

ANEXO TÉCNICO ACCIONES DIFERENCIALES DE LAS MUJERES EN SALUD

Abordar la salud de las mujeres es un proceso que se entrecruza por diferentes derroteros de una sociedad en la que esta de implícita la cultura patriarcal acompañada de las visiones en salud dominantes, como las biomédicas orientadas a la ausencia de enfermedad, y las positivistas, que forjan su atención a un modelo ideal de bienestar. En este contexto, las acciones desde el sector salud, se abordan desde la estrategia promocional de calidad de vida y salud (EPCVS), que se guía por la determinación social y evidencia el género como categoría de análisis para la transversalización de acciones desde salud pública, buscando contribuir a eliminar las inequidades históricas entre hombres y mujeres.

El sexo y género son interrelaciones biológicas y sociales que deben ser análisis independientes entre sí pero no separadas de la salud, y que por lo tanto cuando hablamos de género estamos hablando claramente de las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, por tanto la evaluación nos muestra que son mujeres quienes más sufren de desequilibrios en el estado de sus salud por los diferentes determinantes sociales que son causas sociales y culturales que exponen mayormente el riesgo por el cuerpo biológico, así como por la estructura de la sociedad determinada en que vive. 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 salud de las mujeres se afecta de manera diferencial en el acceso a la atención, promoción y prevenciones de la salud.¹ 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 consiste en distribuir equitativamente el poder y el trabajo entre hombres y mujeres de acuerdo a sus perfiles epidemiológicos. En este sentido, se instaure como categoría analítica para evidenciar las diferencias de los perfiles de salud entre los dos sexos.

¹ La historia de la medicina se ha sustentado como la mayoría de las disciplinas por sesgos patriarcales. Un recorrido por las diferentes fases de pensamiento donde se pregunta por el género en los estudios de la medicina transcurren entre los que muestran que la enfermedad no tiene sexo y que por lo tanto no hay diferencias para enfermar, a excepción del embarazo. Otras percepciones se pueden encontrar en trabajos del feminismo marxistas y psicoanalíticos que desde una perspectiva constructivista se adhieren a la idea entre la separación del cuerpo y la mente, como entre ideología, cultura y cuerpo natural o biológico que en los años 80 plantea que la salud de las mujeres estaba relacionada con las problemáticas sociales, partiendo de la base que hombres y mujeres eran igual biológicamente. Estos determinismo ponen en evidencia la necesidad de construir, avanzar y reconocer abordaje mas integrales que desde el distrito se intenta abordar con las interacciones que se dan entre el cuerpo, la mente las condiciones del medio ambiente, cercanas al feminismo de la diferencia donde las mujeres son agentes de cambio para su salud y el cuerpo como vehículo para la transformación social y el desarrollo de sus capacidad para la construcción de sus proyectos de vida. Para mayor información sobre el tema se puede consultar trabajos de Evelyns Fox Keller (2005), Carme Valls-Llobet (2006), Elizabeth Grosz (1994), Mari Luz Esteban (2001) (2004), Lucy Irigaray.

De igual manera, como lo sostiene la OPS, las mujeres experimentan una mayor morbilidad dado que la ventaja de sobrevivencia no equivale necesariamente a una mejor salud. Por el contrario, la evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad a lo largo del ciclo vital, morbilidad que se expresa en incidencia más alta de trastornos agudos, en mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo.

Así “la vida más prolongada de las mujeres no es por fuerza más sana. Hay situaciones exclusivamente femeninas y sólo las mujeres experimentan sus repercusiones negativas. Algunas, como el embarazo y el parto, no son enfermedades sino fenómenos biológicos y situaciones sociales que entrañan riesgos para la salud y requieren asistencia sanitaria. Otros problemas afectan a hombres y mujeres, pero tienen un efecto mayor o diferente en estas, por lo tanto necesitan respuestas adaptadas específicamente a sus necesidades. Algunos trastornos afectan más o menos por igual a ambos sexos, pero las mujeres se enfrentan con más dificultades para obtener la asistencia sanitaria que necesitan. Por añadidura, las desigualdades de género, por ejemplo en materia de educación, ingresos y empleo, limitan la capacidad de niñas y mujeres para proteger su propia salud”²

De la misma forma, la OPS ha establecido cómo la pobreza ejerce un efecto más negativo sobre la salud y la supervivencia de las mujeres, y en su tendencia a discapacitarse o morir a razón que ellas continúan siendo las principales responsables de la vida familiar, de su honra, y deben combinar sus responsabilidades domésticas, reproductivas, con sus papeles productivos (es decir, los reconocidos así por las sociedades). Además porque la economía del cuidado no es considerada como un factor de la estructura económica de nuestros países siendo el trabajo “doméstico” una de las tareas propias y naturales de las mujeres e invisibilizando su efecto en las triples jornadas cumplidas por ellas.

Igualmente las mujeres carecen de fuentes de apoyo eficientes para hacerlo, lo cual limita sus oportunidades de acceso al mercado laboral y una vez que ingresan a él, muchas se desempeñan en campos tradicionalmente femeninos con restricciones para la seguridad social.

La violencia como fenómeno social merece un riguroso análisis que abre un enorme panorama tanto para abordarla como para estudiarla. Todos y todas hemos crecido en un contexto en el cual aprendemos y convivimos con patrones que reproducen la violencia estructural, una violencia de la vida cotidiana que no se circunscribe sólo al conflicto armado y que, a su vez, se instala en las esferas cotidianas; tanto que se naturaliza. De ese modo, tanto unos como otras podemos ser sujetos que la ejercen o ser colocados en el lugar de víctimas.

La violencia hacia las mujeres es una violación sistemática a los derechos humanos, que manifiesta la relaciones de poder inequitativas entre hombres y mujeres tanto en el ámbito público como privado, aceptadas por la sociedad por mucho tiempo, basadas en relaciones de subordinación que obstaculizan la igualdad de oportunidades y el desarrollo humano de una sociedad. La Organización Mundial de

² "OPS. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy. La agenda del mañana. 2009. Resumen Analítico. p.1"

Salud en 1996, reconoció que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública por la dimensión del fenómeno. Los esfuerzos en el área de la salud deben ser dirigidos a la investigación, atención y prevención de esta problemática en coordinación con el estado y la sociedad civil.

La violencia no es un fenómeno ajeno a otros factores relacionales donde socialmente la dominación también se reproduce, y con ella, las formas en que se ejerce. El género es uno de estos factores relacionales. La historia de las sociedades muestra claramente los lugares diferentes que los varones y las mujeres - o más exactamente sus representaciones - han tenido en diferentes grupos humanos y de manera directa cómo las asignaciones de poder hacen parte de esas dinámicas. Lo masculino ha estado relacionado con el poder, la fuerza, la guerra, el control, lo público, lo "instintivo" en el sentido del ejercicio de la fuerza, y de los impulsos sexuales. Lo femenino con la sumisión, lo doméstico - como lo relacionado con la familia y el hogar -, lo maternal, el cuidado de otros y otras, la honra, la pureza y la seducción.

De aquí surgen interesantes elementos para el abordaje de las violencias y si eso se suma al cuidadoso seguimiento estadístico es posible analizar que gran parte de esas cifras de violencia que se asignan a las mujeres se refieren a ellas en el ejercicio del cuidado y la responsabilidad de la familia, de sus hijos e hijas que es además una de sus responsabilidades per-se. También hay una importante relación de causalidad con violencia ejercida contra ellas mismas por sus compañeros sentimentales u otros miembros de la familia o del lugar en que viven como inquilinatos o pensiones.

Esta argumentación sugiere la afinación en el análisis de las violencias en aras de superar la violencia intrafamiliar o el maltrato donde el ejercicio de la violencia contra un sujeto en sí se hace invisible.

Caracterización

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. Según lo expresa la Encuesta de Calidad de Vida y Salud de 2007, las mujeres adultas comprenden de 27 a 59 años de edad, siendo el 54% total en esta etapa del ciclo vital. La proporción de mujeres mayores según el índice de masculinidad³, 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, evidencia que el 36 por ciento de los hogares bogotanos tiene jefatura femenina, porcentaje mayor que el del país (34%).

³ 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.

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 estudios⁴ 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 acentúa⁵ de manera desproporcionada entre hombres y mujeres.⁶

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.⁷

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.⁸ Algunas entidades como el PNUD muestran que la menor prevalencia de mujeres habitante de calle se debe a que están menos expuestas 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 Sumapaz con la mediana más 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 laboran 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 del 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; en las localidades con mayor tasa de fecundidad son Sumapaz, Bosa y Ciudad Bolívar

⁴ FAMIG, CODHES, OIM. "Gota a Gota". Desplazamiento Forzado en Bogotá y Soacha. Julio. 2007.

⁵ Meertens, Donny. "Género, Desplazamiento, Derecho". Citado el 17 de enero de 2012. Disponible en: <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf>

⁶ Adopción de medidas para la protección a mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado. Corte Constitucional. Auto 092 de 2008.

⁷ 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%.

⁸ Secretaría de Integración Social. Instituto Distrital para la Protección de la Niñez IDIPRON. "V Censo de Habitante de Calle".

con una tasa general mayor a 2.3 hijos, de igual forma, el nivel educativo influye 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.

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 riesgos 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 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), entre las mujeres residentes en la localidad de Engativá (45 por ciento).

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%. (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 as mujeres victimas de violencia solo el 38% han buscado ayuda y de este solo el uno por ciento en las instituciones de salud.⁹

El dos por ciento de las mujeres que participaron en charlas sobre homosexualidad y negociación con la pareja y el uno por ciento 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 mas del 50% de las 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 por ciento de las mujeres que se hicieron una interrupción del embarazo acudieron a un médico particular y el 88 por ciento 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 mas conocida es cuando la mujer ha sido violentada sexualmente. Las mujeres que han tenido educación para la sexualidad incrementa 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 solo al 25 por ciento 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, el 26% les hablaron sobre su derecho a las interrupción voluntaria del embarazo. De las mujeres que reciben información acerca de la sexualidad en relación con el VPH, superan en 22 puntos porcentuales a la mujeres que no la recibieron. Tan solo el 6 % de mujeres entrevistadas tienen la vacuna contra VPH; las mujeres que han recibido información, duplican a las que no lo han hecho. 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 y con la edad. (EDDS; 2011; Cap:16;

⁹ PROFAMILIA. Encuesta Distrital de Demografía y Salud. 2011 Cap. 13 pág. 265.

P:341,342).

Aseguramiento

Según el Informe de estadística de población al régimen subsidiado 2012 de la SDS, muestra que la población afiliada 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. 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.

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 por cuanto:

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;

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.

Las mujeres corresponden al 51% de la población de Bogotá.

Retos y respuestas prioritarias (en relación con los compromisos de política pública)

Atender a las mujeres en salud y garantizar la igualdad de oportunidades tanto a las mujeres y los hombres que requieren construir acciones no neutras ni con enfoque familista sino que sean integrales que evidencien las inequidades evitables en términos de atención con perspectiva de género.

El impacto de las acciones de la mortalidad y morbilidad de las mujeres viajan por un continuo desfase histórico frente al reconocimiento de sus derechos.

Las acciones en salud para las mujeres deben ser entendidas de tal manera que atraviesan todo grupo poblacional y que a cada etapa, situación, condición identidad, diversidad y generación que corresponde.

Para mejorar el estado de salud de las mujeres del distrito se debe empoderar a las mujeres en términos de construcción de autonomía de sus cuerpos a partir de la deconstrucción de estereotipos sexistas

Mejorar la calidad de vida de las mujeres que habitan Bogotá no significa brindar acceso preferencial, sino entender el como se aborda un cuerpo femenino desde su contexto, social, económico, cultural y político, que trae consigo desigualdades físicas, psicológicas y emocionales que son prevenibles, innecesarias y evitables.

Impulsar un trabajo articulado interdirecciones que permita realizar la transversalización de la perspectiva de género en diferentes niveles con responsabilidades contractuales.

Realizar análisis de la situación de salud de las mujeres desde sus potencialidades de manera conjunta inter y transectorialmente.

Incorporar el sistema SOFIA en los proceso de la SDS así como con los otros sectores Exploración de nuevos dispositivos de acción que permitan disminuir visiones medicalizantes en relación con salud mental y violencia contra las mujeres.

Ausencia de la Incorporación de acciones que permitan introducir miradas en relación a las nuevas masculinidades, desdibujando los imaginarios sexistas frente a la relación del cuerpo y toma de decisiones.

Ausencia de metas y análisis en los sistemas de vigilancia de la categoría sensibles al género.

Persistencia de barreras y obstáculos culturales para dar atención a las mujeres que solicitan la IVE entre otros servicios.

Ausencia de transversalización del enfoque de género en salud en proceso del PIC, aseguramiento y planeación y desarrollo de servicios.

Bibliografía

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.

Honorable 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.

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

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.

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 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.

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 una generación". Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final. Ginebra – Suiza. 2009.

Tomado de Secretaría Distrital de Salud, Boletines de Prensa 2010.

Hernandez I, Arenas M, Valde R. "El cuidado de la salud en el ámbito domestico: Interacción Social y vida cotidiana. Rev. Saude Pública. 2001; 35(5):443-50

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. "los Consensos de Cairo: Monitoreo como práctica de la ciudadanía de las mujeres". 2003.

Secretaría de Integración Social. Instituto Distrital para la Protección de la Niñez IDIPRON. "V Censo de Habitante de Calle". 2007.

Meertens, Donny. "Género, Desplazamiento, Derecho". Citado el 17 de enero de 2012. Disponible en: <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf>
Valls-Llobet, Carme. "Mujeres Salud y Poder". Madrid. 2009.

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.

FAMIG, CODHES, OIM. "Gota a Gota". Desplazamiento Forzado en Bogotá y Soacha. Julio. 2007.

Política Pública de Mujeres y Equidad de Género. Decreto 166 de 2010.

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

Elizabeth Grosz. "Votalite Bodies". Towar a Corporeal Femenism. Indiana University Press. 1994.

Mari Luz Esteban. "Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud". Discursos y prácticas acerca de la salud. Donostia. Editorial. Gakoa. 2001.

Mari Luz Esteban. "Antropología del Cuerpo. Género. Itinerarios corporales, Identidad y cambio. Barcelona, Bellaterra. 2004.

Evelyn Fox keller. Interview with Evelyn Fox Keller. BioEssays. 2005.