

**INFORME DE PRÁCTICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE TRABAJADORA SOCIAL
SALUD EN ESCENARIOS DE CONFLICTO Y POSTCONFLICTO: SALUD *MATERNA*
EN UNA COLOMBIA EN CAMINO A LA RECUPERACIÓN**

LAURA ESTEFANY RUIZ SÁNCHEZ

Asesora Académica:

NORA CANO CARDONA

Trabajadora Social - Magíster en Educación y Desarrollo Humano

Acompañante Institucional

SARA RAMOS JARABA

Administradora en Servicios de Salud – Magíster En Salud Colectiva

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

MEDELLÍN

2019

Tabla de contenido

1	PRESENTACIÓN	3
2.	NATURALEZA DEL PROYECTO	4
3.	LÍNEA DE INTERVENCIÓN	7
4.	CONTEXTO INSTITUCIONAL	8
a)	Misión	9
b)	Visión	9
c)	Objetivos	10
5.	SITUACIÓN DIAGNÓSTICA	11
6.	INTENCIONALIDADES	13
7.	CONCEPCIÓN DE SUJETO	14
8.	CONDICIONANTES	15
9.	CONSOLIDANTES	16
10.	OBJETIVO Y ACTIVIDADES	17
a)	Objetivo General.	17
b)	Actividades	17
11.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	20
12.	FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA	21
	<i>Plan de Recolección</i>	22
	<i>Selección de los participantes en fase cualitativa</i>	23
	<i>Estrategias de recolección de información</i>	23
	<i>Análisis cualitativo de datos</i>	24
13.	LO ÉTICO Y LO POLÍTICO	25
14.	RESULTADOS	27
14.1	EL SGSSS	27
14.2	ESTUDIO DE CASO DABEIBA- JARDÍN	28
14.3	PROGRAMAS EN EL POST-ACUERDO	39
15	PLAN DE ACCIÓN	44
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

1 PRESENTACIÓN

Este informe pretende dar cuenta de las acciones realizadas por la estudiante de Trabajo social en la práctica académica, realizada en la Facultad Nacional de salud pública de la Universidad de Antioquia, en a que se participó del proyecto “salud en escenarios de conflicto y postconflicto, salud materna en una Colombia en camino a la recuperación”, proyecto del grupo de Epidemiología de la Facultad en mención.

La intervención estuvo centrada en la investigación, explícitamente en el componente cualitativo, donde se pretendió comprender las intervenciones en salud materna e infantil en escenarios de conflicto y postconflicto, reconocido desde los actores comunitarios, profesionales de salud, comunidad indígena, organizaciones sociales, ONG, ONU y Gobierno, las intervenciones institucionales, las políticas e intervenciones en materia de salud materno-infantil (SMI) y salud sexual y reproductiva (SSR) para comprender de manera más amplia la entrega de las mismas.

2. NATURALEZA DEL PROYECTO

La naturaleza de esta intervención profesional es de tipo investigativo, la investigación a la que se incorporó la estudiante para la ejecución de la práctica académica II y III, tiene como nombre “*salud en escenarios de conflicto y postconflicto: salud materna en una Colombia en camino a la recuperación*” de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Esta investigación se desarrolló en 10 países simultáneamente en reconocimiento con los desafíos actuales de las crisis humanitarias que enfrentan otros países, y que en Colombia se han enfrentado. Este esfuerzo, parte de la necesidad de documentar evidencia de posibles soluciones para mejorar las condiciones de SMI en países que se encuentren en situaciones de conflicto armado intenso, lo anterior con miras a salvar vidas documentando aportes específicos en necesidades reproductivas y de nutrición, de maternas, recién nacidos, niños y niñas en dichos escenarios, pues se considera que en los países en conflicto, la población mayormente vulnerada y afectada son los niños, niñas y mujeres¹.

El objetivo del proyecto investigativo al que se incorporó la estudiante fue “*un estudio de caso en Colombia para comprender las intervenciones en mujeres gestantes, recién nacidos, niños y niñas en geografías y situaciones seleccionadas*”, incluyendo una comprensión más cercana de la cobertura y el acceso a los servicios desde las perspectivas tanto de los proveedores

¹ Protocolo del proyecto

como de los usuarios de los servicios, así como los facilitadores existentes y las barreras a las intervenciones en salud.

Aunque el estudio fue mixto, es decir, utilizó métodos cuantitativos y cualitativos, la participación de la practicante estuvo centrada en acompañar el componente cualitativo. En esta fase se reconoció desde los actores comunitarios, profesionales de salud, comunidad indígena, organizaciones sociales, ONG, ONU y Gobierno; las intervenciones institucionales, las políticas e intervenciones en materia de salud materno-infantil (SMI) y salud sexual y reproductiva (SSR) para comprender de manera más amplia la entrega de las mismas y los aportes que se tejen desde las comunidades en la resolución de situaciones en contextos de conflicto, pues es bien conocido que en estos escenarios, se interrumpe el acceso a los servicios de salud, tanto en intervenciones de tipo preventivo como curativo.

El campo profesional de los y las trabajadoras sociales transversaliza procesos encaminados a la recuperación de la dignidad y derechos humanos, en búsqueda de la equidad en los grupos poblacionales. Para ello, la profesión interviene mediado por herramientas teórico prácticas que permitan intervenir y transformar basados en perspectivas comprensivas, interpretativas (Travi, 2006) y reflexivas que sitúen la acción contextualizada, asumiendo la investigación como *“un proceso dinamizador dotado de reflexividad que actúe en la consolidación de propuestas posibilitadoras de la construcción del conocimiento social, de la especificidad profesional y de los sujetos o situaciones sociales con las cuales interactúa”* (Vélez, 2003)

¿Para qué se investiga? En el trabajo social, la línea de investigación es sumamente importante, pues permite reconocer información de base con la que la intervención, no solo de tipo asistencial, sino también reflexiva y emancipatoria, resulte ser más efectiva.

El propósito principal de la investigación en TS consiste en aumentar el conocimiento básico y tecnológico. Esto requiere que la investigación aporte resultados significativos y relevantes. Parece ser que la conclusión a la que se ha llegado a la vista de los resultados es positivo (Acero, 1988)

Pues, las intervenciones luego de los estudios realizados resultan ser mejor estructurados, sus objetivos más claros, los diseños de intervención más adecuados y eficientes (Acero, 1988).

En este sentido, la participación como profesional social en el estudio de caso colombiano en salud materno e infantil en situación de conflicto armado y postconflicto, permite la reflexión y la actuación de esta y otras disciplinas en situaciones similares, a fin de proteger la vida y la integridad de poblaciones que han sido históricamente vulneradas, como son los niños y las mujeres. En este sentido, la exposición de guías de actuación de los profesionales de la salud, el estado, los organismos internacionales y las comunidades, permiten a países en conflicto estructurar posibles soluciones para dar respuesta eficiente a las condiciones de salud en situación de conflicto armado intenso.

3. LÍNEA DE INTERVENCIÓN

La intervención de este proyecto se inscribe en *línea de Problemas sociales contemporáneos*, lo anterior en respuesta a la necesidad de crear espacios que permitan el bienestar social de las poblaciones, en este caso de aquellas que han vivido (y que viven en otros países en este momento) en medio del conflicto armado intenso.

Esta línea se caracteriza por situar los problemas actuales con base a las condiciones generales de los Estado, muchos de estos generados por políticas neoliberales que han permitido al mercado entrar a proveer los servicios sociales de las comunidades. No ajeno a lo anterior, en el caso de Colombia este se materializa en un sistema de salud fragmentado, que impone barreras administrativas, técnicas y asistenciales que han conllevado a enfermar a la población.

Pero además del sistema, no se desconoce que el conflicto armado permitió la generación de otras barreras para el acceso a los servicios de salud, que en este caso se trata de comprender las mismas en razón de la SMI, además de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

La línea de problemas sociales contemporáneos, implica el ejercicio de formación epistemológica, que provea razonamientos teóricos y de dominio crítico de las diferentes situaciones que han dificultado la reivindicación de los derechos humanos.

4. CONTEXTO INSTITUCIONAL

Con miras a contextualizar la institucionalidad de manera más correcta, lo que se expone a continuación esta tomado literalmente de la página oficial de la Facultad Nacional de Salud pública de la Universidad de Antioquia, así mismo de su grupo de investigación de epidemiología en el cual se inscribió este proyecto y participó la estudiante de Trabajo Social en su práctica académica.

La Escuela Nacional de Salud Pública fue creada el 31 de diciembre de 1963, en virtud de un contrato celebrado entre la Universidad de Antioquia y el Ministerio de Salud Pública. El Consejo Superior de la Universidad, por Acuerdo No. 3 del 1 de agosto de 1980 y No. 5 del 3 agosto de 1982, procedió a reestructurarla y le dio la denominación de **Facultad Nacional de Salud Pública**.

Sus funciones principales, la docencia, la investigación y la extensión garantizan su vigencia y permiten definirla esencialmente como un organismo cultural, científico y técnico. Su concientización y análisis permiten la promoción de soluciones posibles a problemas concretos de salud pública y seguridad social (Universidad de Antioquia, s.f.)

Dentro de la función en investigación, se encuentra la participación de diversos grupos y semilleros que tienen como finalidad aportar en el desarrollo del ser, dentro de estos al cual esta investigación se suscribió es el grupo de epidemiología, el cual tiene la siguiente plataforma estratégica:

El grupo de epidemiología de la FNSP, hace un poco más de diez años viene acreditando su trayectoria investigativa en el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, en la actualidad está clasificado como grupo A1 por Colciencias. Actualmente, el Grupo está conformado por 12 docentes, seis con formación doctoral, tres que se encuentran cursando estudios de doctorado y los demás con formación de maestría en epidemiología y salud pública.

Los integrantes del grupo pertenecen a redes nacionales e internacionales como la Red Latino Americana y del Caribe de Monitoreo y Evaluación; red de Malnutrición en Iberoamérica; Red Europea para la cooperación global en SIDA y tuberculosis; Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud; Red Latinoamericana de investigación, docencia y extensión en salud; Red Panamericana de Actividad Física y Salud Pública; Red Iberoamericana de Investigación y Prevención de Cáncer de Cérvix; Red latinoamericana de salud mental; y la Red internacional de medicina del deporte y actividad física, Red de investigadores de violencia del Banco Mundial, Red Latinoamericana de salud mental, Red de investigadores en resiliencia, Red de evaluación de impacto.

a) Misión

Desarrollar el área de epidemiología en sus aplicaciones académicas, científicas y técnicas para influir favorablemente la situación de salud pública de la población colombiana.

b) Visión

El grupo será un punto de referencia nacional y latinoamericano en la formación, investigación y asesoría en epidemiología, que articulará su trayectoria en la formulación, abogacía

y evaluación de políticas públicas y en su contribución al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

c) Objetivos

1. Formar en epidemiología a diversos agentes comunitarios, profesionales, especialistas, maestros y doctores capaces de comprender, aplicar, difundir y enriquecer los métodos epidemiológicos para el análisis, la intervención y la evaluación de los diversos eventos que determinan la salud de la población.

2. Crear una base sólida de investigación para generar conocimiento nuevo que permita impactar favorablemente la salud pública del país y sirva de sustento para la formación avanzada en epidemiología.

3. Asesorar distintas instituciones en el estudio y manejo de situaciones específicas de salud pública.

4. Mejorar la comprensión de la situación de salud de los grupos humanos con énfasis en los problemas prioritarios de la salud pública.

5. Evaluar el impacto en la salud de las poblaciones de intervenciones sectoriales, ambientales, sociales o económicas.

6. Generar innovaciones metodológicas apoyándose en las herramientas de la misma disciplina e integrando enfoques e instrumentos de otros saberes científicos.

7. Participar en la formulación abogacía y evaluación de políticas públicas.

5. SITUACIÓN DIAGNÓSTICA

La mortalidad materna y de niños menores de 5 años es considerablemente más alta en los países en conflicto armado, en comparación con sus contrapartes no conflictivas (O'hare y Southall, 2007), pues no solo la presencia de enfermedades en los territorios, sino también factores como la violencia, el desplazamiento, la pobreza y la malnutrición, interrumpe el acceso a servicios de salud preventivos y curativos (Mogollón y Vásquez, 2008). Además, La crisis humanitaria aumenta aún más el riesgo de muerte relacionada con el embarazo debido a deficiencias nutricionales preexistentes, susceptibilidad a enfermedades infecciosas falta de acceso a la atención prenatal, y la falta de disponibilidad de partos asistidos y atención obstétrica de emergencia (Moreno y Koenig, 2016), (Urdal y Che, 2013).

Sumado a las situaciones anteriormente descritas, la vulnerabilidad de las mujeres y los niños se desprende de la pobreza, las barreras geográficas y de acceso a los servicios de salud y de las altas probabilidades de ser separados por su sostén financiero, que particularmente en este país es la principal fuente de ingresos y apoyo económico es por parte, en mayor medida, de la contraparte masculina. También se considera que en situaciones de conflicto armado la violencia de género y violencia sexual marca un lamentable hito para las mujeres (UARIV y UNFPA, 2015).

Dada las situaciones descritas con anterioridad se hace necesario, tanto en Colombia, como en otros países donde el conflicto armado está latente, entender la entrega de intervenciones en materia de SMI y SSR desde diferentes actores institucionales y comunitarios para mujeres

gestantes, niños y niñas en entornos de conflicto, en particular, es importante comprender los numerosos factores y consideraciones subyacentes a las decisiones de utilizar estos métodos de entrega.

El aporte a la investigación desde el trabajo social debe permitir comprender cambios en las prácticas y comportamientos sociales, que influyan en la garantía del desarrollo de la intervención social. Bajo esta premisa, esta práctica investigativa en el proyecto “*salud en escenarios de conflicto y postconflicto: salud materna es una Colombia en camino a la recuperación*” aportó, no solo a la profesión sino a otras disciplinas, en reconocimiento de los desafíos actuales y coyunturales del país, a intervenir oportuna y adecuadamente en materia de SMI.

6. INTENCIONALIDADES

La intencionalidad de esta investigación fue *comprender la entrega de intervenciones en materia de SMI y SSR desde diferentes actores institucionales y comunitarios*. Lo anterior por medio de la documentación de la entrega de servicios de salud a esta población y las diferentes soluciones que, desde los profesionales, el estado, organizaciones y las mismas comunidades han tejido para dar respuesta a las necesidades de SMI y SSR en los periodos de conflicto armado intenso. Lo anterior para que sirva de base para generar lineamientos a nivel internacional en países que se encuentran en conflicto armado intenso, donde se necesita proveer soluciones eficaces para la provisión de servicios de salud.

En este sentido, la intención de la FNSP fue proveer información pertinente y real sobre dichas intervenciones en salud aplicando al principio de solidaridad con los países que se encuentran en esta dolorosa dificultad, actuando de forma ética, responsable y respetuosa con la información.

Los profesionales, por su parte tuvieron la intención de manejar la información proveída por los informantes clave de manera limpia y real, sin intentar dar juicios preexistentes o confirmar hipótesis preconcebidas. Pero, además, de ejercer un compromiso ético no solo con la investigación, sino con las poblaciones participantes de esta investigación.

7. CONCEPCIÓN DE SUJETO

Los actores involucrados en esta investigación se refieren a las instituciones y actores encargados de proveer servicios y atención en materia de SMI y de SSR a nivel nacional (Bogotá), gubernamental (Instituciones y actores Departamentales y locales- Medellín) y local (en los municipios de Jardín y Dabeiba). Las entrevistas se realizaron entre julio y agosto de 2018 a:

- **Profesionales de la salud:** médicos, personal de enfermería y personal asistencial proveedor de servicios de salud en Dabeiba, Jardín, Medellín (capital de Antioquia)
- **Organizaciones de mujeres:** que trabajen en la reivindicación de derechos sexuales y reproductivos, además del campo de salud en Dabeiba, Jardín, Bogotá (capital de Colombia) y Medellín (capital de Antioquia)
- **Parteras, médicos tradicionales:** actores comunitarios que proveen servicios de salud con conocimientos ancestrales en Dabeiba, Jardín
- **Entes Gubernamentales:** secretarías de salud local, nacional y gubernamental, Profamilia, Ministerios y Secretarías de salud en Dabeiba, Jardín, Medellín, Bogotá
- **Organizaciones no Gubernamentales:** organizaciones que trabajan en la reivindicación de derechos de las mujeres en Dabeiba, Jardín, Medellín, Bogotá
- **Médicos sin frontera/Cruz Roja:** en Bogotá y Medellín
- **ONU:** PNUD y ONU Mujeres en Bogotá y Medellín.

8. CONDICIONANTES

El gran condicionante de esta investigación fue el *acceso geográfico* a las poblaciones rurales dispersas, pues se encuentra que aún en un proceso de postconflicto, hay lugares en los que no está permitido entrar porque hay grupos al margen de la ley o porque las condiciones de transporte son complejas. Dicha situación se presentó tanto en la fase de entrevistas (agosto) como en la fase de socialización (diciembre).

Otros, condicionantes tienen que ver con *los informantes*, pues la comunicación y contacto con los mismos fue compleja en tanto no respondieron positivamente, no contaron con tiempo suficiente o porque la institucionalidad solicitó absoluta confidencialidad sobre lo que hace la organización. Además, hay instituciones que requirieron solicitudes formales de procesos que no concordaron con los tiempos de la investigación que es muy corto.

Otro condicionante fue *el tiempo* en el que se desarrolló el estudio, pues en solo 6 meses se debió ejecutar a cabalidad y ello a veces no esa en concordancia con los tiempos de las institucionalidades. Además, que no permitió un análisis profundo de la información recolectada.

9. CONSOLIDANTES

Una gran ventaja de esta investigación es que es un tema que requiere respuestas inmediatas ante la coyuntura de postconflicto, que hay actores interesados en el desarrollo del mismo y que el hecho de que sea un proyecto que pretende dar lineamientos internacionales hace que sea más interesante y permita mayor voluntad de los actores

Otro consolidante es el tema económico, pues se contó con dinero suficiente para el trabajo en campo y para el desarrollo a cabalidad de la investigación; para pago de todos los equipos tanto humanos como materiales y técnicos que se requirieron.

Además, Para llevar a cabo esta investigación, se contó con el apoyo de diversos grupos de investigación de la Universidad de Antioquia, con amplia experiencia en el tema de salud de la mujer, salud infantil y conflicto, como son: nacer, salud sexual y reproductiva de la Facultad de Medicina y el grupo Cultura, Violencia y Territorio del Instituto de Estudios Regionales, lo que permitió una visión amplia en la relación de las intervenciones.

10. OBJETIVO Y ACTIVIDADES

a) **Objetivo General.**

Apoyar técnica y administrativamente el proyecto: “salud en escenarios de conflicto y postconflicto: salud materna en una Colombia en vía a la recuperación”, proyecto ejecutado por la Facultad Nacional de Salud Pública- FNSP de la Universidad de Antioquia, Medellín, 2018.

b) **Actividades**

El propósito del acompañamiento a esta investigación, por parte de la estudiante en trabajo social, se basó en apoyar técnica y administrativamente el proceso del mismo mediante el desarrollo de actividades que se describen a continuación:

Participación en las agendas: la participación de las agendas de visitas y entrevistas a actores clave, profesionales de la salud y del gobierno en Dabeiba y Medellín se realizó con base a información proporcionada por la Universidad de Harvard, el cual contuvo información de actores en común en los diferentes países. Adicionalmente esta agenda fue alimentada por el equipo de investigación.

Luego de alimentar las agendas, se procedió a realizar cartas de invitación y llamadas para concretar las citas. Si bien, se realizó en Medellín, Bogotá, Dabeiba y Jardín, las agendas que a cargo de la estudiante fueron las de Medellín y Dabeiba.

Por otra parte, se participó en la modificación de las entrevistas semiestructuradas a realizar a los participantes, específicamente a las guías a profesionales de salud.

Participación de recolección de información: la participación en esta área (entrevistas) se desarrolló en los municipios de Medellín y Dabeiba, en su mayoría acompañada del equipo de investigación, en otras, la entrevista estuvo a cargo de la estudiante en formación de Trabajo social.

Rastreo de intervenciones en SMI y SSR: mediante recolección, codificación y análisis de entrevista realizadas en Medellín, Bogotá, Jardín y Dabeiba. En este caso, la codificación y análisis de las entrevistas a cargo de la estudiante, fueron en las entrevistas realizadas en Medellín. Allí, se establecieron los puntos convergentes que se expusieron desde los objetivos establecidos y divergentes en el desarrollo de las entrevistas.

Revisión de literatura gris: (tesis, libros y trabajos de grado) sobre la SMI en conflicto armado en repositorios universitarios: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de los Andes y Universidad Javeriana; en Periódico Nacional: El tiempo; en periódico local de Jardín (Antioquia) y en informes de la OPS y de la OIM.

Apoyo a análisis y escritura de resultados cualitativos: según lineamientos enviados por la entidad financiadora, la estudiante apoyó la escritura de la introducción, breve contexto del sistema de salud colombiano, la descripción de la cobertura y espectro de intervenciones realizadas en las entrevistas de los 4 municipios, consideraciones éticas y limitantes del estudio.

Participación en planeación de eventos de socialización de resultados: la socialización de los resultados se realizó en Medellín, Jardín y Dabeiba. Las actividades a cargo de la estudiante se enfocaron en la planeación y organización de invitaciones, espacio, refrigerios y viáticos de

Dabeiba, acompañamiento en solicitudes para Jardín y participación de planeación y organización del Seminario: “*salud en escenarios de conflicto y posconflicto*” realizado el 29 de noviembre en la FNSP

Participación de devolución de resultados Dabeiba: la devolución de los resultados en este municipio se realizó el 10 de diciembre a actores e instituciones que nos brindaron entrevistas, además facilitadores de organizaciones como ONU, OIM, Cruz Roja y tomadores de decisiones.

Realización de curso de ética en la investigación: como parte de las responsabilidades pactadas con el ente financiador de la investigación, el equipo participante, debía realizar un curso de ética de la investigación enfocándose en aquella que se hace con la población de manera cualitativa. En ese orden, se realizó el curso de ética denominado “*acción con cuidado*” dictado por la FNSP y certificado por la misma de acuerdo a la intensidad horaria. (Anexo 1)

Apoyar administrativamente el proyecto: esta línea respondió a la gestión y solicitudes realizadas a la FNSP para que el desarrollo de la investigación se diera a cabalidad. Allí se realizó diligenciamiento de formatos para solicitud y legalización de anticipos, viáticos, escenarios y refrigerios. Además de las comunicaciones con diferentes actores como se ha mencionado en los puntos anteriores.

11. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Teniendo en cuenta que esta intervención es de tipo investigativo, y que la misma se preguntó por cuestiones de comprensión de las intervenciones entregadas por la institucionalidad o suministradas por sus pares comunitarios, así mismo como en la experiencia que se tuvo en los tiempos de conflicto armado intenso en relación con la SMI, esta investigación se enmarcó en el enfoque teórico *del interaccionismo simbólico*, pues esta teoría permitió describir, mediante la interpretación de los actores, las situaciones e interacción (Blumer, 1969) de las intervenciones realizadas por los proveedores de salud, la connotación que se le da a las políticas nacionales sobre las mismas y la forma en que se entregan dichos servicios a las comunidades en periodos de conflicto armado intenso.

Esta teoría permitió la relación con la forma específica de interacción social, los significados que se le da al mismo y los símbolos que se desprenden en relación a su percepción.

12. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

De acuerdo a los lineamientos expuestos en el protocolo general para los 10 países participantes, se expuso los ajustes metodológicos del caso de estudio para Colombia, como un país en transición del conflicto o en posconflicto. Este ajuste metodológico se realizó teniendo en cuenta las particularidades culturales, sociales, de seguridad e información disponibles. Se expusieron 3 etapas para el desarrollo del proyecto: una etapa cuantitativa, a través del análisis de indicadores de SMI, donde se utilizaron fuentes secundarias de información, una segunda etapa de revisión de literatura en la cual se buscó información de SMI relacionada con el conflicto armado en Colombia y por último la fase de investigación cualitativa, a través de un estudio de caso, en la cual se entrevistaron actores claves, involucrados en la SMI y fueron interpretados por las investigadoras²³.

En la fase cuantitativa, se realizó un estudio cross-sectional, utilizando fuentes de datos secundarias, la población de referencia fueron los records de neonatos y mujeres embarazadas en edad fértil y posparto, identificados en bases de datos nacionales en bases de datos de 1996 a 2017. Esta fase se realizó por profesionales en gerencia de sistemas de información en salud y epidemiólogos, amparados por el grupo NACER de la UdeA, Los cuales utilizaron estadísticas

² Protocolo del proyecto

descriptivas de datos nacionales y sectoriales, específicamente Jardín y Dabeiba con miras a establecer la relación del conflicto con las condiciones de SMI

En la fase cualitativa se realizaron actividades como la revisión de literatura en Colombia y entrevistas a informantes clave, dentro de las que se establecieron actores como personal sanitario, participantes de ONG's, autoridades sanitarias y funcionarios de Naciones Unidas. Adicionalmente el estudio de caso realizado fue en Antioquia dado a que fue un departamento fuertemente golpeado por la violencia por parte de las FARC y las AUC y que tuvo mayores proporciones de desplazamiento y recesión del desplazamiento.

Así mismo, en el estudio de caso se llevó a cabo a través de la selección de 2 municipios del departamento de Antioquia, los cuales fueron Dabeiba y Jardín. El primero fue seleccionado por sus altos índices de violencia, la convergencia de diferentes actores armados, su población multiétnica y su particularidad actual, como un espacio territorial de capacitación y reincorporación de los integrantes de las FARC. Jardín fue seleccionado por ser un municipio con bajos índices de violencia en Antioquia, pero con algunas similitudes en cuanto al tipo de población con Dabeiba. Lo anterior sirvió como un estudio comparativo de la SMI en zonas de alta vs baja violencia.

Plan de Recolección

Se utilizó un método de muestreo intencional, el cual se utiliza cuando los investigadores "*buscan grupos, escenarios e individuos donde, los procesos que se estudian son más probables que ocurran*" (Bowling y Ebrahim, 2005). Además, se utilizó la técnica de bola de nieve, la cual se aplica para identificar a las personas que mejor conocimiento tienen a cerca del fenómeno de estudio por medio de la recomendación de otros actores participantes y no participantes.

Selección de los participantes en fase cualitativa

En esta fase de la investigación se realizaron entrevistas a partir de guías semiestructuradas o grupos focales con diversos actores involucrados en la atención materno-infantil en los dos municipios seleccionados. Pero además como se mencionó anteriormente, se incluyeron a los organismos internacionales, ONG's, personal sanitario, autoridades sanitarias, funcionarios de Naciones Unidas, agentes comunitarios y organizaciones de mujeres, presentes también en Medellín y Bogotá involucrados en el delineamiento de políticas, normas, guías o prestación de servicios a maternas y neonatos.

Estrategias de recolección de información

La estrategia de recolección de información y técnicas utilizadas para esta investigación, fueron la entrevista semiestructurada y los grupos focales. La entrevista como estrategia de conversación cara a cara indicada por su enorme potencial para descubrir la cotidianidad de las relaciones sociales, conocer los detalles de los que se piensa o se siente respecto a un tema en particular, centrándose en la opinión individual que se desprende de su formación personal e intelectual y que signifiquen para cada ser, allí el papel del entrevistador es facilitar el proceso de comunicación mediante la inducción del tema a partir de preguntas seleccionadas. (Bonilla, E, 1995)

Por su parte, los grupos focales permiten recolectar información significativa utilizando la comunicación entre investigador y participantes, facilitando la discusión y participación activa de todos en la que se puedan visibilizar puntos de encuentro y/o desencuentro de los participantes.

Análisis cualitativo de datos

El análisis de los datos se realizó en una matriz que contuvo tres categorías básicas: *las intervenciones*: planes, programas y acciones en SMI; *Staff*: que hizo alusión a las medidas de seguridad y condiciones profesionales durante y postconflicto y; *contexto*: que hizo referencia a los contextos geográficos, de acceso a los servicios o situaciones de conflicto armado intenso. Lo anterior se realizó en cada uno de los municipios. Luego se compilo la información con el fin de dar una mirada desde lo general a lo particular uniendo, cotejando y confrontando los diferentes relatos.

Las sesiones diarias de información con el equipo de investigación de campo y las reuniones frecuentes con otros miembros del equipo, también resaltaron otras posibles áreas de investigación.

13. LO ÉTICO Y LO POLÍTICO

El ser del Trabajador social se configura en la capacidad de reconocer las condiciones estructurales y coyunturales de las realidades sociales en las que los sujetos, las organizaciones, las familias, grupos, instituciones y el estado se desenvuelven cotidianamente. Pero ese reconocimiento no solo parte de la concepción o la comprensión del profesional frente a las mismas, sino en las conversaciones e investigaciones que se hacen desde la base, y como es el caso de esta investigación, desde la perspectiva de diferentes actores que involucran sus acciones en SMI y SSR

Por lo anterior, el artículo 4 del código de ética de TS (2015) define el trabajo social como

Una profesión-disciplina constitutiva de las ciencias sociales, que se desarrolla en el ámbito de las interacciones entre los sujetos, las instituciones, las organizaciones sociales y el Estado, de manera dialógica y crítica. Comporta referentes de intervención que se constituyen en el eje que estructura el ejercicio profesional, confiriéndole un sentido social y político para potenciar procesos de transformación social (Consejo nacional de trabajo social, 2015).

Si bien, los principios de la profesión aluden a la defensa de los derechos humanos y la justicia social con miras a combatir la desigualdad; la investigación le da un tinte sumamente enriquecedor en tanto implica la relación teoría-práctica, donde se construyen nuevos conocimientos ante la necesidad de generar nuevos encuadres de intervención, particularmente en

el campo de la salud, que aunque parezca un tema aislado de las ciencias sociales (Durán, 2003), requiere de acciones transdisciplinarias para asegurar, *“La salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 1948)

Entendiendo el concepto de salud expresado por la OMS, podemos conectar el código de ética de trabajo social, en tanto el profesional promueva *“el cambio basado en un cuerpo sistemático de conocimientos que reconoce la complejidad de las interacciones entre los seres humanos, y para entenderlas recurre a teorías del desarrollo, el comportamiento humano y los sistemas sociales”* (Consejo nacional de trabajo social, 2015).

En este sentido, el compromiso fundamental con este proyecto de investigación, fue ejercer la profesión teniendo como base los derechos humanos, buscando el bienestar y el desarrollo social, aportando a la generación de conocimiento sobre el Trabajo Social y las realidades sociales objeto de su intervención (Consejo nacional de trabajo social, 2015). Además del compromiso de un comportamiento ético con la información que se desprenda de la investigación, no solo hablando de la confidencialidad de la información, sino también a tratando los datos de manera limpia, sin dar juicios ni modificar la información para confirmar hipótesis predeterminadas.

14. RESULTADOS

Dentro de las diferentes acciones de victimización de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, se encuentran situaciones en materia de SMI y SSR que son vulnerados a partir de diferentes barreras como las económicas, las geográficas, el nivel educativo, factores culturales, del SGSSS y, situaciones del conflicto armado que agudizaron, en gran medida las condiciones anteriormente descritas

14.1 EL SGSSS

La estratificación de los servicios de salud, las barreras existentes en las EPS, la mercantilización de los servicios y la negación de los servicios por parte de los profesionales de la salud, son los problemas más recurrentes del SGSSS expresado por los participantes y evidenciado en literatura científica “el SGSSS limita las opciones del usuario, impide utilizar incentivos por calidad y dificulta la atención primaria” (Merlano, CA., Gorbanev I, 2012).

“Cuando viene la Ley 100 empieza todo un desconocimiento de los derechos de las personas y de la salud como derecho fundamental y los puntos más sensibles de la salud de una comunidad es la salud materna y perinatal que a su vez, valga la pena decirlo está inscrita entre los derechos humanos, entre ellos el número veinte y cuatro, dice: la maternidad y la infancia tienen derecho a ser protegidos por el

Estado y toda la sociedad debe participar en el proceso de protección de la infancia”⁴

Si bien, la Ley 100 de 1993 tiene serias dificultades en el acceso a los servicios, dado a la delegación de los servicios de salud y bienestar a agentes privados con el fin de “volverlo más eficiente”, esta reforma se centró en garantizar cobertura y no en el acceso universal de calidad. A pesar de esto, el gobierno logró llevar una oferta mínima de servicios de salud a casi la totalidad de los municipios del territorio nacional a través de los centros de salud y hospitales de primer nivel de atención. Además, generando políticas de atención oportuna a las personas, que para el caso de la SMI y SSR, instituciones internacionales han sido un colaborador muy importante.

14.2 ESTUDIO DE CASO DABEIBA- JARDÍN

Intervenciones en SMI y SSR

En Colombia mediante la Resolución 412 del 2000, el Ministerio de salud (hoy Ministerio de salud y protección social) se adopta la norma técnica en relación con actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana que son de obligatorio cumplimiento por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, lo anterior mediante guías de atención para el manejo de enfermedades de salud pública. Sin embargo, antes de esta norma técnica, existían lineamientos

⁴ Entrevista a Profesional de Salud, Medellín, julio de 2018.

importantes para el cuidado de la SMI, como es el caso de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI -

IAMI es una Estrategia de desarrollo institucional de los servicios de atención materna e infantil con enfoque de derechos en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, por el Ministerio de la Protección social y el fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Esta estrategia integra criterios pertinentes para la atención en procesos de atención materno e infantil como la gestación, el parto, el periodo neonatal y el de crecimiento y desarrollo siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas.

Esta estrategia, pretende cualificar los servicios de SMI en las instituciones de salud con el fin de brindar a las mujeres gestantes y sus familias educación y atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el parto, el puerperio y la lactancia materna, incluyendo la preparación para el cuidado en salud y nutrición de sus hijas e hijos, con énfasis en los recién nacidos, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, la participación familiar y en especial la corresponsabilidad del padre en la crianza. Para ello, elabora una serie de diez pasos en las que se incluyen temas como control prenatal, maternidad segura, crecimiento y desarrollo, nutrición efectiva para el binomio madre – hijo y vacunación con plena participación de las familias en este ciclo de vida (Ministerio de la protección social y UNICEF, 2011). Aunque los programas descritos con anterioridad se consideran un factor protector y quizá uno de los más fuertes en el país, en el conflicto armado se encuentra que no fueron entregados oportunamente dadas las condiciones geográficas, económicas y del propio conflicto.

Aunque la adopción de la estrategia no es obligatoria, se encuentra que municipios como Jardín, que estuvo menos expuesto al conflicto armado, se le posibilitó desarrollar la estrategia y certificarse como tal con mayor facilidad que Dabeiba (Municipio fuertemente golpeado por la violencia), podría decirse que la disminución de esfuerzos en materia de salud generada por la violencia permite mayor adherencia a lineamientos y normatividad que permitan mejores resultados en salud en la población. En el posconflicto se encuentra que se han brindado mayores recursos para fortalecer las instituciones, pues en la medida en que los recursos a la Guerra disminuyan, se espera que vayan dirigidos a las necesidades de la población.

Control prenatal

El programa de control prenatal se provee con el fin de reducir la mortalidad materna e infantil a partir de la identificación de riesgos relacionados con el embarazo, planificando el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo (Ministerio de Salud, s.f.).

De acuerdo con la información tanto de los profesionales de la salud como de la comunidad rural, en gran medida las actividades control prenatal se realizan de forma institucional, para ello las habitantes de corregimientos y veredas acuden de forma periódica al hospital más cercano. Se expone que a los programas de control prenatal y crecimiento y desarrollo las personas no asistían porque en sus zonas se encontraban en conflicto armado intenso, donde vivían situaciones como confinamiento, amenaza, retenes, enfrentamientos y otros que los obligaba a permanecer en su territorio.

“Si el paciente no llegaba, las auxiliares, el personal que lleva mucho rato en el hospital sabe de dónde viene la gente, saben de qué vereda vienen, entonces a veces no venían y le decían a uno: -seguramente no vienen porque para ese lado eso está prendido”⁵

También se encontró que, en poblaciones rurales e indígenas, no se realizan los controles prenatales porque las distancias son muy largas y el acceso a las mismas es difícil.

“Nosotras las mujeres siempre vamos al control, pero las de la selva no por la distancia. Entonces, los que viven cerquita de Dabeiba si van al control, hacen control⁶”.

Otra limitante para la entrega de estos programas es que algunas maternas desertan por cuestiones de movilidad y desafortunadamente la EAPB no realiza un seguimiento eficiente. Sin embargo, el esfuerzo de las instituciones y de los profesionales de salud para prestar efectivamente este servicio demuestra el compromiso con la normatividad, pero sobre todo, con la vida; lo anterior, con el fin de vigilar oportunamente el proceso de gestación, detectar tempranamente las complicaciones y ofrecer educación a las familias desde la gestación.

Parto humanizado

El programa de parto humanizado se brinda a fin de garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el

⁵ Entrevista a Profesional de salud, Medellín, Julio de 2018

⁶ Grupo Focal Gobernadores Indígenas, Dabeiba, Agosto de 2018

contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora (Ministerio de la protección social y UNICEF, 2011), este programa hace parte del paso 4 para las IAMI.

Para la implementación del programa el gobierno nacional, departamental y local ha creado variadas acciones que han permitido experiencias exitosas en la materia, tales como clínicas móviles y casas de parto en zonas apartadas y rurales, cualificación de parteras en dichas zonas y acciones institucionales que permitan el acompañamiento de esa persona significativa en el momento del parto, que en la población indígena puede ser el Jaibaná, un médico tradicional o una partera. Sin embargo, en algunas situaciones la periodicidad con la que se prestan estos servicios es limitada

En los estudios de caso se pudo evidenciar que los hospitales de primer nivel de atención implementan acciones del parto humanizado con algunas dificultades como: brindarlo como incentivo a las gestantes que asisten efectiva y responsablemente a los cursos profilácticos; información parcializada en profesionales y técnicos sobre la estrategia, lo que a su vez se refleja en la información que dan al usuario; resistencia de los profesionales y las instituciones a realizarlo por cuestiones prácticas; poca capacitación al personal de salud en las diferentes formas de parir y como responder a este; barreras de infraestructura, pues las instituciones no cuentan con un espacio que permita la libertad de movimiento y; temor a las complicaciones que se puedan desprender de esta práctica.

Lactancia materna

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la

mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente (OMS, s.f.).

El gobierno nacional, por medio de estrategias como IAMI, ha proveído lineamientos a las instituciones con el fin de promover y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva, a libre demanda durante los primeros seis meses de vida, y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más (Ministerio de la protección social y UNIVEF, 2011).

Desde la institucionalidad se crean esfuerzos de diversos profesionales para la promoción de la lactancia materna, estas acciones van desde la creación de la semana de la lactancia hasta los lineamientos para la educación que se da por parte de los profesionales. Se evidencia que algunas poblaciones tienen mayor adherencia a la lactancia materna, la más significativa es la población indígena que pocas veces se resiste a amamantar a su hijo o hija.

Crecimiento y Desarrollo

El programa de crecimiento y desarrollo se realiza con el fin de garantizar entornos protectores y espacios amigables en toda la institución, partiendo del reconocimiento de las usuarias y usuarios de los servicios como sujetos de derechos, a quienes se les garantiza la educación para la promoción de la salud, la lactancia materna, la nutrición y la alimentación adecuadas, y la prevención de la enfermedad. Así mismo, la información veraz, oportuna, completa y libre de presiones comerciales o de cualquier tipo, la no discriminación, la participación y el trato

digno para todas las madres, padres, niñas, niños y familias que acuden a la institución (Ministerio de la protección social y UNICEF, 2011).

Con relación a este programa, las madres de familia expresaron que funciona de manera adecuada, ya que es constante y permite identificar alteraciones tempranas que afectan la salud de los niños y niñas, sin embargo, también comentan que entre los 7 y 10 años de edad, están en abandono por parte de los programas institucionales y gubernamentales, lo que va en contravía con lo estipulado en la Resolución 412 del 2000.

Por otro lado, el gobierno ha implementado acciones que correlacionan unos programas con otros, un ejemplo de ello es que los programas de alimentación y algunos subsidios que se les brinda a las familias, se hacen efectivos si hay un adecuado acercamiento a los programas de vacunación, crecimiento y desarrollo y otros.

“Como a las madres les ofrecen unas ayudas de alimentación, entonces uno de los requisitos por ejemplo, es que los niños estén vacunados, que estén en el control de crecimiento y desarrollo, que la que planifica venga a los controles de planificación, entonces de alguna forma son como incentivos para la gente que hace que logremos cumplir”⁷

Nutrición

El paso 8 de IAMI propone: Proveer atención integral en salud y nutrición a todas las niñas y niños menores de seis años que acuden a la institución, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y el desarrollo, la intervención oportuna de las alteraciones detectadas,

⁷ Entrevista a profesional de salud, Jardín, Agosto de 2018

y la orientación efectiva a madres, padres y sus familias sobre los cuidados acordes con la edad y condición de cada niña o niño atendido, respetando la diversidad y las diferencias.

En ese sentido, La Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia – MANÁ, adelanta todos los procesos de selección que busquen desarrollar los proyectos misionales a cargo de esta dependencia, específicamente aquellos relacionados con la ejecución del Programa de Alimentación Escolar -PAE, Centros de Recuperación Nutricional, Proyectos Productivos, Proyectos Pedagógicos y los programas que resulten en desarrollo de la Política Pública Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Gobernación de Antioquia, s.f.).

El tema nutricional en Dabeiba fue referenciado por casi todos los actores entrevistados como uno de los aspectos más afectados en el marco del conflicto armado debido a retenes de actores armados, restricciones para el paso de alimentos a ciertas zonas, confinamiento, presencia de minas antipersona y efectos del desplazamiento forzado.

Luego de la época más intensa del conflicto armado en Dabeiba, se inauguró en 2006 el centro de recuperación nutricional, un programa donde principalmente se recuperaban niños indígenas, niños de las zonas rurales y de los barrios marginales de la cabecera municipal. Sin embargo, desde el primer semestre del 2018 el programa cambió su metodología, se pasó a brindar un complemento en casa, lo cual dificulta el seguimiento de los pacientes y el éxito de la recuperación nutricional. Actualmente el hospital no cuenta con un profesional en el tema de nutrición. Los participantes refieren que este tema afecta en mayor proporción a la población indígena, debido a sus prácticas alimenticias, las dificultades en la disponibilidad de alimentos, la dispersión geográfica y a algunas resistencias al tratamiento occidental. También se expone que el

sabor de este suplemento alimenticio es similar al maní y que, a muchas poblaciones, mayoritariamente la indígena, ese sabor no le agrada.

Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI

El PAI nace por orden internacional de la OMS y la OPS desde 1974 y adoptadas a nivel nacional en 1979 por medio del Manual Operacional y de Procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, editado por el Ministerio de Salud (Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, 2010). Se estima que, a nivel internacional, este programa previene entre 2 a 3 millones de defunciones cada año (OMS, 2008).

Según actores institucionales, prestadores de servicios de salud y actores comunitarios, el PAI ha sido bastante fuerte a nivel nacional, las estadísticas demuestran altas coberturas en los esquemas aplicados, incluso en lugares donde el conflicto armado se presenta de manera intensa. Las razones varían entre los esfuerzos institucionales y de profesionales encargados del oficio, haciendo especial énfasis en incluir actores comunitarios rurales y étnicos para desempeñar dicha labor

A nivel nacional *“el Ministerio sí ha hecho esfuerzos por mantener algunos servicios básicos, entre ellos vacunación”*⁸. Así mismo, a nivel local se encuentra que *“Jardín tiene el mejor programa de vacunación no solo del municipio sino del país porque tenemos un enfermero encargado desde hace muchos años, que se ha encargado de captar a toda la población”*⁹, situación que también se encuentra en Dabeiba, donde el personal asistencial lleva desempeñando este cargo a lo largo de 36 años aproximadamente. Lo anterior ha permitido que los grupos

⁸ Entrevista a actor clave, Bogotá, Agosto de 2018

⁹ Entrevista a Profesional de la salud, Jardín, agosto de 2018

armados y las comunidades lo reconozcan en el sector y desempeñe sus funciones sin restricciones, teniendo en cuenta algunas consideraciones en seguridad como la identificación y señalización de misión medica tanto en neveras como en su vestuario.

Algunos limitantes con los esquemas son de tipo geográfico, pues específicamente en Dabeiba hay comunidades que están a 4 días de camino (situación que se da en otras zonas del país), por tanto, no se pueden llevar las brigadas de vacunación porque las mismas perderían su cadena de frio, solo llegan a aquellos lugares cuando hay brigadas aéreas, pero estas para el municipio están disponibles 2 veces al año (de a un día), lo que no les permite acudir a todas las poblaciones.

Salud Sexual y reproductiva

Colombia cuenta con una política nacional de salud sexual y reproductiva expedida en 2003 por el Ministerio de Protección social en concordancia con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), el cual precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual (Ministerio De la protección social, 2003).

Planificación

Este programa funciona en todos los municipios de Colombia, con algunas acciones específicas, como: la consulta de planificación por primera vez con médico y enfermera, a través

de la educación y entrega de métodos en los Colegios y a través de los equipos extramurales de atención en veredas, corregimientos, entre otras.

En los estudios de caso y entrevistas realizadas a la comunidad, personal de salud, ONG's, entre otras, se encontró que existen unas barreras para la planificación que son estructurales como: las barreras administrativas, geográficas y económicas, que impiden el acceso de las mujeres de manera mensual a los servicios de salud.

Para el caso de métodos hormonales, las barreras culturales, ligadas a las creencias de la población frente al inicio de la planificación, y la estigmatización social.

En otras zonas del país con gran intensidad del conflicto, algunos métodos son entregados por parte de ONG's y Naciones Unidas, debido a que los profesionales de la salud, por temas de seguridad dejaron de proveer servicios extramurales.

También se encuentra en materia de SSR programas para la prevención del embarazo adolescente, violencias, DSR, integralidad en materia de salud sexual en una cohorte de niños en zonas más apartadas, donde se trabaja con niños. Jóvenes, padres y farmaceutas para que la información llegue de manera acertada a la población.

Interrupción voluntaria del embarazo –IVE

La IVE hace parte del programa de maternidad segura, el cual garantiza el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, derecho amparado a partir de la Sentencia C-355 de 2006. Los profesionales expresan que la interrupción voluntaria del embarazo debe ser una decisión de la mujer, sin entrar en cuestionamientos ni en prejuicios culturales, morales o religiosos toda vez que los métodos hayan fallado

“El aborto es una decisión de la mujer, eso nadie lo puede cuestionar, es parte de su cuerpo y entonces en la dimensión de la salud de la mujer, sí la mujer, la condición de gestación no es favorable a su dimensión humana, pues ella tiene derecho a concebir o a terminarlo, sin fundamentalismos” 10

SI bien, algunos profesionales de salud realizan efectivamente la ruta para la interrupción voluntaria del embarazo, existen profesionales de la salud que se oponen a dicha intervención.

14.3 PROGRAMAS EN EL POST-ACUERDO

PAPSIVI

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. Constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades (Minsalud, 2011).

“Los programas asociados al marco del conflicto armado se han enfatizado en salud mental, sin embargo, estos son incipientes, pues estandarizan las atenciones

¹⁰ Entrevista a profesional de la salud, Medellín, julio 32018

sin hacer una dimensión consciente del daño causado por el conflicto. Además, otro asunto importante es que estas atenciones son intermitentes. Si bien el PAPSIVI propone no solo acciones en salud mental; sino física, son muy pocas las acciones que se conocen de las mismas” 11

Las acciones no tienen continuidad y los profesionales son intermitentes. Además, los programas de atención psicosocial para víctimas son inoperantes, aunque las rutas estén diseñadas acertadamente, las barreras estructurales del sistema se resisten a que haya atención bajo enfoque diferenciales o niveles de victimización

Plan Nacional de Salud rural

El documento desarrolla los contenidos del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), de conformidad con lo estipulado en el Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera (2016). En efecto, el acuerdo final establece que, para materializar una Reforma Rural Integral (RRI) es necesario el diseño y ejecución de planes nacionales sectoriales cuyo objetivo central sea el cierre de las brechas campo-ciudad y la superación de la pobreza y la desigualdad, en pro del bienestar de la población rural. De ahí que en el numeral 1.3.2.1 del acuerdo se contemple la creación e implementación de un PNSR “con el propósito de acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades” (Minsalud, 2018).

Los participantes de esta investigación exponen que la formulación del Plan de Salud Rural esta rectada acertadamente, mediante el contexto de los determinantes sociales, hace especial

¹¹ Entrevista a profesional de salud, Medellín 218

énfasis en enfoques diferenciales en cuanto a la mujer, los niños, y la afectación del conflicto. Propone acercar los servicios básicos de salud y educación a estas poblaciones

El Plan Nacional de Salud Rural no está en implementación, hasta ahora en proceso de construcción, este Plan está alineado con las políticas de país.

“Los acuerdos de paz no nos están pidiendo una reforma estructural al sistema de salud, casi que, si ustedes leen la redacción, nos están pidiendo: implemente el MIAS; tenga un modelo diferenciado en salud para zonas dispersas; tenga unas acciones particulares dirigidas a población gestante, a niños, niñas y adolescentes y; tenga unas acciones diferenciadas teniendo en cuenta las particularidades territoriales. Todo esto lo recoge el Plan Nacional de Salud Rural que hace particular énfasis en los municipios con programas de desarrollo con enfoque territorial, que también hacen parte del punto uno de los acuerdos y que siguen una lógica mucho más participativa, se construye ese terreno con espacios desde el nivel veredal hasta un nivel que se llama subregional que son los PDT” ¹²

En otras palabras, lo que está redactado en el PNSR, básicamente hace parte de un compromiso para cumplir asuntos que ya estaba definidos en diferentes políticas nacionales como el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS- el cual comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales con miras a garantizar la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población, teniendo en cuenta las prioridades y metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud.

¹² Entrevista funcionario de gobierno, Bogotá, 2018

La operación del Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS, comprende diez componentes, entre los cuales se encuentra, la Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS, una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación a través de tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Rutas de Grupo de Riesgo y Rutas de eventos Específicas de Atención (OCAS, 2016).

Programa Salud para la Paz

Este plan parte de un diagnóstico amplio de los municipios que se priorizaron para las zonas veredales luego ETCR. La zona veredal se construye a partir de unos objetivos que es la dejación de armas, concentración geográfica y acciones tempranas de reincorporación. Como fue lo último que se decidió en la Habana, el periodo de planeación fue demasiado corto, se realizó una revisión de experiencias análogas y no se encontró ninguna de tal magnitud en el mundo.

Por medio del programa se ha hecho un acompañamiento en salud, tanto general como en SPA y SSR. Se realizó acompañamiento a nivel gubernamental de valoración de gestantes con ginecólogos y ecógrafos portátiles, educación y entrega de anticonceptivos. También afiliación al SGSSS.

Adicionalmente se realizó capacitación a excombatientes que pretendió formalizar títulos a enfermeros y médicos de guerra, lo anterior para formarlos como promotores de salud para la

atención de las poblaciones rurales y dispersas con recursos del Fondo Multidonante para la Paz de manera interagencial con la OIM, la OPS, el UNFPA y está en cabeza de la coordinación del Ministerio de Salud.

En concordancia con lo anterior, al interior de la mesa Departamental de paz se han gestado actividades que permitan tanto la reincorporación de los excombatientes como medidas tendientes a articularse con otros actores y la sociedad civil. Una de ellas es el Diplomado Promotores de salud y vida para la paz, diplomado inspirado como en los principios filosóficos de los promotores rurales de paz, que fueron muy fuertes en la década de los noventa...

Este diplomado es un primer acercamiento a la propuesta que se tiene desde la Gobernación de Antioquia a cooperantes internacionales, que pretenden formarlos en técnicos en salud pública, enfermería, odontología, farmacia y otros que permitan la cualificación de sus saberes previos, pues está mayormente dirigido a médicos, odontólogos y enfermeros de guerra.

15 PLAN DE ACCIÓN

OBJETIVO:	Apoyar técnica y administrativamente el proyecto “salud en escenarios de conflicto y post-conflicto: salud materna en una Colombia en el camino a la recuperación”.																						
MOMENTO	ACTIVIDADES	Julio				Agosto				Sept.				Octubre				Nov.				Dici.	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
		INSERCIÓN AL CAMPO	Reunión con asesora institucional para conocer aspectos generales del proyecto	X																			
Lectura de protocolo (proyecto) enviado a Harvard	X																						
Reunión equipo cualitativo para presentación y división de tareas	X																						
Instalación física (PC, Oficina...)																							
Concertación de tareas con asesora institucional																							
Instalación por parte de la asesora académica al campo de práctica																							
EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	Elaboración Plan de Acción																X	X					
	Asesorías periódicas con asesora Institucional	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	

	Asesorías periódicas con asesora Académica						X	X		X		X		X		X		X		X	
	Revisión Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Realización Informe de Práctica																		X	X	
	Realización Informe de Evaluación del campo de práctica																		X	X	
Participación en las agendas de visitas y entrevistas	Realización de Directorio de posibles actores clave, profesionales de la salud y del gobierno en Dabeiba, Jardín, Bogotá y Medellín	X	X																		
	Realización de carta modelo a enviar a los posibles entrevistados (Medellín y Dabeiba)		X																		
	Realización de llamadas a los posibles entrevistados para realizar la invitación a participar, aquí les decíamos que les enviaríamos un correo de invitación (Medellín y Dabeiba)		X	X	X																
	Modificación de Guías de entrevista semiestructurada por actor.			X	X																
	Envío de correos a posibles entrevistados (Medellín y Dabeiba)		X	X	X																
	Realización de agenda entrevistas (Medellín y Dabeiba)			X																	
	Participación de recolección de	Recolección de información Medellín			X	X															

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, C. (1988). La investigación en trabajo social, (1), 35-46. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS8888110035A/8653>
- Bibiana Travi (2006). La dimensión técnico – instrumental en trabajo social. 1 edición, Buenos Aires, Espacio editorial.
- Bonilla E. (1995). Más allá del dilema de los métodos. Santa fe de Bogotá, Colombia. Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico – CEDE
- Bowling A, Ebrahim S. (2005). Handbook of health research methods. Maidenhead: Open University Press.
- Consejo nacional de trabajo social. (2015) Código de ética. Bogotá: Grupo Editorial Ibáñez.
- Durán MS. (2003). El proyecto ético- político del Trabajo Social: Aportes para la construcción de un proyecto profesional crítico desde la intervención en procesos de salud-enfermedad mental. Recuperado de: http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/51_7.pdf
- Gobernación de Antioquia. (s.f.) Gerencia de seguridad alimentaria y nutricional de Antioquia -MANÁ. Recuperado de: <https://www.antioquiahonesta.com/gerencias/mana/>

H. Blumer. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice – Hall

Merlano, CA., Gorbanev I. (2012). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 12 (24): 74-86.

Ministerio de la protección social. (2003). Política Nacional de salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>

Ministerio de la Protección social, OPS. (2010). Cruzada Interminable por la Niñez Colombiana- Historia del Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI— En Colombia, 1979-2009. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CRUZADA%20INTERMINABLE%20POR%20LA%20NI%C3%91EZ%20COLOMBIANA.pdf>

Ministerio de la protección social y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2011). Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI - LINEAMIENTOS. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2018). Plan Nacional de salud rural. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>

Ministerio de salud. (s.f.) Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>

Minsalud. (2011). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI. Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx

Mogollón, AS., Vásquez, ML. (2008) Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Publica*. Rio de Janeiro, 24(4):745-754

Moreno, WL., Koenig K. (2016). Disaster Resilience: Addressing Gender Disparities. *World Medical & Health Policy*;8(1):46-57.

OCAS. (2016). Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS y Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. Recuperado de: <http://simudatsalud-risaralda.co/normatividad-oca/mias-rias>

O'hare BAM, Southall DP. (2007) First do no harm: The impact of recent armed conflict on maternal and child health in Sub-Saharan Africa. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 100(12):564-70. DOI: 10.1177/0141076807100012015

OMS. (1948) Concepto de salud en preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York: OMS.

OMS. (s.f.) Lactancia materna exclusiva. Recuperado de:
https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

OMS. (2008). La OMS en 60 años: cronología de los hitos de la salud pública. Recuperado de:
https://www.who.int/features/history/WHO_60th_anniversary_chronology_es.pdf

Unidad para la Atención y Recuperación Integral a las víctimas Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2015.). Experiencia de la Estrategia de Recuperación Emocional con Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Colombia. Recuperado de: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Mujeres%20V%C3%ADctimas%20de%20Violencia%20Sexual%20Col.pdf>

Universidad de Antioquia. (s.f.) Facultad Nacional de salud pública, acerca de la facultad. Recuperado de:
<http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/unidades-academicas/facultades/salud-publica/salud-publica/contenido/asmenulateral/acerca-de-la-facultad/>

Urdal H, Che CP. (2013). War and gender inequalities in health: the impact of armed conflict on fertility and maternal mortality. *International Interactions*; 39(4):489-510

Vélez, O. (2003). Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas. 1 edición, Buenos Aires, Espacio editorial.