



# ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



## COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

### SUBCOMITE ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

13ª Reunión

Washington, D.C., 5-7 de abril de 1993

Tema 6 del programa provisional

MSD13/5 (Esp.)

19 marzo 1993

ORIGINAL: ESPAÑOL

## **SALUD PARA LAS MUJERES, MUJERES PARA LA SALUD: POLITICA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

El Ministerio de Salud de Colombia, con la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana, puso su empeño en dotar al país de una política de estado que respondiera a las necesidades más urgentes que en materia de salud exhiben las mujeres colombianas, en especial las de los sectores más pobres de la población.

Para tal fin, el Ministerio facilitó un proceso de trabajo con equipos multidisciplinarios que en una primera etapa elaboraron un diagnóstico de la situación y definieron las bases de la política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud". Dichas bases fueron sometidas a un proceso de consulta nacional y posteriormente lanzadas como política de estado para guiar las acciones en materia de salud de la mujer.

La política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud", se constituye en la primera política que a nivel de la Región de las Américas, incorpora la perspectiva de género. Es decir, la consideración de que el sistema de diferencias y desventajas entre hombres y mujeres, contribuyen a explicar el perfil epidemiológico de los grupos de mujeres en las distintas etapas del ciclo vital y de acuerdo a sus diferentes funciones sociales, productivas y reproductivas.

Con la adopción del enfoque de género en la salud de la mujer, se avanzó en una visión mucho más integral del problema, y, sobre todo, este enfoque permitió avanzar hacia un papel más activo y protagónico de la mujer colombiana como sujeto de derechos en salud. De la visión tradicionalmente restringida de la mujer como madre, la política aborda otras temáticas tales como la violencia contra la mujer, la promoción y el autocuidado de la salud, la mujer trabajadora y la anciana.

Dado el carácter novedoso de este proceso y las experiencias obtenidas en la difusión y adopción de la política por parte de los niveles departamentales, municipales y locales del país, se consideró oportuno difundir la política, facilitar la movilización de recursos internacionales en su apoyo y propiciar mecanismos de cooperación técnica entre los países de la Región que estén interesados en generar y adoptar procesos similares.

El gobierno de Colombia, a través del Ministerio de Salud, presenta a la 13ª reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo, la política de "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud", como una contribución al desarrollo de la mujer de la Región.

Se espera que los miembros del Subcomité conozcan el trabajo realizado, realicen sus comentarios y brinden sugerencias para promover procesos de cooperación técnica entre países.

## **SALUD PARA LAS MUJERES, MUJERES PARA LA SALUD: POLITICA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

Para lograr la formulación e impulso de la política de la República de Colombia: "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud", se conjugaron factores de orden social epidemiológico y político.

El país atraviesa por una etapa de transición económica, política y social que favoreció la consagración en la nueva Carta Constitucional de 1991 de un conjunto de derechos de la mujer, en particular el derecho a la salud.

Las organizaciones del movimiento de mujeres cobran cada vez mayor presencia en la escena social, presentando innovadoras propuestas para el mejoramiento en la calidad de atención en salud de la mujer. Existe, además la voluntad política del gobierno nacional de adelantar programas y acciones de promoción y fomento de la participación femenina en el desarrollo.

El Ministerio de Salud, con el apoyo de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), puso su empeño en dotar al país de una propuesta de vida que respondiera a las más urgentes necesidades que en materia de salud plantean las mujeres, en especial aquellas de los sectores más pobres de la población.

La adopción de la perspectiva de género, es decir, la consideración de que el sistema de diferencias y desventajas existentes entre hombres y mujeres, contribuye a explicar el perfil epidemiológico de los grupos de mujeres en las distintas etapas de su ciclo vital, permitió la formulación de una política novedosa que considera:

- La violencia contra la mujer como un asunto fundamental de salud pública.
- La feminización de la pobreza como una expresión de un desequilibrio social profundo entre los distintos grupos sociales y en especial entre hombres y mujeres.
- La salud reproductiva como un problema fundamental de salud a atender en el marco de una concepción global sobre la sexualidad humana y la sexualidad femenina. La atención a la salud de la mujer no se agota en la atención del binomio madre-hijo, es necesaria una consideración integral sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad.

- El sistema de salud puede constituir un potenciador del protagonismo femenino y de una ética del amor propio que favorezcan cambios sustanciales en la participación de la mujer y en la autodeterminación acerca de su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud.
- La salud de las mujeres es un compromiso social que requiere la movilización de las diferentes instituciones del Estado, las organizaciones no gubernamentales y las ciudadanas y ciudadanos del país, con el propósito de reducir las brechas sociales que afectan la salud de las mujeres y las desventajas en la atención sanitaria.
- La democratización en las relaciones entre hombres y mujeres hace parte de la necesaria democratización de la sociedad. El sistema de salud puede contribuir positivamente en el impulso de dicho proceso desde la perspectiva de mejorar la calidad de vida de las mujeres y su atención sanitaria, cualitativa y cuantitativamente.
- La política de "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud" responde a las necesidades detectadas en el diagnóstico sobre la situación social y la calidad de vida de las mujeres y en el reconocimiento de las demandas planteadas por el perfil epidemiológico. En especial, biopsicosociales existentes entre hombres y mujeres se apoya en un análisis de las diferencias bio-sico-sociales existentes entre hombres y mujeres y las desventajas que afectan la calidad de vida de las mismas.
- La reducción de las brechas existentes en la prestación de la atención sanitaria y de las desventajas en salud que impactan el perfil epidemiológico de las mujeres mejora sustancialmente su calidad de vida y contribuye a la democratización de las relaciones sociales.

Las consideraciones de orden social y epidemiológico fueron las siguientes:

**1. Consideraciones de orden social**

- La feminización de la pobreza en el país se expresa en los diferentes niveles de participación social e influye de manera gravosa en las condiciones de vida y de salud de la población femenina.

- Las mujeres presentan menores tasas de participación en el empleo. Ellas constituyen el 35% del total de población económicamente activa. El desempleo profesional femenino es notorio y la distribución de los ingresos por trabajo desigual.
- El 57% de la población femenina que trabaja está vinculada al sector informal de la economía, caracterizado por los bajos salarios, las largas jornadas y los altos niveles de inseguridad social.
- Las mujeres se insertan en la estructura ocupacional en los niveles de menor prestigio, menor responsabilidades y menor remuneración y, generalmente, en ocupaciones que prolongan la domesticidad a la esfera de lo público. Las mujeres perciben salarios menores que los varones en un 32 %, pese al acceso masivo de las mujeres a la educación media y a que la matrícula universitaria femenina es equitativa con respecto de los varones.
- Existe un grupo importante de mujeres que se desempeña exclusivamente como amas de casa. Sobre ellas descansa buena parte del costo de la reproducción social y de la crianza. Del total de la población femenina económicamente activa cerca del 20% lo hacen en el trabajo doméstico.
- El incremento de la jefatura de hogar femenina se traduce en una importante carga socio-afectiva para las mujeres. Los hogares presididos por mujeres son sensiblemente más pobres que aquellos presididos por varones.
- La jefatura femenina se asocia a fenómenos tales como: la mayor incidencia de la muerte violenta en varones, abandono paterno, desempleo o invalidez masculina que el incremento de las separaciones y divorcios, de tal manera que cuando la familia es completa la jefatura femenina es minoritaria, y cuando la familia es incompleta la jefatura femenina alcanza el 80%.
- Las mujeres trabajadoras ligadas a la doble jornada enfrentan una sobrecarga funcional. La doble jornada (trabajo doméstico más trabajo remunerado) incide, de manera notable, en el grado de satisfacción de las mujeres y en su calidad de vida.
- Es necesario estudiar más a profundidad la manera cómo los riesgos ocupacionales impactan la salud reproductiva femenina, en particular, y su calidad de vida en general. Los nuevos grupos ocupacionales de mujeres (trabajadoras de doble jornada, trabajadoras no remuneradas, trabajadoras domésticas, etc.) demandan investigaciones más puntuales acerca de la relación ejercicio laboral-salud.

- El acceso de las mujeres a la tierra y al crédito es menor en las mujeres que en hombres de la misma condición social, pese a que su aporte es fundamental en la producción de alimentos.
- La mayor tasa de analfabetismo se presenta en mujeres, especialmente de los grupos más deprivados de la población con el consiguiente impacto en las tasas de mortalidad infantil y materna y en embarazo no deseado en adolescentes.
- Las mujeres constituyen el grupo mayoritario en la prestación de servicios de salud, sin embargo, no participan de la misma manera en los distintos niveles de decisión. Con respecto de la capacitación para el desempeño laboral se observa que estas se concentran en los niveles de auxiliares. Los niveles profesionales y técnicos son ocupados preferencialmente por varones. Interviene en dicha situación la persistencia de la selección estereotipada de las carreras en las áreas de salud por parte de las mujeres.
- La prestación de servicios de salud por parte del sector no formal moviliza a sectores importantes de mujeres y las involucra en procesos de participación comunitaria. Sin embargo, muchas veces la participación de las mujeres está acompañada de un gran costo social, pues constituye trabajo voluntario que acrecienta la jornada femenina de trabajo.
- Por su rol social maternal las mujeres transmiten un conjunto de prácticas y saberes acerca de la salud y de la vida que favorece la preservación de la especie. Esta situación es contradictoria con la observancia de hábitos y concepciones distantes del autocuidado de la propia salud y de la vida.

## **2. Consideraciones de orden epidemiológico**

- En las últimas décadas Colombia registra una drástica reducción de las tasas de natalidad y de fecundidad. La tasa bruta de natalidad de 1990 se estimó en 26,6 por mil habitantes y la fecundidad en 2,9 hijos por mujer.
- Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida con respecto de los varones, no obstante, las mujeres exhiben una mayor morbilidad. Las mujeres tienen una esperanza de vida de 72 años frente a 69 de los varones.
- En la última década se registra un incremento notable en la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos. Del total de mujeres en edad fértil el 66,2% usa algún método anticonceptivo, pese a lo cual, preocupa el embarazo de mujeres adolescentes, el embarazo no deseado y el aborto.

- Las causas de mortalidad materna permanecen invariables en los últimos 15 años: causas obstétricas directas, toxemia del embarazo, aborto y complicaciones del puerperio fácilmente reducibles. La mortalidad materna en el país se considera alta (1 x 1000 nacidos vivos).
- La mortalidad por aborto es la tercera causa de muerte materna y constituye la segunda causa de egreso hospitalario.
- La gestación de mujeres adolescentes, en especial de los grupos más pobres, es uno de los problemas de salud pública que amerita ser atendido. El 10% de las mujeres adolescentes inician precozmente su maternidad.
- Aunque la mortalidad infantil ha descendido, esta afecta en especial el grupo de madres pobres y analfabetas.
- La violencia contra la mujer ocupa el primer lugar entre las causas de defunción en el grupo de mujeres de 15 a 44 años y el sexto lugar para todos los grupos de edad.
- Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares impactan y lesionan la calidad de vida y constituyen la principal causa de defunción del grupo de mujeres de más de 44 años.
- El mayor peso relativo del grupo de mujeres de más de 60 años presiona de manera importante sobre los sistemas de seguridad social y demanda de servicios específicos de salud dirigidos a mejorar su bienestar físico y psicosocial. El grupo de mujeres solas que presiden un hogar se ha duplicado en la última década, planteando similares demandas.
- Los tumores malignos, en especial el cáncer cervico-uterino y de mama cobra cada vez más importancia en el perfil epidemiológico de las mujeres, en particular porque este se asocia a estilos y calidad de vida. Los tumores malignos ocupan el cuarto lugar entre las causas de defunción en mujeres.
- Las tasas de depresión son superiores en mujeres que en varones, incidencia, al parecer, asociada a la condición de desventaja y dependencia de las mismas.
- El consumo de alcohol y de cigarrillos, aunque es menor en las mujeres, es creciente y está probablemente asociado a las nuevas demandas de la vida moderna y a los nuevos roles que asume la mujer.

- El perfil epidemiológico y social plantea demandas específicas en torno a problemas como la atención y prevención de violencia contra la mujer, la salud reproductiva y la sexualidad, promoción del autocuidado en salud de la mujer, promoción de la salud mental y salud ocupacional de las mujeres entre otros.
- Esta política implica el impulso de una movilización global al interior del Sistema Nacional de Salud, a fin de ponerla en marcha a través del desarrollo de varias estrategias dirigidas a provocar transformaciones en la calidad de la atención a la mujer y cambios de actitud en las(os) funcionarios de salud frente a ella.

### **3. Objetivos de la política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud":**

- Mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de salud dirigidos a las mujeres con la perspectiva de una atención humanizada, integral, oportuna y eficaz que dé respuesta a sus necesidades y demandas a fin de mejorar su calidad de vida.
- Propiciar el protagonismo de la mujer, como sujeto de derechos, a través de su participación activa en el diseño, elaboración, ejecución y evaluación de las políticas, planes, programas y acciones en salud.
- Fortalecer una ética del amor propio orientada a estimular las prácticas de autocuidado y autodeterminación femeninas sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud.

### **4. Estrategias para el impulso de la política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud"**

Las estrategias generales para la puesta en marcha de la política son:

#### **4.1 Extensión y oferta de servicios de salud**

Se dirige a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud así como a la constitución de servicios ambulatorios y extramurales dirigidos a la prestación de atención, la prevención y la ejecución de acciones informativas y educativas (práctica masiva de toma de citología vaginal a mujeres expuestas a alto riesgo, autoexamen de mama, detección de hipertensas y diabéticas y gestación en etapas tempranas y oferta de servicio de consejería y orientación sexual, a través del fortalecimiento de los servicios a nivel local.

Esta estrategia contempla, además, el impulso y el apoyo a las formas alternativas de prestación de servicios de salud a las mujeres y está orientada a:

- Innovar los servicios de atención.
- Establecer una relación humanizada y personalizada, por parte de los funcionarios responsables de la prestación directa del servicio médico, jurídico social y psicológico.
- Fomentar la oferta de servicios en lugares de concentración laboral, escolar, recreativa y religiosa.
- Impulsar la realización de acciones colectivas, grupos de trabajo para la prevención de la enfermedad, la violencia contra la mujer y el fomento del autocuidado en salud.
- Incentivar la participación masculina en los distintos programas y acciones de salud.

#### 4.2 Capacitación del recurso humano en salud

Se orienta a impulsar una propuesta de capacitación de los funcionarios(as) del Ministerio de Salud en el orden nacional, regional y local, dirigida a sensibilizar en la problemática de la relación género-salud y a mejorar la calidad de los diagnósticos de salud, a fin de incorporar el enfoque de género en los distintos programas y acciones.

#### 4.3 Participación comunitaria y social

La participación social y comunitaria es uno de los principales vehículos para la gestación y consolidación de una cultura de la salud.

El autocuidado de la salud de la mujer fundamentado en el reconocimiento de su capacidad para decidir concientemente sobre su cuerpo y su salud y en su reafirmación como persona y sujeto de desarrollo, es al mismo tiempo condición y facilitador de la participación. Así, esta nueva cultura, como resultado del esfuerzo asociado y solidario del conjunto de las fuerzas sociales, es fundamental para lograr un estado de bienestar general. Por otra parte, tiene en cuenta la participación de las organizaciones no gubernamentales y los grupos populares de mujeres, por su trabajo en el tema de la salud de la mujer y por su conocimiento de las necesidades de la realidad que viven las mujeres.



#### 4.4 Educación en el fomento de una ética del amor propio para el autocuidado de la salud de la mujer

Está dirigida a estimular una relación armónica de la mujer con su propio cuerpo, su vida y su salud, sobre la base del reconocimiento y respecto corporal, del conocimiento de los cambios de su cuerpo y del mejoramiento de la autoestima femenina y el fortalecimiento de los procesos de autonomía y construcción de identidad femenina.

Esta estrategia contempla el impulso de programas educativos y acciones de promoción de la salud de la mujer que comprendan:

- Ética del amor propio y la actitud femenina frente a la salud.
- Socialización de una cultura de promoción de la salud.
- Promoción del autoconocimiento y del autoexamen.
- Difusión de los contenidos del concepto de autocuidado, preservando la especificidad de la propuesta de autocuidado personal y colectivo.
- Creación de nuevos espacios de encuentro (escuelas, parroquias, centros comunales y otros) para la ejecución de medidas preventivas y de promoción de la salud, que aboguen por la "desmedicalización" y "deshospitalización" de la misma.
- Articulación los diversos esfuerzos de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dirigidos a la preservación del medio ambiente, y medidas colectivas encaminadas a la protección de la vida.
- Formación del personal de salud con una actitud positiva hacia el autocuidado que contribuya a generar una relación más humana, cálida y personalizada.

#### 4.5 Investigación en la perspectiva de género

Se trata de introducir en la investigación sobre la problemática de salud de las mujeres (cáncer, hipertensión), el componente de género en su dimensión psicosocial, a fin de explorar las relaciones entre los estados mórbidos y las condiciones específicas de vida de las mujeres; en particular aquellas asociadas al estrés, la doble jornada y los estados afectivos (rupturas afectivas, duelos, pérdidas, violencia, etc.) y la articulación femenina a las demandas planteadas por la modernización y urbanización.

#### 4.6 Comunicación a través de medios masivos

Se propone apoyarse en los recursos de difusión como la radio (novelas, dramatizaciones con casos testimoniales que se resuelvan afirmativamente), televisión, medios de prensa, locales y regionales, con base en una política de descentralización de la información.

Se trata también de innovar en los medios educativos, mediante el impulso de talleres, conversaciones informales que posibiliten una mayor participación de las mujeres y de organizaciones para la salud de la mujer.

#### 4.7 Interinstitucionalidad e interdisciplinariedad

Está orientada a la potenciación de los recursos humanos, científicos, tecnológicos y económicos en los diversos organismos estatales y no gubernamentales. Busca coordinar esfuerzos y respuestas conjuntas e integrales a la problemática planteada, a fin de romper el tratamiento parcializado y fragmentario.

#### 4.8 Cooperación internacional

Se dirige a vincular las organizaciones internacionales del sector salud, de derechos humanos, y organizaciones de trabajadores a la búsqueda de respuestas y propuestas para apoyar los esfuerzos y políticas nacionales.

La cooperación técnica (humana y científica) y financiera puede contribuir a respaldar las diversas acciones propuestas en este proyecto (OPS, UNICEF, BID, Banco Mundial, entre otros).

### 5. **Grupos de atención en salud**

Los esfuerzos de esta propuesta deben dirigirse a los grupos de la población femenina cuyas condiciones precarias de vida en el orden económico, psicológico o social, demandan particular atención.

#### 5.1 Las mujeres cabeza de familia

Está constituido por mujeres que asumen la mayor responsabilidad económica, social y moral en el grupo familiar, bien sea en razón de viudez, abandono, separación, divorcio, invalidez o desempleo; es decir, en ausencia de las funciones y roles paternos y/o masculinos.

## **5.2 Las mujeres del grupo de 15 a 49 años**

La importancia de este grupo está dada por estar viviendo la etapa de capacidad reproductiva, lo cual exige especiales cuidados en la salud y porque se ha convertido en un grupo de altísimo riesgo frente a los eventos de la violencia social.

Por consiguiente, es importante reconocer la necesidad de una reorientación del programa materno así como la de crear programas dirigidos a la atención integral a la mujer que la considere en su dimensión biopsicosocial, con la perspectiva de reafirmar su autonomía para decidir sobre su maternidad, su sexualidad y su cuerpo y de estimular la autoestima y autodeterminación femeninas. Igualmente, el programa de planificación familiar debe fundamentarse en la promoción de una sexualidad sana.

El grupo de adolescentes requiere énfasis especial, por su alto riesgo biológico y psicosocial, en particular frente a los eventos de embarazo no deseado y aborto.

## **5.3 Las mujeres trabajadoras**

Comprende la población adulta, los grupos de niñas, mujeres de edad avanzada y ancianas que trabajan y las mujeres trabajadoras de las áreas rurales más desprotegidas.

Para ellas, son necesarios programas integrales de salud ocupacional y seguridad social, que respeten las particularidades de inserción en las diferentes actividades económicas y ocupacionales, así como las formas de contratación. Particular atención ameritan las trabajadoras de doble jornada y las madres trabajadoras gestantes y lactantes.

## **5.4 Las mujeres de edad avanzada**

El grupo de población por encima de los sesenta años es cada vez más importante por el incremento de su peso en la pirámide poblacional, por las condiciones de desprotección y abandono de su vida, su perfil específico de morbilidad y la discriminación de que son objeto por su vejez. Del total de mujeres pobres del país y del grupo de mujeres de hogares unipersonales este grupo constituye el de mayor precariedad en sus condiciones de vida.

Los problemas de salud que afectan a este grupo de manera particular y que requieren especial atención son: los tumores malignos; el cáncer génito-uterino y de mama; las enfermedades cardiocerebrovasculares y las enfermedades depresivas.

MSD13/5 (Esp.)  
ANEXO

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
Santa Fé de Bogotá, D.C., mayo de 1992

**SALUD PARA LAS MUJERES, MUJERES PARA LA SALUD**

## **PRESENTACION**

*La mujer tiene derecho a decidir sobre aspectos relativos a su salud, su vida, su cuerpo, su sexualidad...*

Durante las últimas décadas las mujeres colombianas han protagonizado transformaciones profundas en la vida nacional. El acceso masivo al mundo del trabajo remunerado y su mayor participación en el sistema educativo formal han contribuido a la modificación de la situación de la mujer en la vida social y familiar. La conquista de la igualdad jurídica y el uso de los métodos de control natal son otros hechos significativos en la vida de las mujeres .

Esta dinámica de revolución silenciosa ha operado cambios en sus costumbres, formas de vida, hábitos, comportamientos, funciones esperadas, en sus aspiraciones y en las expectativas de las mujeres. Los perfiles epidemiológicos, las formas de enfermar y de morir, la esperanza de vida, la prestación de servicios de salud, también presentan significativas modificaciones. Algunas enfermedades ceden su paso a otras, aparecen nuevos riesgos, nuevos retos en salud, problemas diferentes.

Los cambios operados en el quehacer nacional no impactan de la misma manera a las mujeres. Su inserción en los procesos económicos, sociales, políticos, es diferente según su posición en la producción de la riqueza, la étnia, la clase social, el estado civil, la edad.

Las mujeres constituyen un agrupamiento social heterogéneo, plural, múltiple: las pobres, las trabajadoras remuneradas, las amas de casa, las campesinas, las artesanas, las negras, las indígenas, las mujeres de edad adulta y avanzada, las niñas, las adolescentes... Todas ellas plantean demandas y necesidades específicas que reclaman consideración a su particular forma de vida y de cultura y presentan perfiles epidemiológicos que ameritan un tratamiento diferente por parte de los servicios de salud.

La transformación de la vida de las mujeres es un proceso complejo, en donde se confunden propuestas de vida que reafirman la autonomía, la independencia y el protagonismo femenino y la persistencia de formas tradicionales con arraigo en la cultura, que sujetan a las mujeres a usos discriminatorios lesivos a su condición humana, su vida, su sexualidad, su cuerpo.

En un mismo proceso se expresan alternativas que buscan la reducción de las brechas existentes entre hombres y mujeres, como forma sustancial de democracia.

Los desequilibrios existentes entre hombres y mujeres, que atraviesan la vida social y que tienen manifestaciones en la familia, la escuela, el trabajo, la iglesia, la política, la ciencia, el ejercicio de derechos, la afectividad inciden significativamente sobre la salud de las mujeres.

En efecto, problemas como la desnutrición femenina, en especial de las niñas, aquellos asociados a la salud reproductiva y la sexualidad -entre otros, la mortalidad materna por aborto y por causas prevenibles, el embarazo de mujeres adolescentes, el embarazo no deseado o la violencia contra la mujer- y algunas patologías de salud ocupacional y de salud mental, encuentran completa explicación cuando se vinculan a ese sistema de desigualdades.

Es necesario, entonces, tomar en consideración las desventajas sociales que impactan la vida de las mujeres y vincularlas al estudio, a las necesidades y demandas que en materia de salud ellas tienen. Tal es uno de los presupuestos de la política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud".

Considerar la discriminación social de la mujer como un factor que contribuye a explicar el curso de los procesos de salud-enfermedad, es lo que se ha denominado perspectiva de género en la formulación de una política sanitaria. Y en términos de esa propuesta, las mujeres no se agotan en lo biológico, en el aparato reproductor o en el cuerpo como conjunto de sistemas y funciones. Son portadoras de roles que las hacen prestadoras de servicios e intermediarias funcionales de los sistemas de salud.

Así, la política que aquí se presenta, se propone contribuir a la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar la calidad de vida de las mujeres y de responder de manera integral a su problemática de salud. Es un instrumento que ha de fortalecer el protagonismo femenino en el sistema de salud a través de la participación de las mujeres como sujetos de las decisiones que competen a su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud.

Por esto, el Ministerio de Salud convoca a las mujeres prestadoras de los servicios de salud institucionales y comunitarios, a las usuarias de los servicios de salud, a las organizaciones sociales y comunitarias, a las organizaciones de mujeres y a la ciudadanía, a abrazar la convicción de una ética del amor propio, orientada a elevar la autoestima femenina y a transformar a las mujeres en sujetos conscientes de su destino individual y colectivo. Porque el desarrollo pleno de las mujeres hace parte fundamental de las aspiraciones de construcción de una cultura democrática, donde florezcan formas de vida sanas y solidarias.

En este sentido, la política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud" es también una gran causa que demanda el esfuerzo mancomunado de las instituciones del Estado y de las organizaciones de la sociedad civil así como el compromiso de todas y todos los colombianos.

## **SALUD DE LAS MUJERES**

*La mujer tiene derecho a una educación que favorezca el autocuidado y el conocimiento de su cuerpo en beneficio de su autoestima y reafirmación como persona.*

Las siguientes consideraciones constituyen los elementos diagnósticos fundamentales acerca de las condiciones de vida y de la salud de las mujeres colombianas y dan pie a la identificación de los pro lemas a los cuales se aspira dar respuesta con la política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud".

La problemática de la salud femenina se articula a los procesos que ha vivido la sociedad y que han introducido transformaciones sustanciales en la vida de las mujeres.

Algunos de los problemas y cambios más significativos, se expresan en los siguientes:

- Los cambios sociodemográficos.
- La transformación de los roles femeninos en la familia.
- La participación laboral femenina.
- La educación femenina.
- La mortalidad femenina.
- La mortalidad materna e infantil.
- La salud mental femenina.
- La violencia contra las mujeres.
- La mujer como proveedora de los servicios de salud.
- El movimiento social de mujeres.
- Los compromisos internacionales con las mujeres.
- La política del actual gobierno.
- La política del Ministerio de Salud.

### **Cambios sociodemográficos**

Algunos de los fenómenos que han dinamizado la población Colombiana en las últimas décadas son la migración campo-ciudad, la industrialización, la urbanización y la transición demográfica que se expresa en la reducción acelerada de las tasas de natalidad y mortalidad infantil.

En 1938 el 70% del total de la población del país residía en el área rural y sólo el 30% en las áreas urbanas. Actualmente el 65% reside en las áreas urbanas y el 35% en las áreas rurales (1). Y las mujeres aportan en un 5% más que los varones a la población urbana, especialmente las mujeres jóvenes.

La reducción de la tasa de natalidad ha sido una de las más drásticas del continente. De 48 por 1000 en la década del 60 se pasó a 20 por 1000 a finales de la década del ochenta (2).

Como resultado, la pirámide poblacional ha sufrido modificaciones sustanciales:

- La disminución del grupo de los menores de edad.
- El aumento del grupo de población en edad de trabajar.
- El aumento del grupo de más de 60 años.

La disminución de las tasas de mortalidad infantil y general, es otro hecho destacado. Para el período 86-89, la tasa bruta de mortalidad femenina fue de 48 por 1000 y la de varones, 5.6 por 1000. Esto se traduce en una mayor esperanza de vida para la población femenina. En 1985 la esperanza de vida al nacer para las mujeres era de 70 años y para los hombres 61.4, años (3). Ello significa la mayor proporción de mujeres en el grupo de más de 60 años. La mayor esperanza de vida de las mujeres contrasta con su mayor morbilidad, su desprotección de las políticas de seguridad social y la atención precaria por parte de los servicios de salud.

#### **Transformaciones de los roles femeninos en la familia**

Uno de los hechos que ha transformado la estructura familiar en nuestro país es el uso masivo de métodos de planificación familiar por parte de las mujeres. En los últimos 25 años la fecundidad sufrió un significativo descenso: de 6.0 hijos por mujer en 1967 se redujo a 2.9 hijos por mujer, en 1990. Ese es uno de los más bajos en América Latina (4).

El número de mujeres viviendo en pareja que usan algún método anticonceptivo se incrementó del 64%, en 1986, al 66% en 1990. El método más usado es la esterilización femenina, con una prevalencia del 20.9% del total (5).

Existe una correlación positiva entre uso de métodos anticonceptivos y la vinculación femenina al trabajo remunerado. Mientras el grupo familiar se reduce, las mujeres se articulan al empleo incrementando su carga laboral (pues no son sustituidas en las funciones domésticas derivadas de la crianza). Si se considera la jornada laboral fuera del hogar y la realización de las tareas domésticas encontramos un grupo importante de mujeres comprometidas con la doble jornada. Esta se asocia al



cumplimiento de múltiples funciones con la consiguiente sobrecarga de stress y fatiga e impacto en la calidad de vida y salud de las mujeres.

Otro cambio importante se expresa en las características del estado civil. El número de mujeres separadas y viudas es creciente: en 1978, el 5.8% de las mujeres en edad fértil; en 1986, el 9.1% y cuatro años más tarde ascendió al 11%. Esto significa que en doce años este grupo de mujeres se ha duplicado. La problemática es significativa ya que la jefatura femenina se nutre de la separación, el abandono o la viudez de mujeres con hijos (6).

El grupo de hogares presididos por jefes mujeres es uno de los más empobrecidos de la población, por las características de la inserción de las mujeres al mercado laboral y por el peso socio- económico adicional que deben soportar ante la ausencia de apoyo en el sostenimiento del hogar. El 21% de las familias con mujeres jefas de hogar no tienen ingresos de ningún tipo, lo cual lleva a suponer que otras personas no residentes en la vivienda aportan a la sobrevivencia de la familia. De otra parte, el 59% de las mujeres jefas de hogar no perciben ingresos por concepto de trabajo (7). Estos hogares experimentan un mayor deterioro en su calidad de vida que aquellos encabezados por hombres: sus viviendas están en peores condiciones y sufren, en mayor proporción, de hacinamiento; a la vez, estas condiciones de precariedad de vida hacen que su situación de salud sea igualmente deficitaria.

El proceso de modernización de la vida social también se traduce en importantes cambios de mentalidad. Son relevantes las modificaciones en los roles sociales esperados según género, las expectativas, pautas y normas que regulan la vida cotidiana de los mismos, en particular los patrones de conducta sexual.

Los adolescentes y las adolescentes inician sus experiencias sexuales más temprano, sin disponer de servicios de prevención del embarazo no deseado que respondan a sus necesidades. La maternidad y paternidad precoz, no asumidas, constituyen uno de los asuntos de salud que es preciso enfrentar con la mayor transparencia y ética. El porcentaje de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años que están embarazadas o son madres asciende al 16 % en el área rural y a 11.8% en el área urbana (8).

La presencia del embarazo no deseado es significativa si se considera la extensión de los servicios de planificación. El 19% del total de niños y niñas nacidos vivos en el quinquenio 1985-1990, fueron no deseados y un 15% más de las madres hubiera querido tener sus hijos unos años más tarde (9).

### **Participación laboral femenina**

El 34.4% del total de la población económicamente activa del país, según el censo de 1985, son mujeres (10). Esta cifra revela parcialmente la realidad del trabajo femenino y su aporte como trabajadora doméstica sin remuneración a la creación de la riqueza nacional. Al observar la estructura del empleo, la incorporación a las distintas ramas de actividad económica y su participación en el ingreso, encontramos que " las ocupaciones que aglutinan la mayor proporción de fuerza femenina son aquellas que podrían catalogarse como una extensión de la esfera productiva doméstica al ámbito público: enseñanza, atención de la salud, apoyo secretarial, procesamiento de alimentos, confección de textiles, servicios domésticos, y otros. Adicionalmente, dentro de la fuerza total de trabajo y aún dentro de las ramas ocupacionales señaladas, las mujeres tienden a concentrarse en los tramos inferiores de las escalas de remuneración, prestigio y autonomía dando origen al fenómeno que ha dado en llamarse **Feminización de la pobreza**.(11)

Las mujeres ocupadas de nuestro país obtienen ingresos en 32% menos que los varones.(12) El ingreso de la mujer a la esfera de trabajo remunerado no ha significado un tratamiento igualitario que materialice el principio de "a igual trabajo, igual salario".

El sector informal absorbe el 57% del total de la población femenina ocupada, frente al 53.3% de la población masculina.(13)

Este sector se caracteriza por las penosas condiciones de ejercicio laboral y la precaria cobertura de los sistemas de seguridad social.

Algunas características del trabajo femenino revelan lo siguiente:

- Las mujeres dedican más tiempo a actividades productivas- reproductivas que el hombre.
- Las mujeres asalariadas trabajan con mayor intensidad que los hombres.
- El acceso a la tierra por parte de las mujeres es muy inferior al del grupo de hombres que acceden a la misma.
- Las jornadas laborales de la mujer, en el campo, son mucho más largas.
- El trabajo doméstico constituye la forma más extendida de contribución de las niñas a su propia supervivencia.
- Según el DANE, para 1986, un 20% de las jóvenes entre 12 y 17 años está vinculada como fuerza de trabajo.
- Las condiciones de género actúan a través de la división sexual del trabajo, en las instituciones económicas, religiosas, familiares, de salud, educativas y jurídicas.

- La valoración diferencial asignada a las actividades económicas en términos de prestigio y remuneración, se traduce en un sólido sistema de discriminación contra las mujeres.

### **Educación femenina y salud**

El analfabetismo en el país pasó del 20% en 1973 al 12% en 1985 y las mujeres aportan más que los varones a las tasas de analfabetismo. Este incide negativamente en las condiciones de vida y de salud del grupo familiar. Existe, así mismo, una relación directa entre analfabetismo y pobreza que muestra las siguientes tasas, según clasificación de la población no pobre, 5.5%; pobres, 22.4%; en miseria, 30.1% (14).

Así mismo, algunas complicaciones de la gestación, el parto y el puerperio, las mayores tasas de mortalidad materna, la mortalidad infantil neonatal y perinatal se presentan en mujeres con bajos niveles de escolaridad. De igual manera, el embarazo de mujeres adolescentes es superior entre menor sean los niveles de participación en el sistema educativo formal. Pobreza, bajos niveles educativos y condiciones de salud están íntimamente relacionados.

### **Mortalidad femenina**

Son hechos de especial significación los que siguen:

- La mayor mortalidad femenina para el grupo de edad entre los 30 y 50 años con respecto a la mortalidad masculina para el mismo grupo.
- Las primeras causas de mortalidad en las mujeres del grupo de 15 a 44 años son los homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente.
- La violencia es la sexta causa de mortalidad en el grupo de 5 a 14 años.
- Para el total de la población femenina, las muertes violentas ocupan el onceavo lugar entre las diversas causas de mortalidad.

Al observar la relación entre mortalidad femenina y violencia se encuentra:

- Una gran vulnerabilidad en el grupo de 15 a 44 años.
- Que el impacto letal de la violencia en la vida de las mujeres mantiene un ritmo creciente.

Urge explicar esta sobremortalidad femenina mencionada, así como las graves condiciones sociales de violencia que se expresan con dicha mortalidad. La vulnerabilidad del grupo de 15 a 44 años es preocupante porque social y demográficamente ésta es considerada la etapa productiva, laboral y biológicamente.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias, como causa de muerte, han cedido lugar a las de tipo crónico no infecciosas sobresaliendo entre ellas las cardiovasculares. El cáncer cada vez cobra mayor mortalidad, predominando el de cuello uterino, útero, ovarios, mama, y el de traquea, bronquios y pulmón.

En el grupo de mujeres mayores de 45 años, las principales causas de muerte son los tumores malignos, las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares.

### **Mortalidad materna e infantil**

La tasa de mortalidad materna estimada es una muerte por cada mil nacidos vivos (1 por 1000), alta si se considera que puede ser reducida a través de la mejora sustancial en la calidad de los servicios de salud. Entre los factores asociados a la mortalidad materna se encuentran la edad de la mujer, el corto período intergenésico, la multiparidad, la malnutrición, la falta de control durante el embarazo y atención del parto por personal capacitado y ante todo, el embarazo no deseado terminado en aborto. La mortalidad por aborto aporta el 23 % del total de muerte materna y es la segunda causa de mortalidad en el grupo de mujeres de 15 a 44 años, luego de las causas obstétricas directas. El aborto en Colombia es un grave problema de salud pública con matices dramáticos, dado el subregistro que lo acompaña.

La mortalidad infantil, indicador indirecto de la salud materna, descendió de manera significativa en los últimos veinte años. En 1970 ocurrían 123 defunciones por cada mil nacidos vivos y en 1990 se estimó en una cuarta parte de esta cifra: 28 por 1000 (15).

Si se observa la distribución de la mortalidad infantil según estrato socio-económico y región, se encuentra una asociación positiva entre la mayor mortalidad infantil y los grupos pobres de la población entre los cuales alcanza un tasa de 61.5 por 1000 n.v., para población en miseria, y de 56.3 para la población pobre (16). La situación se agrava si se considera que la mayoría de causas son reducibles: enfermedades infecto- contagiosas, intestinales, respiratorias, avitaminosis y deficiencias nutricionales. Es necesario indagar la distribución según sexo de la mortalidad infantil, especialmente por desnutrición, accidentalidad y homicidio donde el componente género juega un papel importante en la diferenciación de tasas específicas.

### **Salud mental femenina**

Los retos de la vida moderna implican nuevas demandas para la salud psíquica femenina con la multiplicidad de roles que desempeña: ama de casa, empleada, esposa, madre, estudiante. Estos generan con frecuencia problemas de sobrefatiga funcional y estrés y ameritan mayor investigación en los distintos grupos de mujeres. Algunos estudios revelan de manera indirecta dicha situación.

El Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia, entre otros hallazgos, encontró que de cada mil mujeres trescientas siete sufren algún grado de depresión; en los hombres, en cambio, la tasa es de 173 por 1000.

En el caso de la depresión severa, por cada diez hombres que la padecen, hay 26 mujeres. Así mismo, el intento de suicidio ha venido incrementándose siendo mayor la frecuencia en mujeres que en hombres. La prevalencia es de 52 por 1000 entre mujeres, en contraste con la cifra de 38 por 1000, entre varones (17).

Contrario a lo que comúnmente se cree, la alta incidencia de estados depresivos en la edad mediana, en las mujeres, muestra mucha menos relación con los cambios hormonales ocurridos en la menopausia que con el rango de opciones culturalmente abiertas a la mujer en esa etapa. Así, cuando las mujeres de edad mediana tienen acceso a una variedad de actividades (cívicas, políticas, económicas, sociales y familiares) se registran menos estados depresivos y síndromes de nido vacío (18).

Aunque no se han producido explicaciones psicosociales concluyentes en cuanto al predominio de la depresión severa en el sexo femenino, se han sugerido hipótesis que señalan la condición de desventaja de la mujer como factor facilitador para la ocurrencia de la depresión clínica. La discriminación de la cual es objeto, reforzada por patrones de socialización y expectativas sociales en contra de la independencia y la autoafirmación, conducirían a estados afectivos de importancia, como la dependencia, en unos casos, y en otros la baja autoestima, bajas aspiraciones y finalmente la depresión (19).

Otros hallazgos de interés del estudio en referencia destacan:

- La depresión clínica es menor en la población de mayor nivel socio-económico.
- El intento de suicidio es mayor en clases socio-económicas bajas.
- La depresión clínica severa se presenta cinco veces más en las mujeres sin empleo.
- El intento de suicidio presenta el doble de frecuencia en las mujeres desempleadas y está asociado a severa dependencia familiar.
- El mismo estudio mostró que el alcohol es la sustancia de mayor consumo -416 mujeres de cada mil consumen bebidas alcohólicas-, en segundo lugar el cigarrillo -222 de cada mil-, en tercer lugar, los tranquilizantes, con una frecuencia de mujeres que consumen de 74 por 1000. El consumo de basuco,

cocaína y marihuana es realmente bajo entre las mujeres con niveles significativamente inferiores a los que se observan en los hombres.

El alcoholismo es alto entre mujeres y está en aumento aunque es sensiblemente menor que entre varones: 22 de cada 1000 presentan dicho diagnóstico y 24 más se consideran de alto riesgo. Entre los hombres la proporción es de 138 y 121 para cada grupo, respectivamente (20).

### **Violencia y maltrato contra las mujeres**

La violencia y sus múltiples formas atraviesa las distintas esferas de la vida social. Nada ni nadie escapa a su impacto. En un solo acontecer social se combinan las múltiples formas de violencia, sus actores y sus víctimas: violencia política, delincuencia común, estatal, narcotraficantes, entre otras.

El indicador mas descriptivo de la violencia es el de la muerte violenta que en Colombia afecta a toda la población, sin discriminación de sexo, edad, etnia, grupo social o adscripción política.

Por efecto, los homicidios y las lesiones infringidas intencionalmente constituyen la primera causa de defunción general del país. Las tasas de mortalidad por violencia son más altas en hombres que en mujeres, pero las muertes violentas son la primera causa de defunción en el grupo de mujeres entre 15 y 44 años y la onceava causa de muerte entre mujeres para todas las edades. El impacto de la violencia en el grupo familiar se expresa en el incremento notable de la proporción de mujeres viudas y huérfanas de la violencia, particularmente, en las edades más jóvenes. Cada vez más el grupo de mujeres es afectado de manera directa.

Este fenómeno, de una gravedad sin precedentes, ha pasado desapercibido como problema de Estado y de salud pública. La violencia social y familiar contra la mujer se hace invisible, además, por el énfasis en las políticas "maternalistas" de salud pública, las cuales reducen la atención a la mujer a su dimensión reproductiva.

La encuesta nacional de prevalencia, demografía y salud en 1990, reveló que el 65 % de las mujeres alguna vez unidas ha peleado con su esposo o compañero; una tercera parte ha sido insultada; una de cada cinco, golpeada, y una de cada diez, forzada por su compañero a tener relaciones sexuales. Del total de mujeres que pelean el 47 % ha sido insultado y el 29 % ha sido golpeado. Esto significaría que una forma frecuente de enfrentamiento y solución del conflicto intrafamiliar es la violencia.

La misma encuesta señala que las razones inmediatas de las golpizas son: las borracheras del marido en un 40% de los casos; el mal genio del mismo, el 30%;

reclamos por supuesta infidelidad, el 12%; incumplimiento de las obligaciones, el 6%; problemas con la familia, el 5%; y el maltrato a los hijos, el 3%.

De las mujeres golpeadas, sólo el 49% responde de alguna manera ante la agresión. De ellas, apenas el 12% ha acudido a la autoridad, el 24% a un familiar y el 5% a una amiga o vecina (22).

Las mujeres maltratadas que buscan asistencia médica en los distintos servicios de salud, son atendidas en su lesión física, cuando ésta ocurre, mas no en la dimensión socioemocional y cultural del hecho. Peor aún, en la prestación de los servicios de salud a las mujeres violadas es frecuente el maltrato intrahospitalario y el trato deshumanizado. Igual queja existe respecto a la atención por parte de las autoridades de policía.

### **La mujer como proveedora y receptora de servicios de salud**

La mujer es la gran oferente de servicios de salud tanto al interior de la familia, como de la sociedad. Esta condición está signada culturalmente por los roles sociales que se le han adscrito, la función de prestadora de servicios ha primado sobre las demás funciones sociales y actúa en detrimento de las mismas.

La mujer es madre antes que mujer, y aún antes que ciudadana; ella se ha construido como objeto prestador de servicios y realizador de funciones y no como sujeto de su propia historia. Quizá ello se exprese en su mayor preocupación por su salud reproductiva y la salud infantil, aún en detrimento de su propia salud y de su calidad de vida.

Los servicios de salud, por esa razón, están dirigidos en lo fundamental al binomio madre-hijo que explica en buena medida la ausencia de programas para atención a otros problemas de salud de la mujer y de programas dirigidos a la promoción de una actitud de autocuidado y autoestima femenina, a fortalecer hábitos y costumbres para una vida sana; una política de promoción de sí misma como sujeto de su propia salud, su cuerpo, su sexualidad y su vida.

### **El movimiento social de mujeres**

La presencia activa de las mujeres en el escenario nacional es cada vez más notoria. Ellas participan en las diferentes actividades económicas y sociales; y además, como sujetos activos de derechos. En las dos últimas décadas numerosos grupos de mujeres de sectores populares y profesionales dedican sus esfuerzos a la búsqueda de alternativas que les permitan el pleno ejercicio de sus derechos económicos, políticos y sociales.

Uno de los ejes del movimiento social de las mujeres es la salud. Estos grupos de mujeres han formulado propuestas para abordar algunos de los problemas de salud femenina más críticos: la sexualidad, los procesos de identidad de género, la prevención del embarazo no deseado y el aborto, la educación para la vida familiar, la atención a víctimas de la violencia y el abuso sexual, entre otros.

El movimiento de mujeres encontró en el "Decenio de la mujer, 1975-1985" (decretado por las Naciones Unidas para comprometer a los gobiernos con el impulso de políticas dirigidas a reducir las desventajas sociales contra las mujeres) una apertura institucional que posibilitó espacios de concertación con los Estados. Entre los logros importantes de este decenio, cuyo lema fué Igualdad, Desarrollo y Paz se destacan:

- El surgimiento de cientos de organizaciones de mujeres en el Tercer Mundo.
- Mayor conciencia de los movimientos sociales de mujeres sobre el establecimiento de derechos y la eliminación de la discriminación.
- Mayor compromiso social y gubernamental con el protagonismo femenino en los procesos de desarrollo económico y social.
- La sensibilización de numerosos gobiernos en la adopción de políticas afirmativas tendientes a mejorar las condiciones de vida de las mujeres.

### **Los compromisos internacionales con las mujeres**

Por su parte, organismos y convenciones internacionales, del sistema de Naciones Unidas -entre ellas, el UNICEF, la OIT, la OPS, el PNUD- recomiendan a los Estados miembros la adopción de políticas específicas, dirigidas a la mujer, que consideren sus roles sociales y su particular inserción en los procesos de desarrollo.

Algunos organismos y entidades de cooperación apoyan el país en sus esfuerzos institucionales, dirigidos a la protección y promoción de la infancia, la mujer y la familia.

De otra parte, el gobierno nacional ha suscrito diversos convenios internacionales mediante los cuales se compromete a adoptar medidas dirigidas a reducir las desventajas sociales de las mujeres, entre ellos, en especial el Convenio de Naciones Unidas "Para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres", convertido en la Ley 051 de 1981.



### **La política del Gobierno colombiano**

Unas pocas instituciones del Estado cuentan desde hace algún tiempo, con programas específicos orientados a la promoción de la mujer. El Ministerio de Agricultura, por ejemplo, en 1984, aprobó una política de apoyo a la mujer campesina. Esta busca modificar las condiciones tradicionales de su participación económico-social, favorecer una mayor eficiencia de sus labores productivas e incrementar su capacidad de gestión institucional. La implantación de dicha política generó un proceso importante de participación y organización de las mujeres del sector rural. Posibilitó la creación de la Asociación de Mujeres Campesinas e Indígenas de Colombia y su representación en los distintos organismos gubernamentales comprometidos con el sector. Las políticas y programas adoptados, sin embargo, son de carácter marginal ante el conjunto de los planes de desarrollo nacional.

El Ministerio de Salud, por su parte, concentró sus esfuerzos en la atención del binomio madre-hijo buscando incidir en la morbi-mortalidad materna e infantil, a través de acciones como la atención institucional del parto, la atención prenatal, la promoción de la lactancia materna, los programas de inmunización, etc.

El actual Gobierno asumió como asunto prioritario la incorporación y reconocimiento de la mujer como sujeto social en los planes y políticas de desarrollo, superando aquellos programas que sujetaban la participación femenina a la mejora de las condiciones de vida del grupo familiar.

Es interés del actual gobierno el impulso de una política de promoción social de los grupos menos favorecidos, y el Programa presidencial para la juventud, la mujer y la familia es la instancia encargada de proponer los lineamientos de una política de atención integral a la mujer colombiana.

La Asamblea Nacional Constituyente, consagró los derechos de igualdad y no discriminación para la mujer y decretó la obligatoriedad del Estado en la fundamentación de una política integral de atención a la mujer, en el marco de los principios de igualdad, solidaridad y democracia.

La nueva Constitución aboga por la eliminación de la discriminación contra la mujer en la vida familiar, laboral, educativa y en las diferentes esferas de decisión política, económica y social. Propende por un mayor acceso a los servicios y oportunidades que ofrece el Estado para el mejoramiento de su calidad de vida. Este espíritu es reconocido en varios de sus artículos:

**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, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosofía. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados".

**Artículo 42:**

"Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y el respeto recíproco de todos sus integrantes y rechaza cualquier forma de violencia en la familia...."

**Artículo 44:**

"El Estado garantiza protección y asistencia especial a la mujer durante y después del embarazo, a través de un subsidio a la mujer desempleada o desamparada y apoyo igual a la mujer como cabeza de familia. Garantiza la seguridad social y brinda protección especial a la mujer y a la maternidad..."

**Artículo 50:**

"Responsabiliza a la pareja y a la sociedad del cuidado de la infancia, otorga a la pareja el derecho de decidir libre y responsablemente el número de hijos y garantiza atención médica gratuita en todas las instituciones que reciban aportes del Estado, para todo menor de un año que no esté cubierto por ningún servicio de seguridad social."

**Artículos 46, 47:**

El Estado se compromete a brindar asistencia y rehabilitación a personas de la tercera edad y a las personas disminuídas física, sensorial y psíquicamente y a los minusválidos, derecho al trabajo acorde con sus necesidades de salud.

**Artículos 46, 48:**

Consagran la seguridad social como un servicio obligatorio del Estado y como derecho irrenunciable para todas las personas, con protección especial durante la maternidad y en caso de indigencia.

**Artículo 64:**

Garantiza de manera especial el derecho a los Servicios de educación, salud, vivienda y seguridad social de los trabajadores agrarios.

La Constitución Nacional también plantea que los servicios de Salud se organizarán en forma descentralizada y con participación de la comunidad.

El Plan de desarrollo económico y social 1990-1994 definió el componente de salud como una de las principales estrategias para el mejoramiento de la infraestructura social. Los grupos prioritarios son los niños, las mujeres y los jóvenes. Igualmente enfatizó la necesidad de acciones de largo plazo que trasciendan las medidas puntuales coyunturales y sin impacto en la salud femenina.

En concordancia con los propósitos del desarrollo social, el Ministerio de Salud tiene como objetivo de su política la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en el marco de la construcción de una nueva cultura sanitaria. Esta, a su vez, lleva a replantear todos y cada uno de los programas de atención vigentes, lo cual se aplica de manera especial a los servicios de salud dirigidos a las mujeres, los cuales requieren transformarse para responder adecuadamente a las necesidades específicas de la población femenina.

Para afirmar una dinámica en ese sentido, en desarrollo de los preceptos constitucionales, y con el afán de elevar la conciencia femenina e incentivar su acción como sujeto de derechos, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1531 del 8 de marzo de 1992. Esta consagra los derechos de salud de las mujeres y las obligaciones de las instituciones del Estado para atender sus demandas, en particular, la de ser reconocidas como sujetos de decisiones en los asuntos que competen a su vida, su cuerpo, su sexualidad, su salud.

Las mujeres como usuarias y prestadoras de los servicios de salud y como gestoras de la salud familiar y colectiva han sido objeto de numerosos programas y acciones por parte de las instituciones. Sin embargo, una concepción integral de la mujer -como ser bio-sico-social y como sujeto de derechos- obliga a nuevos compromisos. En este sentido, la política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud" invita a ubicar a la mujer en el centro de las decisiones, como protagonista fundamental de la gestión en salud.

### **III. POSTULADOS DE LA POLITICA "SALUD PARA LAS MUJERES, MUJERES PARA LA SALUD"**

*La mujer tiene derecho a ser tratada y atendida por los servicios de salud como un ser integral, con necesidades específicas -de acuerdo a su edad, actividad, clase social, raza y lugar de procedencia- y no exclusivamente como reproductora biológica. Y tiene derecho a recibir del personal de salud, un trato digno y respetuoso a su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad.*

La democracia a la que aspiramos plantea la necesidad de transformar la vida familiar y social, así como la relación de los servicios de salud con las comunidades y las mujeres.

Los siguientes postulados buscan orientar la nueva política para contribuir a la construcción de una cultura democrática que garantice el pleno disfrute de los derechos humanos a las mujeres y eleve su calidad de vida.

#### **Las mujeres sujetos de derechos en salud**

El desarrollo de una ética civil reclama la participación de todos los sujetos en la construcción de los destinos colectivos. Para las mujeres significa el derecho a una actuación protagónica en la gestión individual, colectiva e institucional de los asuntos que competen a su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud.

El sistema de salud promoverá acciones orientadas a acompañar el proceso de constitución de la mujer en sujeto, a través de la promoción, fomento de la autoestima y la autodeterminación femenina sobre los procesos de salud y el impulso a su participación como sujeto de los programas.

#### **Democracia con rostro de mujer**

Derecho a la igualdad de oportunidades para todas las mujeres, independientemente de su etnia, credo y condición social, de acceder a los servicios de salud del Estado.

Valoración del saber tradicional sobre su cuerpo y su salud como un conjunto de prácticas que han mostrado su validez y bondad en la preservación de la salud individual y colectiva.

Democratización del saber médico a través de la información y educación oportuna y completa acerca de los procesos de salud- enfermedad a fin de mejorar la calidad de la asistencia en salud en los niveles institucional comunitario y doméstico.

Reconocimiento de su capacidad de gestión en los asuntos de la salud individual y colectiva.

Apertura y consolidación de espacios de participación y representación en todos los niveles de decisión del sistema de salud.

### **Respeto a la diferencia y reconocimiento de la diversidad**

Los servicios de salud considerarán las especificidades de la condición social de la mujer y aquellas derivadas de la heterogeneidad étnica, cultural, socio-económica y de edad de las mujeres.

La política de género en salud propende por el respeto de la pluralidad. Se opone tanto al establecimiento de programas y planes que homogenicen e inferioricen los distintos grupos de mujeres, como a los que generen una atención discriminada.

La política se dirige a corregir la inequidad histórica de la atención dirigida a las mujeres y atender los grupos según sus particularidades étnicas de edad y socioculturales.

### **Atención humanizada**

Todos los usuarios de los servicios de salud requieren una actitud humana en el tratamiento de su problemática de salud. En particular, las mujeres tienen derecho a que se les garantice la intimidad y la privacidad. La atención humanizada precisa considerar su historiapersonal y social, en especial, en aquellos eventos asociados a la salud reproductiva y la sexualidad.

Todo sujeto merece respeto y consideración a las necesidades de su ciclo vital, principalmente al componente afectivo y cultural que acompaña sus demandas en salud.

### **La participación social**

La apertura y consolidación de espacios de concertación entre el Estado y la sociedad civil es importante. Busca la participación de las mujeres organizadas en la gestión de los asuntos de salud, así como el ejercicio del derecho individual a demandar una atención acorde a las necesidades de salud de las mujeres. Es necesario reorientar las políticas, programas y planes a partir de la identificación de intereses comunes y el desarrollo de acciones conjuntas dirigidas a favorecer la salud de las mujeres. La

cogestión debe realizarse a través de la participación de los diversos grupos de mujeres -negras, campesinas, indígenas, trabajadoras remuneradas o no, mujeres jóvenes, entre otras -, en el diseño, ejecución, evaluación y veeduría de propuestas y políticas..

#### **La integralidad en la conceptualización y en la atención en salud de las mujeres**

Una visión integral de la mujer la concibe como una unidad biosicosocial. Esto implica un cuestionamiento de las concepciones biologizantes y medicalizantes de la problemática de la salud de la mujer . La biologización es la reducción de la salud femenina a la disfunción de sus órganos y sistemas. La medicalización, por otra parte, hace referencia a la excesiva intervención médica en los procesos vitales de la salud y el cuerpo femenino, y los eventos normales que le competen y a la expropiación de las mujeres de su capacidad de decidir sobre los procesos de salud y enfermedad.

#### **IV. OBJETIVOS GENERALES**

*La mujer tiene derecho a no ser rechazada en el trabajo o en institución educativa alguna por estar embarazada, tener hijos o no estar casada.*

- Reorientar las políticas, programas y acciones dirigidas a la población femenina, con base en la teoría de género, a fin de institucionalizarlas y mejorar la calidad y cobertura del sistema de salud, en todos los niveles de atención. Esto para responder de manera eficaz e integral a las necesidades y demandas de las mujeres en lo que compete a su cuerpo, su sexualidad, su vida y su salud.
- Propender por una concepción integral de la salud de la mujer a través de programas y oferta de servicios que respondan a sus especificidades como mujer y a los diversos perfiles epidemiológicos derivados de las condiciones socio-económicas, étnicas, culturales y regionales del país.
- Propiciar el mayor protagonismo de la mujer, como sujeto social, a través de su participación en el diseño, elaboración, ejecución, evaluación de políticas, planes, programas y acciones en salud.
- Trazar políticas y ejecutar programas dirigidos a la promoción, recuperación, rehabilitación, prevención y atención de la salud de la mujer, con el fomento de una actitud humana y de respeto en el tratamiento de la problemática específica de su salud.

### **Objetivos específicos**

- Crear programas inter-institucionales e interdisciplinarios de atención a mujeres y menores víctimas de la violencia, en particular, del maltrato intrafamiliar e impulsar acciones dirigidas a promover relaciones de respeto y convivencia en la diferencia, tanto en el ámbito público como en el privado.
- Reorientar los programas de Salud Materna (Lactancia, Atención Gineco-Obstétrica, Control de la Fecundidad y Protección de la Fertilidad, Control Prenatal, Nutrición , entre otros), en la perspectiva de género, de tal manera que contribuyan a acrecentar la autoestima femenina y la soberanía de la mujer sobre su cuerpo, su sexualidad, su salud y su vida.
- Apoyar la estrategia nacional de educación para la sexualidad dirigida a fomentar una sexualidad sana, placentera y responsable, dentro del marco del desarrollo humano, que contribuya a la prevención del embarazo no deseado, el embarazo inconveniente (adolescentes, mujeres añosas, diabéticas, por ejemplo), la maternidad y la paternidad precoces y el aborto y que respete las particularidades de los diferentes grupos en los procesos biosicosociales de su ciclo vital.
- Desarrollar y promover programas y servicios de salud ocupacional para la mujer trabajadora, remunerada y no remunerada, que tengan en cuenta las particularidades de su inserción en los distintos procesos productivos, formales e informales, así como sus diferencias bio-sico-sociales y en particular, su función reproductiva.
- Fomentar la creación de servicios alternativos y comunitarios en atención y prevención que favorezcan la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos sico-sociales en la mujer y en el grupo familiar.
- Reorientar los programas de prevención de las principales patologías de la mujer, con énfasis en la detección precoz del cáncer, la diabetes y las enfermedades cerebro-vasculares, de modo que acrecienten la conciencia femenina sobre su cuerpo, su salud, al tiempo que amplíen la cobertura de los servicios existentes y promuevan una ética de auto-cuidado en la salud de la mujer.
- Desarrollar acciones de formación y capacitación del recurso humano en salud que sensibilicen frente a la problemática de la mujer y brinden elementos para una atención integral y humanizada.

- Lograr el desarrollo coordinado de acciones dirigidas a la mujer, bajo el enfoque de género, tanto al interior del Ministerio de Salud, como de otras instituciones que desarrollan programas para la mujer con énfasis en salud.
- Procurar la creación de espacios sociales y al interior del sistema de salud que posibiliten la participación democrática y el mayor protagonismo femenino en el cuidado de su salud.
- Impulsar proyectos de investigación en la perspectiva de género que contribuyan a esclarecer la problemática de la salud de la mujer, en particular, aquellos aspectos relacionados con la violencia contra la mujer, la desnutrición, la salud ocupacional, la salud mental y las causas de mortalidad femenina.
- Liderar procesos de consagración de derechos y difusión de los mismos, en lo pertinente a la salud de la mujer.

## **V. GRUPOS PRIORITARIOS DE ATENCION PARA LA SALUD DE LAS MUJERES**

*La mujer tiene derecho a que la menstruación, la gestación, el parto, la menopausia y la vejez sean tratados como eventos naturales de su cuerpo y no como enfermedades.*

Los esfuerzos de esta propuesta deben dirigirse a los grupos de la población femenina cuyas condiciones precarias de vida en el orden económico, psicológico o social, demandan particular atención.

### **Las mujeres cabeza de familia**

Está constituido por mujeres que asumen la mayor responsabilidad económica, social y moral en el grupo familiar, bien sea en razón de viudez, abandono, separación, divorcio, invalidez o desempleo; es decir, en ausencia de las funciones y roles paternos y/o masculinos.

Merecen especial atención las viudas de la violencia, por la significación de la pérdida súbita y traumática de su compañero y los sectores pobres en donde la jefatura femenina alcanza hasta el 50% del total de hogares.



### **Las mujeres del grupo de 15 a 49 años**

La importancia de este grupo está dada por estar viviendo la etapa de capacidad reproductiva, lo cual exige especiales cuidados en la salud y porque se ha convertido en un grupo de altísimo riesgo frente a los eventos de la violencia social.

Por consiguiente, es importante reconocer la necesidad de una reorientación del programa Materno así como la de crear programas dirigidos a la atención de víctimas de violencia. La búsqueda de una atención integral a la mujer que la considere en su dimensión bio-psico-social, en la perspectiva de reafirmar su autonomía para decidir sobre su maternidad, su sexualidad y su cuerpo y de estimular la autoestima y autodeterminación femeninas. Igualmente, el programa de planificación familiar debe fundamentarse en la promoción de una sexualidad sana.

El grupo de adolescentes requiere énfasis especial, por su alto riesgo biológico y psicosocial, en particular, frente a los eventos de embarazo no deseado y aborto.

### **Las mujeres trabajadoras**

Comprende la población adulta, los grupos de niñas, mujeres de edad avanzada y ancianas que trabajan y las mujeres trabajadoras de las áreas rurales más desprotegidas.

Para ellas, son necesarios programas integrales de salud ocupacional y seguridad social, que respeten las particularidades de inserción en las diferentes actividades económicas y ocupacionales, así como las formas de contratación. Particular atención ameritan las trabajadoras de doble jornada y las madres trabajadoras gestantes y lactantes.

### **Las mujeres de edad avanzada**

Es el grupo de población por encima de los sesenta años. Es cada vez más importante por el incremento de su peso en la pirámide poblacional, por las condiciones de desprotección y abandono de su vida, su perfil específico de morbilidad y la discriminación de que son objeto por su vejez.

Del total de mujeres pobres del país y del grupo de mujeres en hogares unipersonales este grupo constituye el de mayor precariedad en sus condiciones de vida.

Los problemas de salud que afectan a este grupo de manera particular y que requieren especial atención son:

- los tumores malignos;
- el cáncer genito-uterino y de mama;
- las enfermedades cardio-cerebro-vasculares;
- las enfermedades depresivas;
- la anemia y la desnutrición.

## **VI. PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO**

*La mujer tiene derecho a la información y orientación para el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante, responsable y no condicionada a la gestación.*

Con este programa, enmarcado en los postulados de la política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud", se pretende ofrecer a la población femenina una atención integral que parta de sus necesidades y valore su desarrollo como persona con identidad propia, más allá de su rol reproductivo. Busca reconocer un campo de incuestionable significación, por las funciones sociales que tienen las mujeres y por el lugar preponderante que ellas ocupan tanto en la demanda de atención en salud, como en la prestación de la misma.

También se propone trabajar en el contexto amplio del desarrollo económico y social, trascendiendo el estrecho ámbito de la atención médica y de los servicios de salud materno- infantil. Con el fin de dar cumplimiento al enfoque y a los objetivos de esta política, se ha iniciado la tarea de reorientar, articular y construir los subprogramas que lo componen:

- Promoción y Autocuidado en Salud de la Mujer
- Atención Integral en Salud Reproductiva y Sexualidad
- Prevención del Maltrato y Atención a las Mujeres y Menores Víctimas de la Violencia
- Salud Mental, Salud Ocupacional

### **A. SUBPROGRAMA DE PROMOCION Y AUTOCUIDADO EN SALUD DE LA MUJER**

#### **Objetivos generales**

- Fomentar la participación de las mujeres en el cuidado y protección de su propia salud, basada en su reconocimiento como personas, la autovaloración y el fortalecimiento de la autoestima.

- Facilitar las condiciones para que las mujeres puedan, de manera consciente, decidir sobre su cuerpo, su salud y sus cuidados
- Fortalecer prácticas individuales y colectivas, tendientes al desarrollo de acciones de promoción, autocuidado y prevención de los principales problemas de salud de la mujer (cáncer de cuello uterino, hipertensión, diabetes, y otros), a través de planes integrales llevados a cabo por los servicios de salud e instituciones afines, los medios masivos de comunicación y la participación comunitaria.

### **Objetivos específicos**

- Sensibilizar a las mujeres en la adopción de medidas de autocuidado que favorezcan la autoestima y que propendan por el conocimiento, la protección de su cuerpo y por el fomento de prácticas de vida saludable a nivel personal y grupal.
- Realizar acciones educativas a través de medios masivos de comunicación que estimulen el desarrollo de actitudes y comportamientos tendientes a prevenir la enfermedad y promover la salud.
- Ampliar la cobertura de los servicios de detección precoz del cáncer cervicouterino y de mama y de los principales problemas de salud de la mujer, por medio de acciones de promoción, prevención y atención, diagnóstico precoz e información suficiente y oportuna, llevadas a cabo directamente en los centros de trabajo, en los programas e instituciones que concentran población femenina.

### **Descripción**

Este subprograma complementa, fortalece y amplía las acciones preventivas llevadas a cabo por los servicios de atención en salud. Procura conscientizar a las mujeres en lo relativo a su autoestima, al conocimiento de su cuerpo y a la interiorización de prácticas de salud tendientes a la prevención de la enfermedad, la promoción y el fomento de la salud.

Igualmente propone llevar a cabo acciones educativas y de detección temprana de los principales problemas de salud de la mujer, en especial, del cáncer cérvico uterino y de mama, de la hipertensión, diabetes, de prevención de enfermedades de transmisión sexual y otras, por medio de servicios integrales brindados en lugares y espacios de concentración femenina; concentración esta por razones laborales, recreativas, escolares, culturales o inclusive de atención a diversos problemas de salud (clubes de la salud de hipertensos, diabéticos, de la tercera edad, etc.).

El programa requiere de la constitución de un equipo interdisciplinario ambulatorio y extramural para cubrir los lugares descritos. Sus contenidos educativos se orientarán a partir de una ética del autocuidado, entendida en la perspectiva del desarrollo humano, del reconocimiento del propio cuerpo, de la autodeterminación y del auto-respeto, de la adopción de medidas que propendan por la promoción de la salud individual y colectiva y de prácticas sanas para la vida y el ejercicio de la sexualidad.

### **Acciones**

- Capacitación del recurso humano del sector sobre la situación de salud de la mujer, el enfoque de género, la política de salud para las mujeres y las estrategias de atención.
- Elaboración de un manual de salud para la mujer el cual de manera cálida y ágil, informe sobre los diferentes problemas de salud propios de su género, invite al desarrollo de prácticas de autocuidado, fomento de la salud y oriente sobre formas de prevención de las principales patologías.
- Campaña de autocuidado en salud de la mujer, a través de medios de comunicación.

### **Estrategias**

#### **Fomento del autocuidado de la salud de la mujer**

Está dirigida a estimular una relación armónica de la mujer con su propio cuerpo, su vida y su salud, sobre la base del reconocimiento y respeto corporal, del conocimiento de los cambios de su cuerpo y del mejoramiento de la autoestima femenina. Estas medidas han de plantearse de manera afirmativa, evitando difundir contenidos atemorizantes. A cambio, se sugiere fomentar el aprecio y respeto a sí misma, a la vida, al cuerpo, a la sexualidad y a la salud de las mujeres. Es preciso apoyarse en los medios masivos de comunicación y en amplios programas de difusión.

#### **Educación para la promoción de la salud y el autocuidado**

Se dirige a impulsar programas educativos y acciones de promoción de la salud de la mujer que comprendan:

- La socialización de una cultura de promoción de la salud.
- La promoción del autoconocimiento y del autoexamen.
- La difusión de los contenidos del concepto de autocuidado, preservando la especificidad de la propuesta de autocuidado personal y colectivo.

- Abrir nuevos espacios de encuentro (escuelas, parroquias, centros comunales y otros) para la ejecución de medidas preventivas y de promoción de la salud, que aboguen por la desmedicalización y deshospitalización de la misma.
- Articular los diversos esfuerzos de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dirigidos a la preservación del medio ambiente y medidas colectivas encaminadas a la protección de la vida.
- Formar en el personal de la salud una actitud positiva hacia el autocuidado que contribuya a generar una relación más humana, cálida y personalizada.

#### Extensión y oferta de servicios preventivos de salud

Se dirige a la constitución de servicios ambulatorios y extramurales para la oferta de atención, en la prevención y la ejecución de acciones informativas y educativas como práctica masiva de toma de citología vaginal a mujeres expuestas a alto riesgo, autoexamen de mama, detección de hipertensas y diabéticas y gestación en etapas tempranas, a través del fortalecimiento de los servicios a nivel local. Con ello se buscará también ampliar la actividad educativa tanto a hombres como a mujeres.

#### Comunicación a través de medios masivos

Apoyarse en los recursos de difusión como la radio (novelas, dramatizados con casos testimoniales que se resuelvan afirmativamente), televisión, medios de prensa locales y regionales, con base en una política de descentralización de la información.

Se trata también de innovar en los medios educativos, mediante el impulso de talleres, conversaciones informales que posibiliten una mayor participación de las mujeres y de organizaciones para la salud de la mujer.

#### Investigación en la perspectiva de género

Introducir en la investigación de cáncer, hipertensión y otros problemas de salud de las mujeres, el componente de género en su dimensión psicosocial, a fin de explorar las relaciones entre los estados mórbidos y las condiciones específicas de vida de las mujeres; en particular aquellas asociadas al estrés, la doble jornada y los estados afectivos (rupturas afectivas, duelos, pérdidas, violencia etc.) y la articulación femenina a las demandas planteadas por la modernización y urbanización.

#### Participación comunitaria y social

La participación social y comunitaria es uno de los principales vehículos para la gestación y consolidación de una cultura de la salud.

El autocuidado de la salud de la mujer fundamentado en el reconocimiento de su capacidad para decidir conscientemente sobre su cuerpo y su salud y en su reafirmación como persona y sujeto de desarrollo, es al mismo tiempo condición y facilitador de la participación. Así, esta nueva cultura, como resultado del esfuerzo asociado y solidario del conjunto de las fuerzas sociales, es fundamental para lograr un estado de bienestar general.

De otra parte, las organizaciones no gubernamentales y los grupos populares de mujeres, por su trabajo en el tema de la salud de la mujer y por su conocimiento de las necesidades y de la realidad que viven las mujeres, deben ocupar un lugar destacado en este subprograma.

#### Intersectorialidad

Busca crear un espacio más amplio, más allá de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para proponer y desarrollar acciones que promuevan la salud y medidas de autocuidado en diferentes frentes (el hogar, el trabajo, la alimentación, el medio ambiente, etc.)

### **B. SUBPROGRAMA INTEGRAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD**

*La mujer tiene derecho a una maternidad feliz, esto es, una maternidad deseada, acompañada, libre, decidida, sin riesgos.*

#### **Objetivo general**

Impulsar acciones de salud reproductiva, dirigidas a crear una consciencia colectiva frente al ejercicio pleno y responsable de la sexualidad, a prevenir las patologías de la esfera sexual, a promover una maternidad deseada y sin riesgo y a ampliar la cobertura de atención de la población en edad reproductiva, bajo los criterios de calidad, humanización y eficiencia y así lograr una salud reproductiva integral.

#### **Objetivos específicos**

- Brindar información y educación adecuadas y oportunas sobre el ejercicio de la sexualidad segura y responsable, placentera y sin riesgo para prevenir la gestación no deseada, el aborto y la maternidad con riesgo.
- Impulsar acciones dirigidas a procurar una maternidad libremente consentida y feliz y a promocionar la salud reproductiva.

- Reorientar los programas y acciones de control prenatal, control de la fecundidad, protección de la fertilidad y las patologías de la esfera sexual del hombre y la mujer, la atención del parto y del postparto, a través de intervenciones que mejoren significativamente la eficiencia, cobertura y calidad.
- Desarrollar actividades de atención integral de la salud y de la sexualidad, dirigidas al grupo de adolescentes y de mujeres de edad madura y avanzada, para que respondan a las necesidades derivadas de los cambios en su ciclo vital.
- Fomentar la práctica de nuevas modalidades de atención a los eventos asociados al ejercicio de la sexualidad (talleres de sexualidad humana, parto humanizado, psicoprofilaxis, parto placentero, parto acompañado, grupos de consulta prenatal y de post-parto, etc.).

### **Descripción del programa**

Los servicios de atención materna han privilegiado hasta el presente la ampliación de la cobertura de la atención prenatal, el parto institucionalizado y acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad infantil. Con la reorientación del programa, se espera ofrecer acciones de promoción, prevención y atención en los diferentes períodos de la vida haciendo énfasis en los eventos asociados a la sexualidad femenina, en el marco de una concepción integral y en la perspectiva de género. Incluye la prestación de servicios de control de las gestaciones, disminución y manejo de las de alto riesgo, la atención institucional adecuada del parto, el puerperio y del recién nacido, así como la prevención de la mortalidad materna evitable.

El programa comprende las siguientes líneas de acción:

#### **Revisión y actualización de la legislación existente**

Para proteger la salud reproductiva garantizando a los individuos y/o parejas el derecho al ejercicio libre y responsable de la reproducción que incluye:

- La Planificación en el sentido proconcepcional: manejo de la infertilidad, de los riesgos genéticos asociados y la protección familiar y laboral de la gestante.
- Planificación en el sentido anticoncepcional: los mecanismos de acción y extensión de los métodos anticonceptivos para la población masculina y femenina; la prevención del aborto y su manejo con un contenido preventivo; la adecuación de la reglamentación tarifaria de la atención en salud reproductiva a las condiciones y necesidades sociales de los usuarios.

Todo el proceso legislativo debe estar enmarcado en la obligatoriedad de los servicios de informar y confrontar la decisión del individuo dentro del proceso de consejería.

Prevención de las gestaciones no deseadas:

- La capacitación del equipo de salud para el manejo de los contenidos de sexualidad y reproducción, la prevención y el manejo de la gestación en las adolescentes, el manejo integral del aborto y sus complicaciones, la prevención de los riesgos reproductivos, el manejo de las gestaciones de alto riesgo y la planificación familiar.
- Además, la participación comunitaria para la planeación y ejecución de planes informativos y educativos que incluyan los temas antes mencionados y presenten el uso de la Planificación Familiar como la alternativa de manejo de la problemática a nivel individual del hombre y la mujer.
- La prestación de los servicios de prevención y protección de la Salud Reproductiva, incluirá como elemento básico en el manejo de todos los aspectos, la consejería individual como actividad que garantiza el derecho a la libre decisión y la dignidad de los individuos.

Protección de las gestantes:

- La extensión de los servicios de atención prenatal, del parto, el puerperio y del recién nacido, a la población desprotegida y más vulnerable.
- El establecimiento de un modelo de atención materno perinatal con enfoque de riesgo por niveles de atención.
- La movilización de recursos humanos y físicos para garantizar el cumplimiento de la norma y la calidad de la atención.
- La integración de los servicios materno perinatales con los de alimentación complementaria y vacunación.

Fortalecimiento de la investigación

Para lo cual se requiere el desarrollo de investigaciones científicas y operativas con prioridad sobre la mortalidad materna y perinatal y el desarrollo de tecnologías apropiadas en la prestación de servicios.



### Desarrollo de un modelo gerencial en salud reproductiva

Este modelo incluye estándares de calidad de la atención, mediante la aplicación de los criterios de riesgo y desarrollo de los sistemas de información.

### **Estrategias**

#### Mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer

Los programas dirigidos a la mujer, incluirán, educación para la salud sexual y reproductiva, con énfasis en los grupos más vulnerables: los escolares y adolescentes, mejorando la oportunidad, la cobertura y la calidad de la atención. Desarrollar campañas de promoción de los servicios y de la forma de cuidar la salud de la mujer, por medios masivos de comunicación y de movilización social, para favorecer la cobertura y la accesibilidad de la atención.

Los programas de planificación familiar deben cumplir con el acceso indiscriminado por sexo (hombres y mujeres), la elección libre e informada del método (no prescripción), sin condicionamientos de edad, paridad o estado civil, pero si, cuidando la capacidad personal o del tutelante, para la toma de esta decisión. Es obligatorio para las instituciones públicas la prestación de este servicio, en las mejores condiciones de oportunidad, accesibilidad, calidad y costo.

La comunicación en planificación familiar, se realizará usando todas las técnicas y medios posibles y debe instruir sobre su uso voluntario, las condiciones de riesgo que previene, con especial énfasis en las gestaciones indeseadas y el aborto, así como en la necesidad de evitar el alto riesgo obstétrico, originado en factores de tipo personal, familiar o social.

Los programas de atención materno perinatal y ginecológica, así como los de atención de otras patologías deben integrarse con programas de atención nutricional y de educación para la prevención de la patología mental, en los casos en los cuales se considere necesario.

#### Capacitación del personal de salud

El Ministerio de Salud, ejecutará los planes de capacitación, mediante la contratación de personal especializado que conozca y comparta las Normas de Atención Materna, Perinatal y de Planificación Familiar.

Se realizarán jornadas cortas, para la instrucción teórica de los contenidos científicos y los aspectos administrativos. Todo esto en coordinación con escuelas y

facultades y ciencias de la salud que desarrollan programas de formación de recurso humano de pre y postgrado.

Los contenidos que se desarrollarán en forma especial, para la complementación y adiestramiento del personal son: manejo de métodos anticonceptivos, consejería en planificación familiar, atención materna y perinatal en los niveles básicos de salud, educación sexual, prevención de embarazos indeseados en riesgo y del aborto, identificación y manejo del alto riesgo obstétrico e identificación y manejo de la patología perinatal más prevalente; además se incluyen técnicas de comunicación comunitaria.

#### Divulgación a nivel comunitario

Se adelantará un proceso de promoción de la salud reproductiva, y de manera especial lo referente a la salud de la mujer y del adolescente, a través de los medios de comunicación orientada a movilizar la demanda de servicios de los grupos poblacionales, que por diferentes creencias y comportamientos socioculturales, se encuentran en condiciones de inaccesibilidad de la atención.

Para la educación en salud y la movilización social de los grupos comunitarios, al rededor de la mortalidad materna, se desarrollarán contenidos de sensibilización por la salud de la mujer.

#### Investigación colaborativa nacional sobre mortalidad materna en Colombia

Se realizará un estudio colaborativo, epidemiológico de tipo prospectivo, descriptivo y analítico que permita determinar las causas médicas sociales o de calidad y oportunidad de los servicios de salud, que se asocian para determinar la presencia de las muertes maternas.

En este proceso se buscará la participación de los distintos sectores, Facultades de Medicina y Enfermería, Seguridad Social, Sociedades Científicas y de los propios Trabajadores de la Salud, que se encuentren involucrados en la atención de la salud a la mujer en edad fértil.

El proceso investigativo se realizará, con base en los comités de vigilancia de la mortalidad materna, llenará los pasos metodológicos previstos en este tipo de estudios. Será dirigido en cada una de las áreas elegidas a nivel nacional con un centro universitario preferiblemente coordinado en forma general por el Ministerio de Salud.

#### Mejoramiento del sistema de información de la mortalidad materna

Se calcula que la información sobre mortalidad materna, en Colombia tiene un subregistro superior al 50% originado especialmente en dos situaciones: una que

corresponde al subregistro de todas las muertes, debida a la falta de cumplimiento de las normas de inhumación en muchos municipios, (por desconocimiento de ellas, por ausencia de autoridades o por falta de control); otra buena parte del subregistro de la mortalidad materna, es debida a errores en el dato, por desconocimiento de la definición, por desconocimiento de la condición reproductiva de la difunta, por falta de investigación o por encubrimiento de procedimientos abortivos previos.

El correctivo de estas situaciones se puede lograr mediante el mejoramiento del Sistema de información del Ministerio de Salud, de las Direcciones Departamentales y Locales de Salud; de la operatividad del modelo de información a través de los Hospitales, Centros y Puestos de salud, así como también de la búsqueda de acuerdos de tipo político, entre el DANE, el Minsalud y la Superintendencia de Notariado y Registro, para que a nivel de todos los municipios sean igualmente válidos, los datos registrados por las instituciones representantes de cada sector, al tiempo que se establecen formas de consolidación y cruce de información para evitar el sobregistro.

También se debe implementar la extensión progresiva de los comités de vigilancia de la mortalidad de las mujeres en edad fértil, (MEF), por parte del sector salud, dentro de la metodología establecida para tal fin, con el objeto de que cada vez más los datos sean comparables. En este proceso se hará además monitoreo permanente del sistema de registro de la información de salud, relacionada con la gestación, el parto, el puerperio y la planificación familiar.

#### Mejoramiento de los servicios de salud

El Ministerio de Salud liderará el proceso para prestar una atención eficiente y humana que se extienda a áreas rurales y urbanas marginadas para lo cual se capacitará el personal de salud en técnicas de consejería, asesoramiento e intervención en crisis para promover el trato digno, considerado y dentro del respeto por las condiciones de individualidad, voluntariedad y autodeterminación de las MEF y de las madres, hasta llegar a su atención.

Para salvar las barreras de inaccesibilidad económica, de buena parte de la población, se establecerán escalas de subsidios a los costos de la atención en salud reproductiva, modelos de pagos diferidos (por cuotas), paquetes de servicios para la salud de la mujer y otras formas de prepago (pólizas). Estas metodologías tendrán especial aplicación en los niveles básicos de salud.

La extensión de cobertura necesaria y la ganancia requerida en la calidad de la atención se pueden lograr, a través del perfeccionamiento de la aplicación de un modelo de atención dentro del enfoque de riesgo a los servicios de salud materna, perinatal y de planificación familiar porque facilita la reorganización de los servicios del sistema de referencia, la atención por niveles según la gravedad de los casos, la reasignación de las

atenciones sin riesgo a la enfermedad y la optimización del rendimiento del recurso humano.

Otro elemento que facilita el mejoramiento de la calidad de la atención en salud reproductiva, es la inclusión del componente de consejería a las actividades regulares de estos programas para facilitar la toma de decisiones en el uso de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, o la elaboración de duelos en el postaborto, la histerectomía y las mortalidad fetal y perinatal.

### Vigilancia epidemiológica

Se debe incluir el estudio y análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna, para que su función llegue hasta el diseño y propuesta de acciones para su control.

Considerada la amplitud de sus funciones, los comités de vigilancia de la Mortalidad Materna deberán contar con el respaldo del Nivel Central, en las decisiones que faciliten la ejecución de las acciones, tales como:

Instituciones de Salud del País, la obligatoriedad en el diligenciamiento del formulario "Certificado de Defunción", específico homologado por el DANE, y que su manejo estadístico se convierta en fuente oficial del dato de mortalidad, lo cual mejorará el subregistro y facilitará su consecución, para que sea analizado en los comités locales, y remitido a las diferentes instancias administrativas, departamentales y nacionales, a fin de que surtan dichos condensados y a su vez retroalimenten los planes específicos de acción.

La decisión del Ministerio de Salud en coordinación del DANE, debe llegar hasta revivir los instrumentos y manejo estadístico de la información relacionada con nacimientos, al igual que la de muertes fetales y neonatales, en tal forma que se constituyan las instituciones y el sistema de información de salud, en fuentes oficiales de estos registros. Con esta decisión se facilita que el mismo comité realice la vigilancia de la Mortalidad perinatal.

Consecuentemente con lo anterior, el Nivel Nacional convocará a representantes de los distintos sectores involucrados en el control de la MM, Facultades de Medicina y de Enfermería, Instituciones de la Seguridad Social, Asociaciones Científicas y Representantes de Agencias Internacionales, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, así como representantes de sus propios Niveles Operativos, para que constituyan el Comité Nacional, el cual debe actuar como asesor del Ministerio de Salud.

Este grupo tendrá además la responsabilidad de elaborar el marco normativo para sus ejecutorias, diseñar los mecanismos de conformación y funcionamiento de los

Comités Departamentales y Municipales, protocolizar sus objetivos específicos y sus metas, así como la puesta en marcha de la Investigación Cooperativa Nacional de Mortalidad Materna.

#### Captación domiciliaria de la gestante

Esta actividad estará orientada a aumentar la cobertura de atención en salud, a las madres que por las condiciones sociales, culturales o económicas o por las condiciones de organización de los servicios, estos se hacen inaccesibles.

La extensión de la cobertura se hará con base en la movilización de los equipos extramurales de salud, las promotoras de salud, los gestores de salud, vigías de salud coordinados por el Ministerio de Salud. Los grupos comunitarios organizados y todas las formas de voluntarios en salud.

La búsqueda activa de gestantes y MEF se desarrollará especialmente, en las comunidades de zonas urbanas y rurales, que presenten el mayor volumen de mortalidad materna, la prevalencia más alta de las condiciones de riesgo, las más bajas coberturas de planificación familiar, control prenatal y atención institucional del parto y el puerperio y condiciones evidentes de postergación social y económica.

La optimización en la prestación de este servicio requiere que esté funcionando en el país el modelo de atención con enfoque de riesgo, en forma integrada, descentralizada y utilizando la atención por niveles de complejidad, con reasignación de actividades en la enfermedad para la atención de la gestante, parto, puerperio y recién nacido sin riesgo, así como la aplicación de los métodos anticonceptivos temporales.

Al realizar ésta actividad se deben estudiar previamente las condiciones socioeconómicas y de salud de las usuarias, realizar capacitación de personal, así como informar, movilizar e integrar a la comunidad objeto para que participe directamente, apoye y facilite la aplicación de este modelo de extensión de cobertura.

El diseño completo de este modelo será realizado por la División de Salud Reproductiva, en colaboración con las entidades de formación vocacional y la OPS/OMS.

#### Fortalecimiento de las instituciones hospitalarias de atención en salud materna, perinatal y planificación familiar

Para los efectos del presente plan se entiende por instituciones hospitalarias de atención en salud materna, perinatal y de planificación familiar, a los SILOS, constituidos por un hospital de primero segundo nivel de referencia (sus Centros y Puestos de Salud periféricos), en capacidad de atender los eventos reproductivos de bajo riesgo y con medios apropiados para solución quirúrgica.

El fortalecimiento de estos hospitales implica una identificación previa de aquellos que tienen las condiciones de eficiencia y capacidad de solución de las complicaciones obstétricas. Estos parámetros serán aplicados por los niveles administrativos correspondientes (Direcciones Seccionales de Salud) y servirán de base para exigir el nivel de responsabilidad en los procesos de monitoreo.

Con la determinación de los niveles de referencia de la atención materno-perinatal, para cada área geográfica, urbana o rural, se logra la coherencia necesaria de tipo administrativo, para el funcionamiento de la atención dentro del modelo de riesgo. Por la misma razón se facilitan los procesos de dotación de equipos y suministros y capacitación en técnicas específicas al personal, de participación comunitaria y de información a la comunidad sobre la ubicación y tipo de servicios disponibles en cada institución.

Con este desarrollo en el ámbito de los SILOS, cada unidad de atención hospitalaria materno-perinatal y de planificación familiar, debe conocer y manejar su situación epidemiológica, controlar y mejorar la eficiencia y calidad de los servicios que brinda, con el apoyo de los niveles administrativos y la coordinación de las instituciones de formación de recursos humanos en salud.

#### Promoción de los servicios de salud reproductiva y prevención del aborto y la gestación no deseada

Se busca con esta línea de acción fomentar la salud reproductiva en la población en edad fértil, que se encuentre o no en unión, para que el ejercicio de la sexualidad sea responsable, satisfactorio y constructivo en mujeres y hombres, para prevenir el aborto y las gestaciones indeseadas y así incidir directamente sobre los altos índices de morbilidad y mortalidad por estas causas para satisfacer el volumen de demanda de anticoncepción, para llegar a los grupos de población más vulnerables. También extender el componente de consejería, para, finalmente, sistematizar el uso y oferta de anticonceptivos de alta eficiencia sin restricciones.

#### **Metas de salud y educación de la mujer**

- Reducir la tasa de Mortalidad Materna de 100 muertes por 100.000 nacidos en 1990 a 85 por 100.000 nacidos vivos en 1994 y a 55 por 100.000 nacidos vivos en el año 2000.
- Aumentar la cobertura de captación de la gestante en el primer trimestre de la gestación de 32 %, en 1990, a 50 % en 1994 y a 80 % en el año 2000.

- Aumentar la cobertura de atención prenatal con enfoque de riesgo de 30 %, en 1990, a 50 % en 1994 y a 90 % en el año 2000 en todas las Direcciones Seccionales de Salud del país.
- Reducir la proporción de gestaciones en adolescentes de 10 %, en 1990 a 5 %, en 1994.
- Capacitar, entre 1992 y 1994, al 100 % del equipo de salud responsable de la Atención Materna y Perinatal en las Normas de Atención de la gestación, el parto, el puerperio y el recién nacido con enfoque de riesgo.
- Mejorar la dotación básica para la atención a la gestante, el parto, el puerperio y el recién nacido del 40 %, en 1.990, al 75 %, en 1994, en las Direcciones Seccionales de Salud del país.
- Incrementar la oferta de métodos anticonceptivos y consejería en planificación familiar, a nivel nacional, de 15 %, en 1990, a 30 % en 1994 y a 60 % en el año 2000.

#### Actividades

- Elaboración de un Plan de acción para la disminución de la mortalidad materna evitable en Colombia. Realización de una investigación sobre mortalidad materna en Colombia.
- Creación y consolidación de Comités de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en todas las Direcciones Departamentales y Municipales de salud del país.
- Elaboración y divulgación de un modelo de registro para el diagnóstico y clasificación del riesgo de la gestación, del parto, del puerperio y del período neonatal.
- Revisión, actualización y divulgación de las "Normas de atención materna y perinatal con enfoque de riesgo" en todas las Direcciones Seccionales de Salud del país.
- Revisión, actualización y divulgación de la "Norma de planificación familiar y detección precoz de cáncer de cuello uterino," en todas las Direcciones Seccionales de Salud del país.

- Asesoría, seguimiento y apoyo al desarrollo de las actividades de planificación familiar y atención materna y perinatal con enfoque de riesgo, en todas las Direcciones Seccionales de Salud del país.
- Dotación con elementos anticonceptivos para cubrir la demanda generada por el 30% de los usuarios de los métodos de planificación familiar asignados al subsector oficial (900.000 parejas/año).
- Promoción en la comunidad de la importancia del control prenatal, vacunación con toxoide tetánico a las gestantes y atención del parto institucional con enfoque de riesgo.
- Suministro de equipos para apoyo a la prestación de servicios de atención materna y perinatal en los organismos de salud de mayor riesgo y a las parteras complementadas.
- Realización de jornadas de capacitación sobre las "Normas de atención materna y perinatal con enfoque de riesgo" para los funcionarios del equipo de salud de los tres niveles de Atención en las Direcciones Seccionales de Salud.
- Realización de visitas de asesoría y seguimiento en los aspectos técnicos y administrativos de las actividades de salud reproductiva a las Direcciones Seccionales en situación crítica.
- Gestionar la consecución de recursos financieros para la adquisición de insumos y elementos de planificación familiar en las Direcciones Seccionales en situación crítica.
- Divulgar en la población de adolescentes información sobre métodos anticonceptivos y educación sexual, para disminuir los riesgos asociados a la reproducción en este grupo poblacional.
- Promover la organización de Centros de Atención a la Problemática de los Adolescentes en el área de salud reproductiva de las grandes ciudades del país, con énfasis en la educación para la sexualidad libre, sana y responsable.
- Capacitación de las parteras para vacunación con toxoide tetánico en zonas de alto riesgo.



**C. SUBPROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO Y ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA**

*La mujer tiene derecho a servicios de salud que atiendan de manera integral la problemática de las mujeres maltratadas y víctimas de todas las formas de violencia.*

**Objetivos generales**

- Trazar políticas y ejecutar planes y acciones dirigidos a la prevención del maltrato y a la atención de mujeres y menores víctimas de la violencia intrafamiliar.
- Promover formas de convivencia en la diferencia y trato respetuoso en los distintos espacios sociales, en particular, en la vida familiar, dirigidos a fortalecer una cultura democrática y desestimar la violencia como forma fundamental de resolver los conflictos.

**Objetivos específicos**

- Brindar atención inmediata a las mujeres y menores víctimas de la violencia y del maltrato intrafamiliar, así como ofrecer servicios integrales (médicos, psicológicos, jurídicos y socio-familiares) de orientación específica, de acuerdo a las necesidades planteadas por las personas usuarias.
- Impulsar y ejecutar diversas actividades y programas educativos orientados a estimular la convivencia en la diferencia y el manejo civilizado del conflicto, en particular, en el ámbito de lo doméstico.
- Fomentar y desarrollar proyectos de investigación dirigidos a diagnosticar y proponer modelos terapéuticos y pedagogías alternativas que contribuyan a un mayor conocimiento de la problemática de la violencia y formulen recomendaciones para una mejor atención integral de su impacto y prevención.
- Fomentar la participación colectiva de las mujeres alrededor de actividades que promuevan, difundan y socialicen los objetivos y acciones del programa. Impulsar procesos y formas de intervención de las mujeres en el manejo y propuestas de acción frente a la problemática de la violencia, en particular, la de género.

- Sensibilizar y capacitar sobre la problemática femenina y del maltrato a las mujeres, a los funcionarios de los servicios de salud y a todos aquellos que entren en contacto con una mujer maltratada, para ofrecer una atención integral y no meramente curativa de las lesiones físicas.

### **Descripción del programa**

Este programa busca impulsar una propuesta alternativa de atención dirigida a las mujeres y a los menores víctimas de la violencia y del maltrato; y diseñar metodologías para el trabajo educativo e investigativo que posibiliten un tratamiento integral de la problemática.

Se ejecutará a través de la puesta en marcha de tres áreas de trabajo interdisciplinario articuladas entre sí para garantizar la integralidad en el manejo del problema. Ellas son:

- Área de atención.
- Área de prevención.
- Área de investigación.

#### **Área de atención**

Tendrá a su cargo la prestación de servicios inmediatos a las mujeres y menores víctimas de la violencia y el maltrato intrafamiliar que requieren atención médica, jurídica, psicológica o socio-familiar. Así mismo, llevará a cabo acciones de evaluación diagnóstica, remisión interinstitucional y orientación terapéutica. El recurso humano responsable deberá poseer una actitud y calidad humana que le permitan una forma de escuchar y una relación profesional no culpabilizante.

#### **Área de prevención**

Se dirige a:

- Impulsar actividades educativas para la difusión de los derechos de la mujer y del menor, en particular, de la concepción que vincula la violencia contra la mujer a la problemática de derechos humanos.
- Desarrollar planes y campañas interinstitucionales (Ministerios de Salud, Justicia, Gobierno, Procuradurías de Derechos Humanos, ICBF, Comisarias de Familia, ONGs, en particular, aquellas que trabajan con la mujer, servicios de urgencias, etc.).

- Promover formas colectivas y organizadas de mujeres que contribuyan a acrecentar la conciencia femenina y la autoestima y que desarrollen iniciativas para la atención y prevención del maltrato.
- Establecer servicios telefónicos permanentes, líneas de ayuda, apoyo y orientación, día y noche, que permitan difundir los servicios de atención y prevención.
- Impulsar la constitución de redes de apoyo y refugios de mujeres y menores maltratados, de carácter temporal.
- Levantar directorios de servicios institucionales , de grupos y organizaciones de mujeres y familias dispuestas a ayudar, en situaciones de emergencia a mujeres y menores maltratados.
- Sensibilizar acerca de la problemática femenina y del maltrato contra las mujeres, a los funcionarios de los servicios de salud, de la policía, y a todos aquellos que entren en contacto con una mujer maltratada.
- Establecer formas de veeduría comunitaria y de los medios de comunicación sobre el funcionamiento de los programas que tienen que atender la problemática.

#### Area de investigación

El área de investigación se dirigirá fundamentalmente a:

- Realizar perfiles epidemiológicos para los distintos grupos de mujeres y menores víctimas de la violencia y el maltrato: mujeres violadas, víctimas del incesto, mujeres golpeadas, viudas de la violencia política, etc.
- Evaluar el impacto sico-social de las distintas formas de violencia sobre los procesos de salud-enfermedad y las condiciones de vida de las poblaciones afectadas, por ejemplo: violencia en zonas de conflicto, la violación, violencia en los diversos grupos étnicos y de acuerdo a caracterizaciones de grupos socio-económicos, entre otros.
- Impulsar formas de investigación participativa, que permitan formular propuestas de intervención frente al problema.
- Sistematización de la información existente en las distintas instituciones de servicio de atención médica, psicológica, jurídica, etc.

## **Estrategias**

### **Formas alternativas de prestación de servicios**

Están dirigidas a:

- Innovar los servicios de atención
- Establecer una relación humanizada y personalizada, por parte de los funcionarios responsables de la prestación directa del servicio médico, jurídico y psicológico.
- Fomentar la oferta de servicios en lugares de concentración laboral, escolar, recreativa, religiosa.
- Impulsar la realización de acciones colectivas, grupos de trabajo para la prevención de las diferentes formas de violencia (violación, violación conyugal, acoso sexual en el trabajo y centros escolares, abuso sexual de menores, y otros) y la atención de situaciones críticas.

### **Educativa**

Busca concientizar acerca del maltrato intrafamiliar y otras formas de violencia.

Las propuestas de prevención del maltrato y de la promoción de relaciones equitativas entre los géneros y entre los seres humanos se dirigen a estimular una conciencia colectiva y ciudadana acerca de los derechos de la mujer y de los menores y el repudio a cualquier violación a los derechos humanos.

Las acciones dirigidas a la población femenina se orientan a fortalecer la autoestima, la autonomía sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad, haciendo énfasis en los derechos de la mujer. Se propone la ejecución de acciones educativas orientadas a los siguientes sectores:

- Funcionarios: Sector salud, encargados de la prestación directa de servicios, de la remisión de los servicios de urgencias. Sector gubernamental, encargados de recibir quejas, denuncias, demandas sobre las diferentes formas de maltrato: agentes de policía, inspectores, funcionarios del ICBF, comisarias de familia, comités de derechos humanos, personal de medicina legal, entre otros.

- Organizaciones comunitarias: Juntas de Acción Comunal, Juntas Administradoras Locales, grupos comunitarios, en particular, aquellos conformados por mujeres y promotoras de salud.
- Instituciones: Autoridades escolares, religiosas, laborales, ONGs y otras organizaciones voluntarias.
- Instituciones de educación superior: Se propone incluir en los planes de estudio de pre y postgrado de las carreras del área de la salud, ciencias humanas y sociales, formación jurídica, el estudio de la problemática de los derechos de las mujeres y su violación.
- Medios de comunicación: Dirigida a sensibilizar a los responsables de la información de las noticias y manejo de la imagen femenina.
- Fechas conmemorativas: Las celebraciones tendrán contenidos sobre la magnitud del problema de la violencia y la promoción de formas alternativas de manejo del conflicto social.

Los contenidos educativos se dirigirán a los distintos sectores enunciados, se fundamentarán en una clara visión de la problemática femenina en el marco de la conceptualización de género que contribuya no sólo a la mayor comprensión del problema sino a una interpretación integral de su causalidad, sus manifestaciones y sus implicaciones en el orden social.

#### Participación y cogestión comunitaria

Está dirigida a propiciar la intervención de las mujeres y sus organizaciones en el debate, la programación y propuestas para la acción comunitaria frente al problema, formas de veeduría sobre sus derechos y la prestación de servicios (redes familiares que apoyan o albergan a mujeres o menores maltratados).

Esta estrategia considerará la posibilidad de capacitar grupos de mujeres voluntarias dispuestas a participar más activamente en los programas de prevención y protección a víctimas del maltrato. La capacitación se orientará a dotarlas de destrezas para el manejo inmediato de víctimas de la violencia, la remisión de casos a los distintos servicios de atención, la orientación acerca de los recursos institucionales, la cuantificación de la problemática en sus lugares de residencia, etc. Se busca capacitar además en el liderazgo femenino para el manejo y la prevención de esta problemática; simultáneamente, se puede plantear la ubicación de algunas residencias como centros especiales de orientación a víctimas del maltrato con un distintivo que permita a la comunidad la fácil identificación del recurso (bandera, color, afiche o símbolo).

### Interinstitucionalidad e interdisciplinariedad

Está orientada a la protección de los recursos humanos, científicos, tecnológicos y económicos entre los diversos organismos estatales y no gubernamentales. Busca coordinar esfuerzos y respuestas conjuntas e integrales a la problemática planteada, a fin de romper el tratamiento parcializado y fragmentario.

### Cooperación internacional

Se dirige a vincular a las organizaciones internacionales del sector salud, de derechos humanos, y organizaciones de trabajadores a la búsqueda de respuestas y propuestas para apoyar los esfuerzos y políticas nacionales.

La cooperación técnica (humana y científica) y financiera puede contribuir a respaldar las diversas acciones propuestas en este proyecto. (OPS, UNICEF, ISIS INTERNACIONAL, entre otras).

### **Población objetivo**

El proyecto piloto de atención a las mujeres y menores víctimas de la violencia y de prevención del maltrato dirige sus acciones fundamentalmente a los siguientes grupos:

- Mujeres menores víctimas de la violencia y el maltrato que acudan en busca de atención, y su grupo familiar.
- Grupos de mujeres vulnerables: menores y adolescentes, jóvenes en edad escolar, mujeres solas, mujeres pobres, grupos específicos según ocupación u oficio: empleadas domésticas, prostitutas, trabajadoras de bares, restaurantes, y hoteles, mujeres que ingresan por primera vez al mercado laboral, mujeres migrantes, minorías étnicas, y otros grupos sugeridos por investigaciones del mismo centro.
- El sector salud: en los distintos niveles de atención éste deberá difundir ampliamente las acciones del proyecto, su filosofía y objetivos, así como concientizar a sus funcionarios en la perspectiva de género, de participación, de la convivencia ciudadana y en el manejo civilizado del conflicto.
- La población en general: además de los grupos ya mencionados en la estrategia educativa, es importante señalar que las acciones de fomento y prevención sean más amplias posibles, puesto que el maltrato y la violencia trascienden grupos sociales, clases, edades, credos, étnias, escolaridad, etc.

### **Localización**

El proyecto deberá seleccionar una zona de influencia en dónde se cuente con una red de servicios del primero y segundo nivel de atención, a fin de garantizar la atención inmediata y las remisiones necesarias. Se sugiere pensar en Bogotá, Cali y Medellín como ciudades para iniciar el proyecto.

### **Recurso humano**

Se contará con un equipo multidisciplinario integrado principalmente por: una enfermera; una psicóloga (o); una abogada (o); una comunicadora social; una auxiliar de enfermería; promotoras de salud y una profesional del área social. El proyecto buscará apoyarse en las organizaciones comunitarias a fin de informar, promover, remitir, y proponer formas de mejoramiento y prestación de servicios.

### **D. SUBPROGRAMA PROMOCION, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES**

*La mujer tiene derecho a que sus conocimientos y prácticas culturales relativas a la salud que la experiencia ha demostrado como acertados, sean tenidos en cuenta, valorados y respetados.*

### **Objetivo general**

Trazar políticas, ejecutar planes y acciones dirigidas a la promoción, prevención y atención a la salud mental de las mujeres.

### **Objetivos específicos**

- Promover la salud en forma integral mediante la educación, la prevención, la asistencia y la participación de la comunidad.
- Sistematizar una metodología de trabajo para la promoción comunitaria de la salud mental que contribuya a la formulación de una adecuada política del sector.
- Contribuir al desarrollo y a la sistematización de las experiencias de instituciones y grupos populares en el campo de la atención primaria, con el fin de establecer concretamente el rol de este modelo de asistencia en el país.

### **Descripción del subprograma**

Este subprograma se propone impulsar una propuesta de promoción, prevención y atención de la salud mental de las mujeres, con base en el enfoque de género y el diseño de metodologías para el trabajo educativo e investigativo que posibiliten un tratamiento integral de la problemática y promuevan la salud y la prevención de trastornos psicosociales.

Se desarrollará a través de tres áreas de trabajo interdisciplinario, articuladas entre sí, para garantizar la integralidad en el manejo del problema: área de atención, área de prevención y área de investigación.

Las estrategias, teniendo en cuenta la especificidad de la temática, serán las mismas de los otros subprogramas.

### **Implementación y desarrollo de la política**

Para la implementación de la política "Salud para las mujeres, mujeres para la Salud" están previstas, durante el año 1992, las siguientes acciones:

- Difusión de la política en las diferentes instancias (nacional, regional y local), en especial, en aquellas que impulsan programas y acciones dirigidas a la mujer.
- Discusión, análisis y enriquecimiento de la política, con aportes de diagnósticos regionales y locales.
- Reorientación de los programas y acciones ya previstas en los diferentes planes a los lineamientos de la presente política.

### **PRESENTACION DE LA POLITICA A TRAVES DE LA CELEBRACION DE EVENTOS ESPECIALES**

a) Mayo, mes de la mujer, centrado en la difusión masiva de la política en reuniones académicas, concentraciones de usuarios de los servicios, medios de comunicación. Durante esta celebración se dedicará cada día a un evento específico de salud de la mujer. Se orientará para que cada Dirección Seccional de Salud:

- Realice ruedas de prensa, entrevistas, recoja testimonios de mujeres.
- Haga difusión de la resolución No. 1531 del 6 de marzo de 1992, sobre los derechos en salud de las mujeres y la de los derechos de salud reproductiva.



- Logre reportajes en los medios de comunicación local.
  - Elabore carteleros con mensajes en donde se resalte la autoestima femenina y la libre determinación sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad; por una maternidad feliz, deseada y sin riesgo.
  - Impulse los comités de vigilancia epidemiológica activa de la mortalidad materna.
  - Logre la transmisión de mensajes a través de relojes electrónicos de su ciudad.
  - Realice paneles sobre problemas de salud de la mujer, con participación de organizaciones de trabajadoras, ONGs de mujeres, etc.
  - Divulgue la política en el mismo sector salud.
- b) Encuentro nacional 28 de mayo, día de Acción Mundial por la Salud de la Mujer, con el propósito de:
- Celebrar el Día de Acción Mundial por la Salud de la Mujer.
  - Convocar a diferentes estamentos del Estado y la sociedad civil, con el fin de analizar la problemática de salud de la mujer colombiana y su condición social.
  - Compartir con las adolescentes sus vivencias sobre la maternidad, su sentir y pensar acerca de sus necesidades en salud y sus interrogantes frente a la sexualidad.
  - Promover la búsqueda conjunta de alternativas frente a las necesidades de salud de las adolescentes, en especial lo concerniente a su gestación.
  - Presentar la política "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud" ante el país, por parte del Ministerio de Salud, con el fin de analizarla, diseñar estrategias de acción y establecer compromisos para su ejecución.
- c) Jornada 25 de noviembre, día de la no violencia a la mujer:
- Lanzamiento del programa contra víctimas del maltrato en cuatro ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, para:
- Fomentar la participación de las regiones en el enriquecimiento de la política y en la elaboración de los planes de acción regionales.

- Difundir, analizar, diseñar estrategias de acción y establecer compromisos para la ejecución del subprograma de atención a las víctimas de la violencia en las cuatro ciudades seleccionadas.

*La mujer tiene derecho a una actuación protagónica en los espacios de participación comunitaria y en los diferentes espacios de toma de decisiones del sistema de salud.*

## REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional CAPS. 1986-1989, Fecundidad y natalidad.
2. Encuesta de prevalencia, demografía y salud - 1990, Profamilia - DHS.
3. Dane, DNP, Proyecciones de población, Colombia, 1990.
4. Encuesta de prevalencia, demografía y salud - 1990.
5. Idem.
6. Idem.
7. Cuadros F., M.I.- Perfil de la mujer colombiana: antecedentes y situación actual, actual, 1991. UNICEF.
8. Encuesta de prevalencia, demografía y salud - 1990.
9. Idem.
10. Dane. Boletín de estadística.
11. OPS, Rebecca de los Ríos, Elsa Gómez. La mujer en la salud y el desarrollo, 1991.
12. UNICEF, Perfil de la mujer colombiana: antecedentes y situación actual. Cuadros Cuadros, M.I. 1991.
13. Dane, DNP, UNICEF, Ministerio de Agricultura, PNUD. La pobreza en Colombia Bogotá: Dane, 1989.
14. Idem.
15. Oficina Informática. Ministerio de Salud, 1990.
16. Dane, DNP, UNICEF, Ministerio de Agricultura, PNUD. La pobreza en Colombia. Bogotá: Dane, 1989.

17. Torres de Gálvis, Yolanda y Murrelle, Lenn. Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia. Colombia, Medellín: Universidad de Antioquia, 1988.
18. Paltiel, 1987.
19. OPS, Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas. 1990.
20. Torres de Gálvis, Yolanda y Murrelle, Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia. Colombia, 1987. Medellín: Universidad de Antioquia, 1988.
21. Dane. Boletín de estadística.
22. Encuesta nacional de prevalencia, demografía y salud, 1990. Profamilia - DHS.