

**Salud Sexual y Reproductiva en mujeres víctimas del Conflicto Armado en el Sur
Occidente Colombiano.**

Diego Fernando Albán

Lina Alejandra Embus

Universidad del Cauca

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

Popayán

2018

**Salud Sexual y Reproductiva en mujeres víctimas del Conflicto Armado en el Sur
Occidente Colombiano.**

Diego Fernando Albán

Lina Alejandra Embus

**Trabajo presentado como prerrequisito parcial en calidad de Proyecto de Grado para optar al título de
Enfermero/a**

Asesora académica: Enfermera Magister. Ivett Adriana Herrera

**Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería
Popayán
2018**

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	5
Problema.....	7
Justificación.....	11
Diseño de Objetivos	14
General.....	14
Específicos.....	14
Marcos Referenciales	15
Teórico.....	15
Antecedentes.....	21
Conceptual	28
Legal	30
Metodología	35
Línea de investigación.....	35
Tipo de estudio	35
Población	35
<i>De estudio</i>	35
<i>Objetivo</i>	35
Muestra	35
<i>Tamaño</i>	35
<i>Tipo de muestreo</i>	35
Área de estudio	36
Criterios de Participación	36
<i>De Inclusión</i>	36
<i>De Exclusión</i>	37
Variables de estudio.....	37
Recolección de la Información	37
<i>Diseño y prueba del instrumento</i>	37

<i>Recolección de datos</i>	37
Consideraciones Éticas.....	38
Principios.....	38
<i>Autonomía</i>	38
<i>Beneficencia y No Maleficencia</i>	38
<i>Justicia</i>	39
<i>Respeto</i>	39
<i>Confidencialidad</i>	39
Apropiación social del conocimiento.....	39
Resultados.....	40
Datos socio –demográficos.....	40
<i>Procedencia</i>	40
<i>Edad</i>	40
<i>Residencia</i>	40
<i>Escolaridad</i>	40
<i>Estado Civil</i>	40
<i>Estrato Socio-económico</i>	41
<i>Tipo de vivencia en el conflicto armado</i>	41
<i>Tiempo de desplazamiento</i>	41
Antecedentes gineco-obstétricos.....	41
<i>Número de embarazos</i>	41
<i>Abortos</i>	41
<i>Lugar de atención del parto</i>	41
<i>Controles prenatales</i>	41
Conocimientos.....	43
Discusión.....	64
Conclusiones.....	72
Recomendaciones.....	73
Referencias.....	74

Introducción

Para el Centro Internacional para la Justicia Transicional (2014):

Durante 50 años de conflicto armado en Colombia, la violencia sexual ha sido una práctica generalizada pero también silenciada, que ha disfrutado de los más altos niveles de impunidad. Según un estudio de prevalencia llevado a cabo por Oxfam, entre el 2001 y el 2009, menos del 18% de las mujeres denuncian casos de violencia sexual. De aquellos casos que sí son denunciados, solo dos de cien probablemente lleguen a obtener una sentencia, dejando un nivel de impunidad de más del 98%. Asimismo, otro aspecto revelador es que, en el proceso de Justicia y Paz, en el cual los paramilitares desmovilizados optaban a penas alternativas a cambio de la confesión de todos sus crímenes, de los 39.546 actos confesados sólo 96 se referirían a violencia sexual. Esto demuestra que los autores de estas violaciones no reconocen o consideran que los actos de violencia sexual sean crímenes serios (p.2).

En el Departamento del Cauca, que ha sido quizá uno de los departamentos más golpeados por esta guerra, decenas de mujeres se han visto afectadas, a miles de estas mujeres se les han vulnerado sus derechos sexuales, han sido obligadas y sometidas a abusos sexuales, abortos negándoles así el derecho a ser madres, se les han vulnerado sus derechos sexuales y reproductivos. En Colombia, hasta la fecha 10.540 personas se han registrado como víctimas tras haber sufrido delitos contra la integridad y la libertad sexual. De ellas, 9.455 son mujeres (513 en el Cauca). Que las mujeres representen el 90% de quienes han sufrido estos hechos no es una casualidad, sino que “implica reconocer que el conflicto armado ha traído una exacerbación de las violencias de género que se enmarcan en una cultura patriarcal machista en lo cotidiano” (Unidad para las Víctimas. Mujeres que apoyan a mujeres: Las caucanas que sobrevivieron a la violencia sexual; 2015, p.3).

Es por esta razón que en la actualidad se encuentran muy pocas investigaciones acerca de este tema, para esto quisimos analizar la problemática que viven estas mujeres afectadas por este crimen en el departamento del Cauca específicamente en la ciudad de Popayán, en donde se entrevistaron a 60 mujeres que acudieron en los meses de Marzo a Junio del año en curso al Centro de Atención de Víctimas.

Este estudio descriptivo de corte transversal nos arrojó resultados en cuanto a los datos sociodemográficos de la población objetivo, determinar las prácticas de dicha población referentes a su salud sexual y reproductivas, como la realización de la citología cervico-uterina, el autoexamen de mama entre otras; además de los conocimientos que tenían las mujeres encuestadas referente a su salud sexual y reproductiva permitiéndonos saber el grado de desconocimiento de temas que son importantes a la hora de prevenir enfermedades en cuanto a salud sexual y reproductiva. Con la obtención de estos resultados logramos cumplir con los objetivos inicialmente planteados.

Lo que buscamos con la realización de este estudio es hacer conocedores a los entes implicados como la Unidad de Atención a Víctimas en la ciudad de Popayán para que se tomen las medidas necesarias en cuanto a jornadas educativas y preventivas para este grupo de mujeres referente a salud sexual y reproductiva. Cabe destacar que la mayoría de mujeres encuestadas (38) fueron captadas en la Unidad de Víctimas, los 22 restantes fueron captadas en La fundación Red de Mujeres Víctimas y profesionales y en el Centro de Salud de Alfonso López (CUS), por lo que estas entidades también se harán partícipes de la situación encontrada en el estudio.

Problema

El conflicto interno armado es un fenómeno que afecta tanto a los colombianos como a todas las personas en el mundo. Históricamente han existido diferentes tipos de confrontamientos, entre los más comunes se encuentran los de tipo político y religioso. Específicamente en Colombia, las causas para que se desarrolle el conflicto armado se centran en la pobreza, la falta de educación, el abandono estatal y las deficiencias socio-económicas en los núcleos familiares. Como consecuencia de este conflicto se han evidenciado desplazamientos forzados, reclutamientos y violencia ejercida contra la mujer, tanto física, psicológica y sexual. La falta de reconocimiento social de las mujeres como sujetos iguales en dignidad y derechos, los estereotipos de género que acentúan la discriminación contra la mujer, y la constante ponderación social de la superioridad atribuida al género masculino, aumentan la vulnerabilidad de las mujeres frente a la violencia sexual (Conflicto Armado, 2015, p.1).

Respecto a esta problemática, los instrumentos y plataformas internacionales que dan un primer paso para la solución de este fenómeno son: la conferencia de Viena sobre derechos humanos de 1993¹, en la que se hace referencia al maltrato, la mutilación y la violación. Así mismo, la Declaración sobre la Eliminación de todas las formas de Violencia contra la Mujer, aprobada por la ONU en 1994, enuncia que las mujeres son especialmente vulnerables en conflictos armados; en Beijing en 1995, el tema se instituyó como una de las dos esferas de preocupación sobre las cuales se pensó en generar acciones urgentes. Sin embargo, fueron sobre todo los tribunales de Yugoslavia y de Ruanda los que marcaron un cambio frente al tratamiento del problema, pues hubo violaciones masivas para degradar, doblegar y acabar con un grupo étnico.

¹ Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 14 a 25 de junio de 1993, Viena (Austria).

La gravedad de la situación ha llevado a la Corte Constitucional de Colombia a sentenciar que la violencia sexual cometida contra la mujer –incluyendo abuso y explotación sexual– “es una práctica habitual, extendida, sistemática e invisible en el contexto del conflicto armado colombiano”.

Al respecto, la ley 1448 de 2011 en el Artículo 13, define el ‘Enfoque Diferencial’ como:

...aquel que reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad. Por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral que se establecen en la ley 1448, contarán con dicho enfoque.

Junto a estas medidas se establecen marcos y bloques normativos que identifican a las mujeres como sujetos de especial protección, los cuales enumeran no solo las competencias y obligaciones que el estado colombiano tiene con estos grupos, además exige al mismo construir y diseñar programas, lineamientos, acciones y planes que contribuyan a la reparación integral de estas personas y a garantizar el goce efectivo de sus derechos bajo el marco de la transformación progresiva de aquellas condiciones de desigualdad que permitieron y mantuvieron su situación de vulnerabilidad e inequidad social (Mujeres y conflicto armado, 2006, p.6).

La violencia de género es muy antigua en la historia de la humanidad; comunidades enteras han sufrido sus consecuencias; en donde las mujeres y las niñas siempre se han visto particularmente afectadas debido a su condición social y de género. En el siglo XX, se han constatado violaciones a las mujeres, incluso de manera sistemática, como táctica explícita de guerra. Esto ha sido una forma de calmar a las tropas, de premiarlas; o de humillar al enemigo, de ver a sus mujeres como botín de guerra. Es decir, es un mecanismo para aterrorizar, violentar y deshonar a una comunidad, para obligarla a desplazarse o, en el más crudo de los casos, aniquilar a un grupo entero que puede

ser étnico, religioso o político (Fiscó, 2005, p.119). Pese a la persistencia del problema a lo largo de la historia, sólo hasta los años noventa se empiezan a formular acciones internacionales trascendentes. Cabe preguntarse ¿por qué tanto silencio al respecto?

Una razón, a la que alude Lemaitre (2003, p.5), es que los bandos enfrentados ejercen de manera similar la violencia sexual, lo que impide culpabilizar a alguien porque lo harían sobre sí mismos. Por otra parte, este tipo de crímenes no sólo atenta contra el pudor y el recato sexual en la mujer, sino que va más allá y significa que el ofendido también es el marido, el padre, los familiares de la víctima y hasta la comunidad entera. Es decir, la historia de las mujeres no interesa, no importa, no es parte de la historia oficial, así la violación sea delito (Bennet, 1995, p.12).

Dentro de los riesgos mencionados, la Mesa de trabajo “Mujer y conflicto armado” en su Sexto Informe enmarca como las violaciones perpetradas sobre mujeres organizadas o defensoras de los derechos humanos se constituye como uno de los hechos violentos de mayor gravedad, pues reviste de connotaciones individuales y colectivas que lesionan de manera irreparable a las víctimas de este tipo de delitos, a través de:

...el control de la reproducción sobre mujeres indígenas, afrocolombianas o de otras comunidades marginadas; dificultad en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva debido al control o a la disputa territorial por parte de los actores del conflicto; imposición de prácticas de control de la reproducción y del aborto sobre las niñas y mujeres combatientes; asesinato y violación de mujeres cabeza de familia cuyas parejas estaban ausentes, argumentando que la ausencia de compañero se debe a su pertenencia a la guerrilla; control social y de comportamiento de los habitantes de una comunidad en particular de las mujeres; imposición de normas sexistas y homofóbicas: la persecución y violación de mujeres lesbianas; la ejecución de mujeres seropositivas; la esclavitud sexual y secuestro para que

realicen tareas domésticas para los combatientes de mujeres y niñas (Mujeres y conflicto armado Mesa de trabajo “Mujer y conflicto armado”, 2006, p.15)

Justificación

De acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública para el año 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluirán programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros (Plan Decenal de Salud Pública.2012-202. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, 2012, p.9).

La Política Pública Nacional de Equidad de Género, reconoce el aporte que las mujeres hacen a la producción y reproducción de nuestra sociedad. Las mujeres como sujetos sociales contribuyen al desarrollo del país en todos los ámbitos, sin embargo, aún persisten diversas formas de discriminación que aún las afectan y que impiden el ejercicio de sus derechos y la ampliación de sus capacidades. Existe aún en el país una brecha considerable entre el reconocimiento de derechos y el ejercicio de éstos para la mayoría de mujeres, especialmente para aquellas que enfrentan situaciones de especial vulnerabilidad o aquellas que evidencian la intersección de múltiples discriminaciones, generándoles una afectación desproporcionada y una relación inequitativa (Lineamientos de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres, 2012, p.63).

Para comprender el impacto de la violencia relacionada con el conflicto, es importante comprender el contexto social y cultural de este crimen. Además de los sistemas patriarcales basados en la dominación y la discriminación de género, existen otros factores como la marginación social, política y económica que deben ser tenidos en cuenta. Para las mujeres indígenas y afro-colombianas estos factores se combinan con actitudes históricas relacionadas a la esclavitud y discriminación racial. La impunidad sirve para reforzar, en lugar de desafiar estas

normas y patrones preexistentes De discriminación contra la mujer, tanto dentro como fuera del conflicto.

Si bien los procesos de formulación de políticas para la mujer desde el inicio de la década del noventa han sido iniciativas de todos los gobiernos, los procesos de implementación han sido discontinuos, pues, en materia de derechos de las mujeres el país ha avanzado mucho más en normativas que los reconocen, que en políticas que permitan su ejercicio real. Si se analizan los contenidos de los diferentes documentos de políticas que se han formulado, éstos dan cuenta de las principales problemáticas que siguen afectando a las mujeres en Colombia, tales como dificultades para generación de ingresos y empleo decente, baja participación política, altos niveles de violencias basadas en género, problemas para el acceso a la salud sexual y reproductiva y a la educación, o demoras injustificadas en la protección de sus derechos. Dados estos antecedentes, la necesidad de contar con políticas públicas para las mujeres se sustenta, en primer lugar, en el hecho de que éstas no son una minoría, sino, en efecto, más de la mitad de la población por lo que se requiere que todas las políticas, planes y programas beneficien a toda la sociedad, además de implementar acciones específicas para las necesidades e intereses particulares de la población femenina. En segundo lugar, en que muchas de las desigualdades que enfrentan las mujeres tienen que ver con la división sexual del trabajo, la asignación de roles y estereotipos culturales y las negociaciones que se dan al interior del hogar. En tercer lugar, la afectación particular que adquieren en las mujeres determinados problemas sociales y que requieren una atención diferenciada. Por último, en que la carga inequitativa de las mujeres dificulta la movilidad social y el desarrollo del conjunto del país

No existe un registro oficial que recopile datos específicos sobre el número de mujeres y niñas que han sido víctimas de violencia en el contexto del conflicto colombiano. El Instituto Nacional

de Medicina Legal y Ciencias Forenses, añadió recientemente esta categoría a su recolección de datos. Sin embargo, su cobertura del país es limitada. Las ONG de mujeres han hecho grandes esfuerzos para documentar este crimen; el estudio más completo hasta la fecha es de la Campaña ‘Violaciones y otras violencias: Saquen Mi Cuerpo de la Guerra’. Su estudio abarca un período de nueve años (2001-2009) y encuentra que, en promedio, 54.410 mujeres por año, 149 por día, o 6 mujeres por cada hora, sufrieron violencia sexual en Colombia. Estas cifras apoyan las conclusiones de la Corte Constitucional que establecen que la violencia sexual constituye una ‘práctica sistemática, habitual y generalizada’ en el conflicto colombiano.

En este trabajo se busca determinar e identificar como ha sido y como es actualmente la salud sexual y reproductiva en las mujeres víctimas del conflicto de una fundación en la ciudad de Popayán, indagar sobre los conocimientos acerca de la prevención en salud sexual, los métodos que existen para la promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, además detectar como ha influido el conflicto armado en las prácticas de salud sexual en estas mujeres, su autocuidado y vida en general.

Diseño de Objetivos

General

‖ Describir la salud sexual y reproductiva de mujeres pertenecientes a asociaciones de reparación de víctimas Del Conflicto Interno Armado en la ciudad de Popayán.

Específicos

‖ Caracterizar socio demográficamente a mujeres pertenecientes a asociaciones de reparación de víctimas del Conflicto Interno Armado en la ciudad de Popayán.

‖ Determinar las prácticas de autocuidado de dicha población de mujeres víctimas del Conflicto Interno Armado relacionadas a su salud sexual y reproductiva.

‖ Identificar factores de riesgo y factores protectores de esta población de mujeres respecto a su salud sexual y reproductiva.

Marcos Referenciales

Teórico

□ **Derechos Sexuales y Reproductivos y Conflicto Interno Armado**

Los derechos sexuales y reproductivos son un componente básico de los derechos humanos. Son aquellos derechos humanos interpretados desde el punto de vista de la sexualidad y reproducción de hombres y mujeres, cuya garantía es requisito fundamental para el goce de una vida sexual plena y libre. El cuerpo es el primer lugar al cual los derechos humanos hacen referencia y de ahí que se pueda registrar la violación de estos o no; el derecho a la vida, el respeto de la dignidad humana, el reconocimiento por la diferencia, entre otros, son derechos que permiten identificar su ejercicio y su vulneración en diferentes ámbitos (Defensoría del Pueblo. Promoción y Monitoreo de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Mujeres Víctimas de Desplazamiento Forzado con Énfasis en Violencias Intrafamiliar y Sexual; 2008, pág. 42).

La sexualidad como condición humana y el ejercicio de la sexualidad son campos de ejercicio de derechos humanos. Esto significa que una sexualidad sana, orientada al disfrute y al desarrollo personal Consejo Presidencial para los Derechos Humanos, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos debe estar precedida por el respeto de la dignidad humana y de las libertades y derechos y orientada a la realización del proyecto de vida personal. Los derechos sexuales y reproductivos, son los derechos humanos relativos al ejercicio de la sexualidad y de la reproducción que coadyuvan y garantizan que los seres humanos tengan y realicen una vivencia de la sexualidad y de la reproducción sana, libre, placentera y sin riesgos, como parte sustantiva del proyecto de vida. Estos hacen parte de los derechos humanos como campos de ejercicio de derechos y libertades de aspectos de la vida que

históricamente se consideraban privados o íntimos tales como los relacionados con la vivencia y toma de decisiones en el mundo de las relaciones afectivas, las relaciones sexuales y los aspectos relacionados con la reproducción, los lazos parentales o de familia. Los derechos sexuales y reproductivos se fundan y desarrollan la dignidad humana y se orientan a la regulación de las relaciones sexuales entre generaciones y entre hombres y mujeres, al logro de la armonía y la equidad sexual y por tanto se oponen a toda forma de discriminación, riesgo, miedo, amenaza, coacción y violencia en el terreno de la sexualidad y de la reproducción.

□ **Derechos Sexuales**

1. El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados.
2. El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
3. El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
4. El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
5. El derecho a escoger las y los compañeros sexuales.
6. El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.
7. El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activo o activa o no.
8. El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.
9. El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola.

10. El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
11. El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
12. El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad.
13. El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales (Federación Internacional de Planificación de la Familia. Derechos Sexuales, 2008, p.26).

□ **Derechos Reproductivos**

1. El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.
2. El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.
3. El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
4. El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).
5. El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia.
6. El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia, y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

7. El derecho de contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.
8. El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad.
9. Derecho a decidir interrumpir voluntariamente el embarazo en los casos permitidos por la Ley 94 (Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Declaración de los Derechos Sexuales, 2008, p.63).

El tema de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia, sus desarrollos y particularidades deben ser contextualizados en las luchas del movimiento social de mujeres, el feminismo y las iniciativas políticas de las mujeres por la equidad de género, durante las décadas de 1970 y 1980 así como a los compromisos asumidos por el Estado colombiano en conferencias y acuerdos internacionales; a las organizaciones privadas, originadas en las iniciativas por la planificación familiar y a las investigadoras e investigadores académicos dedicados a cuestiones tales como las relaciones de género, las culturas sexuales, los movimientos sociales, el feminismo, la diversidad sexual y de género, entre otras (Serrano y Pinilla, 2010, p.22).

Los antecedentes directos de las políticas de Salud Sexual y Reproductiva que suceden a mediados de los años sesenta representó en el mundo, y específicamente para el país un momento de cambios sociales y políticos, que dan a la apertura para el abordaje de la sexualidad, como una temática específica y objeto de las políticas de Estado. Durante esta época tuvieron lugar las primeras campañas, dirigidas al cumplimiento de los compromisos adquiridos internacionalmente, en torno a la planificación familiar (Fondo de Población de las Naciones Unidas. Módulos Pedagógicos para formadores en Salud Sexual y Reproductiva, con enfoque de Derechos y Género, 2007, p. 25).

□ **Enfermería, Sexualidad y Conflicto**

Se define "salud sexual" como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. No es solamente la ausencia de enfermedad. La salud sexual requiere una aproximación positiva y respetuosa a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que se alcance y mantenga la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. La actitud del profesional de salud es fundamental como estrategia para la difusión de los derechos sexuales y, en última instancia, para la promoción de la salud mental. Si se plantea como meta terapéutica la estructuración de la mutua confianza, como lo propone la ética del cuidado, es más probable y confiable la identificación de prácticas sexuales de riesgo y la transmisión de valores respecto del ejercicio responsable de la sexualidad.

Los enfermeros(as) que muestran actitud de escucha, compromiso de acción y solidaridad con el sufrimiento de sus pacientes, fomentarán la ejecución de hábitos saludables de vida. Esto debe partir no sólo desde un deber técnico relacionado con la profesión, sino desde el compromiso vital de la relación vinculante que se da entre un cuidador y su paciente. La marcada vulnerabilidad sexual de muchas mujeres puede ser aminorada si encuentran criterios claros de ayuda en las instituciones de salud. La consolidación de la cultura de la prevención en salud sexual requiere que la transmisión de los conocimientos se haga en un contexto que incluya el trato humano digno, el respeto a los valores individuales y la opción de hablar abiertamente de la sexualidad sin temor a ser sancionado o puesto en ridículo (Montoya, 2007, sp).

El cuidado de enfermería se constituye en un campo potencial para explorar, dinamizar y reorientar el acompañamiento que vienen haciendo a los individuos, familias y comunidades

afectadas por el conflicto armado. Este aporte se robustece en la medida en que la enfermería tienda hacia un proceso de *(des)colonización* del modelo biomédico, de la jerarquía patriarcal y de los mecanismos regulatorios institucionales imperantes que desconocen la pertinencia del cuidado, pero igualmente en la medida en que permanezcamos abiertos a la diversidad en el uso de diferentes paradigmas para guiar el desarrollo de la teoría y la investigación. Incorporar a la investigación, la enseñanza y la práctica de la enfermería, nociones como las de *sufrimiento social*, permite acercarse a la particularidad de la experiencia vivida, núcleo de la perspectiva disciplinar en enfermería, y en contextos de violencia política particularmente, se sitúa en una perspectiva ética, que reclama la vida en dignidad.

El acompañamiento que los profesionales de enfermería realizan y el lugar que ocupan en los sistemas de atención, es un lugar privilegiado para acercarse a la vida cotidiana de las personas, las familias y comunidades afectadas por el conflicto armado. Tanto los escenarios de atención de mayor complejidad tecnológica hasta los de primer nivel, además de los escenarios donde transcurre la vida cotidiana: barrios, escuelas, organizaciones sociales formales e informales de diversa índole; son fuente de reconocimiento de sus necesidades, así como de sus recursos. Las expresiones de sufrimiento humano tanto individuales como colectivas, reclaman que haya un acompañamiento a los procesos de reconstrucción de los proyectos y trayectorias vitales, tanto individuales como colectivos. Esta apertura solo es posible cuando se logra reconocer dicho sufrimiento. En este punto, se abre un abanico de múltiples posibilidades para el aporte de la enfermería en contextos de violencia y conflicto armado, mediante la construcción e implementación de nuevas estrategias de cuidado (Arias, 2013, sp).

Antecedentes

El conflicto interno armado en Colombia se remonta al siglo XIX cuando comienzan a darse las rivalidades entre los partidos tradicionales que se hizo más fuerte durante la Guerra de los Mil días e inicio un largo periodo de violencia en Colombia. En cuanto al conflicto político actual, empieza en la década de los 60 con la aparición de las guerrillas (principalmente las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia y el Ejército de Liberación Nacional), fruto de la exclusión social y política, la distribución desigual de las tierras, y la injusticia social. En Colombia existen aproximadamente alrededor de unos 140 grupos de los cuales la mayoría están siendo financiados por el narcotráfico. Entre 1948 y 1965 hubo una guerra tan sangrienta que este periodo se conoce como la "época de la violencia". En el año 1958, el poder se distribuyó entre los dos poderosos partidos tradicionales y los demás grupos de presión no pudieron participar en los procesos políticos. Eso tuvo como consecuencia que, a mediados de los años sesenta, se formaran las dos guerrillas de izquierda más importantes hasta hoy: Las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN). Estas dos guerrillas juntas controlan hoy día aproximadamente, con sus más de quince mil guerrilleros, la mitad de la superficie de Colombia (Conflicto Armado, 2015, p.26).

□ **Actualidad del Conflicto**

En agosto de 2012, después de cinco décadas de conflicto y dieciocho meses de conversaciones secretas entre el presidente Juan Manuel Santos y las FARC, se anunció oficialmente la buena noticia acerca de las conversaciones de paz entre el Gobierno colombiano y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo-FARC. El Gobierno y las FARC acordaron una agenda de seis puntos, que trata sobre la política agraria, el desarrollo, la participación política, el

narcotráfico, la justicia y los derechos de las víctimas, el fin del conflicto, la implementación y la verificación. El grupo guerrillero más pequeño, el Ejército de Liberación Nacional-ELN, se había quedado fuera de estas conversaciones, pero en agosto de 2013 se anunció la intención de incluirlos en las conversaciones paralelas. Las organizaciones de la sociedad civil colombiana tienen mayores esperanzas que en anteriores procesos de paz, de que se firme un acuerdo.

La violencia sexual relacionada con el conflicto tiene que ser entendida en su contexto social y cultural. Además de los sistemas patriarcales basados en la dominación y la discriminación de género, hay otros factores de riesgo tales como la marginación social, política y económica. Estas raíces estructurales crean un contexto permisivo para el uso de la violencia contra las mujeres. La impunidad de estos crímenes sirve para reforzar, en lugar de desafiar, estas normas y patrones preexistentes de discriminación contra las mujeres tanto dentro como fuera del conflicto. Este tipo de violencia en Colombia se ha cometido en muchas formas e incluye características tales como: la tortura y la mutilación, el asesinato de niños no nacidos, la violación en presencia de miembros de la familia, y la violación en grupo.

El fenómeno de la violencia contra las mujeres no es reciente. Su estudio y los esfuerzos para hacerla visible han hecho que se enuncie como un problema de carácter social y se considere como delito en algunos países del mundo. "Desde la década de los noventa, los esfuerzos emprendidos por las organizaciones de mujeres, los y las expertas y algunos gobiernos comprometidos con esta cuestión han supuesto una profunda transformación de la sensibilización pública respecto al problema. Así pues, actualmente es una cuestión ampliamente reconocida que dicha violencia constituye un grave problema de derechos humanos y salud pública que afecta a todos los sectores de la sociedad"

□ **Salud Sexual y Reproductiva en el Conflicto Armado Interno en Colombia**

Según un estudio realizado por Profamilia, la Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana, en donde se presentó la primera encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva de la Población Víctima del Conflicto Armado y Vulnerable en Fundación, Magdalena. Esta es la primera encuesta de este tipo que se realiza en Colombia para un municipio específico y en la que se incluye información sobre hombres. Los hallazgos de esta encuesta permiten a la administración local de Fundación proyectar políticas públicas de salud sexual y reproductiva para la población del municipio. La presentación de la encuesta tuvo lugar hoy en Fundación y contó con la participación de la alcaldesa del municipio, Luz Stella Durán, de miembros de su equipo y de representantes de entidades de salud e instituciones educativas, entre otros

La muestra de esta encuesta, centrada en población víctima y en condiciones de vulnerabilidad, estuvo compuesta por 900 mujeres entre los 13 y los 49 años, y 900 hombres entre los 13 y los 69 años. Se entrevistaron 824 hogares. La encuesta indagó, entre otros, sobre las condiciones habitacionales de las viviendas y la composición de los hogares; el conocimiento que tiene la población acerca de la salud sexual y reproductiva, y el uso de métodos anticonceptivos; y las condiciones de salud y cobertura del sistema de seguridad social en salud.

Los principales hallazgos fueron:

┌ Nivel educativo: El 43% de la población sólo cursó primaria, el 36% estudió hasta secundaria y sólo el 3% de los habitantes ha estudiado una carrera universitaria.

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud: El 80% de la población está afiliado al régimen subsidiado, el 11,3% al contributivo y el 7% no está afiliado.

┌ Salud Sexual y Salud Reproductiva: La tasa de fecundidad es de 2,6 hijos por mujer, similar a la de Colombia que es de 2.1 por mujer (ENDS 2010). Existe un alto porcentaje de embarazo en adolescentes: el 60% de las mujeres de 19 años ya es madre o está embarazada, mientras que el

2,1% de los hombres ya es padre. Del total de las mujeres menores de 19 años madres, el 21,7% es víctima del conflicto y el 24% población vulnerable.

‖ Planificación familiar: Aunque el 100% de las mujeres afirmó conocer algún método anticonceptivo, el 44% de ellas no usa ninguno. Por su parte, el 99% de los hombres tiene conocimiento, pero el 52.9% no usa ninguno. Aunque todos los conocen, más de la mitad de la población no planifica.

‖ VIH/SIDA: Aunque el 98% de la población entre hombres y mujeres conoce sobre el VIH, tan sólo el 23% de las mujeres y el 21% de los hombres saben qué es, cómo se transmite y cómo prevenirlo.

‖ ITS (Infecciones de Transmisión Sexual): Referente a los síntomas de las ITS, el 32,4% de los hombres tiene conocimiento sobre ellas, mientras que, de las mujeres, sólo el 30,6%. El 7,8% de las mujeres y el 0,5% de los hombres ha tenido alguna ITS en algún momento de su vida.

‖ Uso del condón: En cuanto al uso de este método, el 7,1% de los hombres y el 4,2% de las mujeres manifestó utilizarlo en sus relaciones sexuales (Gómez et al. 2014, p.45).

En el departamento del Cauca por sus problemas de conflicto muchas mujeres han dejado su autocuidado relegado a un segundo plano, y no han visualizado la salud en sí mismas es por esto que se debe indagar sobre aspectos relacionados a su salud como son:

- Maternidad segura
- Salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes
- Prevención de cáncer de cuello Uterino
- Prevención VIH
- Violencia de género

□ **Las líneas de SSYR y su relación con el Conflicto**

┌ **Maternidad Segura:** Durante conflictos y desplazamientos, la vulnerabilidad física y social de las mujeres aumenta. El estrés y la malnutrición ponen en peligro la salud de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y de sus hijos. La red extendida del apoyo familiar durante el periodo de embarazo y de lactancia, se pierde. Las mujeres traumatizadas puede que no tengan apoyo práctico o emocional. La mortalidad y morbilidad maternal aumenta durante los conflictos ya que las mujeres no pueden acceder o llegar a los hospitales a tiempo. Se estima que 1 de 20 violaciones durante los conflictos acabarán en embarazos no deseados. Servicios de aborto legal, seguro y accesible, raramente existen en situaciones de conflicto, haciendo así que las mujeres tengan que buscar medios de aborto ilegal e inseguro. Las Naciones Unidas estiman que hasta un 50 por ciento de las muertes de maternidad en un entorno de refugiados son resultado de abortos inseguros. Muchas mujeres sufren de varias infecciones y pérdida de sangre, heridas debilitantes e infertilidad como consecuencia de un aborto inseguro.

┌ **SSYR para jóvenes y adolescentes:** Durante los conflictos, la destrucción de las estructuras sociales afecta adversamente el crecimiento emocional y psicológico y al desarrollo sexual de los adolescentes. La ausencia de formas tradicionales que guíen en la transición hacia la edad adulta puede dar como resultado un incremento de comportamientos de riesgo desde una temprana edad, incluyendo el abuso del tabaco, las drogas y el alcohol. La nutrición pobre y la violencia pueden ser impuestas a los adolescentes y por ellos mismos. Sus deseos de planear el futuro pueden disminuir, afectando a la motivación adolescente y a la habilidad de tomar los pasos necesarios para evitar ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados. Las chicas adolescentes, ambas, casadas y no casadas, que quedan embarazadas, pueden verse sin el apoyo necesario para el

embarazo, el nacimiento y la cría del niño. El riesgo de abortos inseguros también aumenta cuando tanto las redes de apoyo social como los servicios médicos son interrumpidos.

‖ **Prevención Cáncer de Cuello Uterino:** El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y ello en todas las partes del mundo; todos los casos están relacionados con una infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VPH). Más del 90% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a los oportunos servicios de detección y tratamiento es muy limitado. En estudios realizados en donde se buscaba Validar una prueba serológica de anticuerpos anti-VPH e infección persistente por Virus de Papiloma Humano en 5.000 mujeres víctimas del conflicto armado y de escasos recursos en Colombia, se logró establecer que hay un mayor número de mujeres infectadas por VPH, especialmente en regiones con altas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al cáncer de cérvix y en poblaciones con acceso limitado a servicios de salud y tecnología de vanguardia. Adicionalmente, como hallazgo importante se encontró que la etnia indígena presenta un mayor riesgo a contraer infección viral e infecciones con múltiples tipos de VPH de alto riesgo, probablemente por sus condiciones de vulnerabilidad, pobreza, rasgos socio-culturales y el nivel de acceso al servicio de salud que puede ser inadecuado e insuficiente. En el año 2012 murieron en el Departamento 60 mujeres, a causa de esta enfermedad, mientras en el 2013 se registraron 35 decesos. En Colombia se diagnostican al año, aproximadamente, 6.800 casos de cáncer de cuello uterino, con una mortalidad del 50%. Recordó que esa patología se origina en una infección por el virus del papiloma humano (VPH).

‖ **Prevención ITS y VIH:** En 2011 se registraron en los países de ingresos bajos y medios unos 820 000 nuevos casos de infección por el VIH en la población con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años; más del 60% eran mujeres.

A nivel mundial, las adolescentes y las mujeres jóvenes (15 a 24 años) presentan un riesgo de infección por el VIH el doble de elevado que los niños y jóvenes varones del mismo grupo de edad. Este mayor riesgo está asociado a prácticas sexuales poco seguras, a menudo no deseadas y realizadas bajo coacción.

Con el objetivo de impulsar la acción política y concientizar a las personas a acudir tempranamente a los servicios de salud y no generar discriminación a las personas que viven con el diagnóstico de VIH/SIDA, todos los 1 de diciembre de cada año, se ha convertido en una fecha emblemática, en la que el mundo entero, conmemora la respuesta al VIH y la lucha contra el SIDA y a la que se une el Gobierno departamental del Cauca a través de la Secretaría de Salud. Actualmente, el Cauca cuenta con alrededor de 600 casos de personas diagnosticadas. En lo corrido de 2015 se han notificado 159 nuevos casos, incluyendo 10 mujeres embarazadas, el 70% son hombres con un 30% restante de mujeres.

} **Violencia de género:** La violencia de género en Colombia se presenta como un caso particular debido a la multitud de factores sociales e históricos que la sustentan. Nos proponemos dar una visión general de la situación de la mujer colombiana en materia de violencia de género, dando claridad a los problemas reales que sufren día a día dentro del contexto particular que presenta este país, haciendo principal hincapié en el concepto “violencia de género”, sus alcances y limitaciones para resolver problemas en el futuro.

Por ello, se encuentran diversos tipos de violencia ejercida hacia las mujeres colombianas, entre ellos, asesinatos, abortos forzados, violencia física/psicológica intrafamiliar y por fuera de la familia, acoso, abusos sexuales, entre otras. Pero no solo suceden estos y otros sucesos violentos hacia las mujeres, la situación es más compleja, ya que el tema de la desigualdad y la violencia de

género, ha estado estrechamente ligado al conflicto armado que padece Colombia desde hace más de 50 años (Ramos, 2014, p.6).

Conceptual

‖ **Víctima:** Son consideradas víctimas las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1 de enero de 1985, como consecuencia de violaciones graves y manifiestas de las normas internacionales de Derechos Humanos y de infracciones al Derecho Internacional Humanitario -DIH ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. Entre los que se encuentran homicidio incluidas víctimas de masacres; secuestro; desaparición forzada; tortura; delitos contra la libertad y la integridad sexual en el marco del conflicto; minas antipersonales; munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado; vinculación de niños niñas adolescentes a actividades relacionadas con el conflictos; acto terrorista; atentados; combates; enfrentamientos y hostigamientos; abandono forzado o despojo forzado de tierras, o desplazamiento forzado, entre otras (Gobierno Innovador. Alianza Gobierno Abierto, 2018, p.1).

‖ **Derechos de las mujeres:** Son un conjunto de intereses y necesidades de la población femenina surgidas del debate promovido desde la perspectiva de género y que, en el contexto de los derechos humanos, constituyen una ampliación de los derechos humanos de forma específica para la población femenina (Revista IIDH, p.15).

‖ **Salud sexual y reproductiva:** Salud sexual y reproductiva implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes, sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un parto seguro y sin riesgos y el derecho a dar luz y a criar niños saludables.

‖ **Derechos Sexuales y Reproductivos:** Son los Derechos Humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción, son de conceptualización reciente. Implican la posibilidad de mujeres y hombres de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y vida en estos campos.

‖ **Equidad de Género:** El término “Género” se refiere a los atributos y oportunidades sociales vinculadas con el hecho de ser hombre o mujer y las relaciones entre mujeres, hombres, niñas, niños, así como a las relaciones entre mujeres y entre hombres. Estos atributos, oportunidades y relaciones se construyen y se aprenden social e históricamente. Dependen del contexto y el momento, y pueden cambiar. De ahí que “Equidad de Género” es la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de las mujeres y los hombres, las niñas y los niños.

‖ **Regulación de la fecundidad:** Incluye la planificación familiar definida como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentran la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. También incluye la atención de aspectos relacionados con la fertilidad de las personas.

‖ **Discriminación de género** se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de los roles y las normas de género socialmente construidas que impidan que una persona disfrute plenamente los derechos humanos

Legal

‖ **Hitos normativos, jurisprudenciales y de política pública.** Todos los instrumentos normativos existentes contribuyen al goce y ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres, promueven acciones afirmativas y generan una transformación de las estructuras y prácticas de la sociedad que ayudan al fortalecimiento de la democracia, a la reconstrucción de la ciudadanía de las mujeres víctimas y a una mayor inclusión social de las mismas en todas sus esferas. A continuación, se describen los principales instrumentos internacionales y nacionales.

‖ **Hitos en el mundo.** Existen diversos instrumentos internacionales que han sido ratificados por el Estado colombiano, la mayoría hace parte del bloque de constitucionalidad (Constitución Política de 1991. Artículo 93), entre los cuales están:

- Convención Interamericana sobre la Concesión de los Derechos Políticos a la Mujer (1948).
- La Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer (1952)
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)²
- La Convención Americana sobre los Derechos Humanos (1969).
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, “CEDAW” (1979)
- Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención Belem do Pará” (1994).

² Instrumento internacional aprobado por la Ley 74 de 1968. Entrada en vigor: 30 de enero de 1976.

- Declaración de Beijing (1995).
- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998).

} **Hitos en Colombia.** Con la Constitución Política de 1991, los marcos normativos en el país presentan de manera explícita el reconocimiento y la protección de los derechos de la mujer, como lo son: el reconocimiento del derecho al sufragio, a acceder a la educación superior, a la libre administración de los bienes otorgados a la mujer casada, la abolición de la potestad marital, la participación ciudadana, la libertad, la igualdad frente a los hombres, el derecho a conformar una familia, la protección durante el embarazo, el derecho a ejercer una profesión, entre otros.

Leyes

Dentro de las leyes a nivel nacional dirigidas a brindar atención integral a las personas víctimas de violencias de género en el marco del conflicto armado, con especial énfasis en violencia sexual como consecuencia del conflicto armado se encuentran:

- **Ley 1257 de 2008**, por la cual se adoptan normas que permiten garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección, atención y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.
- **Ley 1232 de 2008**, que define la Jefatura Femenina de Hogar, como “una categoría social de los hogares, derivada de los cambios sociodemográficos, económicos, culturales y de las relaciones de género que se han producido en la estructura familiar, en las subjetividades, representaciones e identidades de las mujeres que redefinen su posición y condición en los procesos de reproducción y producción social, que es objeto de políticas públicas en las que participan instituciones estatales, privadas y sectores de la sociedad civil”

- **Ley 1413 de 2010**, la cual regula la inclusión de la economía del cuidado con el objeto de “medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país, como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas”.
- **Ley 1450 de 2011**, a través del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, dispuso en su artículo 177 la adopción por parte del Gobierno Nacional de una política pública nacional de Equidad de Género para "garantizar los derechos humanos integrales e interdependientes de las mujeres y la igualdad de género, teniendo en cuenta las particularidades que afectan a los grupos de población urbana y rural, afrocolombiana, indígena, campesina y ROM" y señaló el desarrollo de planes específicos que garanticen los derechos de las mujeres en situación de desplazamiento y el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.
- **Ley 1448 de 2011**, se avanza en la integración del principio de enfoque diferencial, a través del reconocimiento de la existencia de “poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual, situación de discapacidad” (art. 13) y los contenidos fundamentales para el tema de víctimas de violencias de género en el conflicto armado son los siguientes:

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social actualmente Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, ... el cual deberá: (...) 2. Atención individual, familiar y comunitaria. Se deberá garantizar una atención de calidad por parte de profesionales con formación técnica específica y experiencia relacionada, especialmente cuando se trate de víctimas de violencia sexual, para lo cual deberá contar con un componente de atención psicosocial para atención de mujeres víctimas. Se deberá incluir entre sus prestaciones la terapia individual, familiar y acciones

comunitarias según protocolos de atención que deberán diseñarse e implementarse localmente en función del tipo de violencia y del marco cultural de las víctimas (Ley 1448. Artículo 137).

- **Ley 1542 de 2012**, “Por la cual se reforma el artículo 74 de la ley 906 de 2004, Código de Procedimiento Penal.” Permite la denuncia de un tercero a la violencia intrafamiliar y a la inasistencia alimentaria, sin que sea necesario que la propia víctima realice la denuncia; se ordenan, además, acciones de sensibilización, prevención, y sanción a las formas de violencia y discriminación contra las mujeres

Documentos CONPES³: De otro lado se encuentran los siguientes documentos:

- **3726 de 2012**, en donde se define “los lineamientos y plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismos de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a víctimas y en respuesta complementaria a la atención a los derechos de las mujeres”.
- **161 de 2013**, el cual define “la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres”
- **3784 de 2013**, en donde se establecen “los lineamientos de la Política Pública para la prevención de riesgos, la protección y garantía de los Derechos a las mujeres víctimas del conflicto armado”.

} **Jurisprudencia de la Corte Constitucional.** Dentro de los 42 autos de seguimiento a la Sentencia T – 025, se destacan a continuación de forma breve, algunos de ellos los cuales están relacionados de forma directa con las violencias de género:

³ “Es el organismo asesor especial del gobierno en todos aquellos aspectos que se relacionan con el desarrollo económico y social del país” (Decreto 627/1974)

- **092 de 2008**, “...adopta medidas para la protección a mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado”
- **237 de 2008**, “... valoración del cumplimiento de las órdenes impartidas en el Auto 092 de 2008 a Acción Social, dentro de las medidas adoptadas por el sector salud se encuentran tres programas: a. promoción de la afiliación al SGSSS y atención integral en salud; b. Abordaje psicosocial y salud mental; c. Prevención de la violencia sexual, intrafamiliar y comunitaria”.
- **251 de 2008**, “... proteger los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes afectados por el desplazamiento forzado por causa del conflicto armado, en la búsqueda de la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004”.
- **098 de 2013**, “... hace seguimiento a las acciones adelantadas por el Gobierno Nacional, en materia de prevención y protección de los derechos a la vida, integridad y seguridad personal de las mujeres líderes desplazadas y de las mujeres que, desde sus organizaciones, trabajan a favor de la población desplazada por el conflicto armado...”⁴

⁴ CONPES 3784: “Lineamientos de la política pública para la prevención de riesgos, la protección y garantía de los derechos a las mujeres víctimas del conflicto armado”

Metodología

Línea de investigación

- Salud familiar y comunitaria

Tipo de estudio

- Se realizó un estudio de tipo Descriptivo de corte transversal

Población

De estudio. La población está constituida por mujeres que han sido víctimas del conflicto interno armado colombiano.

Objetivo. Estará constituida por mujeres pertenecientes a asociaciones de reparación de víctimas del conflicto armado en la ciudad de Popayán.

Muestra

Tamaño. La muestra estará constituida por 60 mujeres las cuales han sido víctimas de alguna manera del conflicto armado y pertenecen a las asociaciones anteriormente mencionadas.

Tipo de muestreo. El muestreo que se aplicará para la selección de las mujeres será de tipo no probabilístico, en donde la selección de los sujetos se hace en función de su presencia o no en un lugar y momento determinado. Se hará por conveniencia según criterios de interés y basado en los conocimientos que tenga sobre la población se elegirá las mujeres que entrarían a formar parte del estudio.

Área de estudio

- Este estudio fue realizado en La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas de la ciudad de Popayán y en asociaciones que tienen como finalidad trabajar con mujeres que han sido vulneradas a causa del conflicto armado, La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas es una institución creada en enero de 2012, a partir de la Ley 1448, de Víctimas y Restitución de Tierras, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno.

La Unidad para las Víctimas busca el acercamiento del Estado a las víctimas mediante una coordinación eficiente y acciones transformadoras que promuevan la participación efectiva de las víctimas en su proceso de reparación. En atención a eso, se encarga de coordinar las medidas de asistencia, atención y reparación otorgadas por el Estado, articular a las entidades que hacen parte del Sistema Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. A diario son atendidas más de 600 personas provenientes de diferentes municipios del Cauca e incluso de otros departamentos quienes llegan a la unidad para registrarse como víctimas por la violencia o hacer parte del proceso para recibir ayudas.

Criterios de Participación

De Inclusión

- Mujeres mayores de 18 años
- Mujeres víctimas del conflicto armado
- Mujeres en situación de vulnerabilidad, entiéndase por vulnerabilidad nivel socioeconómico bajo, nivel educativo bajo, discriminación, que deseen participar del estudio

De Exclusión

- Mujeres con alguna discapacidad cognitiva

Variables de estudio

- } Sociodemográficas
- } Antecedentes gineco-obstétricos
- } Conocimientos
- } Practicas

Recolección de la Información

Diseño y prueba del instrumento. El grupo de investigación bajo la asesoría de la docente elaboró un instrumento tipo encuesta estructurada, cuyas preguntas fueron formuladas teniendo como referente encuestas de otros estudios y los objetivos del presente trabajo. La encuesta consta de datos socio demográfico, antecedentes gineco-obstétricos y preguntas sobre conocimientos y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva.

Recolección de datos. La recolección y revisión de la información estuvo a cargo de los investigadores de este estudio. Luego de haberse acordado las fechas y las horas en las que las mujeres de la fundación los podrían atender, las encuestas le fueron entregadas a las participantes del estudio y se les explicó los objetivos. Para ello se les entregó el consentimiento informado. Una vez firmado el consentimiento, se procedió a llenar la encuesta bajo la orientación de los investigadores quienes revisar las encuestas con el fin de que no faltara información importante para el análisis de los resultados.

Consideraciones Éticas

Teniendo en cuenta las normas bioéticas internacionales vigentes como son el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, el reporte de Belmont y la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la cual se establecen las normas científico administrativas para la investigación en salud, esta investigación se considera sin riesgo ya que no se intervienen ni se modifican las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participarán en el estudio.

Principios

Se cumplirán con los principios éticos fundamentales como son: el de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia, Justicia, Respeto, Confidencialidad.

Autonomía. Para el cumplimiento de este principio se respetó la voluntad de elegir o decidir de manera libre y voluntaria la participación en el estudio, así como la libertad de brindar información sobre conocimientos de sexualidad y usos de métodos anticonceptivos.

Beneficencia y No Maleficencia. Con este proyecto se buscará el bien de las mujeres que deseen participar porque sus resultados serán la base para plantear estrategias educativas que faciliten el ejercicio de una adecuada salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional. No se realizará ningún tipo de intervención, ni generará riesgos para estas mujeres, solo se limitará a obtener información para conocer la situación real de esta temática en este grupo poblacional de mujeres víctimas del conflicto armado colombiano.

Justicia. Se garantizará este principio teniendo en cuenta que cualquier persona tiene derecho a participar en esta investigación, sin discriminación alguna y se brindará un trato digno y justo a quienes suministrarán la información.

Respeto. Se respetará la voluntad de participar en el estudio, así como la libertad de retirarse del mismo, no habrá ningún tipo de discriminación sexual, religiosa ni sociocultural, la información recolectada será utilizada solo para el cumplimiento de los objetivos de este estudio.

Confidencialidad. Se garantizará a las mujeres que deseen participar en el estudio que su identidad no estará expuesta en el estudio, puesto que en el instrumento no se colocará nombre, firma ni documento de identidad. La información recolectada, se utilizará solo para la presente investigación; los resultados serán dados a conocer a las directivas universitarias, se publicarán en revistas científicas y/o serán presentados en eventos científicos o académicos.

Apropiación social del conocimiento

La información recolectada en este estudio será dada a conocer ante los entes territoriales, en eventos académicos relacionados con el tema y para la publicación de un artículo en una revista indexada.

Resultados

Datos socio –demográficos

Procedencia. El 80% de las mujeres encuestadas provienen de municipios del departamento del Cauca, el 20% restante son originarias de otros departamentos. Los municipios con mayor porcentaje de procedencia en estas mujeres fueron: Bolívar: 7%, La vega: 8%, Mercaderes: 7%, El Tambo: 13%, Argelia: 5%.

Edad. El rango de edad entre las mujeres estuvo entre los 18 y los 76 años. El 52% de las mujeres comprenden edades entre los 18 y 33 años. El 33% comprenden edades entre 34 y 49 años. El 10% edades entre los 50 y 65 años. El 6% edades entre los 66 y 76 años.

Residencia. El 90% de las mujeres residen actualmente en la ciudad de Popayán, mientras que el 10% reside en diferentes municipios del departamento del Cauca.

Escolaridad. El 38% de las mujeres realizó estudios de primaria y secundaria, el 15% realizó estudios técnicos, el 2% manifestó realizar estudios universitarios, y el 4% no realizó ningún estudio.

Estado Civil. El 50% de las mujeres vive en unión libre, el 37% están solteras, el 12% están casadas y un 2%, viudas.

Estrato Socio-económico. El 93% de las mujeres pertenece a estratos 1 y 2, el 2% a estratos 3 y 4 y el 5% a estrato 0.

Tipo de vivencia en el conflicto armado. El 17% de las mujeres manifestó haber sido víctima de delitos sexuales, el 82% víctima de desplazamiento y el 2% desaparición forzada.

Tiempo de desplazamiento. El 45% manifestó haber sido víctima de desplazamiento hace aproximadamente 11 a 20 años, el 30% de 6 a 10 años, el 18% de 0 a 5 años y el 7% hace más de 20 años.

Antecedentes gineco-obstétricos

Número de embarazos. El 81% de las mujeres manifestó haber tenido de 1 a 3 embarazos, el 16% de 4 a 6 embarazos, el 2% > a 6 embarazos.

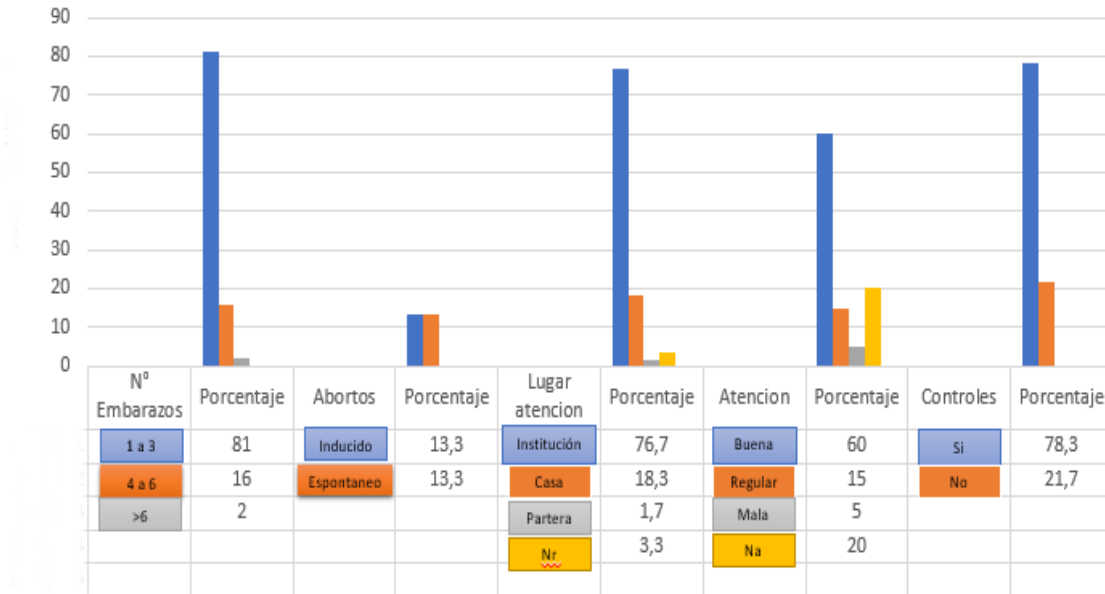
Abortos. El 13% de las mujeres manifestó haber tenido algún aborto, tanto inducido como de manera espontánea.

Lugar de atención del parto. El 77% de las mujeres fue atendida en instituciones hospitalarias, el 18 % en casa, el 2 % fue atendida por partera.

Controles prenatales. El 78% de las mujeres asistió a controles prenatales, mientras que el 22% no lo hizo.

Gráficamente se presenta esa variable estudiada, como sigue:

Grafica 1. Distribución porcentual de acuerdo a antecedentes ginecobstetricos en mujeres



Interpretación

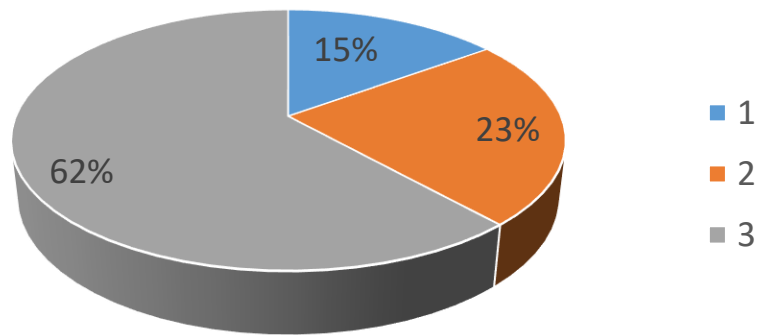
La grafica muestra que el 81% de las mujeres encuestadas han tenido de 1 a 3 embarazos, a lo referente al lugar de atención el 76,6% fueron atendidos en una institución hospitalaria, el 60% refirió haber recibido una atención buena y el 78,3% asistió a controles prenatales indicando que la mayoría de estas mujeres cuentan con seguridad social y que la accesibilidad a esta es buena.

Conocimientos

Tabla 1. Frecuencia de acuerdo a conocimientos sobre importancia de controles realizados por el profesional de salud durante el embarazo en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Nivel de conocimientos	Frecuencia
—● Muy poco	9
—● Regular	14
—● Alto grado	37
Total	60

Gráfico 1. Distribución porcentual de acuerdo a conocimientos sobre importancia de controles realizados por el profesional de salud durante el embarazo en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



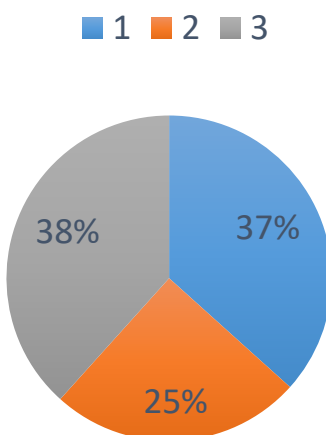
Interpretación

El 62% de las mujeres encuestadas tienen alto grado de conocimiento acerca de la importancia de la realización de los controles prenatales, lo que nos lleva a concluir nuevamente la buena accesibilidad que tiene a la atención hospitalaria.

Tabla 2. Frecuencia de acuerdo a conocimientos respecto a consecuencias del aborto en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Nivel de conocimientos	Frecuencia
● Muy poco	22
● Regular	15
● Alto Grado	23
Total	60

Grafica 2. Distribución porcentual de acuerdo a conocimientos respecto a consecuencias del aborto en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



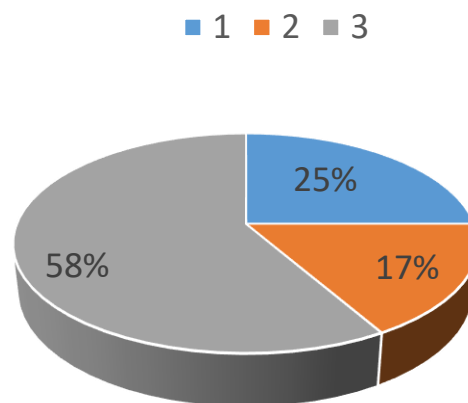
Interpretación

De las 60 mujeres encuestadas 23 de ellas es decir el 38% tenían alto grado de conocimientos acerca de las consecuencias que genera el aborto, sin dejar de resaltar que el 37% es decir 22 mujeres tiene muy poco conocimiento acerca del tema.

Tabla 3. Frecuencia de acuerdo a conocimientos acerca las consecuencias del embarazo no deseado en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
● Muy poco	22	37
● Regular	15	25
● Alto Grado	23	38
Total	60	100

Grafica 3. Distribución porcentual de acuerdo a conocimientos acerca de las consecuencias del embarazo no deseado en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



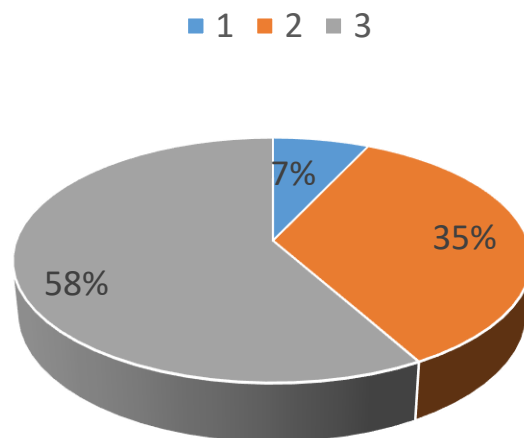
Interpretación

En esta grafica observamos que un alto porcentaje de las mujeres encuestadas es decir el 58% manifestaron tener alto grado de conocimiento con respecto a las consecuencias que traen los embarazos no deseados.

Tabla 4. Frecuencia de acuerdo a conocimientos sobre métodos de planificación familiar en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Nivel de conocimientos	Frecuencia
● Muy poco	5
● Regular	12
● Alto Grado	43
Total	60

Grafica 4. Distribución porcentual de acuerdo a conocimientos sobre métodos de planificación familiar en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



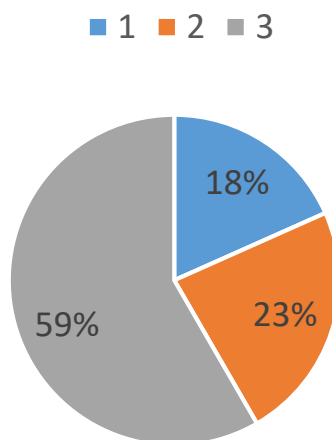
Interpretación

En cuanto a métodos de planificación familiar como su uso, control, variedad entre otros el 58% de las mujeres encuestadas afirmó tener alto grado de conocimiento frente a este tema.

Tabla 5. Frecuencia de acuerdo a conocimientos sobre uso de métodos de planificación familiar en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Nivel de conocimientos	Frecuencia
● Muy poco	11
● Regular	14
● Alto Grado	35
Total	60

Grafica 5. Distribución porcentual de acuerdo a conocimientos sobre uso de métodos de planificación familiar en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



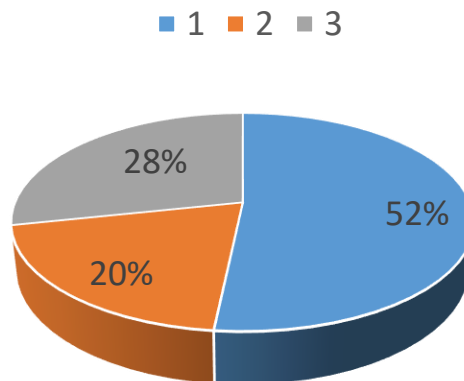
Interpretación

35 de las mujeres encuestadas es decir el 59% tenían alto grado de conocimiento en cuanto al uso de los métodos de planificación familiar.

Tabla 6. Frecuencia de acuerdo a conocimientos sobre factores de riesgo para contraer cáncer de cuello uterino en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Nivel de conocimientos	Frecuencia
● Muy poco	31
● Regular	12
● Alto Grado	17
Total	60

Grafica 6. Distribución porcentual de acuerdo a conocimientos sobre factores de riesgo para contraer cáncer de cuello uterino en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



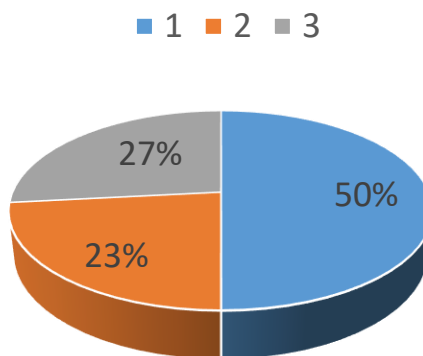
Interpretación

El 52% de las mujeres encuestadas (31), refirieron tener muy poco conocimiento acerca de los factores de riesgo para contraer cáncer de cuello uterino.

Tabla 7. Frecuencia de acuerdo a conocimientos sobre prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres víctimas de conflicto armado Popayán 2017.

Nivel de conocimientos	Frecuencia
● Muy poco	30
● Regular	14
● Alto grado	16
Total	60

Grafica 7. Distribución porcentual de acuerdo a conocimientos sobre prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres víctimas de conflicto armado Popayán 2017.



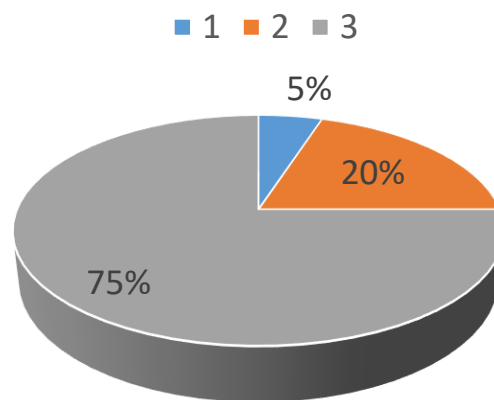
Interpretación

El 50% de las mujeres refirieron tener muy poco conocimiento sobre la prevención del cáncer de cuello uterino.

Tabla 8. Frecuencia de acuerdo a conocimientos sobre las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Nivel de conocimientos	Frecuencia
● Muy poco	3
● Regular	12
● Alto Grado	45
Total	60

Grafica 8. Distribución porcentual de acuerdo a conocimientos sobre las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



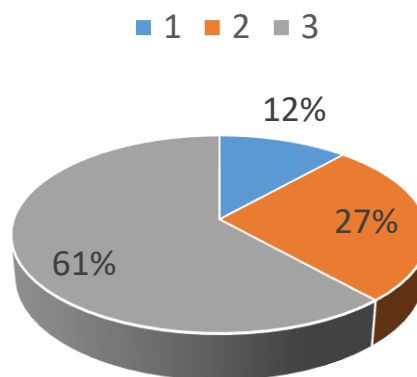
Interpretación

En cuanto a las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección el 75% de las mujeres manifestaron tener alto grado de conocimiento.

Tabla 9. Frecuencia de acuerdo a conocimientos sobre prevención de infecciones de transmisión sexual en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Nivel de conocimientos	Frecuencia
● Muy poco	7
● Regular	16
● Alto grado	37
Total	60

Grafica 9. Distribución porcentual de acuerdo a conocimientos sobre prevención de infecciones de transmisión sexual en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



Interpretación

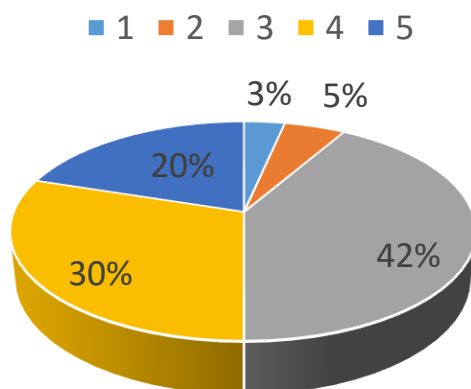
En la prevención de infecciones de transmisión sexual el 61% refirió tener alto grado de conocimiento en este tema.

Prácticas

Tabla 10. Frecuencia de acuerdo a edad de inicio de relaciones sexuales en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Edad(Años)	Frecuencia
<0 años	2
10 – 12	3
13 – 15	25
16 – 18	18
>18	12
Total	60

Grafica 10. Distribución porcentual de acuerdo a edad de inicio de relaciones sexuales en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



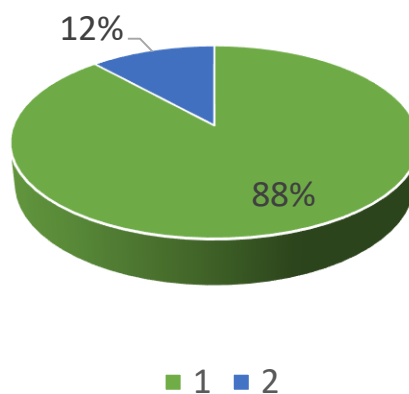
Interpretación

El rango de edad que más prevalencia tuvo en cuanto al inicio de las relaciones sexuales fue entre 13 y 15 con 42% es decir 25 mujeres.

Tabla 11. Frecuencia de acuerdo a voluntariedad de la primera relación sexual en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Voluntariedad	Frecuencia
● Voluntaria	53
— En contra de su voluntad	7
Total	60

Grafica 11. Distribución porcentual de acuerdo a voluntariedad de la primera relación sexual en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



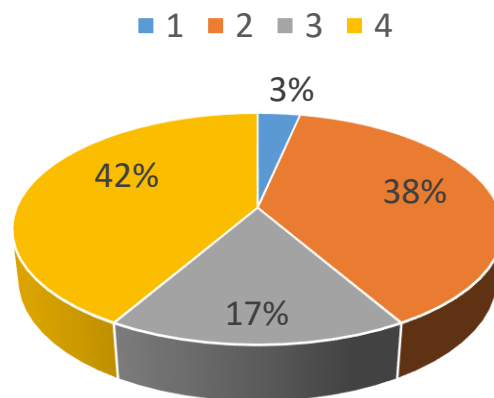
Interpretación

El 88% de estas relaciones fueron voluntarias, sin dejar de un lado que los 7% restantes fueron en contra de su voluntad.

Tabla 12. Frecuencia de acuerdo a uso de métodos anticonceptivos en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Métodos anticonceptivos	Frecuencia
● Natural	2
● Hormonal	23
● Permanente	10
● No	25
Total	60

Grafica 12. Distribución porcentual de acuerdo a uso de métodos anticonceptivos en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



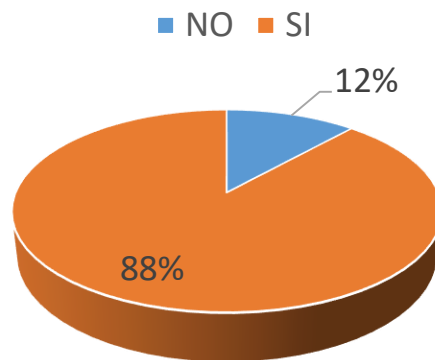
Interpretación

En el uso de los métodos de planificación familiar el método más utilizado por este grupo de mujeres fue el hormonal con un 38% pero un 42% refirió no usar ningún método de planificación familiar.

Tabla 13. Frecuencia de acuerdo a realización de la citología en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Citologías	Frecuencia
– No	7
– Si	53
Total	60

Grafica 13. Distribución porcentual de acuerdo a realización de la citología en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



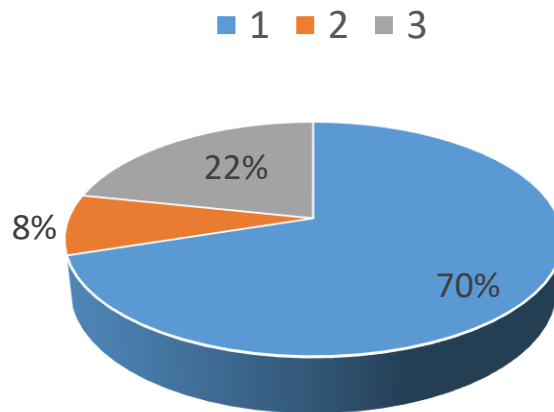
Interpretación

El 88% de este grupo poblacional refirió haberse realizado la citología, mostrando una vez más la buena accesibilidad a los sistemas e salud.

Tabla 14. Frecuencia de acuerdo a resultados de la citología en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Resultado	Frecuencia
● Normal	42
● Alterado	5
● No reclamo	13
Total	60

Grafica 14. Distribución porcentual de acuerdo a resultados de la citología en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



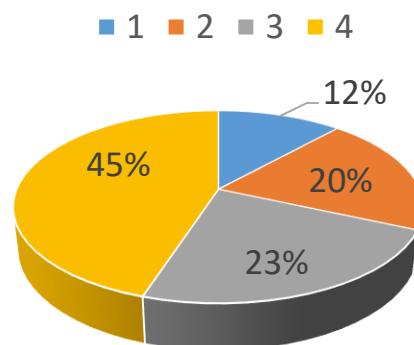
Interpretación

El 70% refirió haber tenido un resultado satisfactorio para la citología cervico uterina.

Tabla 15. Frecuencia de acuerdo a preocupación respecto a salud sexual y reproductiva en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Consecuencias	Frecuencia
● Embarazo	7
● ITS	12
● Ca cuello uterino	14
● Ninguna	27
Total	60

Grafica 15. Distribución porcentual de acuerdo a preocupación respecto a salud sexual y reproductiva en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



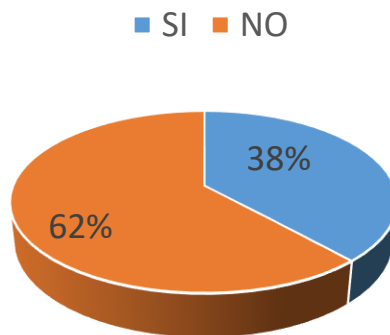
Interpretación

El 45% de las mujeres encuestadas manifestó no tener ninguna preocupación en el momento con respecto a su salud sexual y reproductiva, pero el 23% refirió que su mayor preocupación es contraer cáncer de cuello uterino, seguida con un 20% que manifestó su mayor preocupación era una ITS.

Tabla 16. Frecuencia de acuerdo a práctica del autoexamen de seno en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Práctica del Autoexamen	Frecuencia
– Si	23
– No	37
Total	60

Gráfica 16. Frecuencia de acuerdo a práctica del autoexamen de seno en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



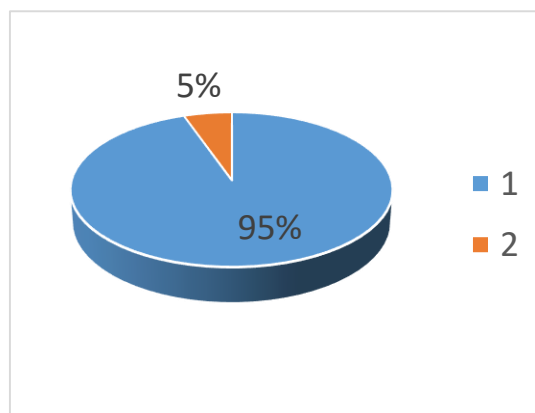
Interpretación

En cuanto a la realización del autoexamen de mama el 62% es decir 37 mujeres de las 60 encuestadas manifestaron no habérselo realizado.

Tabla 17. Frecuencia de acuerdo a negativa a la realización del autoexamen de seno en mujeres víctimas de conflicto armado Popayán 2017.

Causas del No autoexamen de seno	Frecuencia
■ Falta de conocimiento	35
– No le gusta, no lo ve necesario	2
Total	37

Grafica 17. Distribución porcentual de acuerdo a negativa a la realización del autoexamen de seno en mujeres víctimas de conflicto armado Popayán 2017.



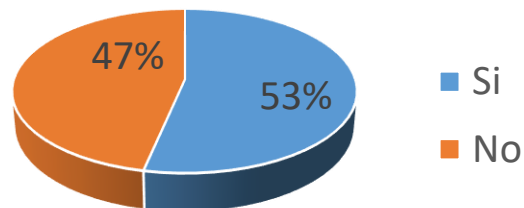
Interpretación

Un 95% de las mujeres que refirió no haberse realizado el autoexamen de mama es decir 37 mujeres dijo no habérselo realizado por falta de conocimiento.

Tabla 18. Frecuencia de acuerdo a si es víctima o no de violencia en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Calidad de víctima	Frecuencia
– Si	32
– No	28
Total	60

Grafica 18. Distribución porcentual de acuerdo a si es víctima o no de violencia en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



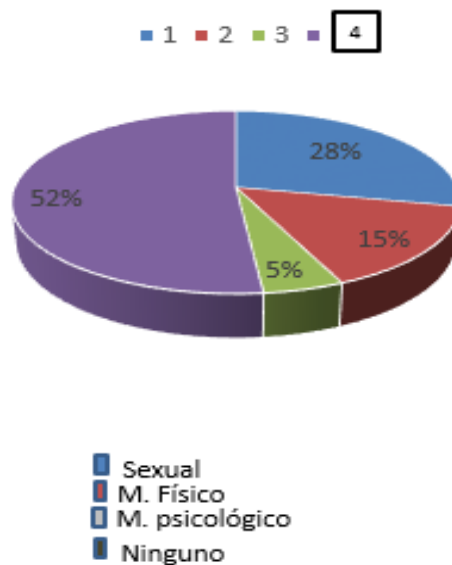
Interpretación

El 53% de las mujeres encuestadas refirió haber sido víctima de violencia lo que corresponde a 32 mujeres.

Tabla 19. Distribución porcentual de acuerdo a tipo de violencia experimentada en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.

Tipo de violencia	Frecuencia
– Sexual	17
– Maltrato físico	9
– Maltrato psicológico	3
– Ninguno	31
Total	60

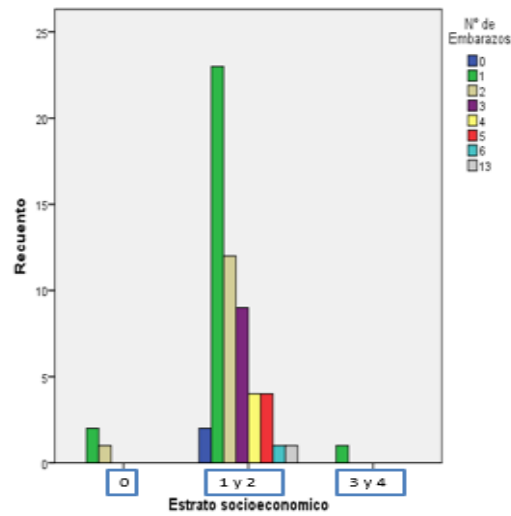
Grafica 19. Distribución porcentual de acuerdo a tipo de violencia experimentada en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017.



Análisis Bivariantes

Se unieron variables relacionadas con el estrato socioeconómico y el número de embarazos, dando como resultado que el mayor número de embarazos se registra en mujeres que pertenecen a estratos 1 y 2, con un total de 56 que equivale al 93%.

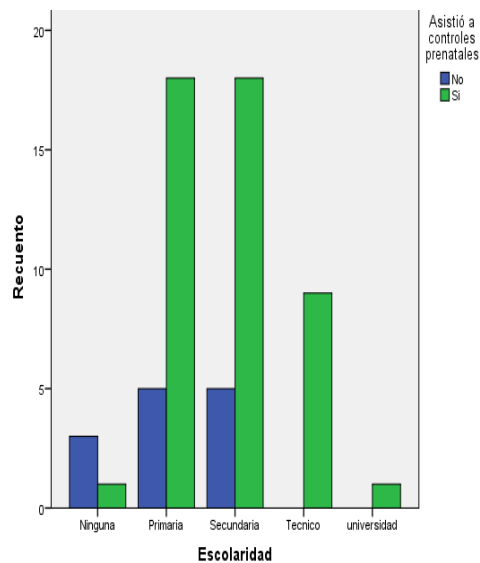
Grafica 20. Tabla de contingencia Estrato socioeconómico – Número de Embarazos



Interpretación

Se unieron variables relacionadas con el grado de escolaridad y la asistencia a controles prenatales, dando como resultado que del 38% de las mujeres que realizaron primaria y secundaria el 30 % asistió a controles prenatales.

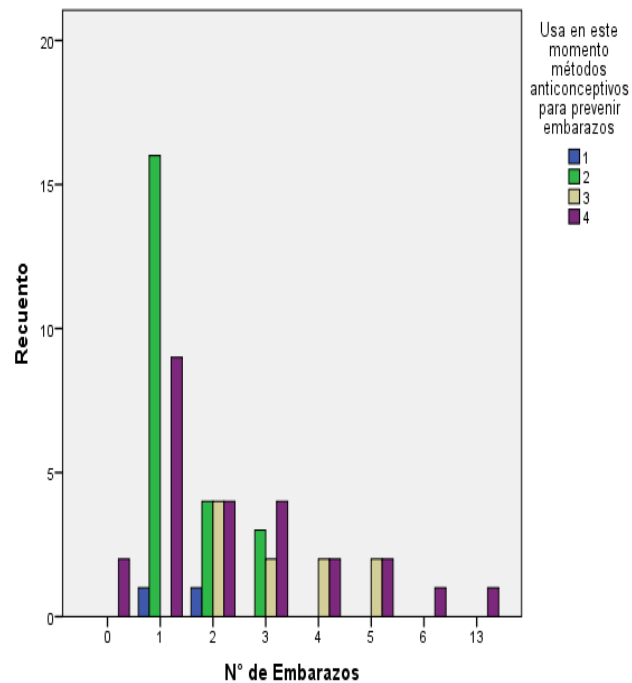
Grafica 21. Tabla de contingencia escolaridad -asistencia a controles prenatales



Interpretación

Se unieron variables relacionadas con el número de embarazos y uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres víctimas del conflicto armado Popayán 2017, arrojando como resultado que el 38% de las mujeres que tuvieron entre 1 y 3 embarazos usan actualmente métodos anticonceptivos hormonales y el 16% de las mujeres que tuvieron entre 2 y 5 hijos recurrieron a la planificación quirúrgica.

Grafica 22. Tabla de contingencia número de embarazos- uso actual de métodos anticonceptivos.



Discusión

De acuerdo a los datos sociodemográficos obtenidos en el presente estudio se encontró que el 38% de la población encuestada realizó estudios hasta básica primaria, otro 38% terminó la secundaria, además 7% no ha tenido ninguna formación académica y el 16,7% restante realizó estudios técnicos y universitarios. Indicando que el bajo nivel de formación académica en la población objeto puede ser un factor de riesgo que afecte en gran medida la salud sexual y reproductiva de esta población que ya tiene un alto grado de vulnerabilidad.⁵

El estado civil unión libre es el de mayor prevalencia en este grupo de mujeres con un 50%, comparado con el estudio de Fundación Magdalena que arroja resultados similares con un 44,5% para esta variable al igual que el estudio realizado por Profamilia “Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de mujeres desplazadas 2005”, en donde el resultado para esta variable fue del 44%.⁶

En relación al estrato socioeconómico arrojó que el 93% de las mujeres entrevistadas pertenecen a estratos 1y2, lo que nos indica el grado de vulnerabilidad económica que presenta esta población, por lo que también se convierte en un factor de riesgo para contraer enfermedades como: cáncer de mama y cáncer de cuello uterino como lo dice una nota técnica publicada en el año 2013 del instituto nacional de salud de Perú en el cual se realizó una evaluación de los determinantes sociales

⁵ <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/24104>

⁶ salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas 2005, www.profamilia.org.co

a través de revisiones sistemáticas siguiendo el modelo propuesto por Haynes, en las bases MEDLINE, EMBASE y LILACS⁷, en donde como resultado se encontró que el estado socioeconómico bajo estuvo asociado con un mayor posibilidad de padecer cáncer de cuello uterino, y mayor posibilidad de tener un diagnóstico o manejo tardío y menor posibilidad de acceder a una prueba del Papanicolaou (PAP).

En cuanto al tipo de violencia experimentada por este grupo poblacional se encontró que un 82% habían sido víctimas de desplazamiento forzado y un 13% víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexual, relacionándolo con el estudio de Fundación, Magdalena,⁸ nos muestra que un 66,2% de los encuestados fueron víctima de desplazamiento forzado y un 1% víctimas de delitos contra la integridad sexual, por lo que se convierte en un factor a tener en cuenta debido a que al desplazarse a otras zonas va a influir en las condiciones de vivienda, el trabajo, la seguridad social, por lo que se va a ver vulnerable esta población desplazada; al salir de su zona de confort y llegar a una vida desconocida en todos los aspectos.

Dentro de los antecedentes ginecobstetricos se evaluaron variables como número de embarazos, abortos, lugar de atención de los partos y realización de controles prenatales; los resultados arrojados con respecto a la asistencia a controles prenatales, un 21,7% de las mujeres en el momento de sus embarazos no recibieron atención prenatal, como también lo indica una encuesta realizada en el municipio de Fundación, Magdalena, ‘Salud sexual y reproductiva de población

⁷Determinantes sociales para cáncer de cuello uterino disponible en:
<http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/2013/notas/14.Determinantes%20sociales%20para%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino.pdf>

⁸ Gómez et al. Salud sexual y reproductiva de la población víctima del conflicto armado y vulnerable (2014).

vulnerable y víctima del conflicto armado' (2014), en donde muestra como resultado 22% de las mujeres sin atención prenatal. Estos estudios nos dan indicios de la falta de accesibilidad de este grupo poblacional a los servicios de salud, ya que como se había mencionado anteriormente se ve afectado todo su ciclo de vida.

La información obtenida permite determinar el nivel de conocimiento que maneja la población respecto a la importancia de los controles, dato que es relevante para lograr establecer estrategias para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, como se muestra anteriormente el porcentaje de las mujeres que se lo realizan es bajo, esto se puede atribuir a las bajas oportunidades de acceso a los servicios de salud. En el grado de conocimiento con relación a las consecuencias del aborto, se obtuvo que el 36,7% tiene muy poco conocimiento de lo que puede ocasionar un aborto, el 25% se clasificó como regular y el 38,3% como alto grado. Comparando el bajo conocimiento que tienen las mujeres con un estudio realizado por profamilia en zonas marginales de Colombia en donde se encontró que los episodios de aborto se presentan más entre las mujeres de mayor edad, de menor nivel educativo, las de la región Atlántica y las emigrantes, se puede decir que al haber un bajo nivel educativo en la población puede contribuir a tener un bajo conocimiento respecto a las consecuencias del aborto, es por esto que es necesario la educación continua a este tipo de población vulnerable para evitar estos hechos que han causado muertes por las malas prácticas.⁹

⁹ Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas 2005. Disponible en www.profamilia.org.co

El embarazo no deseado es un tema importante en la actualidad y más en la población vulnerable encontrándose que el 25% de las mujeres tiene muy poco grado de conocimiento respecto a las consecuencias de este, el 16,7% tiene un grado regular, y el 58% manifestó conocer en alto grado las implicaciones que tiene un embarazo no planeado. De acuerdo al conocimiento de los métodos de planificación existentes el 71,7% manifestó un alto grado, el 20% regular y el 8,3% muy poco, igualmente el uso de los métodos anticonceptivos se evaluó con una serie de preguntas que arrojaron como resultado que el 58,3 % tiene un alto grado de conocimiento de la forma de uso de algunos de los anticonceptivos existentes, el 23,3% tiene un conocimiento regular y el 18,3% muy poco. Las variables anteriormente mencionadas dieron indicios de que son determinantes a la hora de las prácticas de este grupo poblacional, pues hacen alusión a un embarazo deseado y planeado lo que implica a futuro que estas madres no dejen a un lado su formación académica lo que mejora en gran medida la calidad de vida de estas familias. Al comparar las estadísticas con el estudio realizado por profamilia el cual muestra resultados alarmantes referente a los embarazos no deseados con un 73% de las mujeres encuestadas y fueron víctimas de desplazamiento forzado, no deseaban el embarazo en ese momento. (10)

En relación al conocimiento de la población entrevistada, sobre los factores de riesgo para contraer cáncer de cuello uterino se encontró que el 51,7% tiene muy poco grado de conocimiento, el 20% regular y el 28,3% alto grado, este último porcentaje manifestó haber recibido charlas o folletos con información acerca de los factores de riesgo de esta enfermedad. Se logró identificar mediante la entrevista la falta de conocimiento respecto a este tema que es fundamental en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, teniendo en cuenta que es una enfermedad que no solamente tiene alta

mortalidad, sino que deja familias en una condición precaria.¹⁰ En el año 2014 en Colombia, la incidencia de cáncer cervical era alrededor de 22 casos por 100.000 mujeres y la mortalidad ha bajado a 10 por cada 100.000 mujeres, en comparación con años anteriores.¹¹

Un factor protector constituye el hecho del cuestionamiento acerca de las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección ya que el 75% conocen en alto grado lo que puede ocasionar esta práctica, dato relevante que nos indica que de cierta manera esta población es consciente de lo que pueden ocasionar ciertas prácticas.

La distribución porcentual respecto al conocimiento sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual nos indica que el 62% tiene un alto grado de conocimiento, el 27% regular y el 12% muy poco, esto debido a que la mayoría de mujeres de esta población ha recibido charlas o información respecto a la prevención de estas enfermedades.

En lo correspondiente a las prácticas en torno a la salud sexual y reproductiva se encontró que el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad arrojó un resultado significativo, se evidenció que alrededor del 80% de la población entrevistada inicio la actividad sexual antes de los 18 años, teniendo mayor porcentaje entre edades de 13 y 15 años con un 42%, seguido de edades de 16 a 18 con un 30%. En el estudio realizado por Profamilia “SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN

¹⁰ Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia, disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v19n1/v19n1a5.pdf>

Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas 2005. Disponible en www.profamilia.org.co

¹¹ <https://www.minsalud.gov.co/Documents/eventos/Tendencia-cancer.pdf>

ZONAS MARGINALES: SITUACION DE MUJERES DESPLAZADAS 2005”, la edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 16 años. Mostrando una relación entre los resultados e indicando que el inicio temprano de las relaciones sexuales se podría catalogar como otro factor de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, en este último caso se disminuye así el acceso a la educación porque estas mujeres ahora tendrán que ocuparse de su maternidad y esto a su vez conlleva a la baja calidad de vida que se les puede brindar a este grupo de niños.

Se encontró que 12% de la población entrevistada fue vulnerada en su integridad y derechos sexuales, el 88% manifestó haber tenido relaciones bajo su voluntad. Si comparamos estos resultados con los obtenidos en un estudio realizado por profamilia “SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ZONAS MARGINALES: SITUACION DE MUJERES DESPLAZADAS 2005”, en donde los resultados son preocupantes pues el 64% de las mujeres desplazadas ha sido víctimas de toda clase de intimidación 18,3% violencia física y 3,7% violencia sexual.

En relación a los métodos anticonceptivos se encontró que el mayor porcentaje de uso está dado por los métodos hormonales con un 38%, el 17% métodos permanentes, el 3% naturales y el 42 % manifestó no usarlos. Es alarmante el alto porcentaje de mujeres que no usan ningún método de planificación familiar a pesar de que se obtuvo un elevado resultado en cuanto a conocimientos sobre las consecuencias de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

La realización de la citología cérvico-uterina obtuvo un porcentaje óptimo en la población encuestada, un 88% afirmó haberla realizado y un 12 % sin realizarla. En cuanto a los resultados

de la citología el 70% fue normal 8% alterado y el 22% no reclamo resultado, haciéndolas vulnerables a contraer cáncer de cuello uterino y no ser diagnosticado a tiempo, pues el resultado de este examen es de vital importancia en la disminución de casos de cáncer y su oportuno tratamiento.¹²

De acuerdo a las preocupaciones con relación a la salud sexual y reproductiva se encontró que el 45% no tiene preocupación alguna, el 23% manifestó preocupación frente al cáncer de cuello uterino el 20% frente a ITS y el 12% frente a embarazos no planeados. A pesar de que la gran mayoría de mujeres tenían un bajo nivel educativo, estratos socioeconómicos bajos, el que este grupo de mujeres altamente vulnerables tenga preocupación por su vida sexual y reproductiva hace que las lleva a adoptar practicas saludables disminuyendo en alto grado la detección temprana de patologías altamente mortales como el cáncer de cuello uterino.

El autoexamen de mama es una práctica fundamental para la detección temprana de complicaciones¹³, en este estudio se vio reflejada la falta de conocimiento frente al tema dando como resultado que el 62% de la población no se lo realiza, estos resultados se relacionan con un estudio realizado en Tunja Colombia en donde se evaluaron los factores por los cuales no se realizan el autoexamen de mama algunas mujeres, los principales factores que influyen son, la falta de información respecto a cómo realizarlo, la no asistencia a programas de prevención, no considerarlo importante, el no contar con apoyo familiar, el no haber terminado la secundaria.¹⁴

¹² factores asociados al uso adecuado de la citología cérvicouterina por mujeres de cartagena (colombia), disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n2/v18n2a10.pdf>

¹³ Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD003373>

¹⁴ La no realización del autoexamen de mama en Tunja, Colombia. Ospina Díaz, J.M.*; Manrique Abril, F.G.**; Veja, N.A.***; Morales Pacheco, A.L.***; Ariza R., N.E.** *Enferm. glob.* vol.10 no.23 Murcia jul. 2011

El 53% de la población entrevistada ha sufrido algún tipo de violencia, siendo la violencia sexual y el maltrato físico las principales con un 28% y 15% respectivamente. El que estas mujeres hayan sufrido algún tipo de violencia contra su integridad y derechos sexuales puede indicar el elevado porcentaje de preocupación que mostro esta población con respecto a su salud sexual y reproductiva.

Conclusiones

Se evidencio que el tamizaje de cuello uterino es realizado de manera oportuna, por un numero amplio de mujeres la primera vez, pero también se evidencia la falta de continuación en este examen, debido al desconocimiento respecto al esquema completo y a la falta de interés en la recolección del resultado para seguir en control.

Se precisó que uno de los factores que condicionan la no realización del autoexamen de seno es la falta de conocimiento por parte de las mujeres, quienes referían no haber recibido orientación sobre el tema.

En cuanto a la violencia y su tipología la que más se presento fue la violencia sexual seguida de la física y la psicológica, siendo un aspecto fundamental debido a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

Se logra evidenciar la falta de búsqueda de apoyo respecto a las situaciones en salud, para prevención de enfermedades, esto debido a que un amplio número de mujeres manifestó tener poca o nula preocupación por su salud sexual y reproductiva.

El cuidado en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres víctima del conflicto armado se considera con carencia debido al déficit de conocimientos que se tiene sobre el tema.

Recomendaciones

Establecer estrategias para lograr intervenir a esta población, partiendo de las necesidades más importantes encontradas en el estudio realizado, y así contribuir con el mejoramiento de su salud sexual y reproductiva identificando además factores de riesgo que contribuyan a la realización de proyectos con poblaciones más grandes y brindar una atención oportuna a esta población vulnerable.

Se hace necesaria la inclusión de medidas educativas por parte de las entidades universitarias y gubernamentales con actividades para la población víctima del conflicto.

Luego de la realización de la investigación se pudo evidenciar la falta de trabajos en investigación frente al tema, por lo que es de vital importancia la ejecución de investigaciones en una población mayor para abarcar diferentes formas de vivencia sobre el conflicto armado.

Referencias

Arias L., E. B. (2013). Cuidado y sufrimiento social: la enfermería en contextos de violencia política. Scielo Investigación y Educación en Enfermería. Print version ISSN 0120-5307 Invest. educ. enferm vol.31 no.1 Medellín Jan./Apr. 2013. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072013000100015&script=sci_arttext&tlng=es

Bennet, O. et al. (1995). Armas para luchar, brazos para proteger. Las mujeres hablan de la guerra. Barcelona: Panos Institute. Icaria Antrazyt, Recuperado de https://www.google.com.co/search?ei=IUB6Wr3IPIO85gLVxLmgDw&q=Armas+para+luchar%2C+brazos+para+proteger.+Las+mujeres+hablan+de+la+guerra&oq=Armas+para+luchar%2C+brazos+para+proteger.+Las+mujeres+hablan+de+la+guerra&gs_l=psy-ab.3..0i30k1.3428.14025.0.16075.1.1.0.0.0.0.158.158.0j1.1.0...0...1c.1.64.psy-ab..0.1.157...0.jnpOJ2NbPj4

Centro Internacional para la Justicia Transicional. Las mujeres colombianas afectadas por el conflicto armado son también agentes de cambio. Recuperado de <https://www.ictj.org/es/news/mujeres-colombianas-afectadas-conflicto-armado-agentes-cambio>

Conflicto Armado. (2015). Recuperado de <http://www.colombia.com/colombiainfo/nuestrahistoria/conflicto.asp>

Federación Internacional de Planificación de la Familia. Derechos Sexuales. Una declaración de la IPPF. (2008). Recuperado de http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/5EDABB51-4827-439C-9722-A78A35900910/0/Declaration_Spanish.pdf

Fiscó, S. (2005). Atroces realidades: la violencia sexual contra la mujer en el conflicto armado colombiano *Papel Político*, núm. 17, junio, 2005. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77720407004>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Módulos Pedagógicos para formadores en Salud Sexual y Reproductiva, con enfoque de Derechos y Género, Bogotá 2007. Recuperado de https://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Documentos/descargas/estrategia_planeacion/desa_capital/salud/modulospedagogicos_salud_sexual.pdf

Gómez, C.; Sánchez, M. y Martínez, M. (2014). Salud sexual y reproductiva de la población víctima del conflicto armado y vulnerable.. Fundación, Magdalena. Asociación probienestar de la Familia Colombiana. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/docs/ENCUESTA%20SSR%20EN%20FUNDACION%20MAGDALENA.%20PROFAMILIA%20Y%20USAID.pdf>

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Glosario de términos sobre Género y Derechos Humanos. Recuperado de <http://www.iidh.ed.cr/glosario.htm> Revista IIDH 65

Lemaitre, J. (2003). La violencia sexual como delito contra el Derecho Internacional Humanitario. Mesa de Trabajo Mujer y Conflicto Armado. Recuperado de https://www.google.com.co/search?ei=NT96WpXjJc-c5gK_4ruYBg&q=Lemaitre%2C+La+violencia+sexual+como+delito+contra+el+Derecho+Internacional+Humanitario%2C+en%3A+Mesa+de+Trabajo+Mujer+y+Conflicto+Armado.&oq=Lemaitre%2C+La+violencia+sexual+como+delito+contra+el+Derecho+Internacional+Humanitario%2C+en%3A+Mesa+de+Trabajo+Mujer+y+Conflicto+Armado.&gs_l=psy-ab.12...24479.27410.0.29590.10.9.0.0.0.0.0.0.0.0...0...1c.1.64.psy-ab..10.0.0...0.Kux7JbDQG6c

Martínez M., M. J.; Pinilla A., M. Y.; Ruiz C., F. A. y Serrano A. J. F. (2010). Panorama sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Políticas Públicas en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Escuela de Estudios de Género: Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n14/n14a17.pdf>

Montoya M., G. J. (2007). La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y Reproductiva. Grupo de Investigación en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Scielo, Acta Bioethica, 2007; 13(2) Colombia. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200003

Ramos, D. (2014). Violencia de género en Colombia. Mito, 43. Recuperado de <http://revistamito.com/violencia-de-genero-en-colombia/>

República de Colombia, Ministerio del Interior. Unidad para la atención y reparación de las víctimas Mujeres que apoyan a mujeres: Las caucanas que sobrevivieron a la violencia sexual. Recuperado de <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/contenido/ley-de-v%C3%ADctimas/mu>

_____. Congreso de la República de Colombia Ley 1448 de 2011 (10 de junio de 2011).. “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”. Recuperado de <http://www.urnadecristal.gov.co/gestion-gobierno/abece-ley-de-victimas>.

_____. Ministerio del Interior. Unidad para la atención y reparación de las víctimas. Mujeres y Conflicto Armado en Colombia. Mesa de Trabajo (2006). Recuperado de <https://www.google.com.co/search?q=Mujeres+y+conflicto+armado+Mesa+de+trabajo+%E2%80%9CMujer+y+conflicto+armado&oq=Mujeres+y+conflicto+armado+Mesa+de+trabajo+%E2%80%9CMujer+y+conflicto+armado&aqs=chrome..69i57.1710j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública.2012-202. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Recuperado de <https://www.google.com.co/search?q=Plan+decenal+de+salud+p%C3%ABblica.2012-202.+Dimensi%C3%B3n+sexualidad%2C+derechos+sexuales+y+reproductivos&oq=Plan+decenal+de+salud+p%C3%ABblica.2012-202.+Dimensi%C3%B3n+sexualidad%2C+derechos+sexuales+y+reproductivos&aqs=chrome..69i57.1472j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

_____. Presidencia de la República de Colombia. Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Lineamientos de la política pública nacional de equidad de género para las mujeres. Bogotá, Colombia 2012. Recuperado de <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Lineamientos-politica-publica-equidad-de-genero.pdf>

_____. Defensoría del Pueblo. (2008). Promoción y Monitoreo de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Mujeres Víctimas de Desplazamiento Forzado con Énfasis en Violencias Intrafamiliar y Sexual. Recuperado de <file:///C:/Users/jose%20omar/Downloads/Promoci%C3%B3n%20y%20monitoreo%20de%20los%20derechos%20sexuales%20y%20reproductivos%20de%20mujeresv%C3%ADctimas%20de%20desplazamiento%20forzado%20con%20%C3%A9nfasis%20en%20Violencias%20Intrafamiliar%20y%20sexuales.pdf>

_____. Constitución Política de 1991. Artículo 93.

_____. Ley 1448. Artículo 137.

_____. Gobierno Innovador. Alianza Gobierno Abierto. ¡Hoy, la justicia colombiana te apoya! No estás sola. Recuperado de <http://www.urnadecristal.gov.co/gestion-gobierno/abece-ley-de-victimas>.