salud plena en el marco de la promoción, prevención y vigilancia en salud pública

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Incorporar el análisis de enfoque de derechos de las mujeres y la perspectiva de equidad de género, identidad de géneros y orientaciones sexuales en los procesos y acciones de los componentes del Plan de Intervenciones Colectivas, promoviendo la lectura integral y permanente de necesidades de las mujeres y las personas LGBTI en los territorios sociales y la implementación de procesos y acciones basadas en afectaciones específicas en la salud derivada de dichos análisis.



2. Promover el reconocimiento, garantía, ejercicio y restitución de la autonomía y los derechos priorizados en las políticas pública de mujeres y equidad de género y política para la garantía plena de los derechos de las personas LGBT y sobre identidad de género y orientaciones sexuales, como parte de la producción, gestión social y bienestar individual y colectivo de la ciudad desde las particularidades territoriales.
3. Gestar procesos de transformación social, política, económica, y cultural que favorezcan el reconocimiento de las mujeres en su diversidad, la resignificación de los sujetos masculinos y de las personas LGBTI y la deconstrucción de las relaciones basadas en el género, la orientación sexual y las identidades de género que se presentan en las prácticas sociales, personales, institucionales y comunitarias.
4. Propender por el desarrollo humano integral, a través de la generación de habilidades, capacidades y oportunidades para la inclusión social y la no discriminación de las mujeres y las personas LGBT en los territorios sociales.
5. Generar e Implementar estrategias de promoción de la salud y bienestar integral, y la prevención de factores y condiciones que afectan el estado integral de salud de las mujeres y las personas de los sectores LGBT en los territorios sociales.
6. Generar desarrollos institucionales en los procesos, acciones, estrategias y metodologías en el marco de la transversalización del enfoque de equidad de género, identidad de género y orientaciones sexuales en los territorios sociales componentes del plan de intervenciones colectivas, para el reconocimiento, garantía y restitución del derecho a la salud plena de las mujeres y las personas LGBT.

5. MARCO SITUACIONAL

MARCO SITUACIONAL DE SALUD DE LAS MUJERES EN LA CIUDAD

En Bogotá, según las proyecciones poblacionales DANE para el 2012, la población Bogotana se encuentra en 7.571.345 de las cuales el 51% son mujeres, siendo Suba la localidad con mayor número de mujeres en la ciudad, seguida de Kennedy y Engativá. El 54% de la población adulta de la ciudad, que comprende edades entre 27 a 59 años de edad. La proporción de mujeres mayores según el

índice de masculinidad¹⁰, es de 74 hombres por cada 100 mujeres.

Según la Primera Encuesta Multipróposito para Bogotá 2011 (PEMB; p. 42) La tasa de analfabetismo para los hombres de 15 y más años es de 1,3%, en tanto que la tasa para las mujeres es de 1,9%, el analfabetismo es considerablemente mayor en las mujeres ya que en el estrato 1 la tasa de analfabetismo de los hombres es de 2,5%, la de la mujeres es del 4,2%. Datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, evidencian que el 36 por ciento de los hogares bogotanos tiene jefatura femenina, porcentaje mayor que el del país (34%).

En relación con la población desplazada Acción Social en datos 2011 muestra que el 51% son mujeres, de las cuales el 50% tienen la jefatura familiar, Sin embargo, otros estudios¹¹ arrojan cifras en las cuales las mujeres son el 53% de la población total, así mismo la jefatura del hogar recae en ellas en un 57% de los casos. Las diferentes configuraciones del ser mujeres desplazadas tiene efectos diferenciados que se ubican en las relaciones de poder y los cambios de roles que deben enfrentar en el momento de la huida y en la sobrevivencia, relacionadas con el ser mujeres productivas, cuidadoras en contexto de guerra y amenaza, con lo que la exposición al riesgo se acentúa¹² de manera desproporcionada entre hombres y mujeres.¹³

La pirámide poblacional de las personas con discapacidad muestra un comportamiento interesante en cuanto es mayor el número de hombres en las etapas de infancia y juventud, sin embargo, esta se invierte presentando de esta manera mayor número de mujeres adultas y mayores con discapacidad. De igual forma las mujeres tienden a cumplir el rol de cuidadoras que tradicionalmente se les asigna como “natural”. De esta manera, el porcentaje de mujeres cuidadoras tiende a ser más del 95% de las estadísticas, muchas de ellas en condiciones de pobreza y con salud precaria.¹⁴

El porcentaje de mujeres habitante de calle para Bogotá en 2007 es del 13.1% en relación al 86.7% de hombres con un total de 8.375 personas.¹⁵ Algunas

10 Universidad Nacional de Colombia. Línea de base para la formulación de a Políticas Pública de Envejecimiento y Vejez en el Distrito Capital. Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID. Convenio Secretaría Distrital de Integración Social SDIS – Fondo de Población de Naciones Unidas. Bogotá, D.C. Noviembre 2009.

11 FAMIG, CODHES, OIM. “Gota a Gota”. Desplazamiento Forzado en Bogotá y Soacha. Julio, 2007.

12 Meertens, Donny. “Género, Desplazamiento, Derecho”. Citado el 17 de enero de 2012. Disponible en: <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf>

13 Corte Constitucional. Auto 092 de 2008. Adopción de medidas para la protección a mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado.

14 DANE. Censo 2008. la proporción de mujeres con discapacidad representando un 59% de la población total registrada con relación a la proporción de hombres, que representa el 41%.

15 Secretaría de Integración Social. Instituto Distrital para la Protección de la Niñez IDIPRON. V Censo de Habitante de Calle.

entidades como el PNUD muestran que la menor prevalencia de mujeres habitante de calle se debe a que están menos expuesta al abandono. Además las mujeres antes de habitar la calle evidencian mayor facilidad para encontrar diferentes formas de conseguir dinero en cuanto al ejercicio de la prostitución y tareas de trabajo doméstico. Así mismo, otras hipótesis convergen en que esto se debe a los estereotipos de género en cuanto que el espacio público simbólicamente es de dominio masculino.

Situación de Salud:

La Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011, (EDDS) identifica que las mujeres en Bogotá inician sus primeras relaciones sexuales a la edad de 18 años, la mediana de edad al nacimiento del primer hijo es de 23.5 años en las localidades de siendo Sumapaz con la mediana mas baja en 20.2 años de edad, seguida de Ciudad Bolívar y Usme, lo que evidencia que el índice de riqueza afecta directamente. El 55% de las mujeres labora en el sector de ventas y servicios. Cuando las mujeres trabajan el 25 % de estas lleva su hijos o hijas a trabajar.

La tasa general de fecundidad es de 61 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil, así como un promedio de 1.8 hijos por mujer entre los 20 y 29 años de edad; las localidades con mayor tasa de fecundidad son Sumapaz, Bosa y Ciudad Bolívar con una tasa general mayor a 2.3 hijos, de igual forma, el nivel educativo incide en la disminución de la fecundidad, ya que se evidencia que las mujeres sin educación tienen una tasa de 4.1 hijos, en relación con las de nivel educativo alto con una tasa de fecundidad de 1.4. De los nacimientos, el 49% de embarazos no fue deseado. El uso de métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres en unión libre es la esterilización femenina con un 32%, paralelo a ello las mujeres que no están en unión, utilizan el mayor medida el condón con el 24%. El 51% de las usuarias actuales de métodos manifestaron haberlos obtenido en hospitales, clínicas, instituciones y puestos de salud, constituyéndose en los principales proveedores de métodos de planificación familiar en Bogotá.¹⁶

Las mujeres adolescentes que ya son madres o que alguna vez estuvieron embarazadas son el 12,1 %, con una afectación mayor al promedio en localidades como Ciudad Bolívar y San Cristobal. El 7% de mujeres de 15 a 24 años tuvo relaciones de alto riesgo con personas mayores diez años o mas que ellas. Entre los años 2007-2010; se muestra una disminución total de casos para las edades de 10 a 14 años, pasando de 526 casos en el 2007 a 494 para el 2010 que sigue siendo alarmante. Un comportamiento semejante para las edades de 15 a 19 años con una disminución en el cuatrienio. Avanzar en la disminución del embarazo adolescentes, así como tomarlo desde la perspectiva de desarrollo

¹⁶ Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011.

humano trascendiendo de una mirada asistencial frente a fenómenos biológicos del embarazo, implica mirar el contexto social en que viven las mujeres para potenciar sus proyectos de vida, no solo desde una mirada asistencial de servicios de salud sino mas allá de su condición de ser madre, potenciando capacidades como mujeres.

En Colombia fallece una mujer por cada 3 casos nuevos de cáncer de mama reportados (American Cancer Society 2006); para el año 2010 se registraron 116 muertes por cáncer de mama, posicionándola así en primer lugar seguido del cáncer de cuello uterino y cáncer de estomago, esto evidencia que hay mayor número de mujeres adultas y adultas mayores afectadas por condiciones crónicas y en especial en los tipos de cánceres antes mencionados que conllevan a condiciones de discapacidad. El 95% de cuidadoras de personas con discapacidad son mujeres (DANE 2008). La EDDS 2011 encuentra que las razones más frecuentes para no hacerse la citología son el miedo y temor (40 por ciento) particularmente entre las mujeres sin educación (79 por ciento), y la pereza o el descuido (27 por ciento), . La Encuesta también muestra que frente a la realización de la citología cervicouterina, del total de mujeres entre 18 y 69 años que se hicieron la citología, el 92 por ciento lo hizo en una institución de salud del sistema de aseguramiento, el 4 por ciento en un consultorio particular, el 2 por ciento en Profamilia y el 2 por ciento en la Liga Colombiana contra el Cáncer.

La mortalidad materna es de 92.8 a 34.9 muertes por cada cien mil nacidos vivos (DANE – SDS, 2010), considerado como uno de los eventos más graves en relación las inequidades de género en Salud Pública; el estado de contagio sobre VIH, para el I trimestre de 2011 fue de 3.9 hombres a 1 mujer (SIVIGILA); Según la EDDS 2011, solo el 49% de las mujeres sabe que puede transmitir el VIH por la lactancia, con la gravedad que el 54% de las mujeres bogotanas no se han realizado la prueba del VIH/SIDA. La misma fuente señala que entre los 20 y 24 años, las mujeres separadas con educación básica y bajo nivel de ingresos son los que reportan mas ITS.

En cuanto a Trastornos de Conducta Alimentaria para el periodo 2006-2010, se encontró una concentración en el rango de edad de 19 a 26 para el diagnóstico de Anorexia y entre 15 y 18 años para la Bulimia, con mayor prevalencia en las mujeres, donde del total de atenciones corresponden a un el 87% según el Sistema de Información de Prestaciones Sociales, de la Secretaría de Salud en el año 2011. (RIPS).

La violencia contra las mujeres según la OPS es un problema de salud pública por la dimensión del fenómeno. Para el año 2010 el 63,4% de las víctimas de cualquiera de los seis tipos de violencia incluidos en el SIVIM corresponden al género femenino (n= 25688). Un hecho similar se registra durante el periodo anual de 2011 en donde el 64,8% de las víctimas también son mujeres. En el caso de la agresión física para el año 2011 la proporción alcanza el 72,2% en mujeres, con respecto a la violencia sexual para el periodo anual de 2011 una proporción similar del 82,5% corresponde a mujeres agredidas sexualmente (SIVIM). La EDDS evidencia que del total de mujeres víctimas de violencia solo el 38% han buscado ayuda y de este solo el uno por ciento en las instituciones de salud.¹⁷

El 2% de las mujeres que participaron en charlas sobre homosexualidad y negociación con la pareja y el 1% de las participantes en charlas sobre desigualdad de género, aborto y violencia y abuso sexual, las consideraron malas. (EDDS; Cap. 16; p. 336). Un poco más del 50% del total de las mujeres entrevistadas en la EDDS, entre 13 y 24 años de edad consideran que les ha hecho falta educación para la sexualidad, principalmente las mujeres que ya son madres, con el menor nivel educativo y actualmente en unión libre.

De acuerdo al estado de embarazo y maternidad, la EDDS 2011 evidencia que la mayor permanencia en el sistema educativo en relación con la participación de las mujeres en actividades educación para la sexualidad, contribuye a la reducción del embarazo: ya que crece progresivamente el porcentaje de mujeres que han recibido información y no han estado en embarazo y disminuye el porcentaje de mujeres que no han recibido información y ya son madres.

El 9% de las mujeres que se hicieron una interrupción del embarazo acudieron a un médico particular y el 88% fue atendida en una institución de salud. El conocimiento sobre situaciones de despenalización del aborto de las mujeres menores de 25 años (83%) encuestadas, evidencia que de las tres causales sobre la Interrupción voluntaria del Embarazo, la más conocida es cuando la mujer ha sido violentada sexualmente. Las mujeres que han tenido educación para la sexualidad incrementan de 15 a 20 puntos porcentuales el conocimiento de las causales, aumentando el conocimiento de la sentencia C-355 de 2006 con la edad de las mujeres. Sobre el derecho a solicitar aborto en la EPS cuando la mujer ha sido víctima de violación, sólo al 25% de las mujeres les hablaron sobre su derecho al aborto en caso de una violación. La participación en actividades educativas aumenta 15 puntos porcentuales la posibilidad de recibir esta información. (EDDS; 2011; Cap:16; P:338,339). Entre el total de las mujeres que han sido violentadas sexualmente, al 26% le hablaron sobre su derecho a las interrupción voluntaria del embarazo.

17 Profamilia. Encuesta Distrital de Demografía y Salud. 2011 Cap. 13 pág. 265.

Del total de las mujeres entrevistadas en la Encuesta Distrital de Demografía y Salud, que reciben información acerca del Virus del Papiloma Humano (VPH), superan en solo 22 puntos porcentuales a la mujeres que no la recibieron, así como tan solo, el 6 % de mujeres entrevistadas tienen la vacuna contra VPH. A las mujeres que le hablaron de prevención del ITS y Sida en centro de salud fue de un 33 %, este porcentaje aumenta para las que han recibido educación para la sexualidad, así como directamente proporcional a la edad. (EDDS; 2011; Cap:16; P:341,342).

Aseguramiento

Según el Informe de estadística de población afiliada al régimen subsidiado 2012 de la SDS por localidad, mayoritariamente son mujeres quienes puntúan con un total de 11.876 afiliadas en relación a los hombres con un número de 10.405 afiliaciones. Las localidades que mayor porcentaje de mujeres tiene aseguradas son Ciudad Bolívar, seguida de Bosa y Kennedy. Sin embargo, atender mujeres no significa incorporar en los servicios el enfoque de género. Es obvio que la población de cualquier ciudad o municipio son hombres y mujeres y no es esto, precisamente, lo que la categoría género pretende mostrar. Lo que le da lugar y sentido al género es el hecho de ser una herramienta analítica que enriquece la lectura de las realidades sociales.

La EDDS 2011 arroja datos sobre la afiliación al sistema de salud de las mujeres, que es 3 puntos más alta que la de los hombres, 89 y 86 por ciento, respectivamente. El porcentaje de personas que consultó sobre su salud en el último año fue de 79 por ciento, habiendo sido la consulta femenina de 84 por ciento y la masculina de 73 por ciento. La consulta aumenta con la edad, acelerándose el crecimiento a partir de los 60 años

Si bien se evidencia que la mayoría de las acciones en salud están orientadas a las mujeres, porque, claramente la demanda de las mujeres ante el sector es representativa por varias razones lo cual no significa que se está atendiendo a las mujeres desde el enfoque diferencial y con perspectiva de género por cuanto:

1. Son quienes cuidan de otros y otras, por ende acuden a los servicios con mayor frecuencia Los servicios tienen un marcado sesgo en la atención con relación a la reproducción y, obviamente, dicha función biológica está a cargo de las mujeres;
2. Las mujeres son homologadas con la institución social familia y gran parte del funcionamiento y la estabilidad de esta, especialmente en términos simbólicos, está a su cargo.
3. Las mujeres corresponden al 53% de la población de Bogotá.

NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS DE MUJER

En relación a los análisis de calidad de vida y salud para las mujeres, en los procesos de investigación del equipo de la transversalidad de Género componente mujer durante las últimas vigencias, se ha encontrado con representatividad los siguientes Núcleo Problemáticos:

- Las acciones relativas a las mujeres en la ciudad **están basadas en un enfoque familista**. Es decir, las acciones dirigidas a las mujeres **no** son homologables con las dirigidas a las familias o sus hijos e hijas. Los análisis estadísticos y cualitativos desde el enfoque de género muestran de manera clara la situación de salud de las mujeres y cómo el hecho de ser homologadas a la familia, a su rol de madres, de esposas supone claros sacrificios en términos de desarrollo humano, de seguridad humana, de dignidad y calidad de vida.
- **Las mujeres no son un grupo poblacional** sino que integran los diferentes grupos poblacionales. Esta distinción es clave en tanto que el género no constituye sólo una variable demográfica sino una categoría de análisis para las lecturas de condiciones de calidad de vida de las mujeres en todos los ámbitos sociales.
- La alusión a lo reproductivo **como escenario exclusivo** de las acciones en salud para las mujeres debe ser superado.
- Las violencias contra las mujeres que se exacerbaban en situaciones y condiciones como desplazamiento forzado, discapacidad y adolescencia.
- Embarazo en adolescentes en relación con la ausencia de acciones que permitan el desarrollo humano de las mujeres en relación con su cuerpo y autonomía;
- Barreras de acceso y obstáculo para la información y atención frente a la aplicación de la Sentencia c- 355 de 2006 (Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE);
- Alta morbi-mortalidad por cáncer de cuello y cáncer de seno y mortalidad materna.

MARCO DE SITUACIONAL DE PERSONAS DE LOS SECTORES LGBT

Durante el proceso y desarrollo de las acciones en los últimos años de implementación de la política pública para la población LGBT, desde el sector salud, por medio de el trabajo realizado con comunidad durante el cuatrenio 2007-2011, se evidencia empíricamente y por medio de los procesos de sistematización etnográfica de los y las profesionales a cargo en lo territorial se identifican que:

- El sector salud, no ha estado ajeno a formas de discriminación institucionalizada hacia la población LGBT, es así como activistas,

organizaciones LGBT y personal de salud sensibles al tema, encuentran que la atención institucional no es la adecuada para las necesidades y particularidades en salud de las personas de los sectores LGBT. En el caso de las mujeres lesbianas, por ejemplo, ellas encuentran que la atención en salud presume una heterosexualidad en la atención ginecológica que puede conducir a tratos inadecuados y degradantes (Colombia Diversa, 2005: 52). Creencias sobre la sexualidad de mujeres lesbianas hacen además suponer que no corren riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (Colombia Diversa, 2008), lo cual refleja el desconocimiento general de las necesidades de salud de estas mujeres y de la falta de una prestación de servicios que las tenga en cuenta.¹⁸

- Existe desconocimiento sobre el tema de Identidad de Género y Orientación sexual, en términos de conceptualización, de identificación de la población y de acercamiento a la misma en sus diferentes contextos, pero además de toda la parte legislativa y normativa que garantiza y propende por los derechos de la población LGBT.
- El personal de los servicios de atención en salud refieren que es difícil, separar lo personal de lo profesional: *“aunque sabemos que como funcionarios públicos tenemos una responsabilidad social, marcan muchos aspectos de valores morales que aún no permiten aceptar del todo a esta población, a pesar que sabemos que son seres humanos, que tienen derechos y que se les debe garantizar, aún mucho no estamos preparados”*¹⁹.
- No se cuenta con lecturas de necesidades que permitan reconocer las problemáticas y necesidades específicas de la población LGBT, para así poder reorientar las intervenciones de la E.S.E.
- Presencia de prácticas discriminatorias y excluyentes en servidoras, servidores públicos y en las instituciones en general (negación o prestación inadecuada de servicios, abusos de poder, aplicación selectiva de la ley, etc.)
- Falta de procedimientos y formas de atención institucional que tengan en cuenta las necesidades particulares de las orientaciones sexuales no heterosexuales o identidades de género transgeneristas y que registren y respondan de manera adecuada a sus demandas, necesidades y vulneraciones de derechos.
- Ausencia de desarrollos normativos particulares o no aplicación de marcos legales existentes para la garantía de derechos de las personas de los sectores LGBT.

18 Secretaría Distrital de Salud. Documento sobre barreras de acceso de población LGBT frente al derecho a la salud. Díaz M., C. Bogotá, 2010.

19 Secretaría Distrital de Salud. Grupo focal de las y los profesionales de salud de las Empresas Sociales del Estado (Chapinero, Vista Hermosa, Bosa, Centro Oriente) coordinada y aplicada por Carlos Alejandro Díaz (Charlotte). Bogotá, marzo 2009.

- Dificultad de contar con información precisa que permita generar acciones puntuales tendientes a disminuir las barreras de acceso y las brechas de inequidad, debido a que no se cuenta con formatos en ninguna de las intervenciones del Hospital, o en los sistemas de registros en salud, en donde se logre identificar a las personas de los sectores LGBT, pues estos a lo sumo solamente plantean sexo: hombre – mujer.
- El sistema de salud y su modelo de atención dependen de normas, protocolos, guías, resoluciones, circulares y leyes del orden nacional que en muchos casos limitan el avance en la garantía del derecho a la salud plena y la calidad de vida de las personas LGBT en Bogotá, además que imposibilitan la atención desde el enfoque diferencial, ubicándose en un modelo asistencial permeado por patrones culturales patriarcales, donde la transexualidad es vista como una patología o trastorno psiquiátrico, los hombres gays y los hombres que tienen sexo con otros hombres como un puente en la transmisión y feminización de la epidemia de VIH/sida en Colombia, la población LGBT es asociada o reducida únicamente a situaciones de salud sexual o en el marco solo de las sexualidades, donde las cirugías o transformaciones corporales de los y las trans no se ve como algo indispensable en la construcción o reafirmación de la identidad y como indispensable para una adecuada salud mental libre de estresores psicosociales que impacten o afecten la salud individual y la colectiva trans. No existiendo en el Plan Obligatorio de Salud (POS) procedimientos que permitan avanzar en la reasignación de sexo, ya que la misma al igual que otras transformaciones son vistas como cirugías estéticas. Por ende el modelo nacional de atención en salud, asistencial a per se, riñe con el modelo de atención de la ciudad de Bogotá centrado en los derechos humanos.
- La población de los sectores LGBTI viven en condiciones y situaciones particulares y colectivas que tienden a estilos de vidas no saludables asociadas a extrema fragilidad social relacionadas con las construcciones y vivencias de la identidad de género y orientaciones sexuales y a determinantes sociales estructurales relacionados con inequidad o desigualdad social.
- Las personas de los sectores LGBTI enfrentan en los espacios de vida cotidiana familiar, escolar, laboral, institucional, IPS, Estigmas, prejuicios, discriminaciones sutiles y tacitas, estresores psicosociales que hacen que la calidad de vida y la salud se vean comprometidas.
- En las trans femeninas encontramos niveles elevados de analfabetismo, desescolarización, deserción escolar debido a las construcciones que realizan y a las normas rígidas plasmadas en los manuales de convivencia escolar que niegan las construcciones de identidad de géneros y el respeto a la identidad y la diversidad y que generan abandono del sistema educativo e impactan en su salud y calidad de vida.

- Las personas LGBTI realizan construcciones de identidad de género y orientaciones sexuales que entran en contradicción con las normas heterosexistas imperantes en las familias, obligándolos (as) muchas veces a ocultar sus identidades o si deciden asumirlas les provoca en muchos casos el rechazo familiar, el abandono o la exclusión así como crisis psicosociales particulares o de la familia.
- En las trans femeninas encontramos falta de oportunidades laborales, que hacen que se muevan en el mercado de la informalidad (ejercicio de la Prostitución, Estilismo, Show Performance Culturales o eróticos en Bares y Discotecas de Homosocialización), en muchos de esos contextos sin garantías laborales, mediando la explotación, la trata, la endodiscriminación, etc. Así como las trans femeninas existen construcciones de cuerpos desde una estética corporal femenina que les impone someterse a riesgos en las transformaciones corporales en pos de acercar su cuerpo al ideal mental femenino acorde a lograr una “salud mental”, asociada a roles de géneros y estereotipo del deber ser.
- En el caso de las mujeres lesbianas no se ha explorado las necesidades en materia de salud sexual, creencias o mitos asociadas a las prácticas sexuales han hecho que no se vea la importancia de la citología, que se crea que las mujeres lesbianas no son vulnerables a las ITS-VIH/sida.
- Algunas personas trans femeninas y masculinas acuden a transformaciones corporales inadecuadas, hay consumos de hormonas automedicadas, procesos invasivos en sus cuerpos que realizan sin acompañamiento médico.
- Algunos hombres gays y bisexuales acuden a sitios de homosocialización (Bares, saunas, discotecas, videos pornos), en esos sitios se realizan prácticas sexuales inseguras, hay consumo de sustancias psicoactivas como la marihuana, la perica, éxtasis o anfetaminas, popers, se presentan intoxicaciones por escopilamina, consumo de alcohol, hay inseguridad, robos o atracos de clientes por bandas o personas que delinquen.
- Las uniones maritales de hecho, la conformación de parejas en personas LGBT también vivencian conflictos como la violencia intrafamiliar, la violencia sexual, la violencia de género, la violencia por identidad de género y orientaciones sexuales, el maltrato y muchas otras situaciones o problemáticas de convivencia. También es importante señalar que no se da únicamente relaciones monogámicas sino hay relaciones u uniones poligámicas, es frecuente encontrar en lesbianas, bisexuales y en gays “trijejas”, uniones de tres personas del mismo sexo, o uniones de personas del mismo sexo y del sexo opuesto en número de tres. En el caso de las mujeres trans encontramos relaciones u uniones de mujer “biológica” con una trans femenina, unión de trans masculino con mujer “biológica”, unión de trans masculino con trans femenina, unión de trans femenina con trans femenina, pero por lo general vemos trans femeninas en uniones de

noviazgo u unión libre o en relaciones sexuales eventuales con hombre heterosexual o unión de trans masculino con mujer “biológica”.

NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS DE ORIENTACIONES SEXUALES IDENTIDADES DE GÉNERO

A través de los procesos investigativos liderados por la Secretaria Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado se identificaron algunos núcleos problematizadores en la población LGBTI a través de diversas técnicas participativas y otras fuentes secundarias:

- Estigmas, prejuicios, discriminaciones sutiles y tacitas, vulneraciones de derechos, crímenes de odios, imaginarios sociales y fobias en la población bogotana, así como violencias y abusos en diversos contextos de la vida cotidiana hacia personas LGBTI que impactan en la salud particular y colectiva de sujetos y sujetas LGBTI en el distrito.
- Inexistencia de indicadores de género, identidad de género y orientaciones sexuales en los sistemas de registros locales, distritales, en la lectura de necesidades y proyección de respuestas sociales desde TVS, PDA, Etapas del Ciclo Vital, Ámbitos y en los procesos del sistema de vigilancia y control en salud pública, que permitan contar con información desagregada sobre la salud de las personas LGBTI.
- Dificultades en la accesibilidad, calidad de los servicios e integralidad por fobias, discriminaciones y vulneraciones de derechos fundamentadas en las identidades de género y las orientaciones sexuales.
- Débil ejercicio en la práctica de la ciudadanía, libre desarrollo de la personalidad, la autonomía de personas LGBTI, por barreras internas y externas limitando el desarrollo integral, la calidad de vida y la salud de los mismos.
- Presencia de estresores psicosociales en las construcciones identitaria de personas LGBTI, impactando de manera negativa en la salud de los sujetos y las sujetas.
- Ambientes y entornos sociales poco favorables, no saludables e inseguros para las personas LGBTI.
- Inadecuadas transformaciones corporales de mujeres y hombres transgeneristas por la no existencia de protocolos de hormonización, protocolos de reasignación de sexo, protocolos de atención biopsicosocial de personas trans e intersex y otros servicios amigables para personas trans intersexuales.



- Alta prevalencia de las ITS-VIH/SIDA, en hombres gays, hombres bisexuales, en transgeneristas femeninas, desconocimiento del comportamiento de las ITS-VIH/sida en mujeres lesbianas y bisexuales y presencia de factores de riesgos y fragilidad social frente a la Salud Sexual y Reproductiva de personas LGBTI.

6. DESCRIPCION DE LA OPERACION

RESPUESTA LOCAL EN TERRITORIOS SALUDABLES

PROCESO CENTRAL	SUBPROCESO	RECOMENDACIONES
PLANIFICACIÓN DE LA SALUD	Identificación, caracterización, territorialización y priorización	Identificación de las mujeres y personas con diversidades sexuales no normativas, en las diferentes etapas de ciclo vital a nivel territorial; con el fin de aplicar una respuesta integral y diferencial teniendo en cuenta el riesgo, necesidades de atención, la condición y situación (desplazamiento, discapacidad, pertenencia étnica).
	Análisis de situación de salud y calidad de vida	Revisión de documentos de análisis de situación de salud de las mujeres y personas con diversidades sexuales no normativas que se han construido en la SDS; teniendo en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> - El análisis de situación debe ser complementario entre el análisis epidemiológico y el de la determinación social; y ser apropiado por todos los equipos territoriales. - Articulación y complementariedad entre los análisis locales y el distrital de la situación de las mujeres y las personas con diversidades sexuales no normativas. - El análisis debe evidenciar la relación territorio-población
	Plan local de acciones colectivas y planes territoriales	Articulación en la planeación de acciones del plan local de acciones colectivas, el plan territorial y el Plan del Comité Operativo Local de Mujer y Género y en donde se establezca el



		posicionamiento de las instancias de las personas de los sectores LGBTI
RESPUESTA A NECESIDADES EN EL TERRITORIO	Acceso equitativo de las personas a servicios sociales y de salud	Canalización efectiva a servicios de salud (promoción, prevención, atención y rehabilitación) y servicios sociales (de carácter intersectorial) de acuerdo a las necesidades, problemáticas y la condición y situación de las mujeres en todas su diversidad y las personas de los sectores LGBTI en todas las etapas de ciclo vital teniendo en cuenta condición, situación, identidad étnica, en el marco de la equidad de género. Verificación de afiliación al SGSSS de las mujeres en fragilidad social y de las personas de los sectores LGBTI.
	Promoción de la movilización y participación social y comunitaria	Gestión de los equipos territoriales frente a las necesidades de las mujeres en toda su diversidad y las personas de los sectores LGBTI en las diferentes etapas de ciclo vital con abordaje intersectorial (instancias a nivel local). Acompañamiento y seguimiento a las diferentes iniciativas ciudadanas de las mujeres y de las personas de los sectores LGBTI.
	Acciones Promocionales Y Preventivas	Las acciones prioritarias (eso no quiere decir únicas) para las mujeres son: Violencias contra las mujeres, Interrupción Voluntaria del Embarazo, incluyendo acceso a la pildora de anticoncepción de emergencia, Embarazo adolescente, Virus del Papiloma Humano, feminización del VIH, Cáncer de mamá y cuello uterino, enfermedades crónicas, salud mental, condiciones laborales Población de los sectores LGBT son: VIH, ITS, SPA, salud mental, condiciones laborales.
	Vigilancia en Salud Pública	Transversalización del Componente de VSP en las acciones desarrolladas para



		el PIC y POS con énfasis en las mujeres, y de las personas de los sectores LGBTI.
GESTIÓN INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA	Gestión de las políticas públicas	Gestión en Comité Operativo Local de Mujer y Género, así como las diferentes instancias locales (mesas, comites, etc) según cada territorio donde se posicionan las personas de los sectores LGBTI (Ver guía operativa Comité Operativo Local de Mujeres y Equidad de Género y las instancias donde se posicionan los derechos de las personas de los sectores LGBTI).
	Gestión administrativa de los recursos del PIC	No aplica
	Gestión de la información del PIC	Sistematización y análisis de información de acuerdo al sexo, su orientación sexual y su identidad de género
	Fortalecimiento de habilidades y capacidades en salud pública	Capacitación sobre temas prioritarios en salud pública (Ver guía metodológica subproceso 3.4.fortalecimiento capacidades y habilidades en salud pública). Revisión y apropiación de los Lineamientos PIC 2012 y en particular del lineamiento para la incorporación del enfoque poblacional en el plan de intervenciones colectivas- PIC 2012. Revisión y apropiación de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.
	Seguimiento y evaluación del PIC	Seguimiento a la articulación efectiva de las acciones entre el PIC y el POS con énfasis en las necesidades en salud de las mujeres y de las personas de los sectores LGBTI. Seguimiento a las acciones que se realizan con las mujeres y personas de los sectores LGBTI en los diferentes escenarios de vida cotidiana teniendo en cuenta sus necesidades, condiciones y situaciones, identidad.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

		Verificar que las acciones del PIC y del POS le aporten a la implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género y la política de por la garantía de los derechos de las personas LGBT en la localidad.
--	--	--



GUÍA OPERATIVA COMITÉ OPERATIVO LOCAL DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO Y LAS INSTANCIAS DONDE SE POSICIONAN LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS DE LOS SECTORES LGBTI

Subproceso Gestión de Políticas Públicas

ACTIVIDADES	SUBPRODUCTOS	MEDIOS DE VERIFICACION	INDICADORES
Participar en la construcción, implementación, seguimiento y evaluación del plan de acción del Comité Operativo Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI	Plan de acción del Comité Operativo Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI	Documento de plan de acción del Comité Operativo Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI Actas de reunión que permitan verificar las actividades realizadas.	% de cumplimiento del plan de acción del Comité Operativo Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI
Participar en la elaboración y actualización del diagnostico de situación de las mujeres y de las personas de los sectores LGBTI, aportando información desde el enfoque de equidad de género (lenguaje icluyente) desde el sector salud y participando en el análisis de dicha información	Aportes para la actualización del diagnostico de la situación de las mujeres y de las personas de los sectores LGBTI a nivel local entregado de manera oficial, tomando como base el ASIS elaborado por la ESE. Aportes desde el Comité Operativo Local de Mujer y Género y las	Soporte de entrega oficial de aportes desde el sector salud para la actualización del diagnostico de situación de las mujeres y de las personas de los sectores LGBTI (Documentos de información cuantitativa y cualitativa). Documento de aportes desde el Comité Operativo	% de aportes en la elaboración y actualización del diagnostico local de la situación de las mujeres y de las personas de los sectores LGBTI % de aportes desde el Comité Operativo Local de de Mujer y Género y las



	instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI que nutra la construcción del ASIS de la ESE.	Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI que nutra la construcción del ASIS.	instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI a la construcción del ASIS.
Aportar desde el sector salud en las diferentes actividades que se deriven para la implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género y la garantía de los derechos de las personas de los sectores LGBTI.	Plan de acción de implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género y la garantía de los derechos de las personas de los sectores LGBTI.	Actas de reunión Planes de acción de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género y la garantía de los derechos de las personas de los sectores LGBTI en la localidad.	%de construcción del Plan de acción de la implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género y la garantía de los derechos de las personas de los sectores LGBTI en la localidad.
Participar en la construcción de agendas sociales para las mujeres y las personas de los sectores LGBTI de la localidad.	Aporte desde el sector salud a la construcción transectorial de Agenda social en lo relacionado con las mujeres y las personas de los sectores LGBTI.	Plan de acción para la construcción de la agenda local en lo relacionado con mujeres y las personas de los sectores LGBTI de la localidad Documento de aportes a la construcción de agenda social relacionado con la mujeres y las personas de los sectores LGBTI	% de aporte a la construcción de la agenda social para mujeres y las personas de los sectores LGBTI de la localidad.



		de la localidad.	
Aportar en la construcción de los informes semestrales que contengan los resultados o avances de la gestión del Comité Operativo Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI.	Documento con los aportes desde el sector salud al Informe semestral de la gestión del Comité Operativo Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI.	Soporte de la entrega oficial de los aportes al informe semestral.	% aportes desde el sector salud a la construcción del informe de gestión del Comité Operativo Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI.
Participar en la elaboración de los informes requeridos por el CLOPS, con los aportes desde el sector salud.	Documento con los aportes desde el sector salud a los informes requeridos por el CLOPS.	Soporte de la entrega oficial de los aportes a los informes requeridos por el CLOPS.	% de aportes desde el sector salud a la elaboración de los informes requeridos por el CLOPS.
Posicionamiento político del Programa Ampliado de Inmunizaciones en el Comité Operativo Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI: Apoyo en la movilización y difusión del	Presentación realizada en el Comité Operativo Local de Mujer y Género y las instancia local donde se posicionen los derechos de las personas de los sectores LGBTI que debe contener : avances del programa por localidad y propuestas de mejoramiento del mismo si se	Actas de reuniones documentos, presentaciones.	# de reuniones con temas de PAI en la agenda # de reuniones donde se realizo presentación del programa.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

programa en este espacio.	requiere		
---------------------------	----------	--	--

2. ASPECTOS DE LA OPERACIÓN

ESPACIOS DISTRITALES LGBT DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

- Mesa Intersectorial de diversidad sexual, Mesa local LGBT (de acuerdo al territorio)
- Mesa distrital por el trabajo digno y decente de las personas LGBT
- Consejo Consultivo LGBT
- Comité Interinsitucional de reacción Inmediata
- Alianza por la ciudadanía plena de personas con orientaciones sexual e identidades de género no normativas, con la administración distrital.
- Mesa Distrital y Local de Sexualidad y Género

ESPACIOS DISTRITALES DE MUJERES DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

- Mesa de Trabajo de Mujer y Género, Comité Local de Mujer y género
- Consejo Consultivo de Mujeres
- Mesa distrital por el derecho a una vida libre de violencias hacia las mujeres, comités locales de seguridad para las mujeres (de acuerdo con el territorio).
- Mesa distrital por el derecho a la salud plena de las mujeres

BIBLIOGRAFIA

Alcaldía Mayor de Bogotá, Política pública de mujer y género, ABC de la política pública de mujer y género. Bogotá D.C., 2004.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género en el Distrito Capital 2004 - 2016 Bogotá, 2004. p. 12

Alcaldía Mayor de Bogotá. Política pública de mujer y género. "Vivir sin violencias, vivir sin miedo es nuestro derecho". Documento presentado en el acto conmemorativo del 25 de noviembre Día de la No violencia hacia las mujeres. Bogotá, 2007

Alcaldía Mayor de Bogotá. Protocolo por una comunicación libre de sexismo. Para profesionales de la comunicación de las entidades públicas y periodistas del Distrito Capital.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (04 de Mes de 2010). Régimen Legal de Bogotá D.C. Recuperado el 05 de Mayo de 2010, de Régimen Legal de Bogotá D.C.: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39454>

Boyco Choinio Patricia. Ampliar la mirada de género y desarrollo. Ponencia presentada en el seminario taller "Desarrollo con inclusión y equidad. Sus implicancias en el desarrollo de lo local" (Córdoba, Junio de 2004) Citada en Política pública de mujer y género, Economía del cuidado, Relatos de siembra, 2007.

Bourdieu, Pierre. 1970. La Dominación Masculina. Editorial Taurus. Madrid.

Corte Constitucional de la República de Colombia. Sentencia T-585/10 Referencia: expediente T-2.597.513 Acción de tutela instaurada por AA contra el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. Magistrado Ponente: Dr. HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO Bogotá D.C., veintidós (22) de julio de dos mil diez (2010). Bogotá.

Corte Constitucional de la República de Colombia. (10 de Mayo de 2006). Sentencia C-355/06. Bogotá, Colombia.

Mesa Intersectorial de Diversidad Sexual, Documento de balance y perspectivas política publica LGBT 2008_2011

OPS. Organización Panamericana de la Salud. Política de Igualdad de Género. 2005. OPS. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy. La agenda del mañana.

Resumen Analítico. 2009. Política pública de mujer y género. (2004). ABC de la política pública de mujer y género. . Bogotá D.C.

OPS. “Política de igualdad de género” Washintong. Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005

OMS. “Género, mujer y salud: incorporación de una perspectiva de género al marco general de las políticas y programas de la OMS. Consejo Ejecutivo. Reunión 116. Punto 4.4. 12 de mayo de 2005.

OMS. “Subsanar las desigualdades de género de una generación”. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final. Ginebra – Suiza. 2009.

Protocolo por una comunicación libre de sexismos expedido por la Política Pública de Mujeres y Género 2008

Rodríguez Enríquez, Corina. Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones. (CEPAL, 2005). Citada en: Política pública de mujer y género, 2007. Política pública de mujer y género, Economía del cuidado. Relatos de siembra. 2007.

Santos Velásquez, Luis. Masculino y femenino en la intersección entre el psicoanálisis y los estudios de género. Universidad Nacional de Colombia, 2009.

Secretaría Distrital de Salud. Plan Distrital de Salud del Distrito Capital. 2008.

Secretaría Distrital de Salud. Documento sobre barreras de acceso de población LGBT frente al derecho a la salud. Díaz Martín Carlos Alejandro, 2010.

Secretaría Distrital de Salud. Documento Lineamientos del Plan de Acciones Colectivas - Transversalidad Género y Diversidad Sexual. Fletscher Fernández Constanza, Díaz Martín Carlos Alejandro, 2008.

Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Mujer, géneros y diversidad sexual. Dirección de derechos, desarrollo y equidad de género para las mujeres. (2009). Documento de trabajo por derechos Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género.