

**POLÍTICAS DE SALUD Y ACUERDO DE PAZ PARA LA RESPUESTA EN SALUD
SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA A MUJERES EXCOMBATIENTES DE LAS
FARC EP. COLOMBIA 2018**

CLAUDIA MILENA SARMIENTO ARÉVALO

Tutora

AMPARO HERNÁNDEZ BELLO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
Bogotá D.C. Colombia
Julio de 2019

Agradecimientos

A mis padres y hermano por su acompañamiento, cariño y apoyo permanente en cada reto personal y académico que he asumido. A mis sobrinos Juan Manuel y Katalina por acompañar mis pasos.

A mi familia elegida por estar de manera incondicional, por confiar en mí y por darme la fuerza necesaria para seguir creyendo. A la colectiva divergente por sus ideales y sueños feministas.

A Carmela María por todos los momentos, por la paciencia, por creer y por estar de principio a fin.

A mis compañeras y compañeras de trabajo por su paciencia y enseñanzas. Fundamentalmente a Andrea Villamizar por transmitirme sus aprendizajes y permitirme materializar este reto.

A Victoria Sandino, Laura Cardoza y Laura Villa por hacer posible el desarrollo de este trabajo y por sus luchas diarias. A las mujeres del partido FARC que aportaron a este trabajo desde sus relatos de vida. Al ETCR Simón Trinidad por acogernos y por trabajar en la construcción de la paz.

A Carolina Giraldo por acompañarme en esta experiencia y enseñarme desinteresadamente.

A Lina Baracaldo, Julieth Riaño y Diego Ovalle por el camino compartido estos dos años, por las risas y por enseñarme que se puede construir en la diferencia. Gracias Lina por tanta fuerza y perseverancia.

A la Pontificia Universidad Javeriana, al programa de maestría en administración de salud y al Instituto de Salud Pública por sus aportes académicos.

Infinitas gracias a la profesora Amparo Hernández, por sus múltiples enseñanzas, las que atesoraré para toda la vida. Por su ejemplo de constancia, disciplina y fortaleza. Pero sobre todo por su lucha incansable por, para y con las mujeres.

Contenido

Glosario de siglas	vi
Introducción	1
1 Contexto de la investigación	3
1.1 Problema de Investigación	3
1.2 Objetivos	8
1.2.1 Objetivo general	8
1.2.2 Objetivos específicos.....	8
1.3 Justificación y propósitos	9
2 Marco de referencia.....	11
2.1 Salud Sexual y Salud reproductiva.....	11
2.2 Perspectiva de género en salud, salud sexual y salud reproductiva.....	20
2.3 Acuerdos de Paz, Género, Salud Sexual y Salud Reproductiva	24
3 Método	30
3.1 Tipo de estudio	30
3.2 Categorías y variables	30
3.3 Fuentes de información, instrumentos y técnicas de recolección.....	30
3.3.1 Fuentes primarias	30
3.3.2 Fuentes secundarias.....	32
3.4 Procesamiento y análisis	33
3.5 Consideraciones éticas	34
4 Resultados	37
4.1 Nociones y prácticas relacionadas con género, salud sexual y salud reproductiva	41
4.2 Necesidades, problemas y expectativas relacionadas con género, salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes	44
4.2.1 Dificultades en el acceso a servicios de salud	45
4.2.2 Necesidades, problemas y expectativas relacionadas con la salud reproductiva.....	46
4.2.3 Necesidades y problemas relacionados con la salud sexual:	49
4.3 Respuesta en salud con énfasis en salud sexual y salud reproductiva en el marco del proceso de reincorporación.....	51
4.3.1 Momentos de la respuesta en salud con énfasis en sexual y salud reproductiva.....	52
4.3.2 Respuesta en salud en el marco del proceso de reincorporación y acceso a la población rural	60

4.3.3	Percepciones sobre la respuesta en salud sexual y salud reproductiva en el marco del proceso de reincorporación	62
4.4	Descripción del marco político y normativo que regula la Salud Sexual y la Salud Reproductiva en Colombia	68
4.5	Relación entre las necesidades en SS/SR de las mujeres excombatientes, la respuesta en SS/SR en el marco del proceso de reincorporación de las FARC EP y la normatividad nacional existente.	71
4.5.1	Respuesta en salud a las barreras de acceso a servicios.	71
4.5.2	Respuesta en salud al desconocimiento de deberes y derechos en salud y del funcionamiento y organización del Sistema de Salud.	73
4.5.3	Respuesta en salud a las necesidades y problemas en salud reproductiva	74
4.5.4	Respuesta en salud a las necesidades y problemas en salud sexual.	76
4.5.5	Respuesta sectorial e intersectorial a las desigualdades de género como determinante de la salud.	77
5	Discusión.....	79
6	Conclusiones	82
7	Recomendaciones.....	84
8	Anexos.....	86
8.1	Anexo 1. Guías de entrevista para fuentes primarias	86
8.2	Anexo 2. Guía de taller en salud sexual y salud reproductiva.....	107
8.3	Anexo 3. Análisis intratextuales.....	111
	Análisis intratextuales de mujeres excombatientes y responsable de género entrevistadas.....	111
	Análisis intratextuales de funcionarios entrevistados.....	114
8.4	Anexo 4. Esquema normativo reincorporación y salud.....	116
9	Referencias	117

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Relación entre la ubicación de los ETCR y los ámbitos rurales y dispersos	7
Ilustración 2. Marco para la función del género como determinante social de la salud.....	22
Ilustración 3. Coherencia entre Necesidades y problemas, acciones de respuesta y políticas en SS/SR ...	71

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Matriz de categorías y variables de fuentes primarias:	35
Cuadro 2. Matriz de categorías y aspectos de indagación para marco normativo y político en SS/SR	36
Cuadro 3. Caracterización general de mujeres excombatientes entrevistadas.	38
Cuadro 4. Caracterización integrante del equipo nacional de género-Partido FARC	38
Cuadro 5. Caracterización de funcionarios entrevistados	39
Cuadro 6. Actores que han desarrollado acciones de respuesta en salud sexual y salud reproductiva en el proceso de reincorporación	58
Cuadro 7. Descripción del marco político y normativo que regula la salud sexual y salud reproductiva en Colombia en población general y población excombatiente	68
Cuadro 8. Síntesis de necesidades y problemas en SS/SR relacionados con el acceso, respuesta en salud y normatividad vigente.....	72
Cuadro 9. Síntesis de necesidades y problemas en SS/SR relacionados con el desconocimiento de derechos y deberes, respuesta en salud y normatividad vigente.....	73
Cuadro 10. Síntesis de necesidades y problemas en salud reproductiva, respuesta en salud y normatividad vigente.....	74
Cuadro 11. Síntesis de necesidades y problemas en salud sexual; respuesta en salud y normatividad vigente.....	76
Cuadro 12. Síntesis de la respuesta en salud e intersectoriales a las desigualdades de género como determinante de la salud	78

Índice de imágenes

Imagen 1. Taller SS/SR ETCR Simón Trinidad.....	31
Imagen 2. Árbol de problemas / Taller SS/SR	31
Imagen 3. Vía de acceso ETCR Simón Trinidad	40
Imagen 4. Entrada ETCR Simón Trinidad	40
Imagen 5. Puesto de salud, ETCR Simón Trinidad. (Vista exterior)	40
Imagen 6. Puesto de salud, ETCR Simón Trinidad. (Vista interior).....	40

Glosario de siglas

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
AF	Acuerdo Final
ANA DC	Asociación Nuevo Agrupamiento Distrito Capital
APSI	Atención Primaria en Salud Integral
ARN	Agencia de Reincorporación y Normalización
ASIS	Análisis de Situación en Salud
CA	Cáncer
CCU	Cáncer de Cuello Uterino
CEDAW	Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CFHBD DA	Cese al Fuego Humanitario Bilateral y Definitivo y la Dejación de Armas
CNMH	Centro Nacional de Memoria Histórica
CNR	Consejo Nacional de Reincorporación
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CORPAZ	Corporación Territorio, Paz y Desarrollo
CSIVI	Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final
DDR	Desarme, Desmovilización y Reintegración
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DR	Derechos Reproductivos
DS	Derechos Sexuales
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ELN	Ejército de Liberación Nacional
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ETCR	Espacio Territorial de Capacitación y Reincorporación
ETS	Entidades Territoriales de Salud
FARC	Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común
FARC EP	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo
FDIM	Federación Democrática Internacional de Mujeres
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
M19	Movimiento 19 de abril
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MINUGUR	Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala
MM&V	Mecanismo de Monitoreo y Verificación del Acuerdo de Paz
MPTF	Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Posconflicto

MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OACP	Oficina del Alto Comisionado para la Paz
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
ONU	Organización de Naciones Unidas
PAB	Plan de Atención Básica
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PAS	Plan de Acción y Seguimiento
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PDET	Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PMI	Plan Marco de Implementación
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNSDSDR	Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
PNSR	Plan Nacional de Salud Rural
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POS	Plan Obligatorio de Salud
PTN	Puntos Transitorios de Normalización
RIAMP	Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal
RIAS	Ruta Integral de Atención en Salud
RPMS	Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud
RPSS	Red de Prestadores de Servicios de Salud
RRI	Reforma Rural Integral
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SR	Salud Reproductiva
SS	Salud Sexual
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPC	Unidad de Pago por Capitación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus de Papiloma Humano
WGEKN	Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género
ZVTN	Zonas Veredales de Transición y Normalización

Introducción

La situación de salud sexual y salud reproductiva -SS/SR- en el mundo es una preocupación central. La mortalidad materna, las ITS/VIH, el VPH y el cáncer de cuello uterino, año a año afectan a cientos de miles de mujeres e impactan sobre familias, comunidades y la sociedad en general. Estos eventos ocurren dependiendo de cómo actúen los determinantes sociales sobre su salud, del rol que ellas asuman en la sociedad, de la cultura, la educación, el género, entre otros; por ello los perfiles epidemiológicos no se comportan de la misma forma en todas las poblaciones, países, comunidades o grupos.

Un ejemplo de ello son las mujeres excombatientes. Algunos de los procesos de post conflicto en el mundo han permitido evidenciar como las necesidades y problemas en SS/SR dependieron de los roles que ellas asumieron dentro de sus organizaciones durante el conflicto (esposas, cuidadoras, objetos sexuales, guerreras), de las posibilidades de acceder a los procesos de Desarme, Desmovilización y Reintegración – DDR-, y de la voluntad política existente para la generación de acciones orientadas a brindar un efectivo proceso de reintegración para las mujeres.

De ahí la importancia de que la construcción e implementación de las políticas públicas relacionadas con la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos tenga en cuenta los diagnósticos particulares de las poblaciones y establezcan medidas específicas para el impacto de estas situaciones con énfasis en grupos vulnerables o en escenarios de construcción de paz en los territorios.

En Colombia, durante el año 2016 se dieron dos sucesos importantes. El primero, la firma del “Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una Paz estable y duradera” entre el Gobierno Nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo, que incluye aspectos relacionados con la salud de la población rural y de la población excombatiente, así como la transversalización del enfoque de género; y el segundo, la expedición de la Política Integral de Atención en Salud y su Modelo Integral que, con sus estrategias de Atención Primaria en Salud, cuidado, gestión integral del riesgo en salud y enfoque diferencial de territorios y poblaciones tiene como propósito garantizar el derecho a la salud en los ámbitos urbano, rural y disperso.

A partir de la firma del Acuerdo se han configurado esquemas de salud en los territorios donde se ubican los ETCR que han permitido acercar la atención en SS/SR a las poblaciones rurales y dispersas además de a la población excombatiente y se han expedido una serie de normas y políticas que integran las acciones que se implementarán durante la reincorporación. Adicionalmente, se han visibilizado algunas necesidades y problemáticas en SS/SR de las mujeres y barreras en la implementación del enfoque de género en las acciones de reincorporación, que generan inquietudes sobre las formas en las que se está desarrollando la atención en salud y si ésta es coherente con lo dispuesto en las políticas y normas y con las necesidades de las mujeres a las que se dirigen.

Con el objetivo de analizar la respuesta en salud desde las normas y políticas nacionales y desde los aspectos establecidos en el Acuerdo de Paz a las necesidades en SS/SR de las mujeres excombatientes de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo - FARC EP- en proceso de reincorporación durante los años 2017 y 2018, se desarrolló un estudio de caso con enfoque cualitativo y perspectiva de género en salud, teniendo en cuenta que se trata del análisis de un fenómeno contemporáneo poco explorado. Este estudio de caso utilizó múltiples fuentes de información: los relatos de mujeres excombatientes con responsabilidades de salud y género a nivel nacional y local, y funcionarios de las distintas entidades del SGSSS, obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas y de un taller, el marco normativo y político en SS/SR, el Acuerdo de Paz y la reglamentación relacionada y los informes de seguimiento a la implementación de los Acuerdos. El trabajo de campo fue desarrollado en conjunto con el equipo de investigación del proyecto “Situación de salud de las mujeres en Colombia: Evidencias y reflexiones desde una perspectiva de género” del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana.

El documento está organizado en seis capítulos. El primero describe el problema de investigación, integrando elementos relacionados con la situación de SS/SR, el marco político y normativo colombiano relacionado, los aspectos centrales de salud, reincorporación y enfoque de género incluidos en el Acuerdo de Paz firmado a finales de 2016, algunos elementos descritos en los informes de seguimiento y verificación a la implementación de los Acuerdos que dan cuenta de necesidades y problemáticas en SS/SR de las mujeres excombatientes y los fundamentos de la Política de Atención Integral en Salud y su modelo de atención; para finalmente formular una serie de preguntas que configuran los objetivos, justificación y propósitos de la investigación.

El segundo recoge, a partir de un marco de referencia, los elementos centrales a nivel teórico y normativo para comprender los resultados de la investigación: el marco político y normativo nacional e internacional de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la situación de SS/SR en el mundo, en Colombia y algunos aspectos de las mujeres excombatientes en los procesos de postconflicto a nivel global, y finalmente una descripción del enfoque de género y su relación con la salud sexual y salud reproductiva.

El tercero describe el método y tipo de estudio utilizado con el cual se definió dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, las fuentes primarias y secundarias seleccionadas, así como sus instrumentos y técnicas para la recolección de la información y el procesamiento y análisis.

El cuarto desarrolla los resultados de la investigación que están organizados siguiendo los objetivos específicos inicialmente definidos y se estructuraron en cuatro apartados: nociones y prácticas en SS/SR y roles de género; necesidades problemas y expectativas en SS/SR; respuesta en salud con énfasis en SS/SR y percepciones de la respuesta; y finalmente el análisis de la respuesta en SS/SR a las necesidades y problemas identificados en coherencia con el marco normativo y político nacional.

Por último, en los capítulos quinto y sexto se desarrollan, la discusión de los aspectos fundamentales que surgieron a partir de los resultados, las conclusiones y algunas recomendaciones para los tomadores de decisiones a nivel nacional y local y para el partido FARC.

1 Contexto de la investigación

1.1 Problema de Investigación

La salud sexual y la salud reproductiva -SS/SR- se han considerado prioridades en el planteamiento de las agendas de desarrollo a nivel mundial de las que Colombia es uno de los países firmantes, por lo que, en cumplimiento de los pactos internacionales relacionados con la reducción de eventos como la mortalidad materna evitable, el embarazo no deseado, la violencia sexual, entre otros, estableció el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- 2012 – 2021 que incluyó la dimensión prioritaria de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) a partir de la cual generó la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos -PNSDSR- con el fin de garantizar la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva teniendo en cuenta la transversalización de los enfoques diferencial y de género en la gestión del riesgo individual y colectivo y la prestación de servicios de salud con calidad y humanización (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Recientemente, en el año 2016, con el objetivo no solo de cesar el conflicto armado, sino además de que puedan desarrollarse estrategias que permitan también la terminación del conflicto social y político impactando las causas estructurales que lo originaron, se suscribió entre el Gobierno y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia -FARC- EP- el “Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera” (Presidencia de la República de Colombia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo, 2016). Este Acuerdo generó compromisos fundamentales en tres aspectos centrales para el desarrollo de este trabajo:

1. La transversalización del enfoque de género en los seis puntos que lo componen (ONU Mujeres, 2017, pág. 3), con el propósito de aportar al avance en la igualdad entre hombres y mujeres.
2. Acciones relacionadas con el mejoramiento de las condiciones de vida y salud en la ruralidad a partir de la creación e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, contenido en el punto 1 “Reforma Rural Integral”, el cual expresa, entre otros aspectos: “La adopción de un enfoque diferencial y de género, que tenga en cuenta los requerimientos en salud para las mujeres de acuerdo a su ciclo vital, incluyendo medidas en materia de salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas, en la prevención, promoción y atención en salud” (Presidencia de la República de Colombia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo, 2016, pág. 26).
3. Las definiciones incluidas en el punto tres “fin del conflicto” para garantizar un adecuado proceso de reincorporación de los hombres y mujeres excombatientes de las FARC EP quienes, si bien se encuentran en una transición en la dinámica de vida, tienen también unas necesidades particulares en salud incluyendo las relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva. Así

lo expresa el artículo de Moreno, publicado en el diario el Espectador en edición del 8 de febrero “La última explosión a la que sobrevivirán los guerrilleros será la demográfica. Se calcula que nacerán unos 300 bebés en los próximos meses, pero podrían ser muchos más por la conformación de nuevas relaciones de pareja durante la permanencia en zonas veredales” (Moreno, 2017).

Teniendo en cuenta estos tres elementos se resalta una preocupación central en relación con las mujeres excombatientes y su proceso de reincorporación, específicamente en lo que respecta a la respuesta que desde las políticas nacionales y de la implementación de los Acuerdos, se dará a las necesidades en salud sexual y la salud reproductiva que han logrado evidenciarse y la garantía de la transversalización del enfoque de género:

Si bien, de acuerdo con los resultados del Censo socioeconómico de la Universidad Nacional, cuyos resultados generales fueron informados a través de una rueda de prensa en el mes de julio de 2017, la población excombatiente proviene en su mayoría de territorios rurales, (Universidad Nacional de Colombia, 2017, pág. 8) y en ellos, es frecuente que la distribución de tareas en la población se realice en función del género; la dinámica de vida dentro de las FARC EP, en la que la igualdad entre hombres y mujeres estaba establecida dentro de los estatutos y en la que las tareas no se establecían en función del género, sino de las prioridades político militares, hace que las mujeres tengan una percepción distinta sobre aspectos como las formas de relacionarse, de ejercer la sexualidad y de entender la reproducción (Corporación Territorio, Paz y Desarrollo – Corpaz Colombia, 2018). En consecuencia, no conciben regresar únicamente a las tareas de cuidado y reproducción que desarrollaban antes de su ingreso, en su lugar, por ejemplo, esperan construir familias y visiones distintas de maternidad en el marco de la actividad política que desarrollan como militantes de un partido político legal (Medina Gallego, 2017), (Federación Democrática Internacional de Mujeres, Nov 2018, pág. 14)

En el mismo Censo puede evidenciarse una población de 10.000 hombres y mujeres aproximadamente (77% hombres y 23% mujeres). Del total de mujeres, 7,2% para el momento del censo, se encontraban en gestación, de las cuales, más del 60% están en edades de entre 18 y 27 años) y de estas, el 77% recibían atención en control prenatal. Este fenómeno, denominado por la prensa como el “baby boom”, publicado a inicios de 2017, consiste en un aumento en las cifras de gestaciones dentro de la población de las FARC EP, la cual se relaciona con la eliminación de la política obligatoria en el uso de métodos anticonceptivos y el acceso al aborto. (Universidad Nacional de Colombia, 2017)

Durante los dos años transcurridos desde la firma del Acuerdo de Paz, los informes tanto de los Observatorios del proceso de implementación, como de la Defensoría del Pueblo, la Secretaría técnica del componente internacional de verificación, la FDI y la Misión de Verificación de la ONU, que han sido periódicamente publicados, coinciden en señalar la existencia de barreras en la transversalización del enfoque de género, así como problemas de acceso y atención en salud algunas específicas en salud sexual y salud reproductiva en el marco del proceso de reincorporación. Entre otros, se resaltan los siguientes:

- A pesar del aumento gradual de población excombatiente asegurada a una EPS, se evidencian barreras en el acceso a los servicios y a la atención de salud dadas por las condiciones geográficas de la mayoría de territorios rurales, el costo que implica trasladarse a las IPS, la escasa oferta de servicios y el desconocimiento o inexistencia de rutas y programas de atención en salud para las mujeres, programas de promoción y prevención, salud sexual y salud reproductiva, así como de acciones diferenciales de salud con enfoque de género; lo que genera un riesgo sobre la salud en general de las mujeres, acentuando la preocupación en las gestantes por considerarse una población de mayor vulnerabilidad. (Defensoría del Pueblo, 2017, págs. 22, 24, 103), (Instituto Kroc, ONU Mujeres, FDIM, Suecia, jun 2018, pág. 40), (Secretaría Técnica CINEP/PPP - CERAC, Jun 2018, pág. 3), (Misión de Verificación ONU, Dic 2017, págs. 10, 13), (Misión de Verificación ONU, abril 2018, pág. 9), (Misión de Verificación ONU, Dic 2018, pág. 8).

- Se identifica una perspectiva centrada en resolver enfermedades y necesidades concretas en salud, sin trascender a las acciones de promoción, prevención y educación en salud desde una perspectiva de Atención Primaria en Salud que aporte a la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. (Defensoría del Pueblo, 2017, pág. 103), (Secretaría Técnica CINEP/PPP - CERAC, Dic 2018, pág. 3), (Misión de Verificación ONU, abril 2018, pág. 9), (Misión de Verificación ONU, Sept 2018, pág. 13).

- Baja inclusión del enfoque de género en los procesos de adecuación de los ETCR. Como ejemplo de ello se menciona de manera reiterada que en principio no había condiciones de habitabilidad mínimas para la población vulnerable como las gestantes y ni un solo espacio acondicionado para guarderías infantiles dentro de los 26 ETCR que permitieran que las mujeres participaran de diferentes iniciativas de reincorporación sin que ello generara doble carga sobre ellas. (Defensoría del Pueblo, 2017, pág. 22), (Instituto Kroc, 2017, pág. 14), (Instituto Kroc, ONU Mujeres, FDIM, Suecia, jun 2018, pág. 40), (Misión de Verificación ONU, Dic 2017, pág. 11), (Misión de Verificación ONU, abril 2018, pág. 15), (Misión de Verificación ONU, Jul 2018, págs. 6, 14), (Misión de Verificación ONU, Sept 2018, pág. 13), (Misión de Verificación ONU, Dic 2018, pág. 14), (Federación Democrática Internacional de Mujeres, Nov 2018, págs. 12, 14).

La mención permanente de estas situaciones implica no solo que son problemas y necesidades importantes, sino que adicionalmente no se han logrado identificar avances significativos durante el proceso de reincorporación que los resuelvan, generando una permanente incertidumbre en la población sobre las condiciones que a mediano plazo podrían generarse.

La búsqueda de respuestas a estas necesidades y problemas también ha generado el uso de mecanismos constitucionales de exigibilidad de derechos. Uno de estos casos se evidencia en la sentencia T 740 de 2017, producto de una acción de tutela interpuesta por una mujer excombatiente gestante y quién reside en el ETCR de Icononzo, por la no garantía del derecho fundamental a la salud y a la seguridad social dado que se encontraba en estado de desafiliación al sistema y no recibía la atención de su embarazo.

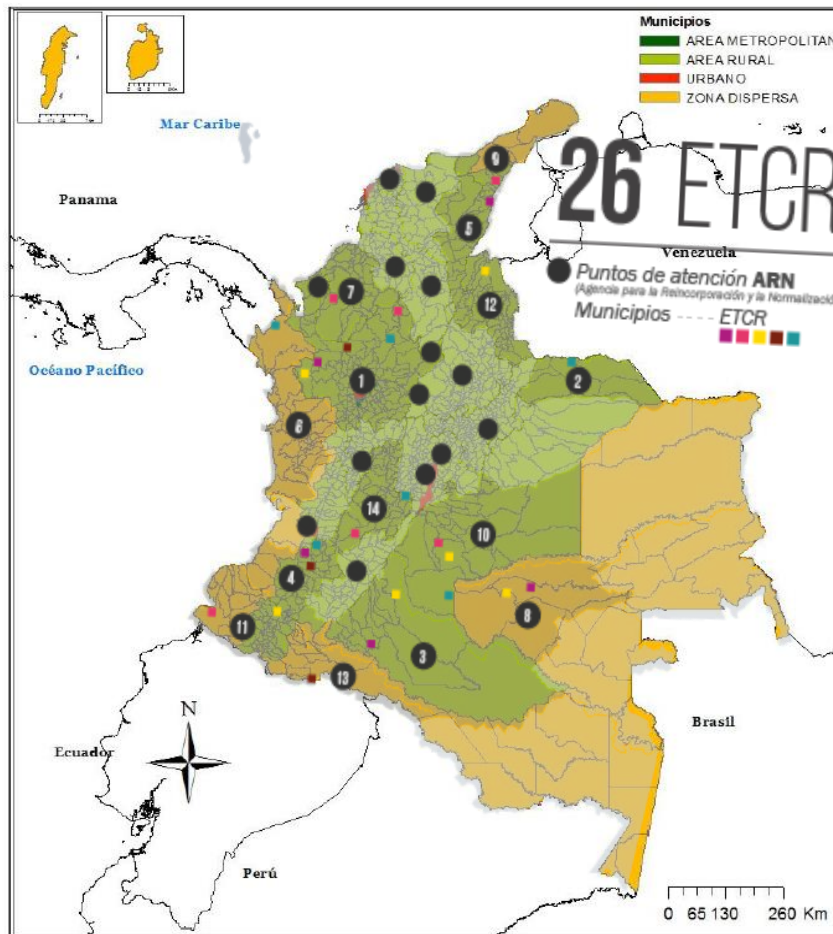
En esta sentencia se concluye que “de conformidad con el Libro Segundo de la Ley 100 de 1993 y los decretos reglamentarios referidos, le corresponde a la Nueva EPS garantizar la atención médica que requieran los excombatientes de las FARC-EP”, y que mientras se formaliza su afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, debe entenderse que se encuentran como participantes del mismo en calidad de vinculados y, en consecuencia, según el artículo 157 de la referida ley, tienen “derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado”. (Corte Constitucional República de Colombia, 2017)

En relación con estos y otros problemas para la garantía del derecho a la salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, el Gobierno Nacional de Colombia 2010-2018 expresó que es posible dar respuesta efectiva a las necesidades en salud a partir de las políticas en salud existentes (Presidencia de la República, 2016), en particular con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y su Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS- que se enmarca en cuatro estrategias (Atención Primaria en Salud, El cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones) y en el cual según el Ministerio de Salud y Protección Social, hay dos aspectos centrales que reducirían las brechas entre lo rural y lo urbano:

1. La delimitación territorial del modelo: el reconocimiento de tres ámbitos territoriales que puedan hacer más efectiva la operación del Modelo: Urbanos, con alta ruralidad (alta ruralidad, “corresponde a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios es monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, está centrada en un nivel de atención de baja complejidad y poca capacidad de resolución”) y dispersos; y
2. La generación de acciones que comprendan las dinámicas disimiles entre los ámbitos territoriales en el marco de la implementación de 10 componentes del modelo, dentro de los que se resaltan, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud para población sana, grupos de riesgo y eventos específicos, en las que se incluye lo correspondiente a los diferentes componentes de la salud sexual y la salud reproductiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Esto tiene directa relación con la población excombatiente, ya que, como se identifica a continuación, al superponer el mapa que indica los municipios donde se ubicaron en 2017 los veintiséis ETCR en los que se desarrollaría el proceso de reincorporación, sobre el mapa que muestra las áreas metropolitanas, urbanas, rurales y dispersas para la territorialización de la prestación de servicios de salud y el aseguramiento en el Modelo Integral de Atención en Salud, puede verse como el 100% de los ETCR, están ubicados geo espacialmente sobre los ámbitos rurales y dispersos, que es donde, de acuerdo con los diagnósticos nacionales, se cuenta con mayores brechas en salud y se concentran las mayores cifras de morbilidad y mortalidad relacionada con salud sexual y salud reproductiva (ver ilustración 1).

Ilustración 1 Relación entre la ubicación de los ETCR y los ámbitos rurales y dispersos



Fuente: Elaboración a partir de la superposición del mapa de “Espacios Territoriales de Capacitación y Reinserción – Agencia para la Reinserción y la Normalización. 2017”, sobre el mapa de “Territorialización para la prestación de servicios y el aseguramiento – PAIS. 2016”

Ahora bien, dado que posterior a la firma del Acuerdo de Paz, se han identificado algunas necesidades particulares en salud sexual y salud reproductiva en las mujeres excombatientes; que para dar respuesta a ellas existe un marco político y normativo que orienta acciones en estos temas; y que es fundamental que las intervenciones implementadas aporten a un adecuado proceso de reincorporación y a la garantía de derechos sexuales y derechos reproductivos, surgen los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las necesidades específicas en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las FARC EP?

¿Los compromisos establecidos en el Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, en lo correspondiente a los aspectos de

transversalización del enfoque de género, salud y reincorporación, recogen de manera integral las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las FARC EP?

¿Cuáles son los aspectos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva incluidos dentro de las políticas nacionales en salud?

¿Cuáles han sido las acciones de respuesta en salud sexual y salud reproductiva para las mujeres excombatientes de las FARC EP en el marco del proceso de reincorporación?

¿Es suficiente y pertinente la respuesta en salud sexual y salud reproductiva planteada en las políticas nacionales en salud en relación con las necesidades de las mujeres ex combatientes de las FARC EP?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Analizar desde una perspectiva de género, la respuesta de las Políticas de Salud y del Acuerdo de Paz a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo -FARC EP- en proceso de reincorporación en Colombia durante los años 2017 y 2018.

1.2.2 Objetivos específicos

- Explorar las nociones y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes.
- Identificar las necesidades, expectativas y demandas relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres excombatientes.
- Identificar las respuestas del sistema de salud a las necesidades, expectativas y demandas en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes en términos de acceso, oferta y recurso humano.
- Describir la percepción de mujeres excombatientes y funcionarios sobre la respuesta en Salud Sexual y Salud Reproductiva durante el proceso de reincorporación.
- Describir el marco normativo y de política pública, que regula la salud sexual y la salud reproductiva en el país.
- Analizar la relación entre las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes y la respuesta establecida en el marco político y normativo colombiano.

1.3 Justificación y propósitos

La información oficial de salud de las mujeres excombatientes que se encuentran en proceso de reincorporación posterior a la firma del Acuerdo de Paz es reducida. Si bien se conocen tres fuentes principales: el censo socioeconómico realizado en 2017 por la Universidad Nacional; el diagnóstico de salud realizado por la Nueva EPS, quién actualmente tiene a cargo el aseguramiento del mayor porcentaje de población en mención; y la información con la que cuenta el Consejo Nacional de Reincorporación; ninguno de ellos está actualmente y de manera completa al acceso público.

Sin embargo, con la escasa información existente, pueden establecerse algunos aspectos de importancia que se relacionan con la situación en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes, y que permiten generar cuestionamientos frente a la efectividad en la respuesta gubernamental a las necesidades en el marco del proceso de implementación de los Acuerdos de Paz:

- Un elevado número de mujeres excombatientes en gestación posterior a la firma del Acuerdo de Paz sin contar en principio con medidas para la protección de su salud, la atención oportuna de su embarazo, parto y de los recién nacidos. (Corte Constitucional República de Colombia, 2017) (Instituto Kroc, 2017)
- La necesidad de tener en cuenta que no todas las mujeres excombatientes tienen deseo de maternidad y por tanto requieren de información sobre derechos sexuales, derechos reproductivos, así como acceso efectivo a métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y a la atención de Interrupción Voluntaria del Embarazo en caso de evidenciarse la presencia de alguna de las causales establecidas por la Corte Constitucional (Defensoría del Pueblo, 2017) (Misión de Verificación ONU, abril 2018).
- Lo identificado en los informes del proceso de implementación antes mencionados, donde se señalan dificultades en el proceso de transversalización de género y de las condiciones de salud y reincorporación (Defensoría del Pueblo, 2017) (Instituto Kroc, ONU Mujeres, FIDM, Suecia, jun 2018) .

A partir de la firma del Acuerdo de Paz, se han expedido una serie de normas (ver anexo 4) y se han desarrollado acciones de respuesta en salud con la población excombatiente, sin embargo, con respecto a las intervenciones de SS/SR, además de lo descrito en los informes de seguimiento al proceso de implementación, que mencionan la configuración de esquemas de salud en los ETCR que brindan atención a la población excombatiente, fuerza pública, mecanismos de monitoreo y verificación y a las comunidades que habitan estos territorios; y la puesta en marcha del proyecto “Salud para la Paz: fortaleciendo comunidades”, desarrollado en una alianza entre MSPS, OIM, UNFPA y OPS “que tiene como fin fortalecer las capacidades locales para mejorar el acceso a servicios integrales de atención primaria en salud, en zonas priorizadas del país y que fueron afectadas por el conflicto” (Misión de Verificación ONU, abril 2018) (Ministerio de Salud y

Protección Social, 2018), no se conoce cómo ha sido su implementación, experiencias que son fundamentales para la salud en territorios rurales y dispersos y en población diferencial.

Teniendo en cuenta que tanto la implementación de las políticas en salud que incluyen aspectos en salud sexual y salud reproductiva, como el cumplimiento de los compromisos del Acuerdo de Paz son responsabilidad del Estado, resulta importante establecer tanto el diagnóstico de las necesidades y la situación en salud de las mujeres excombatientes, como la respuesta específica establecida para ello, puesto que si las dificultades antes mencionadas persisten o se intensifican, pueden conllevar no solo a la vulneración de la garantía de derechos de la población en proceso de reincorporación, sino también acrecentar las problemáticas ya existentes en los territorios rurales y dispersos frente a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

En cambio, de lograrse un escenario de reincorporación efectiva, esto podría permitir la construcción de una experiencia de respuesta en salud y la generación de herramientas que permitan la reducción de barreras en el acceso y la atención de la población que habita dichos territorios.

Por lo anterior, los resultados de este estudio pretenden:

- Ser un insumo que aporte a las instancias gubernamentales, comunitarias y al Consejo Nacional de Reincorporación en la construcción y desarrollo de estrategias en SS/SR para las mujeres excombatientes, en el marco de la implementación del Acuerdo de Paz.
- Formular recomendaciones para una respuesta efectiva a las necesidades en SS/SR de mujeres excombatientes, cuyos resultados pueden influir en las mujeres en general.
- Establecer aspectos útiles a tener en cuenta en la implementación del MIAS para la población rural y dispersa con enfoque diferencial, como aporte al campo de la administración en salud.
- Aportar al proyecto desarrollado por el Instituto de Salud Pública “Situación de salud de las mujeres en Colombia: Evidencias y reflexiones desde una perspectiva de género”.

2 Marco de referencia

La Salud Sexual y la Salud Reproductiva hacen parte de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y son fundamentales para el logro del bienestar y la salud integral de las personas; por tanto, para la salud pública y para la atención sanitaria se ha hecho necesaria la creación e implementación de políticas, estrategias e intervenciones que impacten sobre ellas y que garanticen de esta forma la reducción de eventos como la mortalidad materna, la morbilidad materna extrema, el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, el cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de testículo, entre otros, que no solo generan afectaciones a nivel individual, sino que a nivel poblacional hablan de inequidades sociales y de salud.

2.1 Salud Sexual y Salud reproductiva

Tanto los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos -DS/SR-, como la Salud Sexual y la Salud Reproductiva -SS/SR-, han tenido una evolución en el tiempo que se relaciona con la transformación de las concepciones sobre la sexualidad, la reproducción y sus interrelaciones. Distintos pactos internacionales reconocen su importancia y desarrollan acuerdos para su garantía:

- La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer aprobada -CEDAW- en 1979 (ONU, 1979). Una herramienta que incentiva a los países que la suscriben, a la generación e implementación de “medidas especiales de carácter temporal” que busquen la igualdad entre hombres y mujeres sobre la base de los derechos humanos (ONU, 1979, págs. 2,3). Entre estas medidas, se incluyen aquellas que tienen relación con acciones afirmativas para la superación de la discriminación de las mujeres y la limitación de su autonomía en la toma de decisiones, sobre sus cuerpos y su salud. Entre otras, la convención en sus artículos 4, 5, 11, 13, 14 y 16, consideró necesarias las intervenciones que se orienten a: la transformación de estereotipos culturales que determinan los roles en función de lo femenino y lo masculino; la garantía de información y educación en salud para la toma de decisiones relacionadas con la “planificación familiar”; el acceso a la atención en salud de las mujeres, incluyendo lo relacionado con la gestación, el parto y el postparto; la protección y el reconocimiento de la maternidad como una función social; e instó para que los Estados refuercen sus acciones hacia las mujeres rurales por sus necesidades y condiciones particulares (ONU, 1979, págs. 3-8).
- La Conferencia Internacional sobre población y el Desarrollo del Cairo, 1994. Está centrada en los derechos reproductivos y en la salud reproductiva, plantea la planificación de la familia, las enfermedades de transmisión sexual – VIH, la sexualidad humana y las relaciones entre los

sexos como parte integrante de estos derechos e incluye la salud sexual en la salud reproductiva. Hace hincapié en la importancia de la igualdad entre hombres y mujeres, la desinformación y desconocimiento fundamentalmente de las mujeres sobre su cuerpo, las formas de acceder a servicios y los servicios disponibles y la APS como una posibilidad para garantizar la salud reproductiva a todas las mujeres. En relación con el abordaje frente el aborto o la Interrupción Voluntaria del Embarazo, la Conferencia aclara que cada país puede establecer determinaciones particulares de acuerdo a su legislación, pero resalta la importancia de reconocer el aborto inseguro como una problemática de salud pública que deben conducir a estrategias para la prevención del embarazo no deseado y el manejo de las complicaciones derivadas de su práctica, y en el caso de los países en los que el aborto sea legal, insta a garantizar prácticas seguras e integrales. (ONU, 1994, págs. 37-48, 54-58)

- La Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer realizada en Beijín en 1995, recoge las definiciones de los derechos reproductivos y de la salud reproductiva, ya pactados en la conferencia del Cairo, e incluye dentro de los derechos humanos de las mujeres “el derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad”; resalta la importancia de, la salud de las mujeres; la autonomía en la toma de decisiones sobre su fecundidad; la garantía del acceso, la información y la atención primaria en salud que incluya todos los aspectos de la sexual y reproductiva; y el abordaje del aborto inseguro como un problema de salud pública que debe ser intervenido (ONU, 1995, págs. 36, 38, 41, 42).
- La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas del año 2000, en donde los países integrantes de la ONU se comprometieron a reducir la pobreza extrema y en el marco de ello, definieron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-, de los cuales tres tienen relación con salud sexual, salud reproductiva e igualdad de género y están integrados por una serie de metas y acciones específicas para su cumplimiento: el objetivo tres, “promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer”, el objetivo cinco, “reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para 2015”; y el objetivo seis, “Combatir el VIH/SIDA”. (Organización para las Naciones Unidas, 2000, págs. 5,6), (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2000).
- Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS, que tienen origen en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre desarrollo sostenible “Río+20” del año 2012, reemplazan los ODM y son la base de la agenda mundial para el año 2030 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012). Los diecisiete objetivos se encuentran interconectados y aportan de manera directa en indirecta a aumentar la salud y el bienestar de la población. El tercero, “Asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todos/as en todos los momentos de la vida”, insta a los Estados a la aplicación plena de las Conferencias del Cairo y Beijing en materia de salud sexual y salud reproductiva (Organización para las Naciones Unidas, 2012, pág. 31). Para 2030: “reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”; “poner fin a las epidemias del SIDA” y “garantizar el acceso universal a servicios de salud

sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, la información, educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”. (PNUD, 2016).

De las anteriores, la Conferencia del Cairo incluye las definiciones de derechos reproductivos, salud reproductiva, salud sexual (contenida en la salud reproductiva) y atención en salud reproductiva (ONU, 1994, págs. 37, 38); las cuales fueron posteriormente acogidas por la Conferencia de Beijing (ONU, 1995, pág. 37). En lo que respecta a los derechos sexuales, si bien las declaraciones no plantean con exactitud una definición, dadas las complejidades que se suscitaban para la generación de un consenso alrededor de la sexualidad, el literal 96 de la declaración de Beijing contiene algunos aspectos relevantes sobre estos derechos (ONU, 1995, pág. 38):

En relación con los derechos reproductivos:

Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. (ONU, 1994, págs. 37. Numeral 7,3)

Sobre Salud Reproductiva:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (ONU, 1994, págs. 37. Numeral 7,2).

En esta misma se define la atención en salud reproductiva, que se entiende “como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”. y la Salud Sexual, “cuyo objetivo

es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (ONU, 1994, págs. 37. Numeral 7,2).

Finalmente, se entiende por derechos sexuales:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual. (ONU, 1995, pág. 38).

Colombia es uno de los países firmantes de las cinco conferencias y declaraciones mencionadas y en la actual *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos - PNSDSDR*- incluye las del Cairo y Beijing como antecedentes fundamentales para los desarrollos políticos y normativos en este tema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 39), adopta sus definiciones y retoma algunas de sus medidas para plantear que:

En los derechos sexuales y en los derechos reproductivos se plasman todos los derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción, y se desarrollan en el derecho a la libertad sexual, a la intimidad, a la libertad de pensamiento, a la vida e integridad personal, a la información, a la autonomía reproductiva y a la salud, entre otros. La dignidad como derecho básico y principio de derechos se fortalece en el reconocimiento de su aporte a los procesos de desarrollo humano. El respeto a la dignidad de las personas, su protección, promoción y garantía en la interrelación con todos los derechos humanos es requisito para el mejoramiento de la vida, el bienestar, el desarrollo, la paz y condición para el derecho a la vida humana, que para que sea humana ha de ser digna. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres, sin discriminación, riesgos, amenazas, coerción o violencia en la toma de decisiones y que disfruten de su sexualidad o de su reproducción, ocurra esta por vía natural o por procedimientos asistidos científicamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 38).

Adicional a los antecedentes internacionales, la misma Política plantea una serie de hechos históricos que han permitido los desarrollos actuales para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, págs. 25-29):

- Entre finales de los años 50 e inicio de los años 60, la promoción de la planificación familiar, la separación de la reproducción y la sexualidad y la entrada de métodos anticonceptivos orales como un derecho de las mujeres y un recurso para decidir sobre su cuerpo y reproducción,
- A finales de los años 60 la inclusión por parte del Ministerio de Salud de actividades de planificación familiar en los programas de protección materna e infantil,
- A inicios de los años 70, la creación de los programas de vasectomía y ligadura de trompas laparoscópica en PROFAMILIA. Con la salvedad de que, para este momento, a las mujeres aún no se les permitía acceder a un método definitivo sin el consentimiento de su pareja, no así para el caso de la Vasectomía,

- Desde finales de los años 80 se desarrollan marcos normativos como la Constitución Política de Colombia que en su artículo 13 determina la igualdad de derechos y oportunidades a todas las personas sin distinción de sexo; la política pública “Salud para las mujeres, mujeres para la salud” de 1992, que reconoce la existencia de desventajas entre hombres y mujeres y establece como propósito la generación de acciones para que las mujeres tomen decisiones frente a sus cuerpos y su salud, para la transformación de roles en los diferentes entornos de la vida y en general para la reducción de desventajas y el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres. La Ley 100 de 1993 y su reglamentación posterior, que incluye dentro de sus planes individuales (POS) y colectivos (PAB), actividades relacionadas con la atención de gestantes, anticoncepción, ITS-VIH, Cáncer de Cuello Uterino y violencia sexual,
- En 2003, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que incluyó como componentes: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida y violencia doméstica y sexual,
- y La Sentencia C-355 de 2006 que establece las disposiciones para la atención segura de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en las tres causales despenalizadas.

En estos hechos puede evidenciarse que existen por lo menos tres fuertes limitantes para la garantía de los DS-DR como están concebidos en las declaraciones descritas:

1. Los avances hacen referencia casi exclusivamente a acciones propias del sector salud aun cuando se sabe que éste tiene unos alcances delimitados a acciones dirigidas a la promoción, la prevención, y la recuperación de la salud, por lo que para la garantía plena de los derechos sexuales y los derechos reproductivos se requiere del accionar articulado de otros sectores que afectan distintos determinantes de la salud y en particular de la salud sexual y la salud reproductiva como lo es, por ejemplo, el sector educativo.
2. Están orientados fundamentalmente a temas de reproducción y anticoncepción, con avances limitados en lo que respecta a los derechos sexuales.
3. La mayoría de las intervenciones que se han desarrollado a lo largo del tiempo son de carácter individual y aun cuando se enuncian en las normas, con dificultad se ha trascendido a acciones de educación en salud, que vinculen los colectivos y las comunidades y que trasciendan de la visión de la salud como la mera ausencia de la enfermedad a, en este caso, vivir la sexualidad y la reproducción plenamente.

Lo anterior puede deberse en gran medida a los patrones culturales patriarcales que mantienen grandes desigualdades entre hombres y mujeres, que restringen la generación de iniciativas, acciones y políticas orientadas a la garantía de los DS-DR de las mujeres y que les reduce la posibilidad de ser autónomas frente a sus cuerpos y a tomar decisiones de manera libre, generando constantes repercusiones sobre su salud.

Además de la PNSDSDR, el país cuenta con una serie de políticas y normas que incluyen estrategias y acciones a desarrollar con el objetivo de mejorar la salud sexual y la salud reproductiva de la población, algunas de carácter sectorial y otras de carácter intersectorial.

El Ministerio de Salud y protección social estableció un “Marco político de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), donde resalta la construcción de planes y políticas en relación con las conferencias y declaraciones internacionales, y a partir de las disposiciones establecidas en la sentencia T 760 de 2008 que establece la salud como derecho fundamental (Corte Constitucional de Colombia, 2008, pág. 15):

1. El Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- 2012 – 2021, que se enmarca en los enfoques de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico y poblacional y que tiene por objetivos estratégicos, avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 161), objetivos que implican el desarrollo de acciones transectoriales a nivel nacional y territorial.

Este plan se organiza a partir de dos tipos de dimensiones, las transversales y las prioritarias; las primeras, relacionadas con los enfoques mencionados anteriormente y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, y las segundas, generadas a partir de los resultados del Análisis de Situación en Salud -ASIS-. Las dos dimensiones se desarrollan a través de tres líneas operativas, la promoción de la salud, la gestión del riesgo en salud y la gestión de la salud pública.

La Dimensión de Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, una dimensión prioritaria, tiene por objetivo: promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas y es por tanto la que incluye, dentro de sus dos componentes (Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género y Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos), las estrategias y acciones encaminadas a la garantía de la atención en salud sexual y salud reproductiva y dispone las metas establecidas que son objeto de seguimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 208).

2. La ya mencionada Política Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos - PNSDSDR 2014 – 2021, que materializa la dimensión de DS/DR del PDSP, orientando el desarrollo de acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), para que todas las personas a lo largo y ancho del país se desarrollen en condiciones de bienestar y a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo

humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 55).

La política resalta como vocación la promoción y la prevención para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, es enfática también en que cuando las dos primeras fallan, es deber del sector salud y de los demás sectores competentes, asegurar las acciones que permitan el restablecimiento del bienestar.

3. Finalmente, En el año 2015 se expide el Plan Nacional de Desarrollo -PND- “Todos por un nuevo país” 2014 – 2018 (Congreso de la República de Colombia, 2015). Este Plan, que tiene por objetivo “construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación, de largo plazo prevista por los objetivos de desarrollo sostenible”, orienta la definición de una política de atención integral en salud en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y para el caso específico de la salud reproductiva, plantea la generación de una estrategia para la reducción de la mortalidad materna de carácter intersectorial y en el marco de los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y los derecho reproductivos.

En concordancia con el PND y en el marco de las disposiciones de la Sentencia T-760 de 2008 (Corte Constitucional de Colombia, 2008), se aprueban la política de Atención Integral en Salud – PAIS- y su Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS-, mediante resolución 0429 de 2016. El propósito de la política es lograr que el SGSSS esté centrado en las personas y que su implementación se realice bajo un enfoque familiar y comunitario; su objetivo, generar mejores condiciones de salud de la población regulando las condiciones de intervención de los agentes del sistema hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”; e incluye cuatro estrategias centrales: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitario, 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 32).

El MIAS por su parte, se define como “un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutoria de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 47); es la forma de operacionalizar la política y está estructurado a partir de diez componentes (Pág. 47). El componente dos, denominado “Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud”, orienta y organiza las intervenciones relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva en tres tipos de rutas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, págs. 49-54):

- Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud –RPMS-: De acuerdo a las resoluciones 3202 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) y 3280 de 2018 (Ministerio de

Salud y Protección Social, 2018), esta ruta establece los lineamientos que por curso de vida definen las acciones individuales y colectivas incluyendo las relacionadas con los distintos componentes de la salud sexual y salud reproductiva en lo que a la detección específica y protección temprana se refiere. Entre otras se incluyen intervenciones de: educación en derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención del embarazo adolescente, anticoncepción, detección temprana de cáncer de cuello uterino y diagnóstico temprano de infecciones de transmisión sexual (VIH y sífilis).

- Ruta de grupo de riesgo: establecen intervenciones prioritarias individuales y colectivas, intra y extramurales, de acuerdo con los grupos de riesgo definidos. En materia de salud sexual y salud reproductiva, se encuentran: 1) la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal – RIAMP- que de acuerdo a la resolución 3280 de 2018, incluye acciones en los componentes de consulta preconcepcional, interrupción voluntaria del embarazo, control prenatal, atención de parto, emergencias obstétricas, atención post parto y anticoncepción post evento obstétrico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, págs. 238-320); 2) la Ruta de población con riesgo o presencia de cáncer que incluye el cáncer de cuello uterino y cáncer de mama (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 53) y 3) la Ruta de población con riesgo o infecciones entre las que se encuentran las de transmisión sexual, VIH/SIDA, Sífilis, Hepatitis B (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 53); y
- Rutas de eventos específicos que surgen a partir de la priorización de eventos en cada uno de los grupos de riesgo y se orientan al tratamiento, rehabilitación y paliación. Así, por ejemplo, en relación con el grupo de riesgo materno perinatal, se incluirían eventos como hemorragias post evento obstétrico, trastornos hipertensivos del embarazo, o sepsis de origen obstétrico, entre otras; en el grupo de riesgo de enfermedades infecciosas, algunas Infecciones de Transmisión Sexual -ITS- como el VIH/SIDA y para el grupo de riesgo de riesgo o presencia de cáncer, el manejo de cáncer de cuello uterino in situ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 53).

De estas rutas, solo la RPMS y la RIAMP son de obligatorio cumplimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 11), cuentan con reglamentaciones específicas y entraron en proceso de implementación a partir del mes de febrero de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018); las demás pueden o no implementarse de acuerdo a las prioridades que definan las Entidades Territoriales en Salud teniendo en cuenta sus diagnósticos de salud.

Si bien, a partir de los compromisos y medidas establecidas en las conferencias, declaraciones y normas descritas, se ha aportado a reducir de manera gradual los eventos de morbilidad y mortalidad relacionados con salud sexual y salud reproductiva, se evidencian aun grandes retos teniendo en cuenta por ejemplo la existencia de brechas en la calidad de vida y de la garantía plena de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población que habita las zonas rurales en relación con las de las zonas urbanas, de las mujeres en relación con los hombres y de las clases sociales bajas en relación con las altas:

De acuerdo con el informe de la Organización de Naciones Unidas de 2015 frente al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM-, el mundo ha logrado reducir de manera considerable las cifras de mortalidad materna que en el año 1990 tenía una razón de 380 por 100000 nacidos vivos a una de 210 en 2013 y la incidencia de VIH en un 40% aproximadamente. Sin embargo, se mantienen grandes brechas fundamentalmente entre hogares más ricos y más pobres y entre quienes habitan zonas urbanas, en contraste con quienes habitan zonas rurales (Existe una brecha de 31 puntos porcentuales para la cobertura de partos atendidos por personal de salud capacitado y la disparidad en conocimientos entre quienes viven en zonas rurales comparada con quienes viven en zonas urbanas es de 23% contra 36% para las mujeres jóvenes, y 32% contra 46% para los hombres jóvenes) (ONU, 2015, págs. 38-47).

El Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas – UNFPA- en su informe “Mundos aparte, la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad”, menciona que el mayor porcentaje de mujeres con menos probabilidades de atención durante la gestación o la atención de parto y sin acceso a métodos anticonceptivos, son aquellas que tienen menor nivel educativo o viven en zonas rurales y, por tanto, tienen mayor riesgo de presentar situaciones de morbilidad o mortalidad materna y embarazos no deseados (UNFPA, 2017, págs. 8, 10, 12, 15).

Así, en todas las regiones, la tasa de uso de anticonceptivos en población en edad fértil casada o en unión libre, es siempre menor en zonas rurales que en zonas dispersas. Para el caso específico de América Latina y el Caribe, la tasa para población rural es del 67% en comparación con el 73% en población urbana y el porcentaje de necesidades de planificación familiar satisfecha con métodos anticonceptivos modernos es menor en las zonas rurales que en las urbanas tanto en los países menos adelantados como en los menos desarrollados (UNFPA, 2017, pág. 23).

En cuanto a la atención prenatal, el UNFPA muestra un menor porcentaje en el número de controles prenatales de mujeres de zonas rurales que puede atribuirse a las largas distancias que las gestantes deben recorrer para acceder a los servicios de salud, aunque en este aspecto se resalta una menor brecha en América Latina y el Caribe (UNFPA, 2017, pág. 27).

El panorama de Colombia en comparación con el mundo no es distinto. El informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015 resalta los esfuerzos y avances en las metas propuestas, sin embargo, identifica que los mismos no se han dado de manera equitativa entre las zonas rurales y urbanas.

La mortalidad materna ha descendido gradualmente pasando de una razón de 97,9 en el 2001 a 55,2 en el 2013. Las cifras aún son considerables, fundamentalmente en la población rural y de menores ingresos, donde a su vez, es menor la oportunidad en el ingreso al programa de control prenatal, el número de controles a los que se asiste y la atención posnatal; y son mayores las complicaciones durante el parto (PNUD, 2015, págs. 33-34).

Según la ENDS del año 2015, las necesidades insatisfechas y la demanda de métodos anticonceptivos, es mayor en las mujeres entre los 15 y los 19 años y en población rural; el conocimiento frente al derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, es mayor en zonas urbanas y en mujeres, el porcentaje de conocimiento sobre las medidas de prevención de ITS y VIH/SIDA es menor en población rural (aproximadamente el 20% tanto de hombres como de mujeres no reconoce el uso del condón como medida de prevención) y la práctica de citología es más alta en zonas urbanas que en rurales (67,1% y 63,9% respectivamente), siendo mucho menor en departamentos con mayor grado de ruralidad y dispersión, más necesidades insatisfechas y más afectaciones por el conflicto armado. (Profamilia, 2015).

La situación de salud de SS/SR de las mujeres excombatientes en el mundo tiene escasa documentación. Sin embargo, lo existente describe que algunas necesidades en SS/SR están relacionadas con consecuencias a largo plazo, producto de lesiones que no fueron manejadas o se atendieron de manera inadecuada (infecciones vaginales, enfermedad inflamatoria pélvica, heridas genitales) y que están asociadas a relaciones sexuales forzadas o a partos no supervisados (Zuckerman & Greenberg, 2004) (McKay & Mazurana, 2004, pág. 67), aspectos que pueden hacerse más graves a causas de la falta de servicios de salud reproductiva (USAID, 2007, pág. 7). Otra de las situaciones que pareciera tener mayor prevalencia en procesos de post conflicto, son las Infecciones de Transmisión Sexual como consecuencia de una mayor movilidad y conductas de riesgo de la población excombatiente (Zuckerman & Greenberg, 2004) (USAID, 2007, pág. 9). Un factor adicional en situaciones en las que la inversión en salud o social y la oferta de servicios es baja, es que las mujeres deben asumir una carga adicional de cuidado para los niños y enfermos, representando un riesgo para su salud (Zuckerman & Greenberg, 2004, pág. 6).

En Colombia, las limitantes en la documentación de la situación de salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes no son distintas a la del mundo. En general se habla de un aumento en las cifras de embarazos al inicio de los procesos de reintegración, casos de ITS y secuelas en los órganos reproductivos producto de prácticas médicas no seguras (Y Care International, 2008, pág. 23). Es importante además tener en cuenta que la situación de salud de las mujeres varía entre los distintos grupos armados puesto que son distintas las concepciones que existen del papel que ellas deben asumir en el marco del conflicto (Y Care International, 2008, pág. 24) (Bouvier, 2016, pág. 24).

Teniendo en cuenta la situación descrita, para garantizar una adecuada salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, se requiere de la generación de medidas equitativas y con perspectiva de género que tengan verdadero impacto sobre los distintos determinantes sociales de la salud.

2.2 Perspectiva de género en salud, salud sexual y salud reproductiva

El género hace referencia a las formas en que nos relacionamos socialmente en función de las diferencias existentes entre los sexos, y a cómo se construye y se le da significado al poder. Esto

implica que históricamente y dependiendo del contexto y la cultura, estas diferencias construyen una serie de representaciones simbólicas que tienen influencia sobre las normas sociales que son aplicadas a diferentes esferas (la educación, la religión, la ciencia, etc.), y que, como consecuencia, definen lo que debe o no debe ser un hombre o una mujer; lo que se entiende como femenino y masculino (Scott, 1990, págs. 23-36), (OPS, 2008, págs. 17-18), (Östlin , George, & Sen, 2002, pág. 189) .

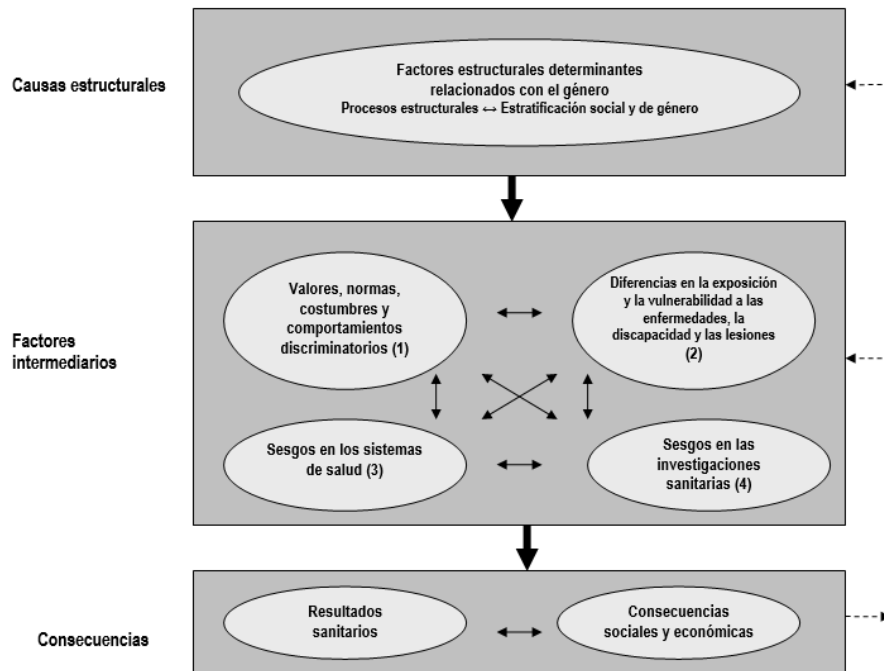
Es además una categoría de estratificación social que determina desigualdades entre hombres y mujeres asociadas a asuntos sociales y políticos como: las diferencias de ingresos, las formas en las que se divide y se retribuye el trabajo dentro de los hogares y fuera de él, las oportunidades educativas, las posibilidades de acceder a atención sanitaria y la participación política, entre otros (Östlin , George, & Sen, 2002, pág. 189).

Con frecuencia el género suele entenderse como un sinónimo de sexo o de mujer, por lo que se precisa hacer distinción entre ellos:

- El sexo se refiere a las condiciones biológicas de hombres y mujeres y tiene que ver con las diferencias de órganos, la producción hormonal, la genética, entre otros (Östlin , George, & Sen, 2002, pág. 189), (Gómez Gómez, 2002, pág. 2). Ambos, sexo y género, están relacionados dado que, así como algunas diferencias biológicas pueden ser representación de aspectos sociales; también las diferencias sociales referidas al género pueden explicarse por aspectos biológicos (Östlin , George, & Sen, 2002, pág. 190).
- Mujer y género tampoco son equivalentes. Como se ha mencionado, el género no analiza exclusivamente la situación de las mujeres, tiene que ver con las desigualdades entre ambos sexos y es un determinante que se interrelaciona con otros como la clase social y la raza y juntos influyen la forma en la que se asignan y se distribuyen los recursos (Gómez Gómez, 2002, pág. 2). Vale la pena resaltar que el énfasis que suele darse hacia las mujeres, tiene que ver con que, dado que las desigualdades las han afectado en mayor medida, requieren de acciones afirmativas permanentes que propendan por igualar las condiciones entre mujeres y hombres.

Una forma de establecer como el género determina los resultados en salud y las consecuencias sociales y económicas, es la propuesta de la WGEKN (Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de género -WGEKN-, 2007, págs. 11-12) (Ver figura 2). En esta se plantea que existen múltiples vías de interrelación entre los determinantes estructurales relacionados con el género (género como estratificador social, educación y analfabetismo, cambios demográficos, globalización, entre otros) y los determinantes intermediarios (valores, normas, costumbres y comportamientos discriminatorios, diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las enfermedades, la discapacidad y las lesiones, sesgos en los sistemas de salud y sesgos en las investigaciones sanitarias); y dependiendo del tipo de interrelaciones entre unos y otros, se producen resultados en salud variables que a su vez tienen un efecto de retroalimentación sobre los determinantes.

Ilustración 2. Marco para la función del género como determinante social de la salud



Nota: las líneas punteadas representan los efectos de retroalimentación.

Fuente: Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS de 2007

La interrelación entre el género, la salud y las desigualdades abarca dos dimensiones (Östlin , George, & Sen, 2002, págs. 190-191):

La primera es que existen necesidades biológicas entre hombres y mujeres a las que no se les da respuesta de manera diferenciada y equitativa y al no cubrirse adecuadamente por los sistemas de salud, generan desigualdad. Como ejemplos de esta dimensión se encuentran: 1) la mortalidad materna evitable, dado que si bien hay una diferencia biológica que hace que esta recaiga sobre las mujeres, se considera desigualdad puesto que a pesar de las tecnologías y herramientas existentes para prevenirla o tratar sus causas, su implementación ha sido insuficiente en grupos particulares (población pobre, rural, indígena, etc.); y 2) el hecho de que por considerarse la capacidad de procreación un proceso natural, el proceso reproductivo le sea asignado a las mujeres como únicas responsables.

La segunda es que no todas las desigualdades relacionadas con la salud y la asistencia sanitaria pueden explicarse en función de las diferencias biológicas, sino que son más bien originadas por las relaciones sociales existentes entre los géneros. En esta dimensión se incluyen aspectos como: el tiempo de trabajo que deben asumir las mujeres, a que generalmente estos trabajos tienen menos condiciones de seguridad y estabilidad, a la doble carga que aún muchas mujeres deben asumir puesto que, además de que tienen empleos frecuentemente precarios, asumen también el trabajo no remunerado del hogar (cuidado y crianza de los hijos, organización del hogar, cuidado de enfermos

y personas con discapacidad, entre otros); todo lo anterior producto de cómo se han establecido las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la sociedad.

E influye sobre cuatro aspectos importantes de la salud (Östlin , George, & Sen, 2002, págs. 194-197):

- Mortalidad y esperanza de vida: aun cuando en general existe mayor esperanza de vida en las mujeres en comparación con la de los hombres, hay desigualdades que pueden revertir esta situación. Un ejemplo son las altas tasas de mortalidad materna evitable en países poco desarrollados o en vía de desarrollo que adicional a las fallas en la atención sanitaria, puede explicarse en la limitación de los DS/DR al control de la fecundidad y no al disfrute de la sexualidad y a la garantía de una reproducción deseada.
- Morbilidad: vivir más no es equivalente a tener mayor bienestar. Las mujeres suelen reportar mayores cifras de morbilidad y percibirse más enfermas en comparación con los hombres, a causa de: la doble carga que asumen las mujeres como consecuencia de la distribución inequitativa de tareas; las probabilidades de que se generen enfermedades crónicas o degenerativas por tener más años de vida; y la consulta tardía de las mujeres de grupos sociales vulnerables ante afectaciones de salud por temor a que ello acarree situaciones de desempleo e incapacidades laborales que afectan la economía familiar, lo que representa mayor riesgo de complicaciones y discapacidades; entre otras.
- Atención Sanitaria: tiene que ver con las deficiencias en la transversalización del análisis de género en los procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de las intervenciones, estrategias y políticas en salud; así como con las inequidades sociales existentes entre los géneros que afectan el acceso y uso de los servicios de salud. Las limitaciones de los diagnósticos de salud para la diferenciación por sexo; centrar las acciones en lo reproductivo invisibilizando otras necesidades en salud de las mujeres; y las formas de atención sesgada que limitan la autonomía de las mujeres para la toma de decisiones sobre sus cuerpos y su salud, como el caso de los tratos deshumanizados hacia las mujeres en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto y post parto que ha sido alertado por la OMS (OMS, 2014); vulneran sus DS/DR y generan resultados negativos en salud.
- Investigación clínica: con frecuencia se desarrollan tecnologías en salud que están más orientadas a los perfiles de morbilidad masculinos que a los femeninos o se generan procesos de investigación que no vinculan a las mujeres por los riesgos que pueden tener condiciones biológicas particulares como los ciclos menstruales y los efectos sobre su fertilidad y reproducción, lo que en cualquier caso genera una ventaja mayor para los hombres. Para la salud reproductiva es a la inversa, la necesidad de algunas naciones de controlar la natalidad presionó el desarrolló de anticonceptivos cuyo mayor desarrollo ha sido para evitar la reproducción en las mujeres, pero son reducidos o casi nulos los avances para que los hombres hagan parte del control de su reproducción.

Para la OMS, desigualdades “innecesarias, injustas y evitables” como las que se han descrito, se consideran inequidades; por lo que cuando se habla de igualdad de género en salud, se hace referencia a un objetivo: el que hombres y mujeres cuenten con las mismas condiciones y

oportunidades para ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanos, contribuir a los desarrollos de la salud y beneficiarse de los resultados de ese desarrollo. La equidad de género en salud por su parte está ligada al concepto de justicia y se establece como el medio para alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres, por lo que plantea que los recursos en general deben distribuirse de manera diferencial permitiendo un equilibrio futuro de lo que hoy es un desbalance (OPS, 2008, pág. 18).

Esto es fundamental para comprender que la eliminación de las desigualdades sobre el estado de salud y los determinantes socioeconómicos; la asignación de recursos y el acceso a la atención; el financiamiento en salud; y la distribución del poder y la carga de responsabilidades; requieren la transversalización de la perspectiva de género sobre las características de los sistemas de salud como son el acceso, el financiamiento y la gestión (Gómez Gómez, 2002) y que esto implica además la generación e implementación de acciones como:

- La producción constante de evidencia en la que se identifiquen las desigualdades existentes entre hombres y mujeres de grupos socioeconómicos distintos. Esto requiere del diseño o fortalecimiento de sistemas de información en salud para la toma de decisiones adecuadas.
- El liderazgo desde el sector salud en las acciones intersectoriales que aborden los determinantes de la salud. Como parte de esta responsabilidad es fundamental aportar para que procesos en los que converjan distintos sectores, tengan participación comunitaria y de distintas organizaciones que promuevan la equidad de género y que puedan influir en la planeación y seguimiento de políticas.
- Incentivar la participación activa de las mujeres en los espacios de toma de decisión que permita la generación de estrategias para la redistribución equitativa de las responsabilidades, las compensaciones y el poder y que redunde en mejores procesos de producción de salud (OPS, 2008, pág. 23).

En conclusión, además de que es prioritario hacer esfuerzos permanentes para el reconocimiento de las desigualdades de género en salud, es importante que el conocimiento que se adquiriera de estas desigualdades y de sus causas permitan la toma de decisiones y la generación de acciones que cumplan gradualmente con el objetivo de igualdad de oportunidades y recursos en salud para mujeres y hombres.

2.3 Acuerdos de Paz, Género, Salud Sexual y Salud Reproductiva

A lo largo de la historia, en diferentes países del mundo (Sudáfrica, Uganda, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, por ejemplo), se han desarrollado guerras, confrontaciones o procesos de conflicto armado interno que han perdurado incluso por décadas. En estos han confluído múltiples actores armados que, organizados de manera particular, no solo responden a una dinámica militar, sino que además desarrollan una serie de actividades de educación y salud, tanto para quienes conforman dichas organizaciones, como para las comunidades que habitan los territorios que influyen o recorren (Wickham Crowley, 1995).

Muchos de estos conflictos han finalizado a partir de procesos de negociación que como resultado dejan Acuerdos de Paz cuyos objetivos dependen de cual haya sido la causa que originó las confrontaciones, así como de la voluntad política de las partes que negocian, y su implementación, aunque particular en cada caso, se apoya en los estándares que las Naciones Unidas ha desarrollado para los procesos de Desarme, Desmovilización y Reintegración -DDR- (Universidad Nacional de Colombia, 2010, pág. 3).

Algunos Acuerdos como los suscritos en Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Sudáfrica y Uganda, coinciden en la inclusión de medidas para el logro de la igualdad, la eliminación de la discriminación y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y han posibilitado la entrada a territorios en los que frecuentemente no se tiene contacto, para establecer diagnósticos de salud de la población, tomar decisiones y generar acciones sanitarias (Maiden, 2014, pág. 140). Una de las limitantes que se han documentado en los procesos de implementación, es que las mujeres no son incluidas dentro de los censos de la población excombatiente o tuvieron múltiples inconvenientes para integrarse a los procesos de DDR, lo que conlleva a dificultades en el conocimiento de las acciones en salud que se han orientado hacia ellas (McKay & Mazurana, 2004, pág. 57) (Beever, 2010, pág. 22) (Bouvier, 2016, pág. 24). En específico en lo relacionado con la salud sexual y la salud reproductiva, éstos mencionan fundamentalmente aspectos de garantía en la salud reproductiva y la salud materno infantil:

- En Nicaragua, durante el postconflicto y con el apoyo de cooperación internacional, se generaron las denominadas “casas maternas”, una estrategia que consistió en ubicar puntos de atención pre y post natal a mujeres gestantes que habitaban las zonas rurales remotas del país (Cortés Rincón, 2014) (Beever, 2010, pág. 34).
- Guatemala se caracterizó por tener una participación de organizaciones de mujeres durante el proceso de conversaciones que logró incluir aspectos dirigidos a la generación de condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en los ámbitos, social, económico, político y cultural. En lo referente a salud, se incluyó la implementación de programas nacionales de salud integral para la mujer (Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala (MINUGUR), 1997). Sin embargo, a pesar de la generación de espacios como la Secretaría Presidencial de la Mujer -SEPREM-, de la institucionalización de las políticas a favor de las mujeres y la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer -CEDAW-, el resultado de la implementación no evidencia la incorporación de la perspectiva de género en la mayoría de las reformas (Bendelac Gordón, 2015).
- El Salvador: Incluye acciones relacionadas con la salud reproductiva de las mujeres. Se documenta que para las mujeres no fue una opción el acceder a los beneficios incluidos en el proceso de DDR puesto que sentían la obligación de retornar a los espacios privados y a sus roles tradicionales (Beever, 2010, págs. 23, 66) .

- En Sudáfrica, el Acuerdo Nacional por la Paz, se centra fundamentalmente en condiciones de seguridad en el postconflicto y de reducción de la discriminación y menciona, únicamente de manera general, la necesidad de generar condiciones de salud y bienestar para la población (International Conflict Research Institute, 1991). Luego del proceso constituyente, la nueva Constitución política del país establece de manera explícita el derecho a la atención en salud reproductiva (Tribunal Constitucional de Sudáfrica, 1996).
- Uganda: Incluyó dentro de su proceso de DDR una fase de acantonamiento en donde se realizaron diagnósticos en salud y se daba atención sanitaria a los y las excombatientes con énfasis en ITS y particularmente de VIH/SIDA (Maiden, 2014, pág. 39).

Colombia, ha vivido uno de los más largos conflictos sociales y armados (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013, pág. 111) del mundo. Para algunos autores el período de tiempo comprende desde el año 1920 a la actualidad, y de este han hecho parte múltiples actores, entre ellos los movimientos insurgentes o guerrillas, con casos como las FARC EP, el Ejército de Liberación Nacional –ELN-, el Movimiento Armado Quintín Lame, el Movimiento 19 de Abril (M19), entre otros; y dado que una de sus principales causas, ha sido el control sobre la tierra, ha tenido un desarrollo especialmente en territorios rurales (Molano Bravo, 2015, pág. 565).

Las FARC -EP, una organización que se definió a sí misma como “un movimiento revolucionario de carácter político militar nacido en el año de 1964 en las montañas del sur del departamento del Tolima, [...] fue fundada por 48 campesinos que habitaban en la región de Marquetalia, una colonia agrícola fundada por ellos mismos diez años antes”, se mantuvo en un proceso de lucha política y armada durante 52 años (FARC EP, 2016), hasta que, en el año 2016, luego de cuatro años de un proceso de conversaciones con el gobierno nacional que tuvo por objetivo, no solo cesar el conflicto armado sino además que pudieran desarrollarse estrategias para la terminación del conflicto social y político a partir del impacto sobre las causas estructurales que lo originaron, suscribió junto con el gobierno, el hoy conocido “Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera” (Presidencia de la República de Colombia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo, 2016), transitando a partir de agosto de 2017 a la legalidad, a partir de la creación del Partido Político Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común (El Espectador, 2017).

El Acuerdo de Paz está compuesto por 6 puntos que hacen parte de una agenda pactada desde el origen de las conversaciones y en los que, entre otros, se incluyen aspectos relacionados con el mejoramiento de la salud de la población, la transversalización del enfoque de género y el proceso de reincorporación social, económica y política de los y las excombatientes de las FARC EP:

1. Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral -RRI-
2. Participación Política: apertura democrática para construir la Paz
3. Fin del conflicto
4. Solución al problema de las drogas ilícitas

5. Acuerdo sobre las víctimas del conflicto
6. Implementación, verificación y refrendación

En relación con los aspectos de salud sexual, salud reproductiva y del proceso de reincorporación, los puntos uno y tres son los que contienen elementos específicos. Así, el punto uno incluye elementos sobre salud en territorio rural y salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial y de género y el punto tres describe las condiciones que deberán tenerse en cuenta para la garantía del proceso de reincorporación incluyendo lo relacionado con el aseguramiento y la atención en salud.

En el punto uno, *Reforma Rural Integral*, se plantea la creación e implementación de un Plan Nacional de Salud Rural, “con el propósito de acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación del servicio”, que deberá tener en cuenta cuatro criterios: construcción y mejoramiento de infraestructura, enfoque diferencial y de género con acciones en materia de salud sexual y reproductiva, creación de un modelo especial de salud pública para zonas dispersas, y un sistema de seguimiento y evaluación (Presidencia de la República de Colombia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo, 2016, pág. 26).

De este plan, existe en la actualidad una versión en borrador que está en proceso de discusión y que incluye los criterios mencionados y cinco “componentes estratégicos” para el cumplimiento de su objetivo “Hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales de Colombia, asegurando cobertura, acceso, oportunidad y calidad de las atenciones en salud, con un enfoque territorial, poblacional y de género”: 1) Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud acorde a las características de población y territorios, 2) Aumentar la cobertura del aseguramiento en la zona rural, 3) Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en el campo colombiano, 4) Estrategias de priorización en salud pública para el posconflicto y 5) Diseño e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). De sus componentes se puede destacar la estrategia de priorización “salud materna y salud infantil” fundamentalmente orientada a la salud reproductiva, que establece como líneas de acción, el acompañamiento técnico para la implementación de las rutas integrales de promoción y mantenimiento de la salud y de atención materno perinatal; el mejoramiento del acceso a servicios de salud materna a través de la articulación con medicina tradicional y partería, el acercamiento de los servicios con estrategias de transporte, hogares de paso y adecuación intercultural, y el fortalecimiento de redes sociales y comunitarias; el mejoramiento de la capacidad y la calidad de la atención de la salud materna a partir de la dotación de insumos y equipos y el entrenamiento del recurso humano; y la reducción del embarazo adolescente, desde un enfoque de derechos y de género, aplicando el modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, ampliando la oferta de métodos anticonceptivos de larga duración e implementando estrategias intersectoriales para la modificación de patrones culturales y roles de género (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

El punto tres, *Fin del conflicto*, incluye las disposiciones para la creación de las provisionales Zonas Veredales Transitorias de Normalización -ZVTN- y los Puntos Transitorios de Normalización -PTN-, que tienen por objeto preparar el proceso de reincorporación en los aspectos económico, político y social; la creación del Consejo Nacional de Reincorporación -CNR-, conformado por miembros del gobierno y de las FARC EP y encargado de la definición de acciones y el seguimiento al proceso de reincorporación; la realización de un censo socioeconómico que facilite el proceso de reincorporación; y aspectos relacionados con las garantías para la seguridad social. (Presidencia de la República de Colombia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo, 2016, págs. 61,68,74,76).

Posterior a la firma del Acuerdo, la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social han generado una serie de normativa para el cumplimiento del tercer punto en lo correspondiente a:

- La creación y prórroga de las ZVTN y PNT a partir de los Decretos 2000 al 2026 de 2016 (Agencia para la Reincorporación y la Normalización, 2017) y 1274 de 2017 (Presidencia de la República de Colombia, 2017),
- La creación y reglamentación de los ETCR que incluye las disposiciones para la garantía de aseguramiento y atención en salud a partir de los decretos 1274 y 2026 de 2017 (Agencia para la Reincorporación y la Normalización, 2017),
- La definición de aspectos relacionados con el aseguramiento en salud y el giro de la UPC de la población de las FARC EP incluida en el listado censal, Resoluciones 6057 de 2016 y 5271 de 2017 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) y
- La asignación directa de plazas de Servicio Social Obligatoria para las ZVNT, Resolución 6357 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Este Acuerdo de Paz, según lo mencionado por ONU mujeres, ha sido el único en la historia que ha logrado transversalizar el enfoque de género en todos los puntos que lo componen, gracias a la participación constante de organizaciones de mujeres, la generación permanente de propuestas y la creación de la subcomisión de género; con el fin de promover la igualdad entre hombres y mujeres, sin tener en cuenta su posición social o estado civil, reconociendo a las mujeres como sujetos de derechos y de especial reconocimiento constitucional en función del logro de la equidad de género en el país (ONU Mujeres, 2017).

Hay al menos 100 medidas que incorporan el enfoque de género dentro de los Acuerdos de Paz y se transversalizan en los seis puntos, así (ONU Mujeres, 2017):

- Reforma Rural Integral. Generación de planes que deberán tener en cuenta las particularidades de las mujeres en cada uno de sus ciclos vitales.
- Participación Política. Desarrollo de medidas afirmativas que impulsen y fortalezcan la participación política, la oposición política y la participación ciudadana de las mujeres en espacios de representación y organizativos tanto de nivel nacional como territorial.

- Fin del conflicto. La integración del enfoque diferencial con énfasis en los derechos de las mujeres en todos los componentes de la reincorporación. Teniendo en cuenta el aumento de los embarazos de excombatientes se incluye en el Acuerdo inicial de Cese al Fuego y de Hostilidades Bilateral y Definitivo y Dejación de Armas -CFHBD DA, la “atención médica básica inmediata para madres gestantes y lactantes y, en general, atención materno infantil. Igualmente, atención médica especializada o de emergencia, garantizando la atención oportuna y la seguridad” (Presidencia de la República de Colombia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo, 2016).
- Solución al problema de las drogas ilícitas. Se enfoca principalmente en la identificación de la relación entre el consumo de drogas y la violencia de género (fundamentalmente la intrafamiliar y sexual) y el desarrollo de acciones de salud pública para su prevención.
- Acuerdo sobre las víctimas del conflicto. Hace referencia a la diferenciación del impacto del conflicto social y armado en razón del género, así como a las medidas en el proceso de verdad, justicia, reparación y no repetición y de las sanciones relacionadas con delitos como la violencia sexual.
- Implementación, verificación y refrendación. Determina las acciones para garantizar el proceso de verificación de la implementación de los Acuerdos, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres para desarrollarlo.

Los contenidos que se han descrito, se convierten en un reto para el Gobierno Nacional y la sociedad en general, teniendo en cuenta que se trata no solo de garantizar medidas integrales de reincorporación colectiva para la población excombatiente, incluyendo el derecho a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos, sino además, de reducir las desigualdades campo-ciudad y hombres-mujeres que históricamente ha caracterizado la situación social y económica del país, y han sido la causa del conflicto que intenta darse por terminado.

3 Método

3.1 Tipo de estudio

Teniendo en cuenta que el fenómeno abordado en este trabajo de grado es contemporáneo y ha sido poco explorado, se definió como diseño metodológico para su desarrollo un estudio de caso con enfoque cualitativo (Yin, 1994) (Muñiz, 2010), lo que permitió establecer las necesidades, demandas y expectativas en salud sexual y salud reproductiva percibidas por las mujeres excombatientes de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo-FARC EP e identificadas por los funcionarios en salud, la respuesta en salud en el marco del proceso de reincorporación y analizar si, entre estas necesidades, las formas de respuesta y las normas y políticas en salud sexual, salud reproductiva y reincorporación existe o no coherencia (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 9, 358).

La indagación se realizó desde una perspectiva de equidad de género en salud, identificando explicaciones causales de los problemas y necesidades en SS/SR relacionados con los roles de género, y la influencia que las construcciones culturales sobre lo femenino, la reproducción y la sexualidad, tienen en el diseño de normas, políticas y en la implementación de las acciones en salud.

3.2 Categorías y variables

Para la recolección de la información a partir de las fuentes primarias y secundarias, se elaboraron una serie de categorías y variables que fueron tenidas en cuenta para la construcción de los instrumentos y el procesamiento (Ver matrices de categorías y variables al final de este capítulo).

3.3 Fuentes de información, instrumentos y técnicas de recolección

3.3.1 Fuentes primarias

La definición de fuentes primarias se realizó en conjunto con el equipo de investigación del proyecto “Situación de salud de las mujeres en Colombia: Evidencias y reflexiones desde una perspectiva de género”. Se incluyeron como fuentes:

- 1) Mujeres con responsabilidades dentro del partido FARC en el proceso de reincorporación para los temas de salud y género a nivel nacional y local, mujeres que pertenecieran a la Asociación Nuevo Agrupamiento Distrito Capital. -ANA D.C.- y un caso ilustrativo de mujeres que residieran en un ETCR. Para su inclusión en la investigación, se tuvieron en cuenta tres criterios: Ser excombatientes del proceso de reincorporación de 2016, ser mayor de 12 años y

aceptación la participación en la entrevista o el taller de SS/SR por medio de consentimiento informado (escrito o en archivo de voz).

En relación con esta fuente, se realizó un acercamiento previo con las responsables nacionales de salud y género de FARC, se socializó la propuesta de investigación y posterior al aval para su desarrollo y al compromiso de retroalimentación de los resultados de la investigación, se definieron los contactos para el desarrollo de las entrevistas a integrantes de ANA D.C, y se revisaron los ETCR en los que sería factible desarrollar la visita de campo. Teniendo en cuenta la información socializada por el partido FARC (relacionamiento de la población que reside allí con las instituciones de salud) y el trabajo previo que el Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana ha realizado en la región, se define el ETCR Simón Trinidad ubicado en la vereda Tierra Grata - departamento del Cesar.

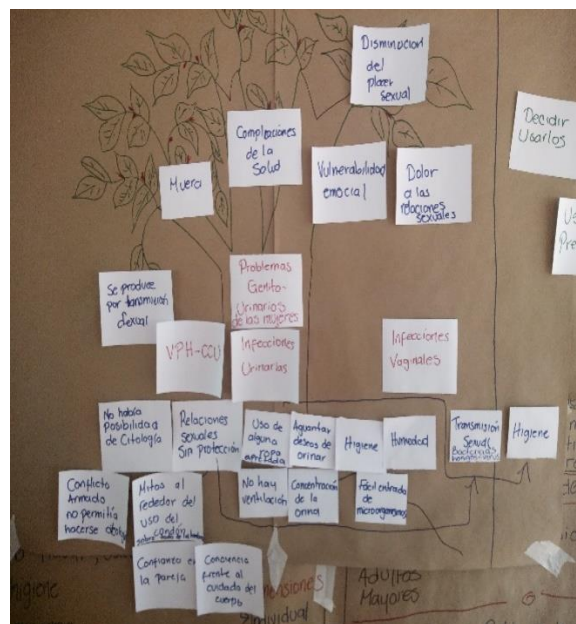
El trabajo de campo se desarrolló con dos técnicas para la recolección de la información: entrevistas semiestructuradas y un taller en salud sexual y salud reproductiva, que contaron con los instrumentos requeridos (Ver anexos 1 y 2. Guías de entrevista y guía de taller de SS/SR). En total se entrevistaron siete mujeres excombatientes previo consentimiento informado: la responsable nacional de salud y reincorporación del partido FARC, tres de la Asociación Nuevo Agrupamiento D.C. que residen actualmente en Bogotá y tres del ETCR Simón Trinidad. Adicionalmente se entrevistó a una integrante del equipo nacional de género de FARC. En el taller de SS/SR participaron nueve mujeres excombatientes que hacen parte del ETCR.

Imagen 1. Taller SS/SR ETCR Simón Trinidad



Fuente: Visita de campo octubre 2018

Imagen 2. Árbol de problemas / Taller SS/SR



Fuente: Visita de campo octubre 2018

- 2) Funcionarios que hicieran parte de los distintos actores del sistema de salud (instituciones prestadoras, aseguradoras y entidades territoriales de salud) a nivel nacional, departamental y municipal, y de la ARN, y que sus cargos se relacionaran con el proceso de salud y reincorporación.

Para esta fuente, se envió la solicitud de participación en la investigación con la correspondiente propuesta de investigación. Previa elaboración de las guías de entrevista (Ver anexo 1) y obtención de consentimiento, se realizaron un total de 10 entrevistas semiestructuradas a funcionarios de las siguientes entidades e instituciones: Ministerio de Salud y Protección Social, Agencia para la Normalización y Reincorporación, Nueva EPS, secretaría departamental de salud del Cesar, secretaría de salud del municipio de La Paz, hospital Rosario Pumarejo II nivel ESE y hospital Marino Zuleta I nivel ESE.

El 100% de las entrevistas a funcionarios, a mujeres del partido FARC con responsabilidades de género y salud, integrantes de ANA D.C. y residentes del ETCR, se desarrollaron entre octubre de 2018 y enero de 2019 previa concertación. El taller en SS/SR se llevó a cabo en el ETCR Simón Trinidad entre los días 23 al 27 de octubre de 2018 en conjunto con el equipo de investigación del proyecto “Situación de Salud de las mujeres”.

3.3.2 Fuentes secundarias

Como fuentes secundarias para el desarrollo de este trabajo se incluyeron las políticas y normas nacionales que están relacionadas con salud sexual y salud reproductiva y con el proceso de reincorporación, y los informes de balance y seguimiento a la implementación de los Acuerdos de Paz, las cuales fueron obtenidas de los portales web oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento de Planeación Nacional, la oficina del Alto Comisionado para la Paz, el Centro de Investigación y Educación Popular, la misión de verificación de la ONU en Colombia, la Federación Democrática Internacional de Mujeres, el Instituto Kroc, y la defensoría del pueblo¹:

1. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: Incluye generalidades y la dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
2. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos -PNSDSDR- 2014. Incluye generalidades y aspectos relacionados con la SS/SR
3. Política de Atención Integral en Salud – PAIS- 2016: Incluye generalidades y el MIAS en su componente II “Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS-.

¹ Portales oficiales: www.minsalud.gov.co/Normativa, www.dnp.gov.co/CONPES/documentos-conpes/paginas/documentos-conpes, www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/procesos-y-conversaciones/Documentos%20compartidos/24-11-2016NuevoAcuerdoFinal.pdf, <https://colombia.unmissions.org/>, www.cinep.org.co/Home2/temas/verificacion-internacional/secretaria-tecnica.html, <http://www.fdim.org.sv/index.php/noticias/203-fdim>, <https://kroc.nd.edu/research/peace-processes-accords/pam-colombia/>, <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/destacados/6646/Consulte-aqu%C3%AD-el-Informe-Espacios-Territoriales-de-Capacitaci%C3%B3n-y-Reincorporaci%C3%B3n.htm>

4. Resolución 3280 de 2018 “Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal”.
5. Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una Paz estable y Duradera. Gobierno Nacional de Colombia y Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo. FARC- EP 2016. Incluye aspectos relacionados con salud rural y salud en la reincorporación.
6. Documento CONPES 3931 de 2018 “Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de Exintegrantes de las FARC EP”. Incluye generalidades e intervenciones relacionadas con la respuesta en salud.
7. Documento CONPES 3932 de 2018. “Lineamientos para la articulación del plan marco de implementación del acuerdo final con los instrumentos de planeación, programación y seguimiento a políticas públicas del orden nacional y territorial. Incluye generalidades e intervenciones relacionadas con la respuesta en salud”.
8. Informes de balance del proceso de reincorporación del Instituto Kroc, la misión de Verificación de las Naciones Unidas, el componente de verificación internacional, la Federación Democrática Internacional de Mujeres -FDIM- y la Defensoría del Pueblo emitidos en entre el I trimestre de 2017 y I trimestre de 2019.

El instrumento utilizado para la obtención de la información de estas fuentes fue una matriz de registro construida a partir de las categorías definidas previamente (ver cuadro 2).

3.4 Procesamiento y análisis

- a. Grabación en audio de entrevistas, transcripción con mínima edición y sistematización de notas de campo a través del software NVivo versión 12. Se elaboraron matrices con la información sociodemográfica y socioeconómica de las mujeres y con información básica de los funcionarios, lo que permitió identificar de forma más precisa sus características particulares y (Ver cuadros 3, 4 y 5);
- b. Teniendo en cuenta los objetivos y las categorías previamente definidas, se hizo el ejercicio de codificación abierta extrayendo de cada fuente los segmentos de información relevante y comparando cada segmento para organizarlos en categorías de acuerdo con sus similitudes; luego se realizó la codificación axial agrupando e interpretando los resultados de cada categoría (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 426-441), (Strauss & Corbin, 2002, pág. 110. 134). El software NVivo versión 12, fue utilizado durante todo el procesamiento.
- c. El procesamiento de la información obtenida de las fuentes primarias se realizó mediante la técnica de análisis de contenido con el fin de hacer más exhaustivo y profundo el análisis de la información recolectada teniendo en cuenta las formas en que esta se comunica (Porta & Silva, 2003). Se realizaron análisis intratextuales de cada una de las fuentes primarias estableciendo

quién habla y los aspectos claves de su relato (Ver anexos 3); y análisis intertextuales a partir de una primera triangulación de las fuentes (entre mujeres y entre funcionarios) estableciendo los aspectos comunes y diversos (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 519, 586).

- d. Las normas y políticas se procesaron a partir de la matriz de registro con las categorías previamente establecidas (Ver cuadro 7. Matriz de descripción de políticas y normas).
- e. La elaboración de los resultados se realizó en dos etapas. Primero, se identificó la regularidad y diversidad entre los relatos de las mujeres excombatientes y de los funcionarios triangulando las fuentes (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 519, 586). Y segundo, a partir de los insumos de la primera etapa y de la descripción normativa, se generaron agrupaciones de acuerdo con los tipos de problemas y necesidades identificadas, la respuesta en salud descrita y las normas que incluyen intervenciones en SS/SR; se sintetizaron en tablas resumen y se elaboró un análisis de cada agrupación.

3.5 Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta los aspectos éticos de investigación en seres humanos, establecidos en la resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, la presente investigación se clasifica dentro de la categoría: Investigación de riesgo mínimo, dado que esta implica el abordaje de aspectos sensibles de la conducta de los seres humanos, como lo son la sexualidad, la reproducción y el proceso salud enfermedad relacionado con estos dos temas, pero no pretende establecer modificación o manipulación alguna sobre la misma o sobre aspectos biológicos.

Durante el trabajo de campo se garantizó que los y las participantes de la investigación accedieran a la información de los objetivos, propósitos, beneficios y posibles riesgos de esta, la posibilidad de negarse a participar o dar información a través de consentimiento y la protección de su privacidad estableciendo pseudónimos y manteniendo la confidencialidad de su identidad.

Cuadro 1. Matriz de categorías y variables de fuentes primarias:

Categoría/ Variable	Subcategorías	Definición	Aspectos	Fuentes
Características sociodemográficas			Edad	Primarias: *Taller en SS/SR *Entrevistas semiestructuradas mujeres excombatientes
			Procedencia	
			Residencia	
Características socioeconómicas			Nivel educativo	
			Actividades cotidianas	
			Responsabilidades y tareas	
Nociones relacionadas con SS/SR		Contiene aspectos relacionados con las ideas y significados respecto a la SS/SR y roles de género.	Nociones sobre género	Primarias: *Taller en SS/SR *Entrevistas semiestructuradas mujeres excombatientes *Entrevistas semiestructuradas funcionarios de entidades e instituciones de salud y responsables de la reincorporación
			Nociones sobre SS/SR	
Prácticas relacionadas con SS/SR		Acciones cotidianas relacionadas con la SS/SR y los roles de género.	Relacionadas con el género	
			Relacionadas con la SS/SR	
Situación de SS/SR (Problemas, necesidades, expectativas)	Asocia los problemas identificados, necesidades percibidas, demandas, expectativas y explicaciones respecto a la SS/SR de las mujeres excombatientes.	Situación de SS/SR		
		Situación de salud general		
		Explicaciones causales posterior a la terminación del conflicto		
		Explicaciones causales relacionadas con la situación en SS/SR durante el conflicto		
		Explicaciones causales relacionadas con la Respuesta en SS/SR de las FARC EP durante el conflicto		
		Diferencias en SS/SR con otras poblaciones		
Respuesta en SS/SR	Respuesta en el marco del SGSSS	Hace referencia a las directrices e intervenciones en el marco del modelo de aseguramiento que se han dispuesto e implementado para resolver las necesidades y problemas de SS/SR de	Atención en SS/SR individual (Plan de Beneficios)	
			Acciones en SS/SR Colectivas (PIC)	
			Enfoque de género	
			Actores involucrados en la respuesta	

Categoría/ Variable	Subcategorías	Definición	Aspectos	Fuentes
		las mujeres excombatientes.	Población a quién se dirige la respuesta	Primarias: *Taller en SS/SR *Entrevistas semiestructuradas mujeres excombatientes *Entrevistas semiestructuradas funcionarios de entidades e instituciones de salud y responsables de la reincorporación
			Percepción de la respuesta	
	Respuesta complementaria	Hace referencia a las directrices, intervenciones y formas de organización, diferentes a las del modelo de aseguramiento, que se han implementado desde el gobierno nacional en el marco del Acuerdo de Paz, para resolver las necesidades y problemas relacionados con SS/SR de las mujeres excombatientes.	Atención en SS/SR individual	
			Acciones en SS/SR Colectivas	
			Enfoque de género	
			Actores involucrados en la respuesta	
			Población a quién se dirige la respuesta	
			Percepción de la respuesta	
	Otras acciones de respuesta en SS/SR	Comprende las acciones que actores distintos a los del sistema de salud colombiano y la ARN, han desarrollado con la población excombatiente y que tienen relación con los problemas y necesidades en SS/SR de las mujeres.	Acciones en SS/SR individual	
			Acciones en SS/SR colectiva	
			Enfoque de género	
			Actores involucrados en la respuesta	
			Población a quién se dirige la respuesta	
			Percepción de la respuesta	

■ Categorías y aspectos emergentes

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2. Matriz de categorías y aspectos de indagación para marco normativo y político en SS/SR

Categoría	Definición	Aspectos de indagación
Respuesta en SS/SR	Hace referencia a las directrices y orientaciones que se han dispuesto resolver las necesidades y problemas de SS/SR de las mujeres excombatientes.	Enfoques (género, territorial, diferencial)
		Actores involucrados
		Población a la que se dirige la respuesta
		Acciones o formas de respuesta

Fuente: Elaboración propia

4 Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos a partir de las fuentes primarias y secundarias, siguiendo los objetivos establecidos. Así, se muestran las nociones y prácticas; las necesidades, problemas y expectativas; la respuesta en salud y las percepciones sobre esta y finalmente, el análisis entre las necesidades, la respuesta y el marco normativo y político vigente. Adicionalmente, se presenta la siguiente caracterización general de las fuentes primarias entrevistadas y del ETCR en el que se desarrolló la visita de campo. Esto permitirá que, a través de la lectura, puedan identificarse los actores y las ideas planteadas por ellos.

Caracterización general mujeres (Ver cuadros 3 y 4)

Del total de mujeres que participaron en la investigación, doce son mujeres excombatientes que residen en el ETCR Simón Trinidad (tres entrevistadas y nueve participantes del taller de SS/SR). En cuanto a las mujeres entrevistadas, se evidenció que están en una edad promedio de 35 años, todas conviven con sus parejas, cursan distintos niveles de estudio en el marco de lo pactado en el punto de reincorporación social de los Acuerdos de Paz y participan en diferentes proyectos productivos ya sea como iniciativa propia o los definidos como parte del proceso de reincorporación económica. Todas tienen características de liderazgo y han asumido adicional a las tareas de productividad y educación, responsabilidades políticas dentro del ETCR o en espacios de participación a nivel veredal y municipal. El tiempo promedio que estuvieron en la insurgencia supera los 20 años, período en el cual recorrieron el territorio rural del Caribe, por lo que tienen conocimiento de este y de sus necesidades. De las tres mujeres, solo una tiene un hijo que manifiesta planeo posterior a la firma del Acuerdo de Paz.

Las mujeres que participaron en el taller hacen parte de la comunidad del ETCR, sus edades oscilan entre los 30 y los 40 años, la mayoría de ascendencia rural y con uno o más hijos.

Otras tres mujeres excombatientes, hacen parte de ANA D.C, que se creó por la necesidad de generar procesos colectivos de reincorporación en Bogotá, con la población que actualmente desarrolla sus actividades políticas, laborales o educativas en la Ciudad. Una de ellas tuvo un hijo después de la firma del Acuerdo. En promedio tienen 32 años e ingresaron a las FARC EP entre los 15 y los 20. Su proceso de reincorporación inició en la ZVTN de Icononzo, por lo que tienen conocimiento de las necesidades y problemas de salud de la población de este territorio. Todas están cursando estudios de educación superior y tienen responsabilidades políticas en el partido FARC.



La responsable nacional del componente de salud en el CNR reside en la ciudad de Bogotá, tiene una hija que concibió posterior a la firma del Acuerdo de Paz y en la actualidad cursa estudios de posgrado. Hizo parte de las FARC EP durante 15 años durante los cuales, por su profesión de base,

aportó de manera fundamental a la configuración de la respuesta en salud de la organización, sobre todo en el bloque del que hizo parte.

Finalmente, la entrevistada del equipo de género nacional del partido FARC, no es excombatiente. Se entrevistó por su experiencia como asesora de las FARC EP en las conversaciones en la Habana en el tema de reincorporación y enfoque de género. Actualmente participa de la CSIVI.

Cuadro 3. Caracterización general de mujeres excombatientes entrevistadas.

Código de entrevista	Edad (años)	Procedencia	Educación	Tiempo en FARC EP (años)	N° de hijos	Responsabilidades o actividades actuales
Mujeres excombatientes residentes en el ETCR Simón Trinidad						
M1	38	Guajira	Primaria	24	0	*Proceso de gestión y acompañamiento en salud en el ETCR; *Proyectos productivos y actividades políticas (Mesa de género) *Estudiante
M2	33	Fundación Magdalena	Primaria	18	1	*Proyectos productivos (ej. elaboración de artesanías) y actividades políticas *Estudiante *Actividades relacionadas con el cuidado de su hijo
M3	38	Tolima	Universitario	20	0	*Proyectos productivos y actividades políticas (JAC) *Estudiante *Responsable de mesa de género
Mujeres excombatientes residentes en Bogotá D.C. (Integrantes de ANA D.C.)						
M4	34	Bogotá DC	Universitario	14	0	*Responsabilidades en temas de género, infancia y ambiente en la dirección del partido FARC - Bogotá *Estudiante
M5	32	Bogotá DC	Universitario	10	0	*Responsabilidades en temas de género y diversidad en el partido FARC - Bogotá *Estudiante
M6	30	Valle del cauca	Universitario	15	1	*Responsabilidades en temas de comunicación en el partido FARC - Bogotá *Estudiante *Actividades relacionadas con el cuidado de su hija
Responsable nacional de género del Partido FARC						
M7	38	Tunja Boyacá	Universitario Médica (Posgrado)	15	1	*Integrante del partido FARC*Integrante del Consejo Nacional de Reincorporación para la mesa de salud*Estudiante *Actividades relacionadas con el cuidado de su hija

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis entrevistas y notas de campo

Cuadro 4. Caracterización integrante del equipo nacional de género-Partido FARC

Código	Edad	Estudios	N° de hijos	Responsabilidades o actividades actuales
EG8	33	Universitario Psicóloga (Posgrado)	0	*Integrante del equipo de género del partido FARC *Integrante del equipo de UTL de las curules del partido FARC *Estudiante

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis entrevistas y notas de campo

Caracterización funcionarios

Se contó con un total de nueve funcionarios de los distintos actores del sistema de salud (prestación, aseguramiento, entidades territoriales y MSPS) (Ver cuadro 5). En general se evidenció que quienes más conocimiento tienen del proceso de reincorporación, son quienes tienen cargos de nivel nacional o local. Las entidades territoriales, para el momento de la visita de campo, habían tenido poco contacto con el proceso y por tanto poseen conocimiento limitado de la situación de salud de la población, sus relatos se concentraron más en percepciones que en diagnósticos reales (Ver anexo 3).

Cuadro 5. Caracterización de funcionarios entrevistados

Código	Nivel	Sexo	Profesión	Institución o Entidad en la que trabaja
F1	Nacional	Hombre	Politólogo	MSPS
F2	Nacional	Mujer	Trabajadora social con maestría en pública	ARN
F3	Nacional	Hombre	Médico, especialista en gestión pública y magister en administración de salud.	Nueva EPS
F4	Departamental	Mujer	Trabajadora Social	Secretaría departamental de salud
F5	Departamental	Hombre	Profesional de enfermería	Secretaría departamental de salud
F6	Departamental	Mujer	Magister en planificación en Salud	Secretaría departamental de salud
F7	Municipal	Hombre	Profesional de enfermería y especialista en auditoría en servicios de salud	Secretaría municipal de Salud
F8	Municipal	Hombre	Profesional de enfermería	Hospital Marino Zuleta I nivel ESE
F9	Municipal	Mujer	Técnico Auxiliar de Enfermería	Hospital Marino Zuleta I nivel ESE

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis entrevistas y notas de campo

Caracterización ETCR Simón Trinidad – Vereda Tierra Grata

El ETCR Simón Trinidad como lo denominaron los hombres y mujeres excombatientes, está ubicado en la vereda Tierra Grata del municipio de Manaure, departamento del Cesar. En este habitan aproximadamente 230 personas (excombatientes y sus familias) de las cuales más del 50% son mujeres. Está ubicado a aproximadamente 20 minutos del casco urbano de La Paz y a 40 minutos de la ciudad de Valledupar

El recorrido desde Valledupar es rápido, la vía es pavimentada incluso hasta la primera entrada del ETCR que se encuentra custodiada por el ejército nacional. Sin embargo, el paso de este punto a la ubicación de las viviendas, aunque pareciera estar muy cerca, es de muy difícil acceso, es una vía improvisada, arenosa y empinada por la que no cualquier vehículo puede atravesar, incluso en tiempo seco, se requiere de una camioneta doble motor.

Imagen 3. Vía de acceso ETCR Simón Trinidad



Fuente: Visita de campo octubre 2018

Imagen 4. Entrada ETCR Simón Trinidad



Fuente: Visita de campo octubre 2018

A la vista de los y las visitantes del ETCR, pueden verse un espacio abierto que además de las pinturas y murales hechos por los y las excombatientes y una variada vegetación, tiene una serie de espacios de reunión contruidos con columnas en madera, sin paredes, con techo en teja, y piso en cemento, un restaurante, una tienda, un lugar construido para funcionar como puesto de salud, una gallera, una cancha de fútbol-voleibol y un par de mesas de billar.

Imagen 5. Puesto de salud, ETCR Simón Trinidad. (Vista exterior)



Fuente: Visita de campo octubre 2018

Imagen 6. Puesto de salud, ETCR Simón Trinidad. (Vista interior)



Fuente: Visita de campo octubre 2018

4.1 Nociones y prácticas relacionadas con género, salud sexual y salud reproductiva

Este apartado incluye las nociones (significados e ideas sobre conceptos, hechos o situaciones) y prácticas relacionadas con la salud sexual, la salud reproductiva y el género que lograron identificarse a partir de las fuentes y que incluyen: el uso del preservativo, el uso de métodos anticonceptivos y los roles de género.

En relación con el uso del preservativo, lo que pudo evidenciarse de manera general en el taller de salud sexual y salud reproductiva que se realizó y en algunas de las entrevistas a mujeres, es que su uso es poco frecuente; situación que no solo ocurre ahora, es una práctica que se relaciona con la cultura campesina existente en los territorios rurales y que era habitual dentro de la insurgencia, pues se confiaba en que el compañero no está enfermo y que usaría el preservativo con otras mujeres:

...mi experiencia en las unidades que me tocó estar, no... eso era, preferían no estar con uno a ponerse el condón, eso es cierto, o estaba uno con la persona y cuando se daba cuenta la persona se estaba quitando el condón, y uno "espere tantico". Digamos en mi experiencia a mí me tocó vivirla. Entrevista M6

La baja frecuencia de su uso ha sido también identificada por funcionarios locales:

Pues ellas les habla uno de pronto de planificar con condón, porque es una barrera protectora de difícil acceso entre el hombre y la mujer, pero no les gusta estar con preservativos. Entrevista F9

Las causas de esta práctica, al parecer tienen que ver con: 1) los múltiples mitos que se han construido en relación con el condón y la limitación del disfrute durante las relaciones sexuales; idea que es más frecuente en los hombres que son quienes, en su mayoría toman la decisión sobre su uso, y 2) aspectos frente a la necesidad de disfrutar del día a día sin darle tanta importancia a este tipo de riesgos, puesto que la irregularidad de la guerra implicaba pensar continuamente que en cualquier momento podía perderse la vida:

...es que la mayoría de gente en la guerrilla era campesina, entonces tanto hombres como mujeres había una resistencia más por desconocimiento, como un tabú, pero no un tabú de que fuera sucio o malo, sino como que igual no era igual de placentero... Decían algo como medio chistoso, decían que sentían que eso era como meterlo en una bolsa de pasta. Entrevista M4

...mire que ahí lo dijo una muchacha, - "No que a mi marido no le gusta esto" que tan...? como más claridad en los hombres, que usted sabe que el hombre siempre quiere como tirarse con más machismo en ese aspecto. Entrevista M2

Y encima pues había, si, si, había, bueno una convivencia tan cercana y tan irregular y mañana hoy estás vivo, mañana estás vivo, pasado mañana no sé, entonces pues uno decía, la gente mucha decía, no, voy a disfrutar; entonces disfrutar era tener muchas parejas para algunos, entonces... Entrevista M7

Al indagar sobre porque no se usa a pesar de que se reconoce su importancia, se identificó que el preservativo se ve como una alternativa de anticoncepción y no necesariamente de protección ante la transmisión de infecciones:

“...Pues aquí hay un tema de... hay unas chicas que están planificando con dispositivo intrauterino, otras con Norplant... otras están planificando con inyección, hay otras que están utilizando condón, entonces esto no es un tabú aquí.” Entrevista F3

Esta idea como los múltiples mitos que existen, podrían indicar que existen pocas acciones de educación en salud con la población y que dadas las consecuencias que puede conllevar esta práctica, sería fundamental implementarlas.

Frente a las prácticas que se relacionan con la anticoncepción, se identificaron tres aspectos: el primero es que su uso fue habitual durante el conflicto dado que las condiciones adversas impedían que se pudiera ejercer la maternidad o la paternidad, por lo que incluso se convirtió en una directriz general en la Octava Conferencia guerrillera, “En las FARC-EP es obligatoria la planificación familiar. La Conferencia recomienda el uso del anticonceptivo NORPLAN, salvo prescripción médica autorizada” (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo, 1993).

... "Aquí nos vamos a sentar y vamos a poner varias normas", e incluso tocaba hacer reuniones, reunirnos en el aula y - "Bueno hoy todos vamos a hablar sobre la séptima conferencia nacional guerrillera que habla sobre el método de planificación de las mujeres, y los derechos que tienen las mujeres en cuanto a esto..." Entrevista M6

El segundo es que, eran las mujeres las que debían asumir el uso y control de los métodos anticonceptivos. “La planificación era de las mujeres, obviamente, los hombres medio desentendidos” (Entrevista M4); y el tercero es que la decisión frente a que anticonceptivo usar, más que hacerse basándose en los criterios de elegibilidad, se toma de acuerdo con la comodidad de las mujeres con los mismos, su duración y su forma de aplicación, aun cuando esto les pueda generar complicaciones de salud:

Las pastillas no les gustan porque se les olvidan, hay unas que las inyecciones eso duele mucho, entonces ellos acá optan más por el implante, entonces también les ocasiona mucho desorden hormonal, y ellos a veces porque eso está ahí, me va a proteger los 5, los 4, los 2 o los 3 años; entonces no están conscientes que un problema hormonal también causa otra clase de enfermedades. Entrevista F9

En cuanto a las nociones y prácticas relacionadas con el género, se identifica una preocupación general que tiene que ver con la transformación de la manera en que se hacía la distribución de actividades dentro de las FARC EP. Durante el conflicto las tareas no eran asignadas de acuerdo con el sexo sino teniendo en cuenta las necesidades y dinámicas militares; lo que para las mujeres representaba condiciones igualitarias puesto que podían realizar actividades que están cotidianamente asignadas a los hombres y viceversa:

Aunque en la guerrilla nosotros llegamos a ese tema de los roles, cuando estábamos allá, pues sí, todos cumplíamos los mismos... teníamos los mismos deberes, los mismos derechos, todo el mundo cargaba, todo el mundo... Entrevista M6

Y como aquí todo era por igual, hombres y mujeres, todos éramos iguales... cargando el mismo peso, y a veces mujeres cargábamos más, porque nosotras las mujeres estábamos acostumbradas a que un pintaña, que el maquillaje, que el shampoo, que la colonia; el hombre casi no carga eso. Entrevista M2

Para algunas de ellas, este tipo de prácticas dentro de la insurgencia, hicieron que las mujeres lograran entenderse como seres más independientes, más autónomas, capaces de tomar decisiones, en aspectos de su vida, de su cuerpo y de su sexualidad, así como en poder asumir responsabilidades políticas.

pero de hecho pues la mujer a través del tiempo en las FARC sí aprendió a tener una formación diferente, ... a tener independencia económica... independencia social, sexual, de todas las maneras... Entrevista M5

En cambio, en la actualidad, se está viviendo un retorno a la distribución de tareas en función de los roles tradicionales de género; y aunque no es una generalidad, puesto que hay relatos que expresan también una distribución de tareas justa en el espacio privado, son mayoría las que expresan que esta situación está siendo cada vez más cotidiana:

() ...ahora ha venido otra cosa ahí paralela que ha sido la maternidad, no todo el mundo la asume de la misma manera, porque también vienen de una tradición campesina, entonces también ahora, ha aflorado un poco como el que las chichas se queden en la casa cuidando el bebé, y los compañeros salgan a camellar, a jornaliar. Entrevista M4

Pues igual los hombres, como siempre, se dedican al trabajo, o sea, son pocos los que, los que están colaborándole a las mujeres en este tema... siempre que la mujer es la que tenemos que dedicarnos a los hijos y el hombre pues es el que trabaja. Entrevista M1

Esto tiene que ver también con que el proceso de transición abre la posibilidad de relacionarse con otras personas (comunidad en general, funcionarios de instituciones, entre otros) y con nociones y prácticas patriarcales dominantes, logrando modificar o revertir rápidamente las concepciones que

se habían construido en el marco de las relaciones igualitarias dentro de las FARC EP y transformando los esfuerzos que actualmente muchas mujeres hacen por conservar los niveles de independencia que adquirieron dentro de la organización:

Entonces los instructores ponían a las mujeres correr menos, las hacían pasar más rápido al desayuno, les ponían a hacer menos ejercicio, y entonces las empezaron a tratar de manera diferenciada, y lo que me decían los que estaban haciendo el curso, fue "eso se convirtió en una tortura para nosotros, porque ahora ellos, los instructores eran los buenos, por tratarlas como bobas, y nosotros los malos por exigir igualdad", un rollo... Yo creo que están haciendo un esfuerzo superior, y no es nada fácil, porque igual pasa lo que pasa con la vida civil comúnmente, y es que a las mujeres que son lideresas, ...pues les exigen doble y pues se cansan también, y se cansan de dar las peleas... Entrevista EG8

Porque los campesinos en el tema por ejemplo digamos de los campesinos, los campesinos ellos allá son que el machismo, es decir, cómo hacer uno pa' poder entrarles, que la compañera tiene que planificar, y por eso se ven familias de 9, 8 pelaos que conforman, y uno dice, tenaz. Entrevista M6

En algunos de los funcionarios del sector salud, particularmente de nivel departamental, se identifica la idea (que no está sustentada en diagnósticos institucionales pues al momento del trabajo de campo estos no se habían estructurado) de que las mujeres excombatientes tienen una afectación en su salud dado que mientras estuvieron en el conflicto no tenían libertad; se piensa que las obligaban a tener prácticas que iban en contra de su voluntad.

...son excombatientes, están enfermos ... el no poder enamorarte en el caso de la mujer, el no poder ejercer tu sexualidad a plenitud, poder parir, tener que tener un aborto que tu no quieres, o sea, son cosas que a la persona le afecta de una u otra manera. Entrevista F4

Esto es importante puesto que la existencia de estas u otras nociones similares en los profesionales que tienen injerencia en los procesos de reincorporación, bien podrían afectar el modo como se interviene y como se realizan las acciones de respuesta.

En general, todas estas nociones y prácticas pueden repercutir de manera negativa sobre la salud sexual o la salud reproductiva de las mujeres excombatientes, por lo que su identificación, a pesar de ser parte de contextos particulares, hace necesario establecer acciones en salud e intersectoriales que puedan modificarlas.

4.2 Necesidades, problemas y expectativas relacionadas con género, salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes

El trabajo de campo desarrollado y la revisión de fuentes secundarias permitieron identificar una serie de necesidades, problemas y expectativas de las mujeres excombatientes relacionadas con el

acceso y uso de los servicios; el conocimiento sobre sus derechos y el funcionamiento del sistema de salud; la salud sexual, la salud reproductiva y las desigualdades de género.

4.2.1 Dificultades en el acceso a servicios de salud

Tanto los funcionarios como las mujeres excombatientes de nivel nacional entrevistadas coinciden en que a causa de que el 100% de los ETCR se ubican en territorios rurales o dispersos, en términos de acceso geográfico se tienen las mismas dificultades que se han presentado históricamente con la población que habita estos lugares, dado que la posibilidad de usar los servicios intramurales es reducida. Así, puede haber espacios que están cerca de las instituciones de salud de primer nivel, si se calcula la distancia en extensión, y otros que están incluso a días y que deben utilizar diversos medios de transporte para lograr desplazarse hacia zonas pobladas.

... les pongo esto también, esto solo para que entiendan la complejidad que tiene esto. La Zona Veredal está en un municipio entre Chocó... Antioquia, pero colinda con Chocó; la cabecera está en medio de la nada, la Zona Veredal está a tres horas de la cabecera... esto sí que nos abrió los ojos sobre la realidad de la Colombia profunda en materia de acceso en salud. Entrevista F1

...la reincorporación se dio sobre todo en las áreas rurales y la salud en la ruralidad es una gran dificultad, el sistema de salud en Colombia es muy complejo y continúan las brechas campo – ciudad... Entrevista M7

Desde la perspectiva de los funcionarios entrevistados en el caso del ETRC Simón Trinidad ubicado a aproximadamente 20 minutos del Hospital de I nivel en el municipio de la Paz, que es la IPS de atención en salud básica para la población excombatiente de este espacio, y a 40 minutos de Valledupar donde se ubica la mayor parte de la red de atención en salud de mediana y alta complejidad, no hay dificultades para el acceso a los servicios:

() ...entonces uno va para San José, está pavimentado, y de ahí a allá hay 1.000 metros, que sí es cuando llueve un poquito difícil, pero el espacio está aquí mismo, y de ahí a San José está a cinco minuticos también, es fácil. Entrevista F8

Sin embargo, en la visita de campo al ETCR se pudo constatar que hay algunas condiciones geográficas y del estado de la vía que lo hacen difícil y costoso, pues aun cuando el tiempo de desplazamiento es relativamente corto, un tramo de la vía entre el ETCR y la vía principal de la Paz es de muy difícil acceso, incluso con condiciones climáticas adecuadas, no es posible el tránsito en cualquier vehículo, se requiere de doble motor para esto; y en época de invierno, las posibilidades de ingreso de una ambulancia para situaciones de urgencia, no es posible. Adicionalmente, el costo del desplazamiento entre el ETCR y el Hospital de la Paz en motocicleta es, según lo expresó la comunidad, de \$14.000 ida y vuelta por persona, y en automóvil o camioneta es de \$40.000 por persona.

Otro aspecto fundamental que se identificó en el taller, y en el que coinciden mujeres y funcionarios, fue el bajo conocimiento de la población acerca de sus derechos y deberes en salud, incluyendo los derechos sexuales y derechos reproductivos, y del funcionamiento del sistema de salud, elementos que pueden repercutir en el acceso y uso de los servicios de salud y en la posibilidad de que la población use mecanismos de exigibilidad del derecho, puesto que dificulta que se realicen acciones individuales para su garantía, y restringe la posibilidad de buscar mecanismos colectivos y organizativos que enfrenten la situación actual y que se fijen propósitos de corto, mediano y largo plazo para la población excombatiente y para la ruralidad en general:

Más que el bajo acceso es, uno... es el problema del acceso, pero también problema de salud sexual y reproductiva, de la pedagogía, de empezar como a explicar todo esto y como es el nuevo sistema y cómo se accede a él. Entrevista M7

Esto implica la necesidad de desarrollar acciones pedagógicas en salud que permitan que la población logre tener claridad sobre sus derechos, incluyendo los que tienen que ver con su sexualidad y su reproducción, así como comprender progresivamente el tipo de sistema de salud del país y conocer los procesos administrativos que existen para la atención en los servicios, de manera que esto les permita tener menores limitaciones al acceso, ejercer procesos de exigibilidad e incluso construir propuestas de lo que para ellos sea necesario mejorar.

4.2.2 Necesidades, problemas y expectativas relacionadas con la salud reproductiva

Al inicio del proceso de reincorporación, que se caracterizó por la puesta en marcha del Cese Al Fuego de Hostilidades Bilateral y Definitivo y la Dejación de Armas -CFHBD – DA-, se presentó un elevado número de embarazos en la población. Este fenómeno fue presentado por la prensa como “Baby Boom” y logró identificarse a partir de las entrevistas: “por ejemplo, lo del Baby Boom, yo te puedo hablar de cosas... especiales; ...se sabía que venían esos picos”. (Entrevista F2). “Sí, pues empezaron los embarazos de manera pues indiscriminada, y ellas decían, eso va a ser un problema y va, porque ellas, muchas mujeres quisieron ser madres durante la guerra y no lo podían hacer, por las condiciones mismas del conflicto, eso hay que tenerlo en cuenta”. (Entrevista EG8)

De acuerdo con las entrevistadas, esto fue producto de un deseo de maternidad postergado dado que por las condiciones adversas durante el conflicto no habían podido desarrollar este rol:

Claro porque es que quizás pensar que las FARC era, o sea, las FARC en si era la que tenía su política de impedir la concepción, pues, no es la realidad, dista de la realidad, eran las condiciones de la guerra realmente y la confrontación la que no lo permitía. Entrevista M7

En cambio, ahora sí decidí tener mi hijo porque sé que lo puedo criar yo, voy a tener ese amor como madre que uno debe darle a un hijo, entonces ahora sí decidí. Entonces a mí me llamaron, yo dije a tiempo, estaba recién, tenía como un mesecito de atraso, y me hicieron la prueba y sí estaba embarazada y yo decidí. Entrevista M2

Y adicionalmente ha estado caracterizado por embarazos de alto riesgo que se asocian, entre otros factores, a la edad de las mujeres excombatientes, a sus antecedentes gineco obstétricos, y a las condiciones sanitarias que se dieron al inicio de la reincorporación, lo que implicó una alerta en salud por lo que estos riesgos podrían representar casos de morbilidad o mortalidad materna:

Mira, si son excombatientes te puedo decir que el 99.9% son de alto riesgo por el historial de aborto que tienen la gran mayoría de mujeres excombatientes; también por la ubicación, por todas las dificultades sobre todo al principio, eso ya se ha ido resolviendo, de alimentación que había y de acceso a agua potable, nos hablan de embarazos de alto riesgo, pero sobre todo el historial digamos clínico que tenían estas, que tienen estas mujeres hace que sean de muy alto riesgo;... Entrevista F1

Ahora bien, aun cuando se ha dado este fenómeno, hay mujeres que relatan también que, en términos de sus derechos reproductivos requieren que se les garanticen las condiciones para decidir cuándo y cuántos hijos quieren tener, pues al no posibilitarse el acceso o la provisión a consulta y métodos anticonceptivos, esto podría desencadenar embarazos no planeados, no deseados, de alto riesgo y con repercusiones para su salud:

... pero entonces ahorita ya la planificación no aparece, entonces primero fue el boom de los niños de la paz, pero ahorita es el boom de que no hay planificación y embarazos no deseados que eso también se está mirando en los Espacios Territoriales. Entrevista M7

Con respecto a los embarazos no deseados o de alto riesgo, se expresa haber solicitado o haber accedido a Interrupción Voluntaria del Embarazo de manera particular o en el marco de brigadas de salud sexual y salud reproductiva realizadas por instituciones de carácter privado:

... nosotros tuvimos el año pasado dos o tres brigadas de Oriéntame, a unos ETCR muy puntuales donde nosotros identificamos que era necesario ir. Una de las abogadas que trabaja conmigo, ella estuvo en las dos, y ella me presenta el informe y es como, hay un montón de mujeres pidiendo interrupción voluntaria del embarazo... Entrevista EG8

En relación con las repercusiones en la salud se identificó durante una de las entrevistas y en la información institucional, que existen secuelas a nivel hormonal y ginecológico cuyo origen pudo ser el uso de métodos anticonceptivos durante el conflicto sin tener los criterios de elegibilidad, como si la disponibilidad y la duración:

Entonces lo que hacían era llamarnos y a cada una, - "Bueno, usted planifica..." se masificaban algunos métodos, por ejemplo, casi siempre estuvo el Norplant, fue como lo más común, la T en alguna época,

no se podía... organismo al cual le funciona, no siempre porque a veces no había, creo que lo único que había era Norplant. Entrevista M4

Frente a este aspecto hay una preocupación de la funcionaria encargada de la atención directa de la población del ETCR Simón Trinidad, y tiene que ver con que en la actualidad se siguen usando los métodos sin tener en cuenta los criterios de elegibilidad, más bien se busca comodidad en su uso y aplicación, por encima de los efectos secundarios que esto puede tener.

Estas situaciones -el alto riesgo obstétrico, el embarazo subsiguiente no planeado y no deseado- y el uso inadecuado de métodos anticonceptivos sumadas a las condiciones de desconocimiento de derechos en salud y de dificultades geográficas para el acceso a la atención en salud, requieren preguntarse si habría sido necesaria una respuesta que permitiera acercar no únicamente los servicios individuales de salud, sino adicionalmente la implementación de estrategias promocionales y de educación en salud que generaran herramientas para la toma de decisiones y las condiciones necesarias para la garantía de los derechos reproductivos, desde las fases primarias de la reincorporación, por ser este un momento de gran vulnerabilidad, pero a la vez una oportunidad para el despliegue intersectorial dada la concentración de la población. Así lo expresan las responsables de salud y género de nivel nacional de FARC que fueron entrevistadas:

O sea, si hubiese habido realmente en los ETCR... organizaciones, institucionalidad hablando de esto, repartiendo condones, o sea, 3-4 meses de trabajo intenso, fuerte, no esperando a ver qué pasa. Entrevista EG8

Yo decía que ahí es un problema como integral, ¿no?, o sea, puede que los métodos estén ahí, pero entonces también se necesita un proceso de formación en la gente frente a qué sistema de salud llega, a cómo, una formación en salud sexual y reproductiva... Entrevista M7

Otro elemento que se ha convertido en un problema para las mujeres en proceso de reincorporación tiene que ver con cómo se concibe la relación entre reproducción y cuidado.

...porque uno lo que está encontrando en los Espacios es que la mujer tiene que, bueno quiere seguir estudiando, pero entonces como tuvo sus hijos entonces ya no tiene acceso a estudio... y si tiene al estudio no tiene al trabajo, entonces ya como que estamos volviendo a la dinámica de la mujer campesina que queda confinada a una casa, a cocinar y a cuidar sus hijos porque allá no hay centros de cuidado ni están instituciones para que la mujer siga desarrollando y su formación desde ahí. Entrevista M7

La inexistencia de hogares infantiles y el hecho de que con frecuencia sean ellas quienes asumen estas responsabilidades, reduce la posibilidad de que participen en actividades educativas o productivas, y genera una doble y hasta triple carga de trabajo para ellas (el desarrollo de actividades educativas y productivas y el cuidado de sus hijos/as) con posibles repercusiones en su salud.

4.2.3 Necesidades y problemas relacionados con la salud sexual:

Tal vez una de las preocupaciones más sentidas que pudo evidenciarse durante el taller de SS/SR y las entrevistas de las mujeres excombatientes, que se refuerza con la información de las instituciones de salud, son los casos que paulatinamente se han ido identificando de lesiones en cuello uterino de bajo y alto grado a causa de la transmisión del VPH que parecen tener explicación en las condiciones de vida, las limitaciones en la respuesta en salud y las prácticas en el ejercicio de la sexualidad durante el conflicto.

Pero de las mujeres en específico ahora se están aflorando enfermedades en el sistema reproductivo, que problemas de matriz, que problemas de útero, quistes. Entrevista M4

... lo que tiene ya que ver con enfermedades con el VPH, genitourinarias y todo eso, son enfermedades que, que realmente uno dice que nos afectan y que y que en algún momento pues necesitamos que haya intervención. Entrevista M1

De acuerdo con algunos de los relatos, las FARC EP tenían dentro de sus unidades medidas para la respuesta en salud; sin embargo las intervenciones para la detección de las lesiones de cuello uterino eran limitadas por las condiciones que se requieren para realizar pruebas como la citología o la colposcopia; por lo que las alternativas eran: realizar inspección visual y tratamiento ante la identificación de lesiones a partir de la cauterización, realizar citologías dentro de los campamentos o de manera esporádica enviar a las mujeres a los servicios de salud, con la dificultad de que, en cualquier caso, no podía hacerse seguimiento en los esquemas adecuados:

...había un impedimento quizás a, al acceso a citología y a otros tipos de exámenes diagnósticos y de tecnologías que en la selva y en las circunstancias en que estábamos pues no se podían dar... entonces inicialmente nosotros hacíamos la revisión, la especuloscopia y se trataba con métodos químicos, con Condilom y si no se cauterizaba. Entrevista M7

Vine a hacerme unos exámenes, y - "Voy a hacer citología", y en la citología general, fui a Profamilia y cuando me dijeron - "Estás muy bien de ovarios, ...lo único es que tienes el papiloma humano y tienes que aplicarte esto y vamos a hacer la terapia"... Entrevista M6

De esta situación surge la inquietud ¿por qué si era posible realizar otro tipo de complejos procedimientos quirúrgicos o tamizajes como pruebas rápidas de antígeno prostático, no se lograba realizar el control periódico de un evento que podría ser generador de situaciones de morbilidad e incluso de mortalidad?

Hay tres elementos que subyacen en los relatos y que bien podrían influir en la situación: 1) dadas las formas de organización militar de las FARC EP (guerrillas móviles) y su división en bloques de acuerdo a los territorios de influencia; la respuesta en salud en los distintos bloques era disímil y dependía además de las condiciones de la confrontación con el ejército u otros grupos armados,

2) quiénes y qué se decidía priorizar dentro de los esquemas de salud que se configuraron en el marco del conflicto, puesto que si el propósito de las acciones sanitarias en la insurgencia era mantener la población en buenas condiciones para el desarrollo de las responsabilidades político militares, condiciones como el VPH podrían no ser de primer orden y 3) la diferencia en el desarrollo de tecnologías para la identificación rápida de alteraciones en hombres, en comparación con las de las mujeres:

Hubo, en algún momento había la posibilidad de, llegaban los kit y se sacaban para hacer citologías, pero no, o sea, la irregularidad del conflicto y la, por lo menos donde yo estaba que, quizás la mayor experiencia que yo tuve en la guerrilla fue en el bloque oriental donde se vivió demasiado la confrontación, entonces no era como muy común ese contacto con el exterior... Entrevista M7

...allá se utilizaban mucho las pruebas rápidas de antígeno prostático... Más bien la pregunta es ¿por qué salió primero la prueba rápida de CA de próstata? Porque eso si hace tiempo. Entrevista M7

En relación con las medidas de prevención para la transmisión del VPH, fundamentalmente con el bajo uso del preservativo, producto de los múltiples mitos alrededor del disfrute durante la relación sexual y de las ideas que se tenían frente a la posibilidad constante de perder la vida y la necesidad de disfrutarla sin pensar en los riesgos, a pesar de que la guerrilla garantizaba con frecuencia la existencia de preservativos e implementaba algunas medidas colectivas para evitar la transmisión de VPH, estas pudieron ser insuficientes, influyendo en que se generaran complicaciones de salud en las mujeres que se están identificando hoy:

() ... y llegaban los condones y la gente no, los botaba, yo por ejemplo encontré, veía las... conocía cuando traían el medicamento, las cajas de condones botados en un palo de árbol porque... no era cultura de la gente. Entrevista M6

...entonces nosotros lo que hacíamos era que se detectaba una enfermedad, de una vez revisión general, y si se detectaba en alguien de una vez cuarentena, se le decía, "bueno usted no puede pedir permiso con nadie, dieta hasta que se cure, revisión constante", con mucho respeto, nosotros hablábamos de eso de frente, sin... Entrevista M4

Sí, tienen otros problemas, por lo menos hubieron (sic) mujeres que tuvieron problemas de VPH, que les quitaron el cuello uterino. Entrevista M2

...por ejemplo, aquí hay mujeres con VPH, ... ha habido enfermedades de transmisión sexual... por lo menos el ejemplo de las muchachas con los problemas de VPH, ya los tienen en un grado, hay unas que tienen grado uno, otras ya tienen grado dos, hay una muchacha que está bastante avanzada, que decidió irse de aquí de la zona por su problema y que en Valledupar iba a tener mejor atención con especialistas, tener un control más avanzado. Entrevista F9

Además de la situación del VPH, existe en la actualidad una situación particular del ETCR Simón Trinidad que tiene que ver con las infecciones genitourinarias, fundamentalmente las infecciones

vaginales; problemas que según expresaron las mujeres durante el taller de SS/SR realizado, tiene una ocurrencia muy frecuente. Si bien su explicación se asocia a lo ya descrito en relación con el bajo uso del preservativo, también hay un elemento que tiene que ver con las actuales condiciones sanitarias en las que habita la población, pues la escasez de agua producto de una manguera que tiene varias perforaciones es insuficiente para toda la población e impide cosas fundamentales como la limpieza permanente de las baterías sanitarias o el aseo diario.

Antes de todo, a mí me parece que un tema que cubre mucho nuestra salubridad y todo es el tema del agua. Aquí en Tierra Grata hay una gran escasez de agua, entonces el agua es pues muy necesaria, sobre todo para todos y para todas y sobre todo para nosotras las mujeres, ...a veces aquí hay unos días que no hay agua pa' uno bañarse, imagínese, que no alcanza entonces nos toca recurrir a otras partes por ejemplo para hacernos nuestro aseo, o la que tuvo, la que alcanzó a recolectar o la que alcanzó a bañarse bien, ¿si me entiendes?... entonces nos proveen infecciones vaginales... o sea, el tema del agua me parece que es un tema 1A en todo el tema de salud. Entrevista M3

De estos problemas y necesidades puede destacarse, que además de que se han requerido desde el inicio de la reincorporación acciones individuales de detección temprana que permitan el diagnóstico de lesiones de VPH ya sean estos de bajo o alto grado, así como el tratamiento y el seguimiento oportuno a estos casos, de programas de control prenatal, de consulta y provisión de métodos anticonceptivos, y de atención en Interrupción Voluntaria del Embarazo; también se hacen necesarias las acciones de educación en salud con enfoque de género donde se den a conocer los derechos en salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos e identificar que las causas de este tipo de problemas pasan fundamentalmente por cómo se toman las decisiones en relación con la sexualidad, por quién las toma, y por comprender cómo esto repercute sobre la salud de las mujeres.

Adicionalmente, así como existen unas responsabilidades directas de las entidades e instituciones en salud, como la pedagogía frente al funcionamiento del sistema y la garantía de la atención en salud, así también hay unas responsabilidades que comprometen diferentes sectores que desarrollan intervenciones sobre otros determinantes sociales de la salud, como por ejemplo las condiciones de vivienda y las condiciones sanitarias, aspectos fundamentales para la garantía de la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres.

4.3 Respuesta en salud con énfasis en salud sexual y salud reproductiva en el marco del proceso de reincorporación

El proceso de reincorporación de los y las excombatientes de las FARC EP inició en octubre del año 2016 posterior a la primera firma del Acuerdo Final. Para garantizar la atención en salud, el gobierno nacional colombiano y las FARC EP incluyeron dentro del punto tres del Acuerdo Final,

una serie de medidas que dieron lugar a la organización de la respuesta en salud, las cuáles serían posteriormente reglamentadas (Ver Anexo 4. Esquema normativo reincorporación en Salud).

A continuación, se describen los aspectos centrales de la respuesta en salud con énfasis en las acciones desarrolladas en salud sexual y salud reproductiva en mujeres excombatientes, los cuales se ordenan en relación con la existencia de una serie de momentos de desarrollo, los tipos de respuesta implementada, los actores involucrados, los modelos y estrategias en salud que se relatan en las entrevistas y la percepción del proceso en sus dos primeros años.

4.3.1 Momentos de la respuesta en salud con énfasis en sexual y salud reproductiva

A partir del trabajo de campo se estableció que la respuesta en salud se ha dado hasta ahora en tres momentos que tienen características particulares:

El primer momento se ubica temporalmente en el período de octubre de 2016 a agosto de 2017 y coincide con el desplazamiento de los y las excombatientes hacia los puntos de pre-agrupamiento temporal y posteriormente a las ZVTN y PTN. En este primer momento es el Ministerio de Salud y Protección Social quién asume las acciones de respuesta en salud que se orientaron esencialmente a la atención de urgencias y atención prioritaria. En relación con las intervenciones específicas de salud sexual y salud reproductiva, se llevó a cabo la coordinación con la red pública hospitalaria para la atención obstétrica y del parto en la población gestante.

Lo primero que hicimos ahí fue en ese momento de tránsito, ellos estaban antes en unas zonas de pre-agrupamiento, ...que de por sí son zonas en su mayoría con algunas excepciones bastante apartadas y esto implicaba una movilización y una logística... desde la perspectiva de salud, pues nosotros generamos todas las alertas con las entidades territoriales, tratamos cuando era posible de realizar un acompañamiento con una ambulancia porque en ese momento ya teníamos muchas gestantes que estaban en sus últimos meses de gestación; sino lográbamos realizar el acompañamiento con la ambulancia, lo que intentábamos era tener un médico que los recibiera, ... para digamos descartar cualquier urgencia. Entrevista F1

Aquí se evidenció la más alta demanda de atención en salud durante el proceso de reincorporación y lo que se decide es resolver la carga de enfermedad identificada en la población que llegó a las ZVNT. Paulatinamente se fue configurando la respuesta por medio de los hospitales municipales y departamentales a problemas como: embarazos de alto riesgo, infecciones de vías urinarias, infecciones vaginales y el manejo de lesiones de cuello uterino por VPH.

...Personas llegaron, llegaron con una carga de enfermedad considerable, que es esa morbilidad sentida de la que tienes acceso ya a través de lo que te entregó _____, ¿cierto?... ¿Cuál fue la respuesta en salud? fue la, el despliegue de un personal médico asistencial a los ETCR para atender precisamente esas situaciones de urgencia. Entrevista F2

...no solo reproductivo totalmente de acuerdo, totalmente de acuerdo, muchas infecciones urinarias, por ejemplo, eso se me olvidó mencionar, ...muchísimo, ... no me sé el número, pero, muy frecuente.
Entrevista F1

También se expresa que las principales consultas que fueron solicitadas por esta población fueron, en el caso de las mujeres (en las que se reporta el mayor número), las de ginecología, ortopedia, neumología y endocrino. Notas de campo Entrevista F10

En este momento, a inicios de 2017, y por decisión del gobierno nacional, se vincula la Nueva EPS como la Entidad Administradora de Planes de Beneficios que afiliaría al total de la población excombatiente posterior a la entrega del listado censal de la cual era responsable la Oficina del Alto Comisionado para la Paz. Además de la afiliación, la Nueva EPS desarrollaría el proceso de caracterización del riesgo a través de una encuesta de salud.

Dentro de las acciones características desarrolladas por la Nueva EPS para este momento y teniendo en cuenta las dificultades de acceso geográfico de algunas ZVNT, se identificó la implementación de la estrategia de hogares de paso para las gestantes de alto riesgo desde la semana 34 y para aquellas que estuvieran cursando su gestación normal desde semana 36. Esta estrategia consistió en el traslado preventivo de las gestantes a los centros poblados donde se les garantizó residencia y alimentación que permitiera estar cerca de un centro de atención hasta el momento del parto con el objetivo de prevenir complicaciones.

...nosotros tomamos una decisión de la que tampoco me arrepiento, muy criticada también, pero... de afiliarlos todos a una misma EPS ...a la Nueva EPS fue en ese momento... porque es una EPS con participación de la Nación, eso nos permitía tener injerencia, ustedes saben que tenemos una doble descentralización de la salud, territorial y funcional, y dos porque era de los que cobertura más amplia del régimen subsidiado, no total, pero si más amplia y también digamos había una voluntad política desde la presidencia de la Nueva EPS de asumir este proceso; eso frente al tema de la afiliación.
Entrevista F1

Para algunas de estas personas hicimos algo adicional y es, maternas, nosotros pedíamos que fueran sacadas de la zona desde la semana 36 o si había habido complicaciones desde la semana 34 y las situábamos en ciudades intermedias o capitales dependiendo del riesgo obstétrico y les dábamos su alojamiento en esas ciudades capitales... Entrevista F3

En simultaneo con la respuesta enmarcada en el SGSSS que debía garantizar Nueva EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social en alianza con las Empresas Sociales del Estado, estableció un esquema de atención en salud de manera complementaria al plan de Beneficios que consistió en un equipo básico en salud (medicina general y auxiliar de enfermería), insumos médico-quirúrgicos para la atención inicial teniendo en cuenta la necesidad de resolver problemas y necesidades dentro de los espacios por las condiciones de concentración de la población y las limitaciones para sus salidas a los centros poblados; así como la disposición de ambulancias básicas en cada una de las ZVNT para el traslado en situaciones de urgencia. Desde la oficina del Alto Comisionado para la

Paz se instauró un *call center* con el propósito de agilizar los trámites de autorización, referencia y contra referencia.

Con estos equipos se desarrollaron en lo que respecta a SS/SR acciones de protección específica y detección temprana individual como control prenatal, consulta y provisión de métodos anticonceptivos y citologías cervicovaginales. La población gestante se identifica como la que más demandaba atención de este equipo.

¿Qué hicimos nosotros desde salud? Sabíamos que la situación se iba a demorar, sabíamos que íbamos a tener muchas situaciones contingentes, decidimos desplegar un equipito básico para cada zona; ¿Qué era el equipito básico?, un médico general, ya les cuento la historia de eso también, una auxiliar de enfermería, unos equipos biomédicos básicos, unos medicamentos... un botiquín, pero más completo...
Entrevista F1

... creamos un grupo, especial aquí dentro de la estructura del contact center, con un recurso específico, para acompañar la necesidad de esos reincorporados. Entrevista F3

Y predominan dentro del grupo de mujeres el tema de gestantes y lactantes, pero no, más allá de eso, temas de citologías, mujeres que no habían tomado una hace... por no decir nunca. Entrevista F1

En relación con los procesos de referencia y contrarreferencia, en los primeros meses se hacían entre los niveles de baja, mediana y alta complejidad de la red pública y posteriormente, con la afiliación progresiva de la población a la Nueva EPS, empezó a coordinarse entre esta entidad y su red de prestación de servicios adscrita.

El segundo momento abarca el período de septiembre de 2017 a marzo de 2018, tiempo en el que las ZVNT se convierten en ETCR y en el que se autoriza la posibilidad de desplazamiento de la población excombatiente a otros territorios a nivel nacional. Este período trae consigo varios aspectos característicos en lo que respecta a la atención en salud:

- Disminución de la demanda de atención dentro de los ETCR, es decir, la atención individual desarrollada por el esquema complementario se reduce dado que hay población que sale del ETCR y que la morbilidad se ha ido resolviendo gradualmente.

Entonces eso lo ves de una en la demanda de servicios de salud, las Zonas Veredales se acaban en agosto de 2017, la diferencia de la demanda de servicios de salud entre agosto y septiembre de 2017 es abismal, abismal. Entrevista F1

- Progresividad en el proceso de afiliación a la Nueva EPS (hasta 94% de población afiliada) y, por tanto, concentración de la atención en salud de la red pública hospitalaria a la red adscrita de esta EAPB.

... cuando ya las personas tienen aseguramiento en salud, porque a la fecha llevamos un 94% de, de acreditados afiliados al sistema de salud, 94%, la atención en salud en los ETCR pues obviamente disminuye porque la, las personas pues ya se deben remitir es, según todo lo de referencia y contra referencia a su II y III nivel de atención... Entrevista F3

- Reducción de la demanda por enfermedades infectocontagiosas o eventos que requirieran atención de urgencia o prioritaria dando paso a la continuidad en los procesos de tratamiento a enfermedades crónicas o que requieran manejo frecuente como es el caso de las lesiones de cuello uterino.

No es lo que predomina, hoy en día ya yo tengo mis enfermos crónicos no transmisibles, mis diabéticos, mis hipertensos que están en sus seguimientos, en sus controles, lo infectocontagioso ya el boom cayó, los paludismos, las leishmaniasis, ya todo eso fue digamos que resuelto en sus fases agudas. Entrevista F3

La disminución de la demanda en las consultas y el aumento en la cobertura de afiliación, determinan dos decisiones del Ministerio de Salud y Protección social. La primera, reducir los esquemas complementarios de salud en aquellos espacios que se considera están cerca de las IPS de primer nivel de atención, y mantenerlos de manera permanente o itinerante solo en aquellos en los que la distancia de las IPS fuera mayor. Este aspecto tuvo en cuenta el número de población en el ETCR, el nivel de demanda de atención y la presencia de población vulnerable (gestantes entre ellos). La segunda, dar la opción de que la afiliación en salud fuera a EPS distintas a Nueva EPS dado que de acuerdo con el cruce entre la base de datos de la Administradora De Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- y los listados censales, un buen número de población se encontraba con afiliación activa en otras EAPB y que se estaba generando movilidad de la población a municipios donde Nueva EPS no cuenta con red adscrita. Al cierre de este momento, aproximadamente el 60% de la población se encontraba afiliada a la Nueva EPS y el 40% restante estaba distribuida en otras 40 EPS de todo el país.

Ministerio, sigue teniendo un recurso allá, ellos hicieron un ajuste en las capacidades, hacia mediados del año pasado tal vez, cuando ya se tenía la información de qué realmente estaban consumiendo esas personas, quedaron servicios dentro de los espacios un poco completos, cuando la zona era la resolución inicial, y en otros disminuyeron las capacidades, porque no había estadística de utilización, de acuerdo a lo que el Ministerio le reportaba... Entrevista F3

A finales del 2017 le dimos dos opciones a las FARC, le dijimos, seguimos afiliando a todo el mundo a la Nueva EPS, o empezamos a afiliarlos en las EPS que tienen cobertura en los Municipios dónde están, eso estaba por lo segundo; entonces hoy por hoy, más o menos 60% está en la Nueva EPS y el 40% restante está en otras y cada vez más hay... Entrevista F1

El ETCR Simón Trinidad, a partir de los criterios que estableció el MSPS, tiene en la actualidad un esquema complementario de una auxiliar de enfermería que desarrolla acciones de educación en salud, prevención primaria y atención inicial de urgencias, y una ambulancia básica disponible

al llamado. Los programas de protección específica y detección temprana en salud sexual y salud reproductiva que meses atrás se desarrollaban en el espacio, se empezaron a trasladar directamente a la IPS donde la población estuviera capitada, la mayoría de los casos en el municipio de la Paz y algunos otros en municipios del departamento de la Guajira. Ante el manejo de complicaciones, la auxiliar de enfermería es quién activa el proceso de referencia a la institución que se requiera.

Al cierre de este momento, la Agencia para la Reincorporación y la Normalización, en el marco de su obligación de garantizar las acciones de la reincorporación económica y social, empieza a desarrollar intervenciones que consisten fundamentalmente en el apoyo en la gestión de la afiliación de la población a partir de los listados censales y el acompañamiento a la población excombatiente en los trámites con la EPS en lo que respecta a autorizaciones, medicamentos, entre otros trámites a través de profesionales facilitadores que se encuentran de manera permanente en los ETCR y que tienen enlace al nivel central de la Nueva EPS a partir de un *call center* que se desarrolló para el proceso de autorizaciones.

Siempre en las zonas veredales ha habido como una cabeza, ...ese enlace u oficina, enlace de ARN hoy en día persiste la figura, es el que nos facilita comunicarnos y nos trae las solicitudes que hay allí pendientes, y a través de él llegan las respuestas a los afiliados... a través de él coordinamos, buscamos la cita, la agendamos todo, y se le informa al enlace, por favor, el que está allí tiene su cita de control con esta especialidad en tal institución a tal día, tal hora. Entrevista F2

El tercer y último momento tiene inicio aproximadamente a partir de marzo de 2018 y se caracteriza por el desarrollo de escenarios y estrategias de pedagogía en cabeza de la ARN y con el acompañamiento de la Superintendencia Nacional de Salud, que contextualizaron a las Entidades Territoriales de Salud y a la red de atención en salud a nivel departamental en el manejo del proceso de reincorporación y las responsabilidades que deberían asumir. Adicionalmente se diseñaron herramientas de comunicación para la socialización de derechos y deberes en salud y de trámites administrativos en salud, puesto que, de acuerdo con los funcionarios entrevistados, la población deberá estar acoplada para que de manera autónoma resuelva sus necesidades y problemas en salud en el marco del actual SGSSS.

...los exintegrantes FARC EP tienen que hacer su entrenamiento asumiendo su nuevo rol como usuarios del sistema ...por eso estamos haciendo desde todas las oficinas de la ARN mucha pedagogía sobre el sistema de salud; como debe pedir una cita, cuál es su red prestadora, cuál es, ehhhh, los mecanismos de PQR cuándo hay una inconformidad o una insatisfacción, cuánto es la oportunidad en citas... Entrevista F2

...es un proceso de pedagogía muy importante en el que estamos ahora... digamos como la estrategia con la ARN que tenemos, y estamos tratando de además hacerlo a nivel regional, pues en las capitales; hace poco estuvimos en Florencia y estuvimos con las EPS de Caquetá, con la Supersalud, con representantes de los excombatientes, con las Secretarías Municipal y Departamental y Ministerio, explicando sus derechos y sus deberes... también hicimos un vídeo con la Nueva EPS... un vídeo así,

muy pedagógico explicando los fundamentos, los básicos, el ABC digamos de, ¿Cómo afilio? y muy en marca de pregunta respuesta... Entrevista F1

En este momento se tiene un conocimiento más claro de la población que se encuentra en los ETCR, pero además se sabe que hay un buen número de mujeres y hombres que reside en zonas urbanas, y que en lo que respecta a salud, a partir del momento en el que deja el ETCR, le corresponde asumir los mismos procesos que a la población general, es decir, solo se cuenta con esquemas complementarios dentro de los territorios definidos inicialmente.

Exacto, esto funciona casi como un complemento al aseguramiento, no reemplaza y lo único y para lo único que está esa plata es para la atención ahí in situ, sales de la zona veredal, entre comillas perdón ponerlo así crudo, eres problema del asegurador. Entrevista F1

Finalmente, dentro de las acciones desarrolladas, se destaca también la elaboración conjunta y la aprobación del CONPES 3931 de junio de 2018 “Política Nacional para la Reincorporación Económica y Social de Exintegrantes de las FARC EP” el cual orienta el proceso que se tendrá en adelante para la garantía de la reincorporación, incluyendo las acciones correspondientes al componente de salud.

4.3.1.1 Tipos de respuesta en salud sexual y salud reproductiva: Plan de Beneficios en Salud, respuesta complementaria y Plan de Intervenciones Colectivas

Como se evidencia en esta descripción anterior, la respuesta en salud para la población excombatiente ha contado con dos componentes. El primero hace referencia a las acciones definidas en el marco del Plan de Beneficios en Salud que actualmente tiene Colombia y que, para este caso, ha estado a cargo fundamentalmente de la Nueva EPS y la red adscrita con la que cuenta a nivel nacional. En este tipo de respuesta la población debe desplazarse a las IPS de I nivel de atención, según corresponda.

El segundo consiste en una respuesta complementaria definida por el Ministerio de salud y Protección Social (Esquemas de salud complementarios) que están de manera permanente en los ETCR y que cómo vimos, ha tenido una serie de modificaciones de acuerdo con el avance del proceso de aseguramiento de la población.

Ambos componentes, desarrollaron durante diferentes momentos, acciones relacionadas con la atención en salud sexual y salud reproductiva con mujeres excombatientes, las cuales tuvieron una orientación fundamentalmente individual: control prenatal, consulta de anticoncepción y provisión de métodos, acciones para la detección de cáncer de cuello uterino, atención de parto y diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual.

En relación con intervenciones de carácter colectivo a cargo de las entidades territoriales de salud, estas no lograron identificarse en la información suministrada. A partir de mediados de 2018 se

establecen acciones conjuntas entre entidades departamentales y municipales en los espacios territoriales con el fin de identificar las condiciones de vida y salud de la población y definir intervenciones a desarrollar.

La acción que inicial empezamos fue ir allá con la líder de salud pública, un equipo y escucharlos... eso fue hace como un mes y medio cierto, escucharlos, identificar las debilidades que se tienen frente a la respuesta de la EPS, es pues la directamente responsable de su salud física y mental, articular una acción de ruta para que la EPS la cumpla con ellos, y hacerle seguimiento a que el municipio le cumpla en focalizar las ofertas. Entrevista F4

4.3.1.2 Actores participantes de la respuesta en salud sexual y salud reproductiva en el proceso de reincorporación

De acuerdo con los momentos descritos, puede verse que la participación de distintos actores en salud no ha sido siempre la misma, esto ha dependido de las determinaciones que gradualmente se van tomando por instancias como el CNR, el MSPS y la ARN, y con el proceso de Normalización.

El siguiente es un esquema que representa la participación de los actores en cada uno de los momentos y que muestra que al principio el proceso de reincorporación estaba centralizado en el nivel nacional, quién emitía orientaciones a nivel local y adicionalmente existía participación de los mecanismos internacionales; y cómo gradualmente otras entidades del sector salud como las entidades territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud han ido incorporándose al proceso teniendo en cuenta que su participación es fundamental para el ejercicio de la garantía del derecho a la salud y que, de hecho, el proceso de normalización consiste en hacer que gradualmente las acciones adicionales vayan desapareciendo hasta transitar al actual sistema de salud.

Entonces para nosotros eso es Normalización de la atención en salud; ...es eso, como hacer que los actores del sistema de salud conozcan las necesidades de los exintegrantes de, y que el sistema sepa responder... el sistema tiene que prepararse para atender esas necesidades. Entrevista F2

Cuadro 6. Actores que han desarrollado acciones de respuesta en salud sexual y salud reproductiva en el proceso de reincorporación

I momento (Oct 2016 - Ag 2017)	II momento (Sept 2017 - feb 2018)	III momento (Marzo de 2018 -)
<ul style="list-style-type: none"> •MM&V •CNR (Gobierno Nal - FARC) •MSPS •Red Pública hospitalaria •Nueva EPS •Oficina Alto Comisionado para la Paz (OACP) •ICBF 	<ul style="list-style-type: none"> •CNR (Gobierno Nal - FARC) •MSPS •Nueva EPS y RPSS adscrita •OACP •ARN •Fundación Oriéntame •UNFPA - OPS- OIM- MPTF 	<ul style="list-style-type: none"> •CNR (Gobierno Nal - FARC) •MSPS •Nueva EPS y RPSS adscrita •Otras EAPB •ARN •SuperSalud •ETS

Fuente: Fuentes primarias y secundarias. Elaboración propia.

Es importante resaltar que, en términos de la participación intersectorial, no fueron identificadas acciones relacionadas con salud sexual y salud reproductiva desde las distintas entidades estatales. Las que se mencionan a continuación, se ejecutaron por organizaciones de cooperación internacional o instituciones sin ánimo de lucro:

- Fundación Oriéntame: a finales de 2017 desarrolló acciones orientadas a la pedagogía en derechos sexuales y derechos reproductivos con énfasis en anticoncepción e Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Cooperación internacional: la Organización Internacional para las Migraciones – OIM-, el Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Posconflicto -MPTF-, el Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA- y la Organización Panamericana de la Salud -OPS- en alianza con el MSPS están desarrollando un proyecto denominado “Salud para la Paz, fortaleciendo comunidades” que consiste en el fortalecimiento de capacidades del personal de la salud de los hospitales locales y de los líderes comunitarios de los 25 municipios en los que se ubican los ETCR para mejorar el acceso a servicios integrales de atención primaria en salud. El proyecto se orienta hacia tres componentes que incluyen acciones relacionadas con SS/SR (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018):
 1. Incluye la capacitación a personal de salud de hospitales locales y líderes comunitarios en el área rural en temas como DSDR, prácticas obstétricas, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo en la adolescencia, violencia sexual e Interrupción Voluntaria del Embarazo y la entrega de insumos como Trajes antichoque para la prevención de la hemorragia posparto, métodos anticonceptivos y kits de exposición a violencia sexual.
 2. Incorpora acciones de gestión institucional para realizar actividades extramurales con enfoque intercultural que permitan acercar la prestación de servicios de salud a la población rural; la contratación de profesionales de enfermería para el desarrollo de actividades educativas que incluyen los temas en SS/SR mencionados en el componente 1; y la formación de líderes y lideresas de los territorios como auxiliares de enfermería que puedan hacer parte de los equipos extramurales.
 3. Incluye el seguimiento, monitoreo y evaluación a las intervenciones del proyecto, así como una encuesta de percepción del acceso a servicios de salud.

Aunque el Municipio de la Paz es uno de los priorizados para el desarrollo de este proyecto, en las entrevistas no logró identificarse claramente qué acciones se han adelantado en relación con estas intervenciones, salvo algunas referencias.

...somos departamento piloto, de salud para la paz dentro de ese proyecto, en de esa estrategia que nos acogió el ministerio hay una persona, enfermera, que ella tiene cifras de todas las atenciones que hemos hecho, todo lo que hemos, claro que si... Entrevista F6

4.3.1.3 Modelos, estrategias y esquemas de salud

Un aspecto que surgió de manera frecuente es que, en los encuentros con los funcionarios de nivel nacional es que en el proceso de reincorporación se generaron “modelos”, “estrategias” y “esquemas” de salud con el propósito de garantizar el acceso y uso de los servicios de salud.

La Nueva EPS habla de la creación de un modelo “de acompañamiento especial” para la población excombatiente en el que resalta lo que se ha desarrollado en relación con hogares de paso para gestantes y un *call center* para la gestión de autorizaciones y viabilizar los procesos de referencia y contra referencia. Menciona también la generación de un modelo de prestación de servicios básicos para las zonas veredales a cargo del MSPS y de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz -OACP-.

...el modelo de acompañamiento de población especial pues lo desarrolló Nueva por la realidad, pero los otros aseguradores no lo tienen, es más, es posible que ni ellos supieran que se les estaba trasladando un afiliado de reincorporación...Entrevista F3

() ...digamos que, desde el Ministerio, desde la Oficina del Alto Comisionado de Paz que en ese momento era el responsable de acompañar las zonas, ...se creó un modelo de una prestación de unos servicios básicos en las zonas veredales, dada la ubicación y la cercanía con los hospitales... para situaciones que evitaran un desplazamiento de los afiliados. Entrevista F3

En las entrevistas a funcionarios del MSPS y de la ARN, a las mismas acciones descritas por Nueva EPS, se les denominó esquemas, o estrategias. Este aspecto tiene importancia dado que los Acuerdos de Paz y su plan marco de implementación incluyen la construcción de modelos diferenciales de salud pública para los territorios rurales y dispersos de Colombia (DNP, 2018) y el CONPES 3931 de la política de reincorporación orienta el desarrollo de lineamientos para la atención en salud de la población excombatiente (DNP, 2018). Las claridades conceptuales son entonces fundamentales para determinar los alcances de estos compromisos que no solo impactaran sobre la población excombatiente, sino sobre la población que habita las áreas rurales y dispersas.

4.3.2 Respuesta en salud en el marco del proceso de reincorporación y acceso a la población rural

Un aspecto emergente de la respuesta es que, desde el inicio del proceso de atención a la población en proceso de reincorporación, todas las intervenciones desarrolladas en la respuesta complementaria a cargo del MSPS se establecieron también para la población rural:

...por eso desde antes, digamos anticipándonos un poco a eso, ...dispusimos ahí, ...casi que una especie de subsidio a la oferta... con una regla de oro que la mantenemos actualmente, es para cualquier población... Entrevista F1

En ese sentido, el proceso de reincorporación en salud ha abierto la posibilidad de entrar y conocer territorios donde el Estado ha tenido poco contacto, fortalecer las instituciones y acercar la oferta de servicios de salud a población que ha estado históricamente en condiciones de inequidad y de dificultades de acceso. Una muestra de la importancia que ha tenido esta definición y en lo que coinciden algunos funcionarios y algunas excombatientes, es que el mayor porcentaje de la demanda de estos esquemas ha sido población rural, fundamentalmente mujeres, gestantes, niños y niñas:

Eso es exactamente mi siguiente punto y es, esto sí que nos abrió los ojos sobre la realidad de la Colombia profunda en materia de acceso en salud... porque la dinámica nos mostró que hasta mitad de año de 2017 los principales usuarios de esos servicios eran excombatientes y a partir de ahí, son las comunidades; son las comunidades las que están usando los servicios que pusimos en inicialmente en Zonas Veredales, hoy en ETCR... () ... muchas madres con sus hijos; ...()... ; Dos, gestantes, yo creo que son pues nuestros principales usuarios, tanto de excombatientes como de las comunidades, las gestantes... Entrevista F1

Y lo otro que también sucedes que esos puestos de salud que hay en los Espacios Territoriales, más de la mitad de las consultas están cubriendo es a la comunidad; entonces es algo que está llegando no solamente al espacio. Entrevista M7

Pero además pone de manifiesto que es posible desarrollar estrategias que, de manera gradual, aporten en la garantía del derecho a la salud -de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos- a la población rural y dispersa. Es probable que se requiera de esfuerzos y de ejercicios de planeación y financieros pensados en el tiempo, pero estos esquemas podrían ser la base, claro, con adaptaciones importantes, para desarrollar una estrategia de Atención Primaria en Salud Integral en estos territorios. Así lo manifiesta una de las mujeres excombatientes:

() ...siento que esto es un reto no solamente pensando en la reincorporación de las FARC para que tengan atenciones allá en los espacios sino es un proceso de como la salud debe llegar a las comunidades y realmente deben haber alternativas y opciones para decir realmente que haya atención en salud. Entrevista M7

Habría finalmente que preguntarse si estos territorios requieren formas de operar que no estén mediadas por el aseguramiento, dado que como hemos visto a lo largo de la descripción de la respuesta, ha sido necesario para garantizar el acceso a la salud disponer de esquemas adicionales, financiados directamente por el MSPS.

4.3.3 Percepciones sobre la respuesta en salud sexual y salud reproductiva en el marco del proceso de reincorporación

La respuesta en salud y dentro de ella, la respuesta en sexual y salud reproductiva a las mujeres excombatientes se ha desarrollado en el marco del proceso de reincorporación y ha implicado una serie de acciones que van desde la planeación, hasta la implementación. Sobre esta se han generado una serie de percepciones relacionadas con la atención en los distintos niveles de complejidad, las acciones promocionales en salud y el enfoque de género.

4.3.3.1 *Implicaciones de las discusiones del Acuerdo de Paz y de la planeación de la reincorporación en la implementación de la respuesta en salud*

Uno de los aspectos que surge en los relatos, es la dificultad para el inicio del proceso de reincorporación, lo cual parece estar asociado a las dinámicas políticas de las conversaciones para la construcción del Acuerdo, los tiempos de la firma y el orden con el que se inicia la implementación. En este caso, el punto número tres “Fin del conflicto” fue el último que se discutió y el primero que empezó a implementarse dado que dentro de este se encuentran los protocolos para el proceso del CFHBD – DA. Esto generó complicaciones en la planeación e implementación de los esquemas en salud:

...Este último punto, ...es el último que se acuerda y el primero que se ejecuta; entonces la planeación que hubo para este punto es mínima. Nosotros como Ministerio construimos, digamos, julio de 2016 lo que iba a salir en ese punto y ya tendríamos que estar implementando a finales de ese mismo año eso. Entrevista F1

Otra vez, la historia dirá si eso estuvo bien o mal, no voy a entrar aquí a hacer valoraciones, pero en todo caso, no se habían discutido las condiciones de la reincorporación hasta ese momento, el resto pues, de elementos. Entrevista EG8

Funcionarios y excombatientes coinciden en que al inicio del proceso hubo una serie de particularidades para la reincorporación (el hecho de que la población excombatiente no tuviera o tuviera múltiples identificaciones, demora en la entrega de los listados censales o que antes de ingresar a las FARC EP algunas personas contaran con procesos de afiliación activos) que según manifiestan, generaron algunas barreras en el acceso y la atención, limitando incluso la atención a las condiciones de urgencia y prioritarias o el control prenatal, ya que absolutamente todos los procesos de la vida civil implican esta documentación:

Sabíamos que nos íbamos a demorar en afiliarlos al sistema; ¿Por qué sabíamos eso? Porque sabíamos que íbamos a tener problema con la identificación de las personas, con su cedula. Ustedes no se imaginan lo difícil que era para FARC entregar un listado, así fuera con alias, era también exponerse,

sobre todo en un momento también de mucha incertidumbre jurídica, era digamos exponer la presencia de personas que podrían tener procesos pendientes y demás. Entrevista F1

Al principio cuando llegamos tuvimos problemas, primero porque al principio nosotros íbamos era con un código y si ese código no estaba registrado, pues no accedía uno al servicio; en diciembre ya pasamos a, ya fue con la cédula y pues se puede decir que ahora sí la atención ha sido, ha mejorado. Entrevista M1

4.3.3.2 *La atención en salud sexual y salud reproductiva según nivel de complejidad*

En relación con la atención de primer nivel en salud sexual y salud reproductiva, dos aspectos son relevantes. Primero, que esta tiene alcances limitados y que no se cuenta con oportunidad en la atención, así lo refieren excombatientes de los niveles nacional y local:

Se garantiza un precario nivel primario de atención, ...pero el resto es más de lo mismo para todo el mundo. Entrevista M7

El primer nivel lo hacen en el hospital, pero entonces siempre aquí uno lo hacen ahí. A mí me dijeron que tenía que ir ahí, pero entonces tú sabes que a veces los cupos están llenos. Hoy en día hay muchas mujeres que se cuidan mucho, o hay muchas enfermedades, y a veces hay mucho cupo lleno, entonces tengo que esperar que esté el cupo. Entrevista M2

Funcionarios de nivel nacional de la Nueva EPS y algunos de nivel local del Hospital I nivel y la secretaría de salud municipal, tienen una opinión contraria. Hablan de garantías en el primer nivel de atención y no identifican barreras, por el contrario, consideran estar aportando sin contar con recursos financieros adicionales:

Nosotros pusimos esa red, hicimos acuerdos con los 26, creo que eran hospitales, eran hospitales públicos donde facilitamos el mecanismo administrativo, de que, si llegaba una persona de población especial con alguna situación, fuera atendida allí, y el proceso administrativo de autorización sencillamente lo hacíamos entre ellos y nosotros, facilitamos acceso a través de la web para los que tenían posibilidades de internet. Entrevista F3

yo atendí a los grupos, al personal excombatiente lo atendí antes de yo hacer contrato con Fondo Paz, porque cuando ellos se concentraron, eso demoró unos meses pa' esa contratación y pa' ubicar, y eso fue un, eso al principio fue bastante difícil. Sin embargo, yo como hospital y como, colocando dice uno, su granito de arena para este proceso de paz, yo los atendí aquí. Y fue bastante, no fue poquita... entonces vienen así. Nosotros las remitimos si es algo de segundo nivel, pero tienen su consulta externa, su atención por urgencias. Si van a parir y se puede parir aquí, si no tienen ninguna complicación, aquí se atienden. Entrevista F8

Otros del nivel departamental y municipal, por el contrario, coinciden con la percepción de las mujeres y plantean debilidades en la atención del primer nivel para que pueda dar respuesta integral a sus necesidades particulares en SS/SR.

() ...en el primer nivel no hay problema porque ahí tienen el hospital, pero a veces también se les dificulta no es fácil tampoco para ellos, porque tienen que salir en moto, tienen que seguir la seguridad, todo eso; también se ponen en riesgo... Entrevista F6

Esto es respaldado por los informes de seguimiento a la implementación del Acuerdo de Paz, cuando expresan las dificultades en la atención de salud sexual y salud reproductiva:

La Secretaría Técnica también registró dificultades en la adecuación de los ETCR a las necesidades de las excombatientes, como la falta de cumplimiento en materia de proyectos productivos, medidas de promoción de salud sexual y salud preventiva, estrategias de prevención y respuesta frente a violencias basadas en género y la falta de una agenda de reincorporación clara con recursos, aparte de otras necesidades básicas. (Secretaría Técnica CINEP/PPP - CERAC, Dic 2018, pág. 3)

El segundo aspecto es que los servicios se concentran fundamentalmente en la salud reproductiva, limitada a la atención prenatal, mientras que, en la atención individual de los demás componentes de la salud sexual y la salud reproductiva, como la provisión de métodos anticonceptivos o la citología cervicouterina, se ven barreras relacionadas con la oportunidad y la disponibilidad, Así puede interpretarse en los relatos de las mujeres entrevistadas:

No pues, si ustedes me preguntan un balance de pronto de la atención en salud, uno podría decir que, ...en este período... desde el 2017 para acá, ...se ha logrado como una, una atención en un primer nivel, la gente accede al primer nivel de atención, ¿no? entonces las gestantes... Entrevista M7

Por lo menos a mí, ahora que estuve embarazada, pues uno embarazada le mandan a hacer todos los exámenes, tengo una citología ahora pendiente aparte de la cita. Lo que pasa es que también la Nueva EPS aquí demora mucho a veces, uno aparta una cita, espera a que lo llamen es lo primero que le dicen a uno, me dio la hora y yo todavía no me la he hecho porque estoy esperando la orden. Entrevista M2

...pero si uno ve por ejemplo que dentro del sistema hay todavía cosas que como que no las llevan bien a la práctica o a las ruralidades, por ejemplo, nosotros al comienzo acá, cuando llegamos acá, nunca por ejemplo vimos una institución que llegara con planificación o que eso estuviera dentro del kit por ejemplo que dieron al puesto de salud. Entrevista M1

Las mujeres excombatientes coinciden en señalar la existencia de múltiples barreras para la atención en la mediana y alta complejidad puesto que hay una demora constante en los trámites administrativos con la EPS para los servicios, a excepción de la atención reproductiva (controles prenatales de alto riesgo y atención de parto):

...todo lo que es el servicio que prestan las EPS que siempre tiene tantas deficiencias. Lo que yo he escuchado de compañeros es que a unos les ha ido bien, sobre todo las chicas que han ido a temas de parto y eso, la mayoría he escuchado que les ha ido bien, pero cuando hay urgencias sí es terrible, o sea,

que alguien se agrave de algo, he escuchado un par de casos que pues les toca como presionar desde ARN para que los atiendan. M4

Bueno, ...en mi caso se pidió una mamografía, fui al médico, dieron la orden para mamografía y se llevó a la EPS y la EPS nunca, nunca aprobó, entonces: ¡ah no!, pero eso ya está muy tarde, esta, esta autorización del médico ya no se vale; entonces tengo que volver a sacar cita, tengo que otra vez volver donde el médico, que vuelva y me ponga otra mamografía y ahí si otra vez tengo que llevarlo para ver si la EPS me autoriza y después que me lo autorice entonces tengo que esperar el día que me lo autoricen para írmelo a hacer. M3

La ARN, por ejemplo, reconoce estas barreras y asocia como causa la insuficiencia de recurso humano especializado en salud en los territorios rurales; mientras funcionarios del sector salud de nivel local piensan que esto es un problema de la estructura del sistema de salud que requiere ser modificado.

Eso es lo que más se da porque es indudable que en Colombia hay un déficit de talento humano donde las agendas de los especialistas es muy compleja; pero, aun así, si han habido demoras, yo no te voy a decir que no, pero se han hecho cosas que de verdad no se han hecho con otras poblaciones. Entrevista F2

Pero que en este momento ellos están experimentando estos obstáculos que tiene el sistema en Colombia, el sistema en Colombia, sabemos nosotros que amerita... voy a aprovechar esta entrevista para decir que, urgentemente está meritando una reforma, pero impresionante del sistema de salud, sobre todo que financieramente, prácticamente colapsó... Entrevista F8

En general, lo que las percepciones de la atención básica y especializada muestran, es que la atención sanitaria en zonas rurales está restringida, que tiene poca oferta y poco recurso humano, que las condiciones en las que el recurso humano trabaja son particularmente complejas y sin garantías “por ejemplo yo estuve, yo vine aquí dos o tres meses sin contratación, ...y decía, “pero, quién me respalda a mí, ...que de pronto un accidente en la carretera, uno no está exento...” (Entrevista F9). Y es que para un sistema de salud que está configurado de una manera mercantilista, la atención en salud en este tipo de territorios no genera ganancias económicas para los sectores privados; por lo que, para que el desarrollo de un modelo como el MIAS (que propone la reducción de inequidades en los ámbitos rurales y dispersos) o de un nuevo modelo de salud pensado para la generación de condiciones de equidad y la garantía del derecho para la población rural, se dé, se requiere de una reforma estructural al SGSSS.

Mientras desde los funcionarios, se hace un balance de “subutilización” de los esquemas complementarios, las mujeres entrevistadas de nivel nacional hacen una crítica en relación con la concepción de la atención en salud y como esta podría ser enfocada de manera distinta en lugar de revertirla y coinciden en expresar que de haberse implementado acciones de educación en salud sexual y salud reproductiva durante los primeros meses de la reincorporación, seguramente las

nociones y prácticas alrededor de temas como el uso del preservativo y la prevención de ITS y VPH habría podido modificarse de manera positiva.

...uno de los argumentos para levantar los puestos de salud es que solamente se tienen 40 consultas, entonces pues uno piensa, bueno que es, ¿qué es atender? ¿es que el médico se siente en un sitio a ver quién le llega? o es el médico a hacer una inducción de la consulta, a hacer una consulta inducida, a ir a buscar, conocer la población, ¿qué es? Entrevista M7

4.3.3.3 *Implementación del enfoque de género*

Un aspecto que genera gran preocupación entre las mujeres excombatientes y en el que coinciden con las organizaciones de seguimiento a la implementación del proceso de paz, y en específico a la reincorporación, es que se percibe un mínimo avance en las garantías para las mujeres frente a las condiciones existentes en los ETCR para el cuidado de los hijos e hijas y la distribución equitativa de responsabilidades entre hombres y mujeres, que les permita tener mayores probabilidades de acceder a educación y trabajo: “la dificultad más grande que nosotras las mujeres tenemos acá es cuánto a nuestros hijos es ehh, no tenemos el hogar de cuido totalmente ehh, se puede decir funcionando” (Entrevista M3).

Esto, entre otros factores puede tener relación, con que, dentro de los acuerdos de reincorporación, el gobierno nacional no incluyó acciones específicas con enfoque de género, a pesar de que se tenía conocimiento por experiencias internacionales previas, de lo que ocurría en este sentido y que las FARC habían construido una propuesta en este sentido; además de un desconocimiento y debilidad institucional en la transversalización del enfoque de género en las políticas sociales. Como consecuencia esto ha limitado las posibilidades de exigencia sobre elementos más concretos:

...ellas antes de que yo llegara tuvieron un encuentro muy interesante con excombatientes del mundo ...y ellas les decían: "mire, ustedes apenas se reincorporen lo primero que les van a exigir es volver al rol tradicional de amas de casa, pilas con eso. Mire, ustedes apenas se reincorporen lo que va a pasar es que les van a quitar los puestos de participación política, pilas con eso." O sea, como una lista de mercado que ya estaba identificados todos los procesos de dejación de armas, o de reincorporación en el mundo, y que decían, "Ojo"...Todo eso quedó escrito en el acuerdo inicial, en la versión inicial, ... ya no existe... yo siento que el gobierno Santos que fue el primer responsable de la implementación durante los dos primeros años, año y medio, tenía una falencia inmensa en temas de género, pero inmensa, inmensa, y no estaban preparados para la perspectiva de género y en la reincorporación en particular. Entrevista EG8

Incluso, hay una idea de que las instituciones del Estado tienen responsabilidad en que las mujeres estén regresando a los roles tradicionales, y que son organizaciones distintas a las del gobierno las que están aportando al desarrollo de acciones con enfoque de género:

Pero de hecho ni siquiera, uno sale, tiene su relación, cierto, las mujeres tenemos nuestra relación, y en esa relación, que es algo que nosotras seguimos peliándole al Estado, y es que trataron como ...desde

esa asistencia que hizo el Estado trató fue como de volvernos, otra vez, a cumplir ese rol que nosotras hace mucho tiempo habíamos dejando, entonces claro, obviamente uno sabe que tiene que hacer oficios en la casa, pero que eso no sea la prioridad para nosotras... pero si pienso que, que a pesar de eso, hay organizaciones y hay como otras instancias que están apoyando esto y que eso le va dando como otro valor y como otra, como otro levantamiento a que esto si se vaya encaminando por una ruta. M5

Adicionalmente, la preocupación es que la implementación del enfoque de género requiere de un conjunto de sectores que no se limitan al de salud y que, al menos en el trabajo de campo desarrollado, no logró evidenciarse conocimiento o apropiación de los y las funcionarios entrevistados frente a este tema, lo que implica que se haga mucho más difícil el proceso y por tanto sea más que un reto el poder garantizar los derechos de las mujeres, en particular sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

Existen al menos dos aspectos que mediaron las opiniones de las excombatientes del ETCR al respecto de la respuesta en salud e incluso de las expectativas frente a ello:

1. El desconocimiento que tienen del funcionamiento y la organización del actual sistema de salud puede hacer que sus opiniones estén limitadas a la poca experiencia que han tenido con la atención y que con dificultad logren establecer, por ejemplo, las responsabilidades de cada actor en salud frente a los avances o las dificultades, los servicios a los que se tiene derecho, sus expectativas y propuestas sobre el deber ser de la atención en salud.
2. Los tipos de respuestas que tenía organizada las FARC EP en el marco del conflicto puede darles una visión particular frente a la salud y a las limitaciones en el acceso y la atención en los territorios rurales que es sobre los cuales más tienen conocimiento.

4.4 Descripción del marco político y normativo que regula la Salud Sexual y la Salud Reproductiva en Colombia

En la siguiente tabla se describen los elementos centrales de las normas que hacen parte de lo que el MSPS define como marco político de la SS/SR y de las normas y políticas relacionadas con el proceso de paz, en específico de la reincorporación; las cuales serán tenidas en cuenta para el análisis desarrollado en el siguiente apartado.

Cuadro 7. Descripción del marco político y normativo que regula la salud sexual y salud reproductiva en Colombia en población general y población excombatiente

Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 (PDSP)	<p>El plan, para el caso particular de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, orienta la implementación de acciones intersectoriales, comunitarias y prehospitarias y aunque no las detalla, menciona algunos ejemplos como los hogares de paso.</p> <p>También hace énfasis en la importancia de las acciones promocionales y preventivas en los componentes de SS/SR, sin embargo, únicamente son enunciados.</p> <p>Incluye acciones individuales del plan básico de salud como anticoncepción, control prenatal y lo relacionado con Infecciones de Transmisión Sexual y VIH</p> <p>No menciona de manera específica intervenciones relacionadas con VPH o CCU aun cuando si lo plantean como una necesidad en el diagnóstico participativo</p> <p>Resalta la importancia de desarrollar diagnósticos y acciones en salud con enfoque de género.</p>
Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos - PNSDSDR- 2014	<p>Se plantea como la forma de operativizar el PDSP, por lo que tendría que desarrollar de manera específica los aspectos enunciativos de este plan. Establece la estrategia de Atención Primaria en Salud como estrategia para la garantía de los DSDR y de la intervención sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Señala como principio la importancia de diferenciar la sexualidad de la reproducción y de que los derechos y acciones en salud e intersectoriales se aborden desde el disfrute de la sexualidad. Define estrategias de tipo comunitario para la movilización de los DSDR; acciones para prevenir violencias de tipo sexual y otras basadas en género dentro de la atención en salud; responsabilidades para la garantía de la privacidad de los asuntos de la sexualidad y la reproducción de las personas; el desarrollo de acciones que promuevan la igualdad entre hombre y mujeres y que prevengan la discriminación dentro de los servicios de salud; la generación de estrategias que promuevan la autonomía y que tengan enfoque diferencial.</p> <p>Orienta acciones articuladas "POS" (ahora Plan de Beneficios en Salud)- PIC "integradas e integrales y con enfoque de género", que garanticen el acceso a servicios en SS/SR; sin embargo, al señalar que las acciones individuales corresponden a las establecidas en la resolución 412 de 2000, queda la duda puesto que estas intervenciones no están transversalizadas por enfoque de género o diferencial.</p> <p>Establece también la generación de estrategias de información, educación y comunicación, lo que requiere de un despliegue a</p>

	nivel sectorial e intersectorial y la formación del recurso humano en salud en asuntos de la sexualidad y reproducción para fortalecer la atención de la SS/SR.
Resolución 429 de 2016 - Política de Atención Integral en Salud - PAIS- y MIAS	<p>Como elementos generales para la implementación de la respuesta en salud, plantea la no fragmentación de la atención para la garantía del derecho a la salud y se enmarca en varios enfoques incluyendo el de Atención Primaria en Salud que, llama la atención, no coincide con la definición que plantea la PNSDSDR. Otros enfoques que enuncia son el diferencial de territorios y poblaciones.</p> <p>Plantea la importancia de que el acceso a los servicios de salud se dé de manera oportuna, eficaz y con calidad; y habla del fortalecimiento de la resolutivez del nivel primario para poner como centro la promoción y la prevención. Orienta el fortalecimiento de líderes y agentes comunitarios y representantes sociales.</p> <p>Como forma de operación establece tres tipos de ruta. Aplican en el caso particular de la SS/SR: RPMS, RIAS MP y RIAS infecciosas. Solo las RPMS y la RIAS MP son de obligatorio cumplimiento, las otras quedan a discreción de las ETS si se desarrollan o no de acuerdo con sus prioridades en salud.</p>
Resolución 3280 de 2018 - Lineamientos para la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud -RPMS-	<p>Esta ruta se plantea como la forma de operar las acciones en salud de tipo promocionar y preventivo ajustadas a los territorios y define como obligatoriedad para su implementación, la garantía del recurso humano en salud. Cuenta con intervenciones poblacionales relacionadas con la movilización de la PNSDSDR; intervenciones comunitarias en espacios de vida de la población como información en salud, Educación y comunicación para la salud, tamizajes y jornadas en salud; e intervenciones individuales por curso de vida desde la primera infancia hasta la adultez mayor.</p> <p>Entre las intervenciones individuales se orienta la valoración integral y educación en salud que incluye, dependiendo del curso de vida, aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Llama la atención que dentro de esta actividad hay muchos aspectos para desarrollar en la consulta, sin embargo, la ruta no define tiempos para estas actividades. Entre las intervenciones de detección temprana y protección específica se incluyen actividades de anticoncepción, prevención y detección de ITS/VIH; detección de CCU y manejo de lesiones de bajo grado (este último incluye unas acciones diferenciales para territorios rurales y dispersos)</p>
Resolución 3280 de 2018 - Lineamientos para la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal - RIAS MP-	<p>Tiene como propósito promover y mejorar la salud materna y perinatal a partir de la implementación de acciones que van desde la preconcepción hasta la atención post parto que deben desarrollarse con enfoque territorial.</p> <p>Plantea que la ruta requiere que su implementación se haga garantizando enfoque de género en el recurso humano en salud y en las organizaciones que prestan la atención en Salud; además del fortalecimiento en derechos, en roles relacionados con lo sexual y lo reproductivo, humanización, etc.</p> <p>Entre las intervenciones colectivas plantea estrategias de información, educación y conformación de redes en salud y entre las individuales, las relacionadas con la detección temprana y la protección específica en los temas de consulta preconcepcional, IVE, control prenatal, atención de parto, cuidado post parto y anticoncepción post evento obstétrico.</p>
Acuerdo Final para la terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz estable y duradera - 2016	<p>En el punto 1 "Reforma Rural Integral" se reconoce el rol productivo y reproductivo y se compromete garantías para que las mujeres puedan asumirlos. Incluye la construcción de un Plan Nacional de Salud Rural que debe contener acciones en salud para las mujeres incluyendo salud sexual y reproductiva, tener enfoque diferencial y de género, construir un modelo especial de salud para zonas rurales y dispersas.</p> <p>En el punto 3 "Fin del Conflicto" incluye la definición de la reincorporación como un proceso integral, colectivo, que tiene en cuenta los intereses de la población, es transitorio y tiene enfoque diferencial con énfasis en las mujeres. Se acuerda la</p>

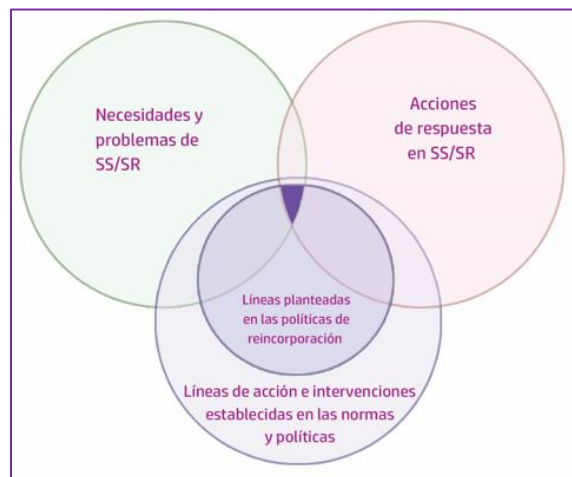
<p>Documento CONPES 3932 de 2018. Lineamientos para la articulación del plan marco de implementación del Acuerdo Final.</p>	<p>garantizar el bienestar de la población excombatiente incluyendo la atención en salud en las ZVNT y en el proceso de reincorporación que incluye en su componente social, la promoción de medidas especiales para las gestantes y las lactantes y garantizar atención en salud básica con énfasis en gestantes.</p> <p>Este CONPES contiene el plan por medio del que se implementará el Acuerdo de Paz descrito anteriormente. En relación con salud sexual, salud reproductiva y género en la reincorporación plantea:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Transversalización del enfoque de género en los Acuerdos de Paz: Entre otras acciones, medidas que reduzcan barreras relacionadas con el cuidado y la reproducción. *Modelos especiales de atención para población rural y dispersa *Enfoque diferencial y de género según las Rutas Integrales de Atención en Salud *Talento humano cualificado en zonas rurales y dispersas <p>Se evidencia en el plan que hay aspectos que tienen modificaciones con respecto al Acuerdo Final en lo relacionado con uno de los componentes del PNSR que ahora se plantea en el marco del MIAS.</p> <p>El documento incluye un apartado que al respecto de esta modificación expresa que no hubo acuerdo en incluir el tema de MIAS desde el componente FARC dado que el AF expresa la construcción de modelos especiales, no en el marco de lo ya establecido. Adicionalmente FARC considera que el PMI no se desarrolló a profundidad la transversalización del enfoque de género para la reducción de las brechas de desigualdad entre hombres y mujeres.</p>
<p>Documento CONPES 3931 de 2018. Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de exintegrantes de las FARC EP</p>	<p>Es construido en un escenario de concertación con la participación del CNR -Consejo Nacional de Reincorporación-. Incluye los enfoques de género, diferencial y étnico y plantea una serie de acciones que deberán ser implementadas y monitoreadas a través del Plan de Acción y Seguimiento -PAS-, dentro de las intervenciones que se plantean, las siguientes tienen relación con salud y algunas en específico con temas que influyen en la SS/SR:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Acciones para el acceso y la atención en salud de excombatientes y sus familias *Apropiación e incorporación de los enfoques de género y diferencial por parte de servidores públicos que tengan a su cargo acciones relacionadas con la reincorporación *Garantía de afiliación al SGSSS y la atención del PBS *Implementación de estrategias pedagógicas dirigidas a exintegrantes de las FARC-EP y sus beneficiarios, para facilitar la comprensión de la operación del SGSSS, sus deberes y derechos, la red integral de servicios, la participación social en salud. *Lineamientos para la atención en salud de la población excombatiente de acuerdo a sus necesidades (Deberán emitirse en primer semestre de 2019) *Modelo especial de salud pública en los municipios PDET a partir de la implementación de la PAIS y del PNSR <p>Actividades pedagógicas, estrategias de información y comunicación y procesos de capacitación en DSDR de las mujeres excombatientes</p> <ul style="list-style-type: none"> *Promoción de estrategias integrales para reducir las barreras de las mujeres relacionadas con las labores del cuidado permitiendo el acceso efectivo a los demás componentes de la reincorporación.

4.5 Relación entre las necesidades en SS/SR de las mujeres excombatientes, la respuesta en SS/SR en el marco del proceso de reincorporación de las FARC EP y la normatividad nacional existente.

Este apartado tiene el propósito de establecer si existe una relación coherente entre: las necesidades, problemas y expectativas; la respuesta en salud; y el marco normativo y político nacional vigente. Para ello, se tuvo en cuenta la coherencia entre los siguientes elementos:

- Las acciones de respuesta en salud y las necesidades y problemas de SS/SR
- Las líneas de acción e intervenciones establecidas en las normas y políticas, y las acciones de respuesta implementada durante el proceso de reincorporación
- Las líneas de acción y las intervenciones establecidas en las normas y políticas, y las necesidades y problemas de SS/SR de la población
- Las necesidades y problemas de SS/SR y las intervenciones en salud planteadas en las políticas de reincorporación

Ilustración 3. Coherencia entre Necesidades y problemas, acciones de respuesta y políticas en SS/SR



Elaboración propia.

4.5.1 Respuesta en salud a las barreras de acceso a servicios.

Como se identifica en el cuadro 5, las acciones de respuesta que a grandes rasgos lograron identificarse para las barreras de acceso geográfico fueron los esquemas complementarios en salud para intervenciones de baja complejidad, consulta de medicina general y consultas de detección temprana y protección específica en salud sexual y salud reproductiva con el fin de acercar la atención en salud a los ETCR y la disponibilidad de hogares de paso cerca de IPS de mediana y alta complejidad para gestantes de alto riesgo o con más de 34 semanas de gestación de manera que de existir complicación, pudiera trasladarse de manera rápida para dar manejo hospitalario.

Cuadro 8. Síntesis de necesidades y problemas en SS/SR relacionados con el acceso, respuesta en salud y normatividad vigente.

Necesidades y problemas en SS/SR identificados	Respuesta identificada para estas necesidades	Normas que contienen acciones de respuesta a las necesidades
<p>Barreras de acceso geográfico en algunos ETCR de ámbitos territoriales dispersos</p> <p>Barreras económicas para el acceso a servicios de salud en el caso particular del ETCR Simón Trinidad</p>	<p>*Esquemas complementarios en salud para atención de baja complejidad (medicina, auxiliar de enfermería, ambulancia)</p> <p>*Hogares de paso para gestantes de alto riesgo o con más de 34 semanas de gestación para el caso de la mediana y alta complejidad</p> <p>*Estrategias para la gestión directa entre ARN y Nueva EPS para la atención especializada. (solo aplica para población afiliada a esta EPS)</p>	<p>Modelo Integral de Atención en Salud – 2016.</p> <p>Acuerdo de Paz 2016 y Plan Marco de Implementación - CONPES 3932 de 2018-</p> <p>Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.</p> <p>Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos de las fuentes primarias y secundarias.

Los esquemas complementarios de salud hacen parte de las acciones pactadas en el Acuerdo de Paz, que fueron reglamentadas posteriormente por la Presidencia de la República (Ver anexo 4).

En relación con los hogares de paso, el PDSP en su dimensión de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, reconoce la existencia de brechas que generan desigualdades en salud en la población rural, en especial en las mujeres, orienta su implementación para la reducción de barreras de acceso y la generación de mecanismos que garanticen la atención obstétrica integral. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 35). Sin embargo, el PDSP establece acciones adicionales para reducir las barreras de acceso de la población gestante y en general para la atención en salud sexual y salud reproductiva, por lo que, si bien las que fueron desarrolladas se implementaron dando cumplimiento a la normatividad, está ha sido limitada y en razón a ello puede ser que las mujeres perciban dificultades para acceder a los servicios de salud.

Con respecto a las barreras económicas para el acceso, lo que logró verse en el caso particular del ETCR Simón Trinidad, es que no hay acciones de respuesta estatal. Las mujeres excombatientes resuelven con los esquemas de seguridad de algunas personas o con dinero de su bolsillo los desplazamientos a los servicios de salud tanto de baja, como de mediana y alta complejidad, puesto que, en este espacio, no se cuenta con medicina general o enfermería en el esquema complementario. No se identificó, por ejemplo, que en la IPS de baja complejidad se cuente con rutas de transporte que movilicen a la población rural a los servicios de salud, o que se desarrollen acciones permanentes de atención en el ETCR.

En relación con las normas, la PNSDSDR plantea la importancia de implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud para aportar en la garantía de los DS/DR y en el impacto positivo sobre los determinantes sociales de la salud mediante la articulación de acciones definidas en el Plan Obligatorio de Salud, con las del Plan de Intervenciones Colectivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 4). Esta es una estrategia que, de implementarse con enfoque integral, podría dar respuesta a esta barrera de acceso dado que acercaría las acciones en salud a la población

y modificaría la orientación que hoy en día tiene el sistema hacia la enfermedad, para centrarse en las acciones que generen bienestar y mantengan la salud.

Otra de las normas que plantea la reducción de este tipo de barreras para los territorios rurales, es el Acuerdo de Paz y su Plan Marco de Implementación, a partir de la creación del Plan Nacional de Salud Rural –PNSR- y modelos diferenciales de atención en salud para territorios rurales y dispersos (DNP, 2018, pág. 4). Sin embargo, hasta el momento, de acuerdo con los informes de seguimiento a la implementación, no ha habido avances en estos aspectos, dado que, el PNSR está aún en versión borrador, no ha sido públicamente difundido (Misión de Verificación ONU, Marzo 2019), y de este plan depende la construcción de los modelos mencionados.

Por último, no se identificó el proceso de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud de 2016 que como se ha mencionado, plantea la necesidad de desarrollar intervenciones diferenciales en los ámbitos territoriales y dispersos para la reducción de brechas. Es decir que, si bien existen una serie de políticas con acciones específicas en SS/SR para la población rural, éstas son difícilmente implementadas cuando existen barreras de tipo estructural que limitan que la población esté cerca de los servicios de salud y, las modificaciones normativas aún están por resolverse.

4.5.2 Respuesta en salud al desconocimiento de deberes y derechos en salud y del funcionamiento y organización del Sistema de Salud.

En relación con esta necesidad, las acciones de respuesta identificadas han estado lideradas por la ARN y la Superintendencia nacional de salud, y se han dirigido a la socialización del funcionamiento del sistema de salud y los trámites administrativos para acceder a la atención en el marco de jornadas pedagógicas con población excombatiente e instituciones y entidades de salud (Cuadro 6).

Cuadro 9. Síntesis de necesidades y problemas en SS/SR relacionados con el desconocimiento de derechos y deberes, respuesta en salud y normatividad vigente.

Necesidades y problemas en SS/SR identificados	Respuesta identificada para estas necesidades	Normas que contienen acciones de respuesta a las necesidades
Desconocimiento de derechos y deberes en salud y del funcionamiento y organización del Sistema de Salud	Facilitador ARN para procesos administrativos en salud Estrategias de comunicación que explican trámites administrativos en salud Jornadas pedagógicas con instituciones y población lideradas por la Supersalud	Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de exintegrantes de las FARC EP -CONPES 3931 de 2018-

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos de las fuentes primarias y secundarias.

Además, la Nueva EPS, en conjunto con el MSPS, han generado estrategias de comunicación para la socialización de derechos y deberes en salud, rutas y trámites para el acceso a los servicios que desde su percepción han funcionado con éxito, aun cuando en la población excombatiente se evidencia la preocupación por el desconocimiento de aspectos básicos para el acceso y uso de los servicios.

Estas intervenciones no se iniciaron en el marco de alguna disposición normativa, sino a partir de la percepción de la necesidad de la población y del proceso de transición y normalización que está a cargo de la ARN y del MSPS. En junio de 2018 se expidió el CONPES 3931 que, reconociendo esta necesidad, incluyó como una de sus acciones “Implementación de estrategias pedagógicas dirigidas a exintegrantes de las FARC-EP y sus beneficiarios, para facilitar la comprensión de la operación del SGSSS, sus deberes y derechos, la red integral de servicios, la participación social en salud” (DNP, 2018). Durante el trabajo de campo no logró identificarse su implementación dado que el CONPES tenía poco tiempo de aprobación.

4.5.3 Respuesta en salud a las necesidades y problemas en salud reproductiva

Frente a las necesidades y problemas relacionados con la salud reproductiva planteados en el cuadro 7, puede evidenciarse cómo la respuesta se ha centrado en acciones de atención básica, y para el caso particular de la SS/SR tiene énfasis en la población gestante. La respuesta además ha sido gradual porque inicialmente se tenían servicios limitados al traslado prioritario y a la atención de parto y posteriormente se implementaron las acciones individuales de control prenatal y los hogares de paso para las gestantes de alto riesgo o con más de 34 semanas de gestación.

Cuadro 10. Síntesis de necesidades y problemas en salud reproductiva, respuesta en salud y normatividad vigente.

Necesidades y problemas en SS/SR identificados	Respuesta identificada para estas necesidades	Normas que contienen acciones de respuesta a las necesidades
*Atención obstétrica integral -Deseo de maternidad postergado y Alto riesgo obstétrico- *Garantías en la asesoría y provisión de anticoncepción *Efectos secundarios derivados del uso inadecuado de métodos anticonceptivos	En el momento I de respuesta: Gestantes: Ambulancia para la atención y traslado de emergencias y de parto. Hogares de paso Anticoncepción: Consulta de anticoncepción/Dificultades en la provisión, limitadas acciones educativas En el momento II: Gestantes: Control prenatal (en esquemas complementarios y en la Red de atención) y atención de parto de bajo y alto riesgo	Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Modelo Integral de Atención en Salud - Rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento de la salud y de Atención en Salud Materno Perinatal – Resolución 3280 de 2018-

<p>*Necesidades de atención en Interrupción Voluntaria del Embarazo</p> <p>*Acciones promocionales y de educación en SR</p>	<p>Anticoncepción: Consulta de anticoncepción/Dificultades en la provisión, limitadas acciones educativas</p> <p>En el momento III: Gestantes: Control prenatal y atención de parto de bajo y alto riesgo en la Red de atención de las EPS</p> <p>Anticoncepción: Consulta de anticoncepción/Dificultades en la provisión, limitadas acciones educativas</p>	<p>Acuerdo de Paz (Gestantes)</p> <p>Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de exintegrantes de las FARC EP - CONPES 3931 de 2018- Plan Marco de Implementación - CONPES 3932 de 2018-</p>
---	--	--

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos de las fuentes primarias y secundarias.

En lo que se refiere a la anticoncepción, los esquemas complementarios de salud desarrollaron en el caso particular del ETCR Simón Trinidad, consulta de medicina general; no obstante, las mujeres expresaron dificultades en lo relacionado con la provisión de métodos incluidos en el plan de beneficios y con acciones educativas en salud en este tema. Posterior a la reducción del esquema, la atención en anticoncepción se realiza en la IPS de primer nivel en el que se encuentra capitada la población, en su mayoría en el municipio de la Paz.

No se identificaron rutas de acceso o servicios de atención en Interrupción Voluntaria del Embarazo desde las instituciones estatales, a pesar de que esta fue una de las necesidades manifestadas por las responsables nacionales de género y salud del partido FARC. Se han desarrollado brigadas en salud sexual y salud reproductiva por parte de la Fundación Oriéntame, en algunos ETCR en donde se incluyó esta atención, pero no ha sido permanente. Se evidenció también limitación en el desarrollo de acciones de educación en salud sexual y salud reproductiva. En general las intervenciones se concentraron en la atención individual.

Tanto el PDSP como la PNSDSDR incluyen las acciones individuales que han sido implementadas con la población excombatiente, pero además, orientan la implementación de intervenciones poblacionales y colectivas que permitan la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos, tales como: acciones intersectoriales, comunitarias y prehospitalarias y acciones promocionales y preventivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), las cuales no se evidenciaron en los relatos de las mujeres excombatientes o de los funcionarios.

La Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud -RPMS- incluye aspectos a nivel poblacional y colectivo para la promoción de los derechos reproductivos, y acciones individuales relacionadas con la asesoría y provisión de métodos anticonceptivos. La Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal -RIASMP- por su parte, desarrolla los lineamientos para la atención reproductiva desde el componente de atención preconcepcional hasta la atención post parto. Sin embargo, las intervenciones de estas rutas aun no parecieran empezar a ser implementadas a nivel regional.

En relación con los CONPES 3931 y 3932, ambos priorizan acciones para la atención reproductiva, pero, estos no han iniciado su implementación plenamente. Aun no existen desarrollos frente a los lineamientos para la atención en salud de la población excombatiente, el PNSR o los modelos diferenciales en salud para los ámbitos rurales y dispersos. Llama la atención que la

implementación de acciones de ambos CONPES en lo que hace referencia a salud reproductiva, quedó enlazada con los desarrollos del MIAS y sus rutas integrales. Entonces es importante preguntarse, si este modelo aun no avanza, ¿cómo se garantizará lo pactado en el Acuerdo Final en relación con los aspectos en salud y reincorporación?

4.5.4 Respuesta en salud a las necesidades y problemas en salud sexual.

Como se identifica en el cuadro 8, las acciones de respuesta a los problemas relacionados con las infecciones genitourinarias se han concentrado en consultas individuales para el diagnóstico de Infecciones de Transmisión sexual y para la detección temprana de cáncer de cuello uterino a través de la citología cérvico vaginal. Para esta última, se percibió que algunas mujeres han tenido barreras de acceso para el procedimiento y el tratamiento ante lesiones diagnosticadas.

Cuadro 11. Síntesis de necesidades y problemas en salud sexual; respuesta en salud y normatividad vigente.

Necesidades y problemas en SS/SR identificados	Respuesta identificada para estas necesidades	Normas que contienen acciones de respuesta a las necesidades
*Infecciones vaginales *Virus de Papiloma Humano (VPH) *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) *Acciones promocionales y de educación en SS	Consulta de medicina general para el diagnóstico de ITS Citología Cervicouterina y tratamiento para las lesiones detectadas de acuerdo con el plan de beneficios	Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Modelo Integral de Atención en Salud - Rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento de la salud y de Atención en Salud Materno Perinatal – Resolución 3280 de 2018- Acuerdo de Paz (SS/SR) Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de exintegrantes de las FARC EP - CONPES 3931 de 2018- Plan Marco de Implementación -CONPES 3932 de 2018-

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos de las fuentes primarias y secundarias.

Preocupa, la ausencia de intervenciones educativas, de promoción y de prevención alrededor de, por ejemplo, la importancia del uso del preservativo durante las relaciones sexuales como único mecanismo para evitar la transmisión de estas enfermedades; así como la limitación en la provisión de preservativos durante las consultas de salud sexual y salud reproductiva y las limitadas acciones de pedagogía para el fortalecimiento en la autonomía de las mujeres para la toma de decisiones sobre sus cuerpos, su salud y el empoderamiento frente a su sexualidad.

En relación con estos aspectos, tanto el PDSP como la PNSDSDR establecen intervenciones orientadas a la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, entre las que se incluyen actividades educativas individuales y colectivas integrales; la entrega de preservativos de

acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud y la articulación de acciones PIC-POS. Se resalta además de estas dos normas el reconocimiento de la existencia de desigualdades en salud en las mujeres, relacionadas con las relaciones de poder existentes en función del género y la necesidad de transversalizar en enfoque de género en las actividades de SS/SR (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Lo que se percibe entonces es que a pesar de que hay desarrollos normativos en esta materia, las barreras en acceso descritas y, en general la forma como está organizado el sistema de salud, limita las posibilidades para su implementación.

Ni en el PDSP ni en la PNSDSDR se identifican acciones específicas para la prevención del cáncer de cuello uterino en relación con su causa más frecuente, la transmisión del Virus del Papiloma Humano –VPH–, a pesar de que, dentro de las necesidades encontradas en el diagnóstico participativo para la construcción de estas políticas, esta enfermedad se ubicó como una prioridad. El MIAS dentro de la RPMS incluye acciones de detección temprana de cáncer de cuello uterino a partir de la tipificación de VPH o técnicas de inspección para población rural y dispersa y tratamiento para lesiones de bajo grado. La evidencia reveló que la operación de estas acciones no ha iniciado a nivel regional.

El Acuerdo de Paz por su parte, establece que la construcción del PNSR deberá tener énfasis en la salud de las mujeres, incluyendo las acciones de SS/SR. Este aspecto es modificado en el plan marco de implementación, donde refiere que dicho plan deberá elaborarse teniendo en cuenta el actual MIAS y sus Rutas Integrales de Atención en Salud, lo que limita la construcción de un modelo diferencial de atención para los territorios rurales y dispersos que resuelva las problemáticas estructurales de salud a los desarrollos de la política actual. De acuerdo con los informes de seguimiento a la implementación, el PMI aun no inicia su ejecución en lo que a Reforma Rural Integral respecta.

La política de reincorporación establecida a través del CONPES 3931, en el marco de los Acuerdos, incluye la transversalización del enfoque de género y dentro de sus intervenciones “Actividades pedagógicas, estrategias de información y comunicación y procesos de capacitación en DSDR de las mujeres excombatientes” (DNP, 2018). Para el momento del trabajo de campo de este proyecto, esta política no había empezado a ser implementada, por lo que no es posible determinar si se están desarrollando las acciones en ella planteadas.

4.5.5 Respuesta sectorial e intersectorial a las desigualdades de género como determinante de la salud.

Por último, con respecto a las necesidades que expresaron las mujeres excombatientes entrevistadas de contar con intervenciones que reduzcan las barreras en el acceso a oportunidades educativas y productivas, relacionadas con la ausencia de lugares de cuidado para sus hijos e hijas y que eviten el regreso a la distribución de tareas en función del género, tanto los informes de seguimiento a la implementación, como la información proporcionada por las excombatientes, permite identificar

pocos avances en estos aspectos, que no son un elemento nuevo en las políticas del país. Las normas nacionales de SS/SR - PDSP y la PNSDSDR- establecen desde su expedición, la necesidad de desarrollar acciones con enfoque de género que reduzcan las desigualdades en salud para las mujeres (Cuadro 9). Preocupa que el balance frente a la implementación de esas medidas no solo habla de limitaciones en el cumplimiento de lo pactado, sino de que al parecer no se han tenido en cuenta todos los aspectos de los marcos normativos existentes para la garantía de la salud de las mujeres excombatientes.

Adicional a las orientaciones de las normas nacionales en SS/SR, el CONPES 3931 establece que, en el marco del proceso integral de reincorporación, se deben “Promover estrategias integrales para reducir las barreras de las mujeres relacionadas con las labores del cuidado permitiendo el acceso efectivo a los demás componentes de la reincorporación” (DNP, 2018), aunque, no menciona cuales en específico y dado que su implementación está en fase inicial, no es posible establecerlas.

Cuadro 12. Síntesis de la respuesta en salud e intersectoriales a las desigualdades de género como determinante de la salud

Necesidades y problemas en SS/SR identificados	Respuesta identificada para estas necesidades	Normas que contienen acciones de respuesta a las necesidades
Distribución equitativa de tareas de cuidado y del hogar y alternativas para el cuidado de niños y niñas para la garantía de la participación de las mujeres en actividades educativas y productivas	<p>Al cierre de los dos años de reincorporación se reportan 5 jardines infantiles en ETCR, 4 del ICBF y uno más de cooperación internacional</p> <p>En el caso particular del ETCR Simón Trinidad, no se evidenciaron avances en los jardines infantiles</p> <p>No se identificaron escenarios de educación o pedagogía en enfoque de género desde las instituciones estatales.</p>	<p>Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021</p> <p>Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.</p> <p>Modelo Integral de Atención en Salud - Rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento de la salud y de Atención en Salud Materno Perinatal – Resolución 3280 de 2018-</p> <p>Acuerdo de Paz (SS/SR)</p> <p>Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de exintegrantes de las FARC EP -CONPES 3931 de 2018-</p> <p>Plan Marco de Implementación -CONPES 3932 de 2018-</p>

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos de las fuentes primarias y secundarias.

Si bien el MIAS dentro de las Rutas Integrales establece algunas acciones con enfoque de género, como las acciones pedagógicas para el abordaje de roles entre hombres y mujeres; estos desarrollos no fueron evidenciados en el trabajo de campo.

5 Discusión

La salud sexual y la salud reproductiva son prioridad en las políticas nacionales de salud, se enmarcan en los derechos sexuales y los derechos reproductivos y para el caso particular de las mujeres excombatientes, su garantía se ha identificado como una necesidad fundamental.

En relación con las necesidades y problemas en SS/SR de algunas mujeres excombatientes, esta parece estar determinada entre otros factores, por las relaciones de poder que se han construido entre hombres y mujeres, en las que son ellos quienes tienen mayor control sobre las decisiones de la sexualidad. Aun cuando en los relatos subyace una distribución igualitaria de tareas en el marco del conflicto y una mayor autonomía de las mujeres en asuntos propios de su militancia y de su vida en general en la insurgencia, al identificar que las necesidades más sentidas están relacionadas con alteraciones genitourinarias (infecciones vaginales, VPH y Cáncer de Cuello Uterino) producto del no uso del condón, y que su explicación está en que son en su mayoría los hombres quienes no están dispuestos a usarlos, se percibe que dentro del espacio privado esta autonomía pareciera verse limitada.

Otro de los aspectos que fue identificado en el problema de investigación relacionado con las desigualdades de género y que se comprobó en el desarrollo del trabajo, es la distribución inequitativa de las tareas del cuidado y del hogar. Posterior a la firma del Acuerdo, varias mujeres excombatientes, han asumido solo estas tareas culturalmente relacionadas con la reproducción; otras, al tiempo con estas responsabilidades, han accedido también a oportunidades educativas y/o productivas en el marco de lo pactado en el Acuerdo de Paz, asumiendo doble o triple carga de trabajo. Esto tiene relación con las construcciones culturales patriarcales en donde son los hombres quienes asumen los roles de proveedores y se naturalizan las tareas de cuidado de manera exclusiva para las mujeres.

Esta situación ha generado barreras adicionales para las mujeres, al menos para el caso particular del Cesar, dado que no existe un hogar infantil que permita que ellas puedan dejar sus hijos a cargo de estos hogares y acceder a otras actividades de carácter educativo, laboral o político. En esto último los avances a nivel nacional reportados en los informes de seguimiento a la implementación han sido mínimos y producen gran preocupación (Misión de Verificación ONU, Marzo 2019), no solo por la desigualdad de oportunidades que se ha desencadenado, sino además porque a mediano plazo, las mujeres que han asumido doble o triple carga de trabajo, pueden tener resultados negativos para su salud.

Aun cuando Colombia es uno de los países firmantes de todos los pactos y declaraciones internacionales que promueven medidas para la garantía de los derechos sexuales de las mujeres,

la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres y de las desigualdades de género (ONU, 1979) (ONU, 1994) (ONU, 1995) y que la normatividad nacional orienta disposiciones para implementar estas medidas; en la práctica, las acciones de respuesta desde el sector salud están concentradas en lo reproductivo, ya sea, cómo lo explican, en la atención materna, en función fundamentalmente de la salud infantil o en regular la fertilidad de las poblaciones (Östlin , George, & Sen, 2002).

Esto tiene que ver, de acuerdo con el artículo de revisión de (Ramos Padilla, 2006, págs. 2, 6), con los patrones culturales que siguen siendo profundamente patriarcales y por las estructuras políticas y económicas que determinan la importancia de la garantía de los DSDR, influyen la voluntad política de quiénes construyen e implementan las políticas y estrategias en salud y definen el interés por reducir las brechas en SS/SR en poblaciones vulnerables, como aquellos que residen en la ruralidad. Esta limitación conlleva a resultados desfavorables para la salud de las mujeres, vulneración de sus derechos sexuales, limitaciones para ejercer autonomía, tomar decisiones sobre su salud, sobre su sexualidad y la imposibilidad de vivir una sexualidad plena, entre otros.

Por otra parte, según información del MSPS, “el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres de 30 a 59 años” en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) y la causa más frecuente (aproximadamente el 99%) es la transmisión del Virus del Papiloma Humano. El estudio de (Hernández Márquez, Salinas Urbina, Cruz Valdez, & Hernández Girón, 2014) expresa que los niveles de conocimiento sobre el VPH y sus mecanismos de transmisión son directamente proporcionales a la adherencia a procedimientos de detección temprana como la citología. Es decir que mientras más información se adquiera frente al tema y a las afectaciones que esto puede tener sobre el cuerpo de las mujeres o su vida, es más factible que la periodicidad con la que se practican la citología sea mayor, afectando positivamente el diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad. En cambio, se identifica una relación de menor adherencia a la citología en mujeres rurales y de bajos niveles educativos quienes adicionalmente reciben menos información acerca del tema. En este caso, las acciones pedagógicas y de educación en salud son responsabilidad del sector salud, por lo que es fundamental que se busquen estrategias para el abordaje de las mujeres excombatientes, dado que, durante el conflicto, realizarse la citología no era una práctica constante y que la mayoría de las mujeres son procedentes de la ruralidad, con bajos niveles educativos y poco conocimiento frente al tema.

Otro aspecto relacionado con el VPH, son las limitadas acciones de prevención que se realizan para evitar su transmisión, aspecto que fue evidenciado en la respuesta de SS/SR dirigida a la población excombatiente. Las políticas nacionales (PDSP y PNSDSDR) no enuncian esta importante problemática, ni distinguen acciones específicas de prevención para su impacto. Puede que, teniendo en cuenta que ésta es también una Infección de Transmisión Sexual –ITS–, las acciones se engloben para la generalidad de estos eventos. No obstante, considerando el impacto que el CCU tiene sobre las mujeres, sería fundamental que políticas como éstas, le asignen la importancia que merece. De hecho las acciones relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad se encuentran incluidas en el Plan Decenal para el control del Cáncer en Colombia 2012 - 2021 (MSPS - INC, 2013), la cual plantea como única estrategia preventiva, la vacuna del

VPH, desconociendo la importancia del uso del preservativo y de las acciones orientadas al fortalecimiento de la autonomía de las mujeres para reducir las desigualdades determinadas por las relaciones de poder en la sexualidad, que han naturalizado que sea el hombre quién toma las decisiones de protección en las relaciones sexuales; este último aspecto es señalado en el artículo de revisión de (Ramos Padilla, 2006, pág. 6); quién explica cómo el uso y control del preservativo es de los hombres y existe aún un fuerte estigma cuando son las mujeres las que lo compran o lo exigen.

En cuanto a los dos tipos de respuesta que se han desarrollado en salud sexual y salud reproductiva para las mujeres excombatientes en proceso de reincorporación, la respuesta enmarcada en el plan de beneficios en salud por medio del aseguramiento y los esquemas complementarios de salud implementados por el MSPS; se evidencia que el centro de las acciones es resolver la morbilidad identificada y desarrollar intervenciones individuales de detección temprana y protección específica, con limitaciones y ausencias en las actividades colectivas de información y educación en salud sexual y salud reproductiva con enfoque de género. Además, se identificó que posterior al desmonte progresivo del esquema de salud en el ETCR Simón Trinidad, las barreras de acceso de tipo económico y geográfico fueron las mismas que para la población que reside en la ruralidad que no cuenta con intervenciones diferenciales de acuerdo con su contexto.

Esto tiene explicación en la forma en que está configurado el sistema de salud en Colombia. Un sistema centrado en la enfermedad y con una orientación de mercado que ve la salud como un servicio y que deja de lado la garantía de la salud para población de territorios rurales y dispersos, puesto que ello genera un costo mayor que las organizaciones privadas no están dispuestas a asumir y que sumado a la desfinanciación de la red pública hospitalaria a nivel nacional, deja una oferta de servicios de salud reducida y una insuficiencia de recurso humano en salud para el desarrollo de las acciones. Por tanto, lo que se requeriría para la garantía del derecho a estas poblaciones son una serie de reformas que impacten sobre los determinantes de la salud y la creación y desarrollo de modelos de atención en salud especial para estos territorios, que tengan como base la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral. Cómo ha pasado en experiencias de otros países de América Latina, como el caso de Guarjila en El Salvador (Dubón Abrego, Méjivar López, Espinoza Fiallos, & Baatz, 2012), acercaría los servicios de salud a las poblaciones, generaría procesos de apropiación y participación comunitaria en la construcción, ejecución y seguimiento de políticas, planes y estrategias en salud y mejoraría los resultados en salud.

Una oportunidad para avanzar en estos aspectos sería el cumplimiento de lo pactado en el Acuerdo de Paz en el punto uno relacionado con el Plan Nacional de Salud rural y los modelos especiales en salud para territorios rurales y dispersos. Sin embargo, preocupa que hasta el momento no se hayan dado procesos participativos para la construcción de este plan y que, de acuerdo con una publicación reciente que se hizo en el diario el tiempo (Carrero Barón, 2019), la financiación del Acuerdo, incluyendo lo que respecta a salud, está siendo reducida progresivamente.

Esta investigación representa una aproximación a la situación de salud de mujeres excombatientes, la respuesta implementada para estas necesidades y la relación existente con la normativa vigente. Sin embargo, aun cuando se considera un buen aporte para el desarrollo de próximos estudios, sus resultados no pueden hacerse generalizables dado que la información recabada corresponde a situaciones particulares (ETCR Simón Trinidad, excombatientes ANA D.C) y a algunos aspectos generales de la población excombatiente y de la respuesta en salud a nivel nacional.

Por otro lado, se tuvo una limitación y es que a pesar de que en los primeros meses del proceso de CFHBD-DA se generaron herramientas de diagnóstico de la población que aportaban información de salud, no fue posible acceder a ellas de manera completa lo que habría podido complementar este ejercicio investigativo.

Se espera que, para futuras investigaciones, puedan tomarse los elementos que surgieron en el presente trabajo y ahondar en los distintos componentes de la salud sexual y de la salud reproductiva en mujeres excombatientes u otras poblaciones vulnerables, a partir del uso de métodos de investigación mixtos que permitan combinar la información estadística existente con instrumentos que logren mayor profundidad.

Temas de investigación como la transmisión del VPH y las acciones de respuesta para su reducción serían de gran aporte para el desarrollo de estrategias de atención en salud, fundamentalmente si la población a quién se dirigen estas investigaciones reside en territorios rurales, dispersos o en zonas de bajo estrato socio económico, que son quiénes mayor riesgo tienen para el desarrollo de Cáncer de Cuello Uterino por esta causa.

6 Conclusiones

Este trabajo de investigación permitió identificar algunos problemas y necesidades en salud en las mujeres excombatientes relacionadas con la salud sexual y con la salud reproductiva, que tienen explicación en las secuelas que dejó la dinámica del conflicto social, político y armado, las relaciones de poder en función del género que se establecen en el ámbito privado y algunas barreras actuales en el acceso y uso a los servicios de salud. Estas necesidades requieren de la implementación de estrategias de educación e información, promocionales, preventivas y de tratamiento, oportunas, de calidad y accesibles que tengan en cuenta la perspectiva de género en salud.

En relación con la respuesta en salud sexual y salud reproductiva, en los dos primeros años del proceso de reincorporación, se evidenciaron tres momentos. En el primero, se desarrollaron acciones concentradas en el manejo de eventos en salud prioritarios o urgentes, incluyendo las complicaciones obstétricas, y la atención de parto, y la implementación de esquemas complementarios de salud que desarrolló acciones individuales centradas en la detección temprana y la protección específica (control prenatal, anticoncepción, citología) para población excombatiente y población rural. En el segundo, convergen la respuesta en salud ligada al aseguramiento y los esquemas complementarios en distintas modalidades, dependiendo de la

distancia entre los ETCR y las zonas pobladas, el número de población y la existencia de grupos vulnerables. El tercer momento, en el cual se continúa con los dos tipos de respuesta y se desarrolla un proceso pedagógico a la población frente a los trámites administrativos, el funcionamiento y la organización del sistema de salud, dado que se plantea el desmonte de los esquemas complementarios de salud. Para el caso del ETCR Simón Trinidad, en el tercer momento el esquema se compone de una auxiliar de enfermería que hace acciones de acompañamiento y activación de rutas y traslados, y de una ambulancia disponible.

Las formas de respuesta complementarias y las estrategias para garantizar el acceso a los servicios de salud que fueron diseñadas en el marco del proceso de reincorporación, pueden convertirse en una oportunidad de aprendizaje que, al ser evaluada en relación, no solo con la demanda de atención individual y el costo, sino con la solución que da a las necesidades de la población excombatiente y de la población rural puedan en lugar de ser desmontadas, tener una orientación distinta, que comprendan la atención primaria en salud integral y la perspectiva de género, que acerque los servicios a las comunidades y que desarrolle procesos de empoderamiento en salud de las mujeres.

Este trabajo identificó que las acciones de respuesta desarrolladas estuvieron centradas fundamentalmente en el componente reproductivo y en intervenciones individuales, limitando la garantía de los derechos sexuales, aun cuando las políticas y normas vigentes relacionadas con la salud sexual y reproductiva y con el proceso de reincorporación, orientan una serie de acciones promocionales y preventivas con enfoque de género para la reducción de desigualdades en salud de las mujeres. Es pertinente que experiencias como las de la reincorporación, posibiliten el seguimiento a la implementación de estos marcos normativos, incluyendo la viabilidad y pertinencia de la intermediación en salud y construyan propuestas alternativas de reforma para la atención en salud sexual y salud reproductiva con enfoque territorial y de género y que vinculen a los distintos sectores cuyas intervenciones determinan los resultados de salud de las mujeres.

Durante los primeros dos años del proceso de reincorporación, las acciones de respuesta han sido limitadas en relación con las necesidades en SS/SR de las mujeres excombatientes y no han abarcado en su totalidad las disposiciones normativas que a nivel nacional se han establecido en estos aspectos y que podrían aportar a la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Esto entre otras causas puede estar afectado por el hecho de que exista una mayor dificultad en el despliegue de estrategias de salud en territorios rurales; en la baja sensibilidad de género del recurso humano en salud que implementa las acciones y en las cada vez mayores limitaciones políticas y financieras para la implementación del Acuerdo de Paz.

El proceso de respuesta en salud para la población excombatiente se ha dado entre el nivel central y el nivel local, limitando la participación de las entidades territoriales de salud, fundamentalmente la departamental, que tiene unas funciones específicas dentro del SGSSS y responsabilidades sobre la salud de la población que habita el territorio. Dentro de las proyecciones del proceso se identificó la necesidad de vincular estas entidades, sin embargo, para el momento de la visita de campo, su conocimiento de la situación y la planeación de intervenciones era mínima.

En relación con el Modelo Integral de Atención en Salud, no se logró identificar el nivel de avance en el proceso de adaptación e implementación en el caso particular del territorio rural donde se

desarrolló el trabajo de campo (municipio de la Paz - Cesar). Se evidenció que tanto las entidades como las IPS desarrollan las acciones en el marco del PDSP y en el tema específico de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

Dentro del proceso de reincorporación integral, se considera fundamental el papel de las mujeres del partido FARC en la construcción y seguimiento de iniciativas en salud y enfoque de género en el marco del CNR, la CSIVI, las mesas de género y demás espacios de participación; puesto que evidencia las capacidades y potencialidades de las mujeres en la toma de decisiones sobre la salud. Es fundamental que se continúe con el proceso de construcción de propuestas de Salud Sexual y Salud Reproductiva con enfoque de género, desde las mujeres, siempre vinculando la población de los distintos territorios, dado que son quienes conocen las necesidades en salud y las particularidades del contexto.

7 Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, a continuación, se formulan algunas recomendaciones para los actores en salud, constructores de política públicas y tomadores de decisiones.

A los tomadores de decisiones de nivel nacional

- Desarrollo de diagnósticos en salud sexual y salud reproductiva con enfoque de género para la priorización de intervenciones con la población excombatiente.
- Elaboración e implementación de estrategias intersectoriales con el liderazgo del sector salud que tenga como propósito la afectación de los determinantes que inciden la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres excombatientes.
- Incluir en los procesos de planeación, implementación y seguimiento del proceso de reincorporación, en lo específico de las acciones en salud, a las entidades e instituciones de carácter territorial.
- Dar continuidad al proyecto “salud para la paz: fortaleciendo comunidades” y a los esquemas de salud que fueron implementados en los ETCR en los que se pueda desarrollar una estrategia de atención primaria en salud integral con enfoque de género, que incluya, además de la atención en salud materna, intervenciones específicas de salud sexual orientadas hacia las comunidades de territorios rurales y dispersos.

A los tomadores de decisiones de nivel territorial

- Vincular de manera más activa en la planeación y ejecución de las acciones en salud sexual y salud reproductiva a las mujeres excombatientes, reconociendo sus necesidades particulares, sus experiencias previas tanto como mujeres como en lo referente al conocimiento en salud y su conocimiento del territorio.

- Desarrollar iniciativas de capacitación con enfoque de género al recurso humano que desarrolle acciones de salud sexual y salud reproductiva en los territorios rurales y dispersos, a nivel comunitario, colectivo e individual.
- Desplegar estrategias de educación en salud sexual y salud reproductiva a la población excombatiente y comunidades rurales, que trasciendan la salud materna y hagan énfasis en temas como VPH, Cáncer de Cuello Uterino, Anticoncepción e Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Implementar hogares de cuidado infantil en los ETCR e incentivar procesos de formación técnica y profesional a la población excombatiente, que garantice que las mujeres no estén limitadas a las labores de cuidado y les sea posible asumir actividades académicas, laborales y políticas.

Al partido político FARC

- Seguimiento continuo a la implementación de la política social de reincorporación, en particular de las intervenciones relacionadas con salud sexual y salud reproductiva y enfoque de género, así como de las políticas y normatividad vigente que se orientan a la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el país.
- Acciones de formación con los y las excombatientes a nivel territorial, sobre el funcionamiento del sistema de salud, derechos sexuales y derechos reproductivos y mecanismos de exigibilidad del derecho.
- Desarrollar estrategias de formación de formadores en temas relacionados con salud sexual y salud reproductiva.
- Dar continuidad a las mesas de género en los ETCR e incluir en estos escenarios temas de salud sexual y salud reproductiva.

8 Anexos

8.1 Anexo 1. Guías de entrevista para fuentes primarias



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social
Maestría en Administración en Salud

Proyecto “Respuesta de las políticas de salud y del acuerdo de paz a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las FARC EP que residen en la ruralidad de Colombia”

Claudia Milena Sarmiento Arévalo
Candidata a Magister en Administración en Salud
Asesora de trabajo de grado: Amparo Hernández Bello

Guía de entrevista para mujeres de nivel operativo con responsabilidades de salud y género
en el ETCR Tierra Grata

Entrevista No. _____

Fecha: _____
Hora inicio: _____ Hora finalización: _____
Lugar: _____

- Nombres:

1. _____
2. _____

- Edades (en años):

1. _____
2. _____

- Tiempo en las FARC-EP:

1. _____
2. _____

- Procedencia:

1. _____
2. _____

- Nivel educativo:

1. _____
2. _____

- Educación no formal:

1. _____

2. _____



- Saberes y prácticas adquiridas:

1. _____

2. _____

- Saberes y prácticas adquiridas particularmente en temas de salud y género:

1. _____

2. _____

- Cargos, responsabilidades y funciones que asumen dentro del ETCR:

1. _____

2. _____

Agradecemos que acepten la entrevista

Dado que actualmente ustedes están asumiendo responsabilidades que están relacionadas con salud/género y reincorporación, representan un papel fundamental en esta investigación. Por lo que la intención es que puedan aportar información relevante para este trabajo de grado, el cual se está desarrollando en conjunto con el proyecto de investigación "Situación de salud de las mujeres en Colombia: evidencias y reflexiones desde una perspectiva de equidad de género" del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, que para este caso en particular, pretende explorar aspectos sobre la situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP en proceso de reincorporación.

Esta entrevista tiene como objetivo identificar la respuesta a las necesidades en salud y particularmente en salud sexual y salud reproductiva -SS/SR- de las mujeres excombatientes de las FARC EP durante el proceso de reincorporación.

Una vez presentados los objetivos de la investigación y de la entrevista, se solicitará autorización para la grabación en audio de la sesión. Para el consentimiento se dará lectura al siguiente texto:

Gracias por acceder a la grabación en audio.

Teniendo en cuenta los aspectos éticos de investigación establecidos en la resolución 8430 de 1993 "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud", la presente investigación garantiza que las participantes conozcan los objetivos, propósitos, beneficios y posibles riesgos de esta, la posibilidad de negarse a participar o dar información a través de consentimiento y la protección de su privacidad manteniendo la confidencialidad de su identidad.

Preguntas orientadoras:

1. Hablemos sobre las mujeres que actualmente viven en el ETCR. ¿A qué se dedican?
2. Dentro de las actividades o espacios que han tenido en el ETCR, se ha discutido sobre el enfoque de género, la salud y la SS/SR en los Acuerdos? ¿Cuál es la percepción de las mujeres frente a este tema y cuáles son sus percepciones personales?
3. Nos interesa saber sobre la SS/SR. ¿Han discutido este tema?, ¿Cómo perciben la salud sexual y como la salud reproductiva?
4. Teniendo en cuenta lo anterior, quisiéramos que nos contaran ¿cuáles son las necesidades en SS/SR que ustedes han identificado en la población excombatiente? Y ¿cuáles son las necesidades en salud en general?
5. De estas necesidades, pueden mencionarnos de forma separada ¿cuáles son las necesidades en salud y en particular en SS/SR que han identificado en hombres y cuales en mujeres?
6. ¿Qué instituciones u organizaciones desarrollan acciones de SS/SR con la población del ETCR?
7. Además de las que mencionan, ¿alguna institución u organización ha desarrollado otras acciones en salud?
8. Ahora hablemos de las acciones individuales y colectivas en SS/SR que las instituciones han realizado a las mujeres del ETCR. Pueden relatarnos ¿cuáles y cómo se han desarrollado estas acciones?

Indagar: Actividades individuales y las colectivas de manera discriminada; si no se mencionan deberán irse indagando una a una. El propósito es que en la descripción se pueda hablar frente a cuál es la oferta, como se accede, conocimiento de si se tienen rutas establecidas para la atención, cuál es la infraestructura y el recurso humano que las ha atendido.
9. ¿Han participado de las acciones que realizan las instituciones y organizaciones?, de ser así, ¿cuéntennos cómo ha sido esta participación?
10. ¿cómo ha sido el relacionamiento con las instituciones y con las organizaciones que nos han mencionado?



11. ¿Cuáles son sus percepciones de las acciones que se han desarrollado desde las instituciones de salud?

12. Ahora bien, quisiéramos que nos comentaran si han pensado o discutido cómo sería la forma ideal de atender las necesidades en SS/SR de las mujeres excombatientes. Si no lo han hablado colectivamente, cuéntenos su opinión al respecto.

Indagar: como debería accederse, cuáles serían las rutas establecidas, cómo sería la infraestructura y el recurso humano que las atiende, que instituciones y que papel tendría cada institución. Si desde el inicio no se mencionan estos aspectos, se indagará uno a uno.

13. Finalmente, ¿cuáles son los avances y cuáles las dificultades que se destacan del proceso de reincorporación y salud?

Agradecemos nuevamente su participación en esta entrevista y esperamos que de ser necesario pudiéramos contar con su ayuda de requerirse información adicional. Resaltamos que la intención es que los resultados encontrados, puedan ser socializados con ustedes posteriormente.

PROYECTO “SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES EN COLOMBIA: EVIDENCIAS Y REFLEXIONES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO”

Caso: Situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP

Guía de entrevista responsable de salud FARC y participante en Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final CSIVI

Entrevista No. _____

Fecha: _____

Hora inicio: _____ Hora finalización: _____

Lugar: _____

Nombres, cargos y perfil de entrevistados/as:

(Tiempo en el cargo; funciones/responsabilidades; perfil: edad, sexo, formación profesional o técnica) _____

Entrevistadoras: _____

Gracias por atendernos.

Ud. ha sido identificado(a) como informante clave para explorar aspectos sobre la situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP en proceso de reincorporación, un caso que se desarrollamos investigadoras del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, en el marco del proyecto “Situación de salud de las mujeres en Colombia: evidencias y reflexiones desde una perspectiva de equidad de género”. Adicionalmente, en la reconstrucción de este caso se inscribe el trabajo de grado de la Maestría en Administración de Salud titulado “Respuesta de las políticas de salud y del acuerdo de paz a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las FARC EP que residen en la ruralidad de Colombia”.

Esta entrevista en concreto busca explorar su experiencia como responsable de salud de la FARC y representante en el Consejo de Reincorporación para el seguimiento a los acuerdos y como mujer excombatiente.

Una vez presentados los objetivos de la investigación y de la entrevista, se solicitará autorización para la grabación en audio de la sesión. Para el consentimiento se dará lectura al siguiente texto:

Gracias por acceder a la grabación en audio.

Esta investigación se rige por las declaraciones y pautas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, el derecho internacional y las normas nacionales expresadas en la Resolución 8430 de octubre de 1993. Si acepta participar, debe saber que la información recolectada será confidencial, anónima y sólo utilizable para efectos del proyecto, y que puede retirarse en cualquier momento.

Preguntas orientadoras.

1. Para empezar, ¿hablemos un poco de usted y de su papel como responsable de salud en el partido de la Farc?, ¿cómo se vincula este papel actual con su trabajo anterior como combatiente?
2. Ahora hablemos sobre su papel como representante de la Farc en la Csiwi.

Indagar: responsabilidades, principales directrices.

3. ¿Cómo describiría el estado actual del proceso de reincorporación?

Indagar: antecedentes del proceso, percepción general sobre avances y limitaciones.

4. ¿Cuál es su opinión sobre los contenidos del Acuerdo y lo previsto en el proceso de reincorporación en lo que a la garantía del derecho a la salud se refiere?

5. ¿Cómo es la operación para la garantía del derecho a la salud de la población excombatiente?

Indagar: características del proceso, actores obligados e involucrados, papel de las distintas instituciones del sector salud: Ministerio, entes territoriales, aseguradores, prestadores. Prioridades.

6. ¿Qué puede decirnos sobre la situación actual de la salud de las/los excombatientes?

Indagar: principales problemas identificados. Problemas derivados de las actuales condiciones de vida y problemas derivados de los antecedentes como combatientes. Diferencias en el perfil de salud según edad, sexo, área. Diferencias para población en ETCR y demás población. Información demográfica y epidemiológica disponible, nivel de desagregación y periodicidad. Prioridades.

7. ¿Cuál ha sido la experiencia con el aseguramiento de esta población y el acceso a servicios?

Indagar: cobertura, redes de servicios, referencia-contrareferencia, programas especiales. Ruta de atención. Enfoque diferencial.

8. Sobre este panorama, ¿cuál es en particular la situación de salud de las mujeres excombatientes?

Indagar: principales problemas identificados. Problemas derivados de las actuales condiciones de vida y problemas derivados de los antecedentes como combatientes. Información disponible, nivel de desagregación y periodicidad. Prioridades.

9. ¿Cuáles son a su juicio los elementos más importantes en materia de enfoque de género y, en particular, en cuanto a SS/SR para las mujeres y hombres en proceso de reincorporación?

10. En su propia experiencia como mujer excombatiente, ¿cómo es su salud hoy?, ¿cómo ha sido a lo largo de su vida?

11. Los problemas de salud de hoy ¿surgieron desde que se reincorporó o son problemas de antes relacionados con la vida en la guerrilla?

Indagar: enfermedades previas y secuelas, enfermedades aparecidas en las nuevas condiciones, agravamiento de condiciones previas, evolución de situaciones actuales.

12. ¿Estos problemas de salud que relata, le ocurren sólo a usted o también a otras compañeras o compañeros excombatientes?, ¿existen diferencias entre los problemas de salud de las mujeres y los de los hombres?, ¿en qué consisten?

13. ¿Cuáles resumiría son los principales problemas de la salud física y mental de las mujeres en proceso de reincorporación?

Indagar: diferencias en la salud de mujeres que viven en ETCR y las que viven en zonas no concentradas o en las ciudades

14. ¿Cree usted que los problemas de salud que tienen las mujeres y hombres excombatientes son similares a los que tiene la demás población no excombatiente?
15. ¿Cree que algunos de los problemas de salud tienen que ver con los roles asignados a hombres y mujeres en la sociedad?
16. ¿Cuál considera ha sido el papel del sector salud, cuál el de las políticas de reintegración/reincorporación y cuál el de la Farc en la garantía del derecho a la salud?, ¿en la equidad entre géneros?

Indagar: respuesta (nacional, departamental/local); posibilidades y limitaciones.

17. En síntesis, ¿cuál es el balance del proceso de reincorporación para la garantía del derecho a la salud de las/los excombatientes?, ¿qué cambios se requieren en las políticas para garantizar el derecho pleno a la salud de las mujeres?

Indagar: logros y limitaciones. Necesidades de cambio. Perspectivas futuras.

18. En su opinión experta, ¿el Acuerdo Final incluye o da respuesta a las necesidades particulares de salud de la población excombatiente?

Indagar: cómo sería una buena respuesta, necesidad de un enfoque diferencial, grupos de especial atención-interés que requieren enfoques diferenciales.

19. Finalmente, dado que el Acuerdo se produjo en el marco de un gobierno anterior, ¿existen diferencias con lo previsto por el actual gobierno que pudieran afectar el derecho a la salud?

De nuevo gracias por su participación.

Quisiéramos mantener el contacto con usted(es) para ir comentando avances de la investigación y valoraremos mucho si nos sugiere algún otro informante en su institución o de otra institución a quien considere importante consultar para completar el panorama de este caso de estudio.



PROYECTO “SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES EN COLOMBIA: EVIDENCIAS Y REFLEXIONES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO”

Caso: Situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP

Guía de entrevista coordinadora UTL Senadora Victoria Sandino y miembro del equipo de género partido FARC

Entrevista No. _____

Fecha: _____

Hora inicio: _____ Hora finalización: _____

Lugar: _____

Nombres, cargos y perfil de entrevistados/as:
(Tiempo en el cargo; funciones/responsabilidades; perfil: edad, sexo, formación profesional o técnica) _____

Entrevistadoras: _____

Gracias por atendernos.

Ud. ha sido identificado(a) como informante clave para explorar aspectos sobre la situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP en proceso de reincorporación, un caso que se desarrollamos investigadoras del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, en el marco del proyecto “Situación de salud de las mujeres en Colombia: evidencias y reflexiones desde una perspectiva de equidad de género”. Adicionalmente, en la reconstrucción de este caso se inscribe el trabajo de grado de la Maestría en Administración de Salud titulado “Respuesta de

las políticas de salud y del acuerdo de paz a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las FARC EP que residen en la ruralidad de Colombia”.

Esta entrevista en concreto busca explorar sus opiniones y experiencia en el equipo de género de la FARC y con la implementación del Acuerdo Final.

Una vez presentados los objetivos de la investigación y de la entrevista, se solicitará autorización para la grabación en audio de la sesión. Para el consentimiento se dará lectura al siguiente texto:

Gracias por acceder a la grabación en audio.

Esta investigación se rige por las declaraciones y pautas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, el derecho internacional y las normas nacionales expresadas en la Resolución 8430 de octubre de 1993. Si acepta participar, debe saber que la información recolectada será confidencial, anónima y sólo utilizable para efectos del proyecto, y que puede retirarse en cualquier momento.

Preguntas orientadoras.

1. Para empezar, cuéntenos sobre su experiencia durante la firma de los acuerdos. Hablemos sobre los contenidos del Acuerdo y lo previsto en relación con la equidad de género, y en particular, con la situación de las mujeres.
2. ¿Cómo percibe la materialización de la perspectiva de género en el proceso de implementación?
3. ¿Qué opinión tiene sobre los contenidos del Acuerdo y del proceso de reincorporación en lo que a la equidad de género en la garantía del derecho a la salud se refiere?
4. ¿Cuál es la posición (principales directrices) del partido Farc en cuanto a equidad de género en relación con la salud?
5. ¿Qué puede decirnos sobre la situación actual de excombatientes, en particular la situación de salud de las mujeres excombatientes?
6. ¿Cuáles son a su juicio los elementos más importantes en materia de enfoque de género y, en particular, en cuanto a SS/SR para las mujeres y hombres que se reincorporaron?

7. ¿Cuál es su balance del proceso de reincorporación para la garantía del derecho a la salud y la materialización del enfoque de género de las/los excombatientes?
8. Desde la UTL, ¿cuáles son las principales directrices y acciones para la defensa de los contenidos del Acuerdo sobre género y salud?
9. En su opinión experta, ¿el Acuerdo Final incluye o da respuesta a las necesidades particulares de salud de las mujeres excombatientes?
10. Finalmente, dado que el Acuerdo se produjo en el marco de un gobierno anterior, ¿existen diferencias con lo previsto por el actual gobierno que pudieran afectar el derecho a la salud y la materialización de un enfoque de género?

De nuevo gracias por su participación.

Quisiéramos mantener el contacto con usted para ir comentando avances de la investigación y valoraremos mucho si nos sugiere algún otro informante en su institución o de otra institución a quien considere importante consultar para completar el panorama de este caso de estudio.



**PROYECTO “SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES EN COLOMBIA: EVIDENCIAS Y REFLEXIONES
DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO”**

Caso: Situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP

Guía de entrevista funcionarios Ministerio de Salud y Protección Social - ARN

Entrevista No. _____

Fecha: _____

Hora inicio: _____ Hora finalización: _____

Lugar: _____

Nombres, cargos y perfil de entrevistados/as:
(Tiempo en el cargo; funciones/responsabilidades; perfil: edad, sexo, formación profesional o técnica) _____

Entrevistadoras: _____

Gracias por atendernos.

Ud. ha sido identificado(a) como informante clave para explorar aspectos sobre la situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP en proceso de reincorporación, un caso que se desarrollamos investigadoras del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, en el marco del proyecto “Situación de salud de las mujeres en Colombia: evidencias y reflexiones desde una perspectiva de equidad de género”. Adicionalmente, en la reconstrucción de este caso se inscribe el trabajo de grado de la Maestría en Administración de Salud titulado “Respuesta de las políticas de salud y del acuerdo de paz a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las FARC EP que residen en la ruralidad de Colombia”.

Esta entrevista en concreto busca explorar su experiencia desde el Alto Gobierno en la garantía del derecho a la salud de las y los excombatientes en proceso de reincorporación.

Una vez presentados los objetivos de la investigación y de la entrevista, se solicitará autorización para la grabación en audio de la sesión. Para el consentimiento se dará lectura al siguiente texto:

Gracias por acceder a la grabación en audio.

Esta investigación se rige por las declaraciones y pautas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, el derecho internacional y las normas nacionales expresadas en la Resolución 8430 de octubre de 1993. Si acepta participar, debe saber que la información recolectada será confidencial, anónima y sólo utilizable para efectos del proyecto, y que puede retirarse en cualquier momento.

Preguntas orientadoras.

1. Para empezar, ¿cómo describiría el estado actual del proceso de reincorporación?

Indagar: antecedentes del proceso, percepción general sobre avances y limitaciones.

2. Hablemos sobre los contenidos del Acuerdo y lo previsto en el proceso de reincorporación en lo que a la garantía del derecho a la salud se refiere.

3. ¿Cómo es la operación para la garantía del derecho a la salud de la población excombatiente?

Indagar: características del proceso y la gestión. Cambios a lo largo del tiempo. Actores obligados e involucrados. Papel de las distintas instituciones del sector salud: Ministerio, entes territoriales, aseguradores, prestadores. Diferencias para población en ETCR y demás población.

4. ¿Qué puede decirnos sobre la situación actual de la salud de las/los excombatientes?

Indagar: principales problemas identificados. Problemas derivados de las actuales condiciones de vida y problemas derivados de los antecedentes como combatientes. Diferencias en el perfil de salud según edad, sexo, área. Información demográfica y epidemiológica disponible, nivel de desagregación y periodicidad. Prioridades.

5. ¿Cuál ha sido la experiencia con el aseguramiento de esta población y el acceso a servicios?

Indagar: cobertura, redes de servicios, referencia-contrareferencia, programas especiales. Ruta de atención. Enfoque diferencial.

6. Sobre este panorama, ¿cuál es en particular la situación de salud de las mujeres excombatientes?

Indagar: principales problemas identificados. Problemas derivados de las actuales condiciones de vida y problemas derivados de los antecedentes como combatientes. Información



disponible, nivel de desagregación y periodicidad. Prioridades. Profundizar, si no se menciona, en aspectos relacionados con el fenómeno “baby boom”, qué intervenciones se realizaron y la situación actual de gestaciones en excombatientes. Programas o acciones específicos relacionados con la SS/SR e instituciones gubernamentales o no gubernamentales que los desarrollan.

7. ¿Cuáles son a su juicio los elementos más importantes en materia de enfoque de género y, en particular, en cuanto a SS/SR para las mujeres y hombres que se reincorporaron?
8. En síntesis, ¿cuál es el balance del proceso de reincorporación para la garantía del derecho a la salud de las/los excombatientes?

Indagar: logros y limitaciones. Necesidades de cambio. Perspectivas futuras.

9. En su opinión experta, ¿el Acuerdo Final y su plan marco de implementación, incluyen o dan respuesta a las necesidades particulares de salud de la población excombatiente, y, específicamente, a los aspectos relacionados con salud sexual y salud reproductiva?
10. Finalmente, dado que el Acuerdo se produjo en el marco de un gobierno anterior, ¿existen diferencias con lo previsto por el actual gobierno que pudieran afectar el derecho a la salud?

De nuevo gracias por su participación.

Quisiéramos mantener el contacto con usted(es) para ir comentando avances de la investigación y valoraremos mucho si nos sugiere algún otro informante en su institución o de otra institución a quien considere importante consultar para completar el panorama de este caso de estudio.

PROYECTO “SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES EN COLOMBIA: EVIDENCIAS Y REFLEXIONES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO”

Caso: Situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP

Guía de entrevista funcionarios Nueva EPS

Entrevista No. _____

Fecha: _____

Hora inicio: _____ Hora finalización: _____

Lugar: _____

Institución: _____

Nivel de atención: _____

Nombres, cargos y perfil de entrevistados/as:

(Tiempo en el cargo. Funciones/responsabilidades. Perfil: edad, sexo, formación profesional o técnica). _____

Entrevistadoras: _____

Gracias por atendernos.

Ud. ha sido identificado(a) como informante clave para explorar aspectos sobre la situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP en proceso de reincorporación, un caso que se desarrollamos investigadoras del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, en el marco del proyecto “Situación de salud de las mujeres en Colombia: evidencias y reflexiones desde una perspectiva de equidad de género”. Adicionalmente, en la reconstrucción de este caso se inscribe el trabajo de grado de la Maestría en Administración de Salud titulado “Respuesta de las políticas de salud y del acuerdo de paz a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las FARC EP que residen en la ruralidad de Colombia”.



Esta entrevista en concreto busca explorar su experiencia en la principal aseguradora de esta población en relación con el conocimiento sobre el perfil de salud de las y los excombatientes, la afiliación y el proceso de atención.

Una vez presentados los objetivos de la investigación y de la entrevista, se solicitará autorización para la grabación en audio de la sesión. Para el consentimiento se dará lectura al siguiente texto:

Gracias por acceder a la grabación en audio.

Esta investigación se rige por las declaraciones y pautas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, el derecho internacional y las normas nacionales expresadas en la Resolución 8430 de octubre de 1993. Si acepta participar, debe saber que la información recolectada será confidencial, anónima y sólo utilizable para efectos del proyecto, y que puede retirarse en cualquier momento.

¿Acepta la entrevista?

Preguntas orientadoras.

Para empezar, ¿cuéntenos sobre su cargo y funciones en la Nueva EPS?

1. *Hablemos sobre la operación de la institución para la garantía del derecho a la salud de la población excombatiente de FARC-EP.*

Indagar: proceso de afiliación, número, red de servicios. Porqué la operación es nacional. Fuentes y montos de financiamiento.

2. *¿Cuántos afiliados excombatientes de FARC-EP tiene la Nueva EPS y cuáles son sus características?*

Indagar: distribución por edad y sexo, área de residencia, características socioeconómicas.

3. *¿Cómo describiría la situación de salud de la población excombatiente afiliada a la Nueva EPS?, específicamente ¿cuál es la situación de salud de las mujeres excombatientes?*

Indagar por problemas prioritarios, grupos vulnerables, explicaciones sobre los principales problemas. Información poblacional disponible.



4. *En su opinión, ¿cuáles son los factores asociados con los problemas de salud de esta población?, ¿cuáles las diferencias con otros grupos poblacionales afiliados a la Nueva EPS?*

Indagar: riesgos, determinantes sociales. Similitudes y/o diferencias con factores explicativos en otras poblaciones.

5. *¿Cuáles han sido las prioridades para la intervención en la población excombatiente?, ¿para la salud de las mujeres excombatientes?*

Indagar: enfoque diferencial de la atención, programas específicos (rehabilitación, salud mental, SS/SR, P y P).

6. *¿Cuáles son las principales directrices en materia de salud sexual y salud reproductiva?*

7. *¿Cuál es la ruta de atención para la población excombatiente?, ¿qué barreras de acceso existen y cómo se resuelven?*

Indagar: ruta normativa y ruta real, tiempos de respuesta para problemas específicos. Tramitación de autorizaciones para consultas y procedimientos; atención no POS. Ejemplos: cirugía de cadera, mamografía, apoyos sociales. Pedagogía sobre derechos y uso de servicios.

8. *¿Actualmente se encuentra operando la Ruta Integral de Atención concebida en el CONPES 3932 para atender enfermedades de alto costo y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto?*

Indagar: Especificidad de esta ruta, plan de implementación, línea base, financiamiento.

9. *¿Existen diferencias en el proceso de atención según características de la población excombatiente?*

Indagar diferencias entre la población en zonas rurales y zonas urbanas, de la población en ETCR y por fuera de ellos, hijos/as de excombatientes, población extranjera, población en cárceles.

10. *¿Cuál es la relación entre la Nueva EPS y otros oferentes de atención de la población excombatiente en los territorios?*



-
11. *¿Cómo se produce y a quién se reporta la información sobre perfil de salud y atención en salud de la población excombatiente de FARC-EP afiliada a la Nueva EPS que pueda aportar a la toma de decisiones?*
 12. *¿Cómo se articula la Nueva EPS con otras instituciones y organismos del sistema nacional de reincorporación?, ¿con otros sectores?*
 13. *En su opinión, ¿cuáles han sido los principales logros de Nueva EPS en materia de atención y mejoramiento de la salud de la población excombatiente en el proceso de reincorporación?, ¿cuáles las principales limitaciones?*
 14. *¿Qué opinión le merece la política en construcción del Plan Nacional de Salud Rural?*
 15. *Finalmente ¿cuáles cree son los principales retos para garantizar el derecho a la salud y a una vida libre de violencias de las mujeres excombatientes?*

De nuevo gracias por su participación.

Quisiéramos mantener el contacto con usted(es) para ir comentando los avances de la investigación y valoraremos mucho si nos sugiere algún otro informante en su institución o de otra institución a quien considere importante consultar para este estudio.

PROYECTO “SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES EN COLOMBIA: EVIDENCIAS Y REFLEXIONES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO”

Caso: Situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP

Guía de entrevista funcionarios secretarías departamental y municipal de salud

Entrevista No. _____

Fecha: _____

Hora inicio: _____ Hora finalización: _____

Lugar: _____

Nombres, cargos y perfil de entrevistados/as:

(Tiempo en el cargo. Funciones/responsabilidades. Perfil: edad, sexo, formación profesional o técnica). _____

Entrevistadoras: _____

Gracias por atendernos.

Ud. ha sido identificado(a) como informante clave para explorar aspectos sobre la situación de salud de las mujeres excombatientes de las FARC-EP en proceso de reincorporación, un caso que se desarrollamos investigadoras del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, en el marco del proyecto “Situación de salud de las mujeres en Colombia: evidencias y reflexiones desde una perspectiva de equidad de género”. Adicionalmente, en la reconstrucción de este caso se inscribe el trabajo de grado de la Maestría en Administración de Salud titulado “Respuesta de las políticas de salud y del acuerdo de paz a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las FARC EP que residen en la ruralidad de Colombia”.

Esta entrevista en concreto busca explorar su experiencia desde la Secretaría de Salud en relación con el conocimiento sobre el perfil de salud de las y los excombatientes y las intervenciones para responder a sus necesidades, expectativas y demandas de salud.

Una vez presentados los objetivos de la investigación y de la entrevista, se solicitará autorización para la grabación en audio de la sesión. Para el consentimiento se dará lectura al siguiente texto:

Gracias por acceder a la grabación en audio.

Esta investigación se rige por las declaraciones y pautas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, el derecho internacional y las normas nacionales expresadas en la Resolución 8430 de octubre de 1993. Si acepta participar, debe saber que la información recolectada será confidencial, anónima y sólo utilizable para efectos del proyecto, y que puede retirarse en cualquier momento.

¿Acepta la entrevista?

Preguntas orientadoras.

1. *Para empezar, ¿cómo describiría la situación de salud en su departamento (municipio)?*

Indagar por problemas prioritarios, grupos vulnerables, explicaciones sobre los principales problemas.

2. *En particular, ¿cuál es la situación de la población excombatiente?*

Indagar: principales problemas identificados, información poblacional disponible.

3. *En su opinión experta, ¿cuáles son los factores asociados con los problemas de salud de la población excombatiente?*

Indagar: riesgos, determinantes sociales, estudios realizados sobre el tema. Similitudes y/o diferencias con factores explicativos en otras poblaciones.

4. *¿Sobre este panorama, de qué información epidemiológica dispone esta entidad, en particular, sobre la situación de salud de las mujeres excombatientes?*

Indagar: información demográfica sobre población excombatiente, nivel de desagregación y periodicidad, indicadores de morbi-mortalidad y sus causas. Si no se menciona, profundizar en aspectos particulares de SS/SR (Embarazo, Mortalidad Materna, IVE, CCU, ITS).

5. *¿De qué información sobre aseguramiento y acceso a servicios?*

Indagar: información sobre aseguramiento y garantía de acceso según aseguramiento. Barreras de acceso (geográficas, económicas, administrativas, culturales). Acceso a la información.

6. *¿Cuál es el papel de la Secretaría en la ruta de atención para esta población?*

Indagar: red de servicios y niveles de complejidad. Marco normativo que rige las responsabilidades de la Secretaría con esta población.

7. *Para responder a los problemas de salud de la población excombatiente, ¿qué ha venido haciendo la Secretaría?*

Indagar: programas, estrategias (maternidad segura, AIEPI, IAMI, “de cero a siempre”, Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes), modelo de atención (atención primaria), servicios extramurales, misiones médicas, brigadas de salud. Explorar el conocimiento sobre la respuesta de la población. Ahondar en la existencia de estrategias diferenciales y las especialmente dirigidas a mujeres. Si no se menciona, profundizar en acciones particulares de SS/SR (Control Prenatal, Anticoncepción, IVE, CCU, ITS).

8. *¿Cuáles son los principales logros?, ¿cuáles las principales limitaciones?*

Indagar por los factores que explican los logros y limitaciones.

9. *Finalmente, ¿cuáles cree deben ser las principales decisiones para garantizar el derecho a la salud y a una vida libre de violencias de las mujeres excombatientes?*

De nuevo gracias por su participación.

Quisiéramos mantener el contacto con usted(es) para ir comentando los avances de la investigación y valoraremos mucho si nos sugiere algún otro informante en su institución o de otra institución a quien considere importante consultar para este estudio.

8.2 Anexo 2. Guía de taller en salud sexual y salud reproductiva



Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social
Maestría en Administración en Salud

Proyecto: Respuesta de las políticas de salud y del acuerdo de paz a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres excombatientes de las FARC EP que residen en la ruralidad de Colombia

Claudia Milena Sarmiento Arévalo
Candidata a Magister en Administración en Salud
Asesora de trabajo de grado: Amparo Hernández Bello

Guía de taller

Fecha:	27 de octubre de 2018
Lugar:	ETCR Tierra Grata – La Paz / Cesar
Tiempo de actividad:	2 horas y 30 minutos
Participantes:	Mujeres excombatientes (máximo 10 participantes)
Equipo facilitador:	Equipo de investigación de la Pontificia Universidad Javeriana y equipo de investigación de la FARC, responsables de la moderación y relatoría.
Materiales y equipos:	Tarjetas de cartulina, papel periódico, marcadores y lapiceros de colores, cinta de enmascarar, computador, figuras en papel bond y grabadora de audio.

Objetivo general:

Identificar la respuesta actual y las propuestas de respuesta ideal a las necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva -SS/SR- de las mujeres excombatientes.

Objetivos específicos:

1. Sintetizar las necesidades y problemas en SS/SR identificados en el taller general
2. Establecer la respuesta institucional, de organizaciones no gubernamentales y comunitaria a las necesidades y problemas en SS/SR de las mujeres excombatientes
3. Determinar aspectos generales sobre los ideales de respuesta en SS/SR a las necesidades y problemas en SS/SR

Reglas de juego:

Se consultará con las/los participantes su acuerdo sobre las reglas para la participación:

- Tiempo de intervención: máximo 3 minutos por participante.
- Respeto por la asignación y el uso de la palabra.
- Silencio como escucha activa.
- Se privilegiará el uso de la palabra de quienes no han participado sobre quienes ya lo hicieron.
- Se cerrará la participación cuando se juzgue suficiente ilustración sobre los temas.

Metodología

Nota: Dado que durante el día anterior se trabajó el taller sobre identificación de necesidades y problemas en salud de la población excombatiente; este taller pretende dar inicio recogiendo las conclusiones de este y partir de los problemas y necesidades que hayan surgido específicamente en relación con la SS/SR elaborar una clasificación para sobre ello identificar la respuesta actual y los ideales de respuesta.

Actividad 1. Identificación de problemas centrales y clasificación:

La actividad dará inicio enlistando con fichas de cartulina los problemas identificados durante el taller general que tengan relación específica con la salud sexual o la salud reproductiva de las mujeres. Posteriormente se abrirá un espacio a las participantes para agregar si así se considera problemas o necesidades adicionales.

Teniendo la lista de problemas, se pedirá al grupo que pueda clasificarlos de acuerdo con unos criterios que serán discutidos y aprobados de manera colectiva y que pueden ser entre otros, los siguientes:

1. Tipo de necesidad o problema en relación con la salud sexual o con la salud reproductiva (Si tiene que ver con la gestación, la anticoncepción, la Interrupción del Embarazo, las ITS, o el Cáncer Cervico Uterino)
2. Frecuencia con la que ocurre el problema o surge la necesidad
3. Actor que puede dar respuesta a la necesidad o problema (¿puede resolverse en la comunidad? ¿Se requiere de instituciones en salud?)

Para la clasificación, se establecerán convenciones que permitan que cada uno de los problemas o necesidades tenga claramente definida su clasificación.

Ejemplo de tabla de clasificación

	Salud Sexual			Salud Reproductiva		
	Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 1	Problema 2	Problema 3
Muy Frecuente						
Frecuente						
Poco frecuente						

*Las convenciones de colores indican el tipo de actor que desarrollaría la respuesta:



Respuesta institucional



Respuesta comunitaria

Actividad 2. Identificación de respuesta a necesidades y problemas en SS/SR

Usando las tarjetas de necesidades y problemas identificados en la actividad anterior, se construirá una tabla de respuesta que comprenderá como mínimo, el actor, tipo de recurso humano, lugar y acción de respuesta (individual y colectiva) que se ha recibido.

Las participantes podrán mencionar las acciones de las que tengan conocimiento a partir de una serie de rondas de intervenciones que se agotará en el momento que se identifique que no hay información nueva.

Ejemplo de tabla de respuesta:

	Problema	Actor	Rec Humano	Lugar	Tipo de acción	Acción
SS	Problema 1					
	Problema 2					
SR	Problema 3					
	Problema 4					

Actividad 3. Respuesta ideal a necesidades y problemas en SS/SR

A partir de un mapa del departamento del Cesar (proyectado o impreso) y con figuras que representen ruta de acceso, infraestructura, recurso humano, etc; se construirá la respuesta ideal al conjunto de problemas y necesidades en SS/SR de las mujeres teniendo en cuenta los siguientes aspectos:



- ¿Cómo sería la forma ideal de acceder a los servicios de salud?
- ¿Cuáles son los servicios de salud que deberían ofertarse a las mujeres?
- ¿Cómo y en dónde deberían estar dispuestos los servicios de salud?
- ¿Cuál sería el recurso humano para prestar los servicios de salud y que características humanas y de formación tendría que tener?
- ¿Cuál sería nuestro papel como mujeres en esta forma de organización de respuesta?

Estos aspectos se recogerán en una tabla que sintetice lo construido durante la actividad:

Ejemplo de tabla síntesis de la propuesta de respuesta ideal

	SS	SR
Acceso		
Oferta		
Lugar		
Recurso Humano		
Papel de las mujeres		

Cierre

Al finalizar el taller, la moderación recogerá:

Las necesidades y problemas identificados

Las acciones de respuesta general

La propuesta de respuesta ideal

Y posteriormente se abrirá una ronda de intervenciones final donde se exprese la opinión de las participantes.

Programa:

- 08:00 – 08:15 a.m. Bienvenida. Presentación de la actividad y reglas de juego.
- 08:15 – 09:00 a.m. Identificación de problemas centrales y clasificación.
- 09:00 – 09:30 a.m. Identificación de respuesta a necesidades y problemas en SS/SR
- 09:30 – 09:45 a.m. Refrigerio
- 09:45 – 10:15 a.m. Respuesta ideal a necesidades y problemas en SS/SR.
- 10:15 – 10:30 a.m. Cierre de la sesión.

8.3 Anexo 3. Análisis intratextuales

Análisis intratextuales de mujeres excombatientes y responsable de género entrevistadas

Código de la entrevista	Análisis Intratextual
M1	<p>Durante el conflicto fue enfermera de guerra por lo que conoce la situación de salud de varias mujeres excombatientes desde los escenarios de confrontación. Aunque no habla a profundidad del tema, en otro de los relatos de una mujer que la conoce hace años, se le identifica como una experta en “medicina de guerra”. Convive con su pareja y aunque no tiene hijos, si desea ser madre; sin embargo, teme que por la edad ya no sea posible o sea muy riesgoso hacerlo. Es una mujer cálida, comprometida y aunque no es muy expresiva, sus palabras comunican lo esencial. Se le percibe una constante incertidumbre por lo que pasará con ella y la población del ETCR. Aún con las dificultades evidentes, siempre demuestra fortaleza, algo que pareciera ser una necesidad para que las mujeres y hombres que confían en liderazgos como el suyo no flaqueen ante el presente. Esto por ejemplo se manifestó con claridad cuando se abordaron temas de salud propios, fueron respuestas que parecían tener el objetivo de que no se diera mayor trascendencia a sus problemas (Terigio, problemas articulares en rodilla e infección vaginal), en cambio sí mostraba fuerte preocupación por los problemas colectivos.</p>
M2	<p>Convive con su compañero con quién tiene un hijo menor de un año. Al referirse a su situación de salud manifiesta un problema de años atrás de “colitis inflamatoria” que ahora ha mejorado por la posibilidad de cambiar el tipo de alimentación que se consumía y un problema con la articulación de la rodilla a causa de un golpe, este último también ha mejorado dado que ya no debe cargar peso, ni hacer las largas caminatas que se hacían durante el conflicto. En su relato se percibe como una mujer disciplinada, acostumbrada a cumplir con las directrices colectivas y a aportar en las iniciativas que se generen en el ETCR; al mismo tiempo ha ido construyendo su espacio “privado”. Le da importancia a sus cuidados, a su salud y ahora a la de su hijo.</p>
M3	<p>Convive hace 12 años con su compañero a quién conoció estando en la guerrilla. Durante su tiempo en las FARC EP se dedicó en principio a actividades de salud, se formó en bioanálisis. Posteriormente realizó tareas de comunicaciones, aportó en la formación en sistemas y en procesos de alfabetización a otros integrantes. En su relato y la actitud con la que se dirige y responde las preguntas se percibe que desempeña funciones como mando medio y ello hace que en la actualidad se le reconozca como una líderesa dentro del ETCR. Es una mujer fuerte, que demuestra seguridad. En escenarios políticos, hace parte de la directiva de dos espacios, de la Junta de Acción Comunal de la Vereda. Es muy tajante y algo prevenida en sus respuestas, en ocasiones parece molesta cuando se indaga por situaciones que parecen hacerla sentir incomoda aun cuando estas no sean de tipo personal. Pareciera un sentido de protección sobre cómo se ven como organización hacia el exterior, de cómo son sus dinámicas, sobre cómo considera correcto que se les perciba.</p>
M4	<p>Durante el tiempo en las FARC EP tuvo responsabilidades inicialmente de educación y posteriormente organizativas y de relacionamiento con la población rural. En el proceso de dejación de armas estuvo en una ZVTN y luego se radicó en la ciudad para asumir las responsabilidades que se le designaron. En cuanto a su salud, manifestó haber estado en buenas condiciones siempre. Ha experimentado en el tiempo de la reincorporación cambios en su salud asociados a la modificación en las actividades, la alimentación y reconoce además que no ha estado muy pendiente de hacerse los controles requeridos. Habla de que ha tenido afectaciones emocionales por todo lo que ha significado el tránsito a la vida civil, asumir una vida de manera individual, cambiar de territorio, enfrentarse a una ciudad como Bogotá, son cosas que manifiesta le han costado. En su relato se percibe un conocimiento general sobre el funcionamiento del sistema de salud y claridad frente a que aquellas personas que deciden dejar los ETCR deben acceder a atención de</p>

Código de la entrevista	Análisis Intratextual
	la misma forma que lo hace la población general. Tiene una opinión negativa del sistema de salud actual, sobre todo en lo que respecta al acceso de la población rural.
M5	<p>Dentro de las FARC EP desempeñó actividades de carácter organizativo en Bogotá. Estuvo durante tres años en la cárcel de la que salió previo a la firma de los Acuerdos de Paz.</p> <p>Menciona múltiples complicaciones de salud desde la infancia que mientras estuvo en las FARC EP manejaron para evitar complicaciones; pero que se agudizaron nuevamente en su estancia en la cárcel dado que como se trata de varias alteraciones a nivel digestivo y allí era difícil tener posibilidades de una dieta, tenía recaídas constantes. Manifiesta que durante su estancia en la cárcel vivió situaciones muy difíciles a nivel de salud física y emocional, incluso su estética se vio afectada y se hacía complicado resolverlo dentro del modelo de salud que manejan los carcelarios.</p> <p>Con el inicio del proceso de reincorporación tuvo dificultades con el acceso a salud por un cruce en la afiliación, lo que adicionalmente ha afectado los aportes económicos (bancarización) que se están haciendo periódicamente de acuerdo con lo establecido en el Acuerdo Final, sin embargo, esta situación ya fue resuelta.</p> <p>Sabe que cuenta con una IPS primaria donde puede acceder a atención, pero reconoce que no ha querido, tenido tiempo, ni dinero para desplazarse al lugar que considera es bastante alejado de su domicilio. A pesar de las múltiples afectaciones de salud que relata, el hecho de que existan múltiples trámites para acceder a la atención en salud hace que prefiera no asistir. En su relato expresa preocupación por cómo se ha dado la implementación de los Acuerdos en lo que respecta a la situación de las mujeres pues percibe que el gobierno al contrario de evidenciar la necesidad de garantías para que puedan acceder a educación y a proyectos productivos ha aportado para que vuelvan a los roles tradicionales.</p>
M6	<p>Durante el tiempo que estuvo en las FARC EP desarrolló un curso de “primeros auxilios” (por la descripción más pareciera hacer referencia a procedimientos básicos de atención) pero no tuvo responsabilidades de salud. En principio realizó tareas de alfabetización y posteriormente de comunicación y propaganda e hizo parte de la subcomisión que estuvo en la Habana Cuba en tareas de comunicación. Percibe la atención en salud dentro de las FARC EP como buena en relación con sus problemas particulares y con las necesidades generales de las personas con quienes compartía “unidad”. Aclara que las formas de respuesta dependían del Bloque y de las personas que tuvieran la responsabilidad política y de salud, fundamentalmente en relación con acciones preventivas y educativas. Resalta la solidaridad que se vivía frente a las personas que requerían atención.</p> <p>En relación con su salud manifiesta que no había tenido algún problema o enfermedad hasta tiempo después de su ingreso a las FARC EP, cuando tuvo varias fracturas a causa de que el tronco de un árbol cayó sobre su pie que "sanó en falso". Esto ha repercutido en su salud dado que por la postura que asume al caminar se han desencadenado dos hernias lumbares y desviación de columna. A pesar de esto, se identifica como una persona con buena salud. Estuvo en gestación durante el 2017 y expresa que la experiencia sobre la atención de su proceso en una institución de la Capital y del acompañamiento que realizó la ARN fue buena. Relata afectaciones emocionales por el tránsito que ha sido pasar de dinámicas profundamente colectivas a enfrentarse a una ciudad en dónde por el contrario todo es muy lejano e individual. Respecto a su maternidad, la percibe como una prioridad, como un aspecto de su vida que aplazó por años y que ahora merece disfrutar.</p>
M7	<p>Durante su tiempo en las FARC EP, junto con Jorge Briceño, construyeron, lo que se denominó en la octava conferencia, los Hospitales Móviles en principio el Bloque Oriental pero que se irían ampliando a los distintos bloques de la organización con el fin de reducir las complicaciones de seguridad que se tenían cuando debían sacar a instituciones de salud a las personas heridas o con enfermedades que lo requirieran. Dirigió la construcción de “metodologías para atender a la gente” y de la formación en salud para personal que se dedicaría a actividades de medicina, enfermería, odontología, bioanálisis, radiología, entre otros. Conoce a profundidad cómo funcionaban los temas de salud en las FARC EP, fundamentalmente en el Bloque del que hacía parte dado que reconoce también que había diferencias en las formas de respuesta. Resalta de esta</p>

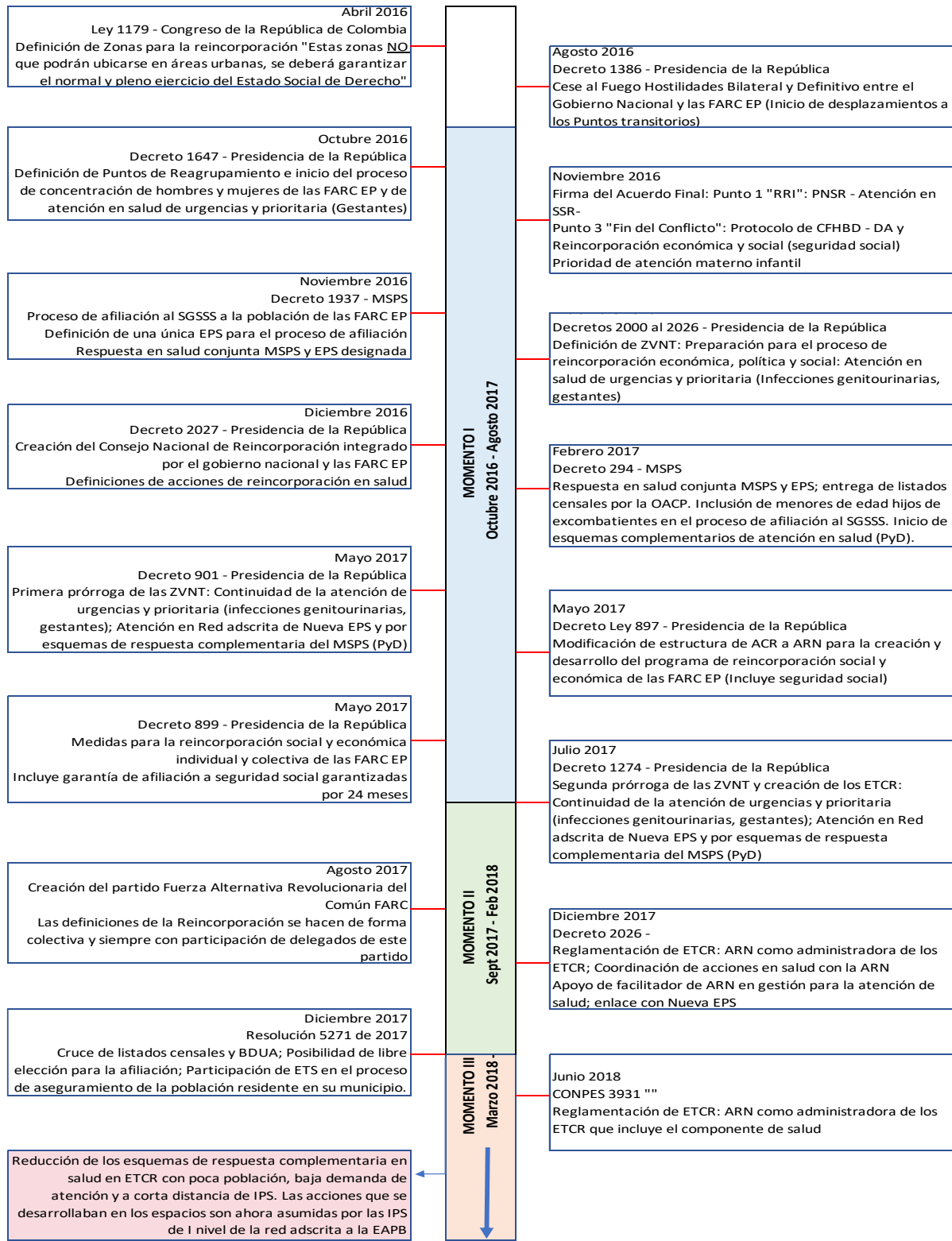
Código de la entrevista	Análisis Intratextual
	<p>experiencia que los hombres y mujeres formados en temas de salud no solamente se dedicaban a curar la enfermedad, se dedicaban también a acompañar y cuidar a las personas que lo requirieran, a generar medidas colectivas para prevenir las enfermedades que frecuentemente los aquejaban, habla de que se formaban de manera solidaria y humana. Ha dirigido desde el inicio de la reincorporación, las acciones relacionadas con el cumplimiento de la implementación de los aspectos de salud acordadas en 2016. En cuanto a su salud, manifiesta que además de los dolores y lesiones osteomusculares que frecuentemente aquejan a los y las excombatientes, ha tenido buena salud. Tuvo a su hija durante 2017, posterior a la firma del Acuerdo de Paz. En su relato se percibe como una mujer fuerte, segura, disciplinada. Expresa constantemente preocupaciones frente a la situación actual de la reincorporación en salud, siente que al tema no se le ha dado la relevancia que debería (ni por parte del gobierno, ni por parte de FARC) tener y que al contrario de ver lo que se ha hecho a partir de la implementación en salud en territorios rurales y dispersos como una oportunidad, se ve como un privilegio que debe irse reduciendo para contener recursos. Es bastante escéptica frente a que el borrador del Plan Nacional de Salud Rural</p>
EG8	<p>No es excombatiente, pero dada su participación como asesora de género y reincorporación durante el proceso de conversaciones y por ser parte del partido FARC, maneja con detalle lo relacionado con la transversalización del enfoque de género en los Acuerdos de Paz y lo que para ella son aciertos y desaciertos. Recorrió el 100% de ZVNT y PTN para acompañar el desarrollo de estrategias de formación de violencias basadas en género. Considera que la situación de las mujeres en proceso de reincorporación es disímil entre los distintos espacios e incluso dentro de ellos mismos. En su relato se percibe preocupación y expectativa por los desarrollos que se pueden tener en la implementación del enfoque de género con el gobierno nacional entrante.</p>

Análisis intratextuales de funcionarios entrevistados

Código de la entrevista	Nivel	Análisis intratextual
F1	Nacional	Posee un interés evidente en los temas de post conflicto y Acuerdos de Paz. Conoce el desarrollo de las conversaciones y del proceso de Paz entre el Gobierno Nacional y las FARC EP desde que asume el cargo y sabe en detalle cómo fueron los procesos de planeación desde la institucionalidad para el desarrollo de las propuestas desde el gobierno en lo correspondiente a salud en los diferentes puntos que conforman el Acuerdo y posteriormente de la implementación de lo acordado. Dentro de sus funciones se incluye la participación en el Consejo Nacional de Reincorporación, específicamente en la mesa de salud.
F2	Nacional	Conoce el proceso de reincorporación y antes de este, acompañó varios procesos de reintegración y reinserción de distintos actores armados y realizó acompañamiento a víctimas del conflicto armado en Colombia. Llamó la atención de su relato que siempre que se hacían preguntas frente al proceso de reincorporación, sus respuestas se dieron a partir de una comparación entre “los privilegios” o “mayores beneficios” que en la actualidad tiene la población excombatiente, en comparación con los demás procesos y con las víctimas. Dentro de sus funciones se incluye la participación en el Consejo Nacional de Reincorporación, específicamente en la mesa de salud.
F3	Nacional	Conoce el SGSSS y las funciones del aseguramiento dentro de este, identifica con precisión cuales son los límites del sistema y cuáles de los determinantes sociales de la salud están a cargo de otros actores. Es responsable en la actualidad de acompañar los procesos de materialización del acceso y acompañamiento a la gestión de las autorizaciones para la atención en salud de la población excombatiente que habita los ETCR.
F4	Departamental	Tiene 22 años de experiencia laboral en la entidad, conocimiento de la institución y de cómo se organiza. Ha manejado procesos referentes a la dimensión de salud en población víctima del conflicto. En su relato se identifica un limitado conocimiento del proceso de reincorporación que se viene llevando a cabo. Sus respuestas se dieron más desde la percepción que desde la evidencia o de la construcción de diagnósticos desde la entidad o de otras instituciones. Sus respuestas además denotan creencias religiosas que vincula permanentemente con los objetivos de la reincorporación.
F5	Departamental	Con 28 años de experiencia en la entidad, conoce la institución, su organización y los funcionarios de las distintas dependencias, por lo que, a pesar de no tener un cargo directivo, se le percibe muy seguro de la posibilidad en el manejo e influencia dentro de los procesos. Es designado para la participación en las mesas de salud para el proceso de reincorporación que lidera la ARN y en el que participa la población excombatiente y funcionarios de distintas instituciones de salud. En su relato se habla más desde las percepciones de salud que se han construido a partir del pasado de las mujeres y hombres excombatientes y de sus pocos espacios de contacto actual que de un proceso formal de diagnóstico institucional. Sus respuestas además denotan creencias religiosas que asocia con los objetivos de la reincorporación.

Código de la entrevista	Nivel	Análisis intratextual
F6	Departamental	<p>Conoce del proceso de reincorporación que se está dando en el departamento fundamentalmente por el proyecto salud para la paz que está desarrollando acciones a nivel institucional para su fortalecimiento de competencias y dotación.</p> <p>Ha tenido poco contacto directo con las acciones que se han desarrollado en el ETCR y expresa constantemente su sorpresa por las condiciones de vida y salud de la población que pudo observar en una jornada de salud en la que participó. Aun cuando no se cuenta con un diagnóstico formal, se expresan diversas necesidades y preocupaciones relacionadas con la población por su condición de exguerrilleros y por lo que pudo percibir en el ETCR.</p>
F7	Municipal	<p>Conoce la situación de salud del municipio y como el conflicto ha atravesado el territorio. Expresa estar al tanto de los aspectos que se desarrollan en el marco del proceso de reincorporación desde el Hospital de I nivel de atención, tener relacionamiento permanente con líderes del ETCR y enfatiza en la voluntad que tiene de aportar en el proceso. Sin embargo, al contrastar la información que expresa con la realidad del espacio, se evidencian diferencias, por ejemplo, en el tipo de esquema de salud que existe. Rescata que la comunidad en proceso de reincorporación ha establecido buenas relaciones con la comunidad en general y que “trabajan para ella”.</p>
F8	Municipal	<p>En su relato puede identificarse conocimiento sobre la situación de salud de la población excombatiente y aunque no va frecuentemente al ETCR tiene una funcionaria delegada para hacer seguimiento a estos temas adicional a la auxiliar de enfermería que está contratada para este espacio. También escribe con detalle la respuesta en salud que se ha desarrollado con la población excombatiente en convenio con el MSPS y con la Nueva EPS y enfoca las limitaciones de la respuesta en salud general, principalmente en la crisis hospitalaria que atraviesa la institución y en las múltiples dificultades a las que ha conllevado la deuda actual que tienen las EPS con la ESE; incluso menciona en varias oportunidades la necesidad urgente de una reforma al sistema de salud.</p>
F9	Municipal	<p>Conoce de cerca la situación de salud y las condiciones de vida de la población excombatiente, ha construido una relación de confianza con la comunidad. Dado que está contratada desde la puesta en marcha de los esquemas de salud en las ZVNT, conoce el funcionamiento y la evolución que ha tenido este proceso, sus ventajas y sus dificultades. En el relato se identifica que ha tenido problemas con la contratación y el pago que le hace la ESE por el trabajo que desarrolla, por lo que debe apoyarse en su familia para su subsistencia. A pesar de eso se percibe una gran voluntad para aportar en las acciones que se hacen en el espacio y el acompañamiento a las personas que requieren de su atención.</p>

8.4 Anexo 4. Esquema normativo reincorporación y salud.



Elaboración propia. Fuentes: Normograma MSPS 2017-2018; Departamento de Planeación Nacional y OACP.

9 Referencias

- Agencia para la Reincorporación y la Normalización. (2017). *Agencia para la Reincorporación y la Normalización*. Recuperado el Febrero de 2018, de Reincorporación: Agencia para la Reincorporación y la Normalización:
<http://www.reintegracion.gov.co/es/reincorporacion/Paginas/La-reincorporaci%C3%B3n-en-los-Acuerdos.aspx>
- Beever, S. D. (march de 2010). Women's role in peacebuilding: Nicaragua, El Salvador, and Guatemala compared. *Women's role in peacebuilding: Nicaragua, El Salvador, and Guatemala compared*. Saskatoon, Canada. Obtenido de
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.664.5890&rep=rep1&type=pdf>
- Bendelac Gordón, L. (2015). El Movimiento de Mujeres como actor político en el proceso de paz de Guatemala. *Tiempo de Paz*, 119, 79-85. Obtenido de
<http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.javeriana.edu.co:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=26c7e97e-2abd-407e-af9d-0ea8b6037c92@sessionmgr120>
- Bouvier, V. M. (4 de marzo de 2016). El género y el papel de las mujeres en el proceso de paz de Colombia. *El género y el papel de las mujeres en el proceso de paz de Colombia*. New York. Obtenido de http://wps.unwomen.org/pdf/research/Bouvier_Women-in-Colombia-Peace-Process_ES.pdf
- Carrero Barón, D. (8 de abril de 2019). La desfinanciación de la paz. *El tiempo*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/politica/proceso-de-paz/la-paz-cuesta-carro-pero-hoy-preocupa-su-desfinanciacion-346646>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). *¡Basta Ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Bogotá D.C.: Pro-off Set. Obtenido de
http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap2_110-195.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (9 de junio de 2015). Ley 1753 de 2015 . *Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018 "Todos por un nuevo país"*. Colombia: Diario oficial . Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html
- Corporación Territorio, Paz y Desarrollo – Corpaz Colombia. (27 de febrero de 2018). Sub Versión Viva. *Salud Sexual y Reproductiva: prácticas y saberes*. (S. D. Aguirre, Ed.) Colombia. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=c4sb6MrOnMs>
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760 de 2008*. Obtenido de Corte Constitucional:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
- Corte Constitucional República de Colombia. (18 de diciembre de 2017). *Sentencia T - 740 de 2017*. Recuperado el Abril de 2018, de www.corteconstitucional.gov.co:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-740-17.htm>

- Cortés Rincón, B. (2014). El proceso de Paz de Nicaragua, efectos políticos y consecuencias sociales del conflicto armado. *El proceso de Paz de Nicaragua, efectos políticos y consecuencias sociales del conflicto armado*, 96. Bogotá D.C., Colombia: Universidad Católica de Colombia. Recuperado el Marzo de 2018, de <http://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2250/1/EL%20PROCESO%20DE%20PAZ%20DE%20NICARAGUA%2c%20EFECTOS%20POLITICOS%20Y%20CONSECUENCIAS%20SOCIALES%20DEL%20CONFLICTO%20ARMADO.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2017). *Informe Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación*. Recuperado el Febrero de 2018, de http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Informe_ETCR.pdf
- DNP. (22 de junio de 2018). CONPES 3931 de 2018. *Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de Exintegrantes de las FARC-EP*. Colombia. Obtenido de <https://www.dnp.gov.co/CONPES/documentos-conpes/paginas/documentos-conpes.aspx#Default={%22k%22:%22ConpesNumero:3931%20OR%20Title:3931%22}>
- DNP. (29 de junio de 2018). CONPES 3932. *Lineamientos para la articulación del Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final con los instrumentos de planeación, programación y seguimiento a políticas públicas del orden nacional y territorial*. Colombia. Obtenido de <https://www.dnp.gov.co/CONPES/documentos-conpes/paginas/documentos-conpes.aspx#Default={%22k%22:%22ConpesNumero:3932%20OR%20Title:3932%22}>
- Dubón Abrego, M. A., Méjivar López, D., Espinoza Fiallos, E., & Baatz, C. (2012). La construcción del sistema comunitario de salud de Guarjila: sistematización de una experiencia de Atención Primaria de Salud Integral en El Salvador durante el período 1987-2007. *Saúde em Debate*, 414-420. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000300013&script=sci_abstract&lng=es
- El Espectador. (31 de Agosto de 2017). Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común, el nuevo nombre de las Farc. *El Espectador*. Obtenido de <https://www.elespectador.com/noticias/paz/fuerza-alternativa-revolucionaria-del-comun-el-nuevo-nombre-de-las-farc-articulo-710941>
- FARC EP. (2016). *Nosotros: FARC EP*. Recuperado el Febrero de 2018, de FARC EP: <https://www.farc-ep.co/nosotros.html>
- Federación Democrática Internacional de Mujeres. (Nov 2018). *Informe de la II Misión de Verificación de la Federación Democrática Internacional de Mujeres -FDIM- acerca de la implementación del enfoque de género en el Acuerdo Final de Paz de Colombia*. Bogotá D.C.: FDIM. Recuperado el 28 de marzo de 2019, de <https://es.scribd.com/document/400085805/Informe-de-La-II-Mision-de-Verificacion-de-Fdim>
- Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo. (27 de mayo de 1993). *Octava Conferencia Guerrillera de las FARC EP*. Obtenido de FARC EP: <https://farc-ep.co/octava-conferencia/estatuto-farc-ep.html>
- Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: Retos para la acción. *Panam Salud Pública*, 11, 454-461p. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10734.pdf>

- Hernández Márquez, C. I., Salinas Urbina, A. A., Cruz Valdez, A., & Hernández Girón, C. (marzo de 2014). Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. *Revista de Salud Pública*, 12. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2014.v16n5/697-708/es>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta Edición ed.). México: Mc Graw Hill.
- Instituto Kroc. (2017). *Informe sobre el estado efectivo de implementación del acuerdo de paz en Colombia*. Universidad de Notre Dame. Obtenido de https://kroc.nd.edu/assets/257593/informe_kroc.pdf
- Instituto Kroc, ONU Mujeres, FDIM, Suecia. (jun 2018). *Informe especial Instituto Kroc y el acompañamiento internacional ONU Mujeres, FDIM y Suecia al seguimiento del enfoque de género en la implementación del Acuerdo Final*. Bogotá D.C: Instituto Kroc. Recuperado el 31 de Agosto de 2018, de peaceaccords.nd.edu
- International Conflict Research Institute. (14 de Septiembre de 1991). National Peace Accord. Sudáfrica. Obtenido de <http://www.incore.ulst.ac.uk/services/cds/agreements/pdf/sa4.pdf>
- Maiden, E. K. (mayo de 2014). "Girls with guns : the disarmament and demobilization of female ex-combatants in Africa." *"Girls with guns : the disarmament and demobilization of female ex-combatants in Africa."*. (E. T. Dissertations, Ed.) Louisville, Kentucky, Unites States. Obtenido de <https://doi.org/10.18297/etd/890>
- McKay, S., & Mazurana, D. (2004). *Where are the girls?* Québec, Canadá: Rights & Democracy.
- Medina Gallego, C. (2017). *Por el agujero de la memoria construyendo Paz*. Bogotá D.C., Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el Marzo de 2018
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Abril de 2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Recuperado el Marzo de 2018, de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos reproductivos. Obtenido de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-present%C3%B3-pol%C3%ADtica-de-sexualidad,-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Marco político de la salud y derechos sexuales y reproductivos*. Obtenido de Salud Pública: MinSalud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Marco-politico-de-la-salud-y-derechos-sexuales-y-reproductivos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Enero de 2016). Política de Atención Integral en Salud. *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá D.C., Colombia. Recuperado el Enero de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de julio de 2016). Resolución 3202 de 2016. *Resolución 3202 de 2016*. Bogotá D.C., Colombia. Obtenido de

- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de Diciembre de 2016). Resolución 6057 de 2016. *Por la cual se establece la estructura de datos y los parámetros para el reporte del listado censal de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo -FARC- EP y el procedimiento para la liquidación y giro de los rec.* Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206057%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de Diciembre de 2016). Resolución 6357 de 2016. *Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Servicio Social Obligatorio - SSO- en el marco de las zonas veredales transitorias de normalización y se dictan otras disposiciones.* Colombia. Recuperado el Febrero de 2018, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206357%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Cáncer de cuello uterino*. Obtenido de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-cuello-uterino.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (julio de 2018). Plan Nacional de Salud Rural (Versión Borrador). *Plan Nacional de Salud Rural (Versión Borrador)*. Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (abril de 2018). *Proyecto Salud para la paz, fortaleciendo comunidades*. Obtenido de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/salud-para-la-paz-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de agosto de 2018). Resolución 3280 de 2018. Bogotá D.C., Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Resoluciones.aspx
- Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala (MINUGUR). (1997). Acuerdos de paz firmados por el gobierno de la República de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca. *Acuerdo de Paz*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Obtenido de http://www.gt.undp.org/content/dam/guatemala/docs/publications/undp_gt_Acuerdos-de-Paz-O.pdf
- Misión de Verificación ONU. (abril 2018). *Informe del Secretario General sobre la Misión de las Naciones Unidas en Colombia*. ONU. Obtenido de <https://colombia.unmissions.org/informes-del-mmv>
- Misión de Verificación ONU. (Dic 2017). *Informe del Secretario General sobre la Misión de las Naciones Unidas en Colombia*. ONU. Obtenido de <https://colombia.unmissions.org/informes-del-mmv>
- Misión de Verificación ONU. (Dic 2018). *Informe del Secretario General sobre la Misión de las Naciones Unidas en Colombia*. ONU. Obtenido de <https://colombia.unmissions.org/informes-del-mmv>
- Misión de Verificación ONU. (Jul 2018). *Informe del Secretario General sobre la Misión de las Naciones Unidas en Colombia*. ONU. Obtenido de <https://colombia.unmissions.org/informes-del-mmv>

- Misión de Verificación ONU. (Marzo 2019). *Informe del Secretario General sobre la Misión de las Naciones Unidas en Colombia*. ONU. Obtenido de <https://colombia.unmissions.org/informes-del-mmv>
- Misión de Verificación ONU. (Sept 2018). *Informe del Secretario General sobre la Misión de las Naciones Unidas en Colombia*. ONU. Obtenido de <https://colombia.unmissions.org/informes-del-mmv>
- Molano Bravo, A. (2015). Fragmentos de la historia del conflicto armado (1920 - 2010). En C. H. Víctimas, *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia* (pág. 565). Bogotá D.C.: Desde Abajo.
- Moreno, J. (8 de Febrero de 2017). El 'baby boom' de las Farc. *Colombia 2020 El Espectador*. Obtenido de Colombia 2020 El Espectador: <https://colombia2020.elespectador.com/territorio/el-baby-boom-de-las-farc>
- MSPS - INC. (2 de mayo de 2013). Resolución 1383 de 2013. *Plan Decenal para el control del Cáncer en Colombia, 2012-2021*. Bogotá D.C., Colombia. Obtenido de <file:///D:/w%20de%20grado%202018%202019/Febrero/Fuentes/Normas/resolucion-1383-de-2013.pdf>
- Muñiz, M. (2010). Estudios de caso en la investigación cualitativa. *Estudios de caso en la investigación cualitativa*. México: División de Estudios de Posgrado Universidad Autónoma de Nuevo León.
- OMS. (septiembre de 2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- ONU. (18 de Diciembre de 1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado el Marzo de 2019, de OHCHR: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- ONU. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo. Recuperado el Octubre de 2018, de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- ONU. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing. Recuperado el octubre de 2018, de http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf?la=es&vs=755
- ONU. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2015*. Nueva York. Recuperado el Marzo de 2018, de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- ONU Mujeres. (2017). *100 medidas que incorporan la perspectiva de género en el Acuerdo de Paz entre el Gobierno de Colombia y las FARC-EP para terminar el conflicto y construir una paz estable y duradera*. Recuperado el 2018, de ONU Mujeres Colombia: <http://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2017/05/100-medidas-genero-acuerdos>
- OPS. (2008). *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el junio de 2018, de

- http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guia_para_analisis_monitoreo_equidad_genero.pdf
- Organización para las Naciones Unidas. (8 de Septiembre de 2000). *Declaración del Milenio*. Obtenido de ONU: <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552s.htm>
- Organización para las Naciones Unidas. (11 de septiembre de 2012). *Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de ONU: <https://www.un.org/es/sustainablefuture/about.shtml>
- Östlin , P., George, A., & Sen, G. (2002). Género, salud y equidad: las intersecciones. En T. Evans, & Pan American Health Org, *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción* (pág. 379). Washington, D.C: Fundación Rockefeller.
- PNUD. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2015*. Obtenido de <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odsinformedoc-2015.pdf>
- PNUD. (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible Colombia. Herramientas de aproximación al contexto local*. Recuperado el Marzo de 2018, de <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-ODSColombiaVSWS-2016.pdf>
- Porta, L., & Silva, M. (octubre de 2003). "La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación cualitativa". *"La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación cualitativa"*. Argentina, Mar del Plata. Obtenido de <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/An%C3%A1lisis-de-contenido-en-investigaci%C3%B3n-educativa-UNMP-UNPA-2003.pdf.pdf>
- Presidencia de la República. (Julio de 2016). *ABC Enfoque de género en los acuerdos para la finalización del Conflicto Armado*. Obtenido de Presidencia: <http://es.presidencia.gov.co/noticia/160724-ABC-Enfoque-de-genero-en-los-Acuerdos-para-la-Finalizacion-del-Conflicto-Armado>
- Presidencia de la República de Colombia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo. (Noviembre de 24 de 2016). *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*. Recuperado el Enero de 2018, de Oficina del Alto comisionado para la Paz: <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/procesos-y-conversaciones/Documentos%20compartidos/24-11-2016NuevoAcuerdoFinal.pdf>
- Presidencia de la República de Colombia. (28 de Julio de 2017). Decreto 1274 de 2017. *Por el cual se prorroga la duración de las Zonas Veredales de Transitorias de Normalización -ZVTN- y unos Puntos Veredales de Normalización -PTN*. Colombia. Obtenido de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201274%20DEL%2028%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>
- Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Obtenido de Profamilia: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (8 de septiembre de 2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Obtenido de PNUD: https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (11 de septiembre de 2012). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de PNUD: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/background.html>
- Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23. Recuperado el 29 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010
- Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de género -WGEKN-. (2007). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente: Por qué existe y cómo podemos cambiarla*. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Recuperado el junio de 2018
- Scott, J. (1990). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 265-302 p). México: PUEG.
- Secretaría Técnica CINEP/PPP - CERAC. (Dic 2018). *Segundo Informe de la implementación del Enfoque de Género en los Acuerdos de Paz en Colombia para los verificadores internacionales Felipe González y José Mujica (A.F. 6.3.2), la CSIVI y el Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Posconflicto*. Bogotá D.C.: CINEP/PPP - CERAC. Obtenido de <https://www.cinep.org.co/Home2/temas/verificacion-internacional/secretaria-tecnica.html>
- Secretaría Técnica CINEP/PPP - CERAC. (Jun 2018). *Primer Informe de la implementación del Enfoque de Género en los Acuerdos de Paz en Colombia para los verificadores internacionales Felipe González y José Mujica (A.F. 6.3.2), la CSIVI y el Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Posconflicto*. Bogotá D.C.: CINEP/PPP - CERAC. Recuperado el 31 de agosto de 2018, de <https://www.cinep.org.co/Home2/temas/verificacion-internacional/secretaria-tecnica.html>
- Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we. *Global Public Health*, 3, 1-12p.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada*. Antioquia: Universidad de Antioquia. Obtenido de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Tribunal Constitucional de Sudáfrica. (1996). Constitución de la República de Sudáfrica, 1996. *Constitución de la República de Sudáfrica, 1996*. Sudáfrica. Obtenido de https://www.concourt.org.za/images/phocadownload/the_text/english-2013.pdf
- UNFPA. (2017). *Mundos aparte, la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad*. Obtenido de http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_WEB-READY_SWOP%202017%20report_3.pdf
- Universidad Nacional de Colombia. (febrero de 2010). Los procesos de Desarme, Desmovilización y Reintegración: buenas prácticas y retos. Bogotá D.C., Colombia. Obtenido de

http://www.humanas.unal.edu.co/observapazyconflicto/files/4414/3584/9809/ODDR_Buenas_practicas_y_retos_mayo_2010.pdf

Universidad Nacional de Colombia. (6 de Julio de 2017). *Caracterización comunidad FARC-EP. Resultados generales*. Obtenido de El Espectador: https://www.elespectador.com/sites/default/files/pdf-file/presentacion_rueda_de_prensa_julio_6_2017.pdf

USAID. (2007). Women and Conflict. An Introductory guide for programming. *Women and Conflict. An Introductory guide for programming*. Obtenido de https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.com&sl=en&sp=nmt4&u=http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/conflict/publications/docs/cmm_women_and_conflict_toolkit_december_2006.pdf&xid=17

Wickham Crowley, T. P. (1995). Auge y Declive de los gobiernos de guerrilla en América Latina. *América Latina Hoy*, 10, 7 - 20. Obtenido de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/2325>

Y Care International. (2008). *Overcoming lost childhoods - Lessons learned from the rehabilitation and reintegration of former child soldiers*. Y Care International, Bogotá D.C. Obtenido de https://www1.essex.ac.uk/armedcon/story_id/000760.pdf

Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods, Applied social research* (Vol. 5). Nueva Delhi, London: Sage Publications.

Zuckerman, E., & Greenberg, M. (Noviembre de 2004). The Gender Dimensions of Post-Conflict Reconstruction: An Analytical Framework for Policymakers. *Gender and Development*, 70-82. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/4030657>