

Desplazados y Desesperados: Evaluación sobre la Salud Reproductiva en la Población Desplazada en Colombia



**Marie Stopes International
Women's Commission for Refugee Women and Children**

*En Nombre de
Reproductive Health Response in Conflict Consortium*

Versión original en inglés publicada en febrero 2003 por el Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Traducida al español y actualizada en marzo de 2004.



Reproductive Health Response in Conflict Consortium
c/o Women's Commission for Refugee Women and Children
122 East 42nd Street
Nueva York, NY 10168-1289
tel. 212.551.3111
fax. 212.551.3180
sandra@womenscommission.org
www.rhrc.org

© marzo 2004

Se reservan todos los derechos.

Impreso en Los Estados Unidos de América

El objetivo del Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium¹ es incrementar el acceso de las personas refugiadas y las desplazadas en todo el mundo, a una variedad de servicios voluntarios de salud reproductiva de calidad. El RHRC Consortium se basa en cuatro áreas técnicas esenciales y complementarias de la salud reproductiva. Éstas son:

- **maternidad sin riesgos, incluyendo emergencias obstétricas**
- **planificación familiar**
- **enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA**
- **violencia de género**

*** Los adolescentes son una población de especial preocupación.**

AGRADECIMIENTOS

La investigación y elaboración de este reporte estuvo a cargo de Sandra Krause, Directora del Proyecto de Salud Reproductiva - Women's Commission for Refugee Women and Children, y Claire Morris, Directora Regional de Programas en Latinoamérica, Marie Stopes International. Therese McGinn, Directora Administrativa de la Mailman School of Public Health at the Heilbrunn, Department of Population and Family Health, Columbia University (Departamento de Salud de la Población y la Familia de la Escuela de Salud Pública Mailman en Heilbrunn, Universidad de Columbia), contribuyó como autora. El reporte fue editado por Diana Quick de la Women's Commission for Refugees and Children. La versión de 2004 de este reporte fue traducida y actualizada por Lucía Victoria Obregón Puyana en colaboración con Patricia Ospina de Profamilia-Piloto, Coordinadora del Proyecto de Población Desplazada y Julia Matthews, Senior Coordinator del Proyecto de Salud Reproductiva - Women's Commission for Refugee Women and Children.

El Reproductive Health Response in Conflict Consortium expresa sus más sinceros agradecimientos a Patricia Ospina, Coordinadora del Proyecto de Población Desplazada de Profamilia-Piloto, por su asistencia en la coordinación de esta evaluación. También agradecemos a Paola Garavaglia, practicante - Marie Stopes International y Connie Lee, Especialista en Programas-Proyecto de Salud Reproductiva de la Women's Commission for Refugee Women and Children, por su trabajo de investigación de escritorio. Así mismo agradecemos a los miembros de la delegación: Joan Friedland, Asesora; Pilar Rueda, Miembro del Colectivo María María; Carmen Valenzuela, Organización Panamericana de la Salud; y Holly Myers por sus valiosas contribuciones a la evaluación.

Especiales agradecimientos a todos aquellos desplazados colombianos que compartieron su tiempo y sus experiencias con el Reproductive Health Response in Conflict Consortium.

El Reproductive Health Response in Conflict Consortium agradece al Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (United Nations Population Fund-UNFPA) y las Fundaciones Hewlett y Packard por su invaluable aporte a nuestro trabajo con salud reproductiva, al igual que por su constante interés por los temas de refugio.

Fotografías © Therese McGinn

¹ Formerly known as the Reproductive Health for Refugees Consortium

Contenido

Página

Siglas	i
Mapa de Colombia	ii
Resumen Ejecutivo	1
Recomendaciones Principales	3
Metodología	5
Contexto de la situación en Colombia	5
a. Geografía	5
b. Demografía	6
c. Historia política de los últimos años	6
d. Contexto económico	7
e. Población desplazada	8
f. La respuesta del gobierno al desplazamiento interno	10
Contexto de la salud reproductiva	14
a. Situación nacional de la salud reproductiva	14
b. Salud reproductiva en la población desplazada	18
Conclusiones por ciudad	25
a. Barranquilla, Atlántico	25
b. Cartagena, Magdalena	27
c. Bogotá, Cundinamarca.....	30
d. Quibdó, Choco.....	37
e. Puerto Asís, Putumayo.....	40
Conclusiones	42
Recomendaciones	45
Anexos	47
a. Datos de contacto del equipo de evaluación.....	47
b. Direcciones de contacto en Colombia	47
c. Lista de documentos del proyecto.....	49
d. Resúmenes de los grupos focales	50

Siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ANMUCIC	Asociación Nacional de Mujeres Campesinas e Indígenas de Colombia
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IPPF	International Planned Parenthood Federation
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
ONG	Organización no Gubernamental
Minsalud	Ministerio de Salud
MSF	Médecins Sans Frontières (Médicos sin Fronteras)
PBI	Producto Bruto Interno
PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
RHRC	Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium (Consortio sobre la Salud Reproductiva para los refugiados)
GTDI	Grupo Temático sobre Desplazamiento Interno de las Naciones Unidas
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS)
RSS	Red de Solidaridad Social
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SR	Salud Reproductiva
UNDP	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (United Nations Fund for Population Activities)
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development)
VG	Violencia de Género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano

Mapa de Colombia



Resumen Ejecutivo

La Women's Commission for Refugee Women and Children (Comisión de Mujeres para las Mujeres y Niños de la Población Refugiada), en colaboración con Marie Stopes International (MSI), Profamilia y el Centro para Salud de la Población y la Familia en la Escuela Mailman de Salud Pública en Heilbrunn, Universidad de Columbia, llevó a cabo una evaluación sobre la salud reproductiva en la población desplazada en Colombia del 11 al 18 de noviembre 2001.

Se escogió Colombia como sitio para llevar a cabo la evaluación sobre las necesidades de salud reproductiva en la población desplazada con base en los criterios del Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium² para misiones de evaluación. Los criterios incluyen la identificación de sitios en donde existe una cantidad considerable de refugiados o desplazados y en donde el RHR no tiene una presencia significativa. Se escogió Colombia para realizar la evaluación sobre salud ya que se podía integrar a una delegación de evaluación de la Women's Commission que viajaba a Colombia. El propósito de la delegación de la Women's Commission fue hacer un seguimiento a los resultados de encontrados por la delegación de 1998, la cual evaluó las condiciones que enfrentaban las mujeres, los niños y los adolescentes desarraigados por la guerra y la violencia. Los resultados de las labores de las delegaciones de 1998 y 2001 están documentados en los reportes, *A Charade of Concern: The Abandonment of Colombia's Forcibly Displaced* (1999) y *Unseen Millions: The Catastrophe of Internal Displacement in Colombia* (2000), disponibles en el sitio web de Women's Commission en www.womenscommission.org.

En los últimos 15 años, dos millones de colombianos han huido del conflicto armado y de la persecución, y muchos de éstos han sido desarraigados de sus hogares y forzados a desplazarse repetidamente. A medida que la guerra continúa escalando se han producido desplazamientos masivos, pero la mayoría han huido solos o con sus familias y no quieren reconocer su estatus de desplazados por miedo a posibles represalias. Habiendo abandonado las áreas rurales para dirigirse a las zonas urbanas, los grupos indígenas conforman un número significativo de la población desplazada que se ve obligada a desplazarse una y otra vez de un barrio a otro, en busca de seguridad y medios de subsistencia.

El equipo de evaluación encontró que, debido a diversos factores, los desplazados enfrentan una seria falta de servicios de salud reproductiva. El acceso de los colombianos a los servicios de salud presenta una brecha entre la política nacional a nivel central, y los servicios a la población a nivel descentralizado dejando a muchos colombianos, particularmente a los desplazados, atrapados en dicha brecha sin acceso a los servicios de salud. Mientras que el papel principal de las agencias del Sistema de Naciones Unidas es brindar apoyo en el ámbito local y nacional para que se pueda responder a la crisis

² El Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium está compuesto por siete organizaciones: American Refugee Committee, CARE International, Columbia University, International Rescue Committee, JSI Research and Training Institute, Marie Stopes International y el Women's Commission for Refugee Women and Children. El Consorcio trabaja para incrementar el acceso de las personas refugiadas y desplazadas a servicios integrales de salud reproductiva de calidad.

humanitaria, el gobierno colombiano ha dejado de lado su responsabilidad de prestar servicios de salud reproductiva, lo cual ha dado como resultado una grave escasez de servicios para los desplazados.

Aquellos que recurrieron al desplazamiento masivo, menos de la mitad de la población desplazada, seguramente reciben la extremadamente limitada asistencia que se proporciona en emergencia, aunque tal asistencia no incluye servicios de salud reproductiva. *La Asociación de la Familia Colombiana, Profamilia*, proporciona la mayoría de los servicios de salud reproductiva en Colombia y en los últimos años ha venido incrementando considerablemente la prestación de estos servicios a los desplazados.

No obstante, Profamilia debe cobrar una pequeña suma a cada usuario lo cual limita el acceso de los desplazados a anticonceptivos y atención médica. Pocas organizaciones internacionales están apoyando servicios proporcionados directamente a los desplazados, a pesar de la magnitud de esta crisis humanitaria. En resumen, la falta de financiación para los servicios, medicinas y transporte, así como la discriminación de los que proporcionan estos servicios, impide el acceso de la población desplazada a cuidados de salud reproductiva.

La población desplazada en Colombia no dispone de acceso al Paquete de Servicios Iniciales Mínimo (PSIM) para servicios de salud reproductiva, considerado actualmente como un estándar básico en situaciones de emergencia; no hay servicios gratuitos disponibles para apoyar a los sobrevivientes de la violencia, incluyendo anticoncepción de emergencia; ni los condones ni los equipos para promover partos higiénicos son gratis de tal manera que los desplazados no tienen fácil acceso a éstos; a las mujeres desplazadas que sufren complicaciones en el embarazo se les niega los cuidados de obstetricia en urgencias, que les podría salvar la vida, así como la atención en los hospitales.

El equipo halló que los desplazados en Colombia, especialmente las mujeres, niñas y adolescentes, experimentan problemas graves de salud reproductiva. Las acciones de violencia de género (VG) cometidas por los actores armados, tales como la violación seguida por el asesinato, los favores sexuales, el uso de anticonceptivos y los abortos forzados, son generalizadas y quedan en la impunidad. Aparte de verse expuestas a tal violencia, la situación para algunas familias es desesperada: el equipo se enteró de algunos casos de niñas y niños que habían sido explotados sexualmente por sus padres o que se habían prostituido para poder ayudar a mantener la familia. Las mujeres desplazadas le dijeron al equipo de evaluación que la violencia intrafamiliar es un problema serio, exacerbado por la difícil situación en la que viven los desplazados.

Se desconoce el predominio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre los desplazados, pero el gobierno y los representantes del UNFPA (Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población) han reportado casos que sugieren que el porcentaje es bastante alto. En algunas comunidades, la imposibilidad que supone acceder a los hombres para prestarles la atención médica y el tratamiento necesarios, ha llevado a los profesionales de la salud a hospitalizar a las mujeres embarazadas para así prevenir que éstas se vuelvan a infectar y que se produzca una transmisión madre a hijo/a. Esta población ambulante que vive rodeada de actores armados y que en general no tiene acceso a atención médica está en riesgo de sufrir altos niveles de contagio de ETS, incluyendo VIH.

La situación de los desplazados adolescentes es extrema y es poco lo que se está haciendo para reconocer sus necesidades y capacidades particulares. Incapaces de sobrellevar sus circunstancias, o tentados por los traficantes de drogas infiltrados en los barrios de la ciudad, muchos jóvenes comienzan a consumir droga, alcohol o a robar. Algunas adolescentes buscan consuelo y comodidad en la maternidad mientras que otras prefieren evitar o demorar el embarazo, sugiriendo una necesidad de acceso a la anticoncepción, la cual no está disponible actualmente. Un estudio reciente llevado a cabo por Profamilia indicó que el 30% de las adolescentes desplazadas ya eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo, porcentaje que equivale al doble del porcentaje de la población de madres adolescentes en todo el país en el año 2.000.³

Recomendaciones Principales

Las principales recomendaciones del equipo de evaluación son las siguientes:

- El gobierno colombiano debe proporcionar un apoyo financiero y técnico más significativo para la atención médica, incluyendo atención en salud reproductiva para los desplazados, en particular en el ámbito local así como en los hospitales a donde las mujeres con problemas de obstetricia sean remitidas en casos de emergencia.
- El Ministerio de Salud (Minsalud) debe recopilar y difundir información integral sobre quién proporciona servicios para los desplazados, así como qué servicios y dónde. También debe convocar a representantes de las organizaciones clave para mejorar la coordinación de los servicios.
- Minsalud y aquellos que proporcionan asistencia humanitaria deben incrementar la financiación e instituir mecanismos para la recopilación de datos y el monitoreo de la prestación de servicios de salud a los desplazados, en los centros de salud y hospitales principales.
- La ONU debe aumentar sus esfuerzos para promover la toma de conciencia de los derechos humanos, así como el conocimiento sobre los servicios disponibles y la exigencia de los mismos.
- El FNUAP, el Comité de la Cruz Roja Internacional, y otros actores de apoyo humanitario en el área de la salud deben tratar el tema de la aplicación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) en Colombia, proporcionando tales paquetes a los hospitales y centros de salud. Estos paquetes deben incluir material para partos sin riesgo, anticoncepción de emergencia, preservativos, y medicinas básicas. Como parte de su trabajo comunitario de llevar los servicios hasta los desplazados, el FNUAP podría también proporcionar los paquetes a Profamilia para así facilitar las actividades relacionadas con el uso de los mismos.

³ Profamilia, Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas-Situación de las Mujeres Desplazadas, Estudio Profamilia, Colombia, 2001

- Minsalud y aquellos que proporcionan asistencia humanitaria deben incrementar la toma de conciencia sobre VG, incluyendo la violencia sexual, promoviendo la información y la educación sobre VG en la comunidad, al igual que garantizando la documentación y la verificación de incidentes para identificar y tratar esta práctica generalizada de violación de los derechos humanos.
 - El gobierno, las Naciones Unidas y las ONG deben buscar garantizar que los servicios médicos, legales, y sociales estén disponibles para los desplazados sobrevivientes de la VG.
 - El gobierno, las Naciones Unidas y las ONG deben iniciar esfuerzos multisectoriales para movilizar y apoyar a los adolescentes desplazados y a sus padres. Se debe implementar programas para brindar asistencia médica, servicios de salud reproductiva, oportunidades educativas, actividades recreativas, proyectos productivos y grupos de apoyo a las familias en lo relacionado con el manejo de la violencia intrafamiliar y del estrés en el hogar.
- a. El gobierno, las Naciones Unidas y las ONG deben incrementar sus esfuerzos para llegar a la comunidad y educar a los desplazados, especialmente los adolescentes, en lo que respecta a planificación familiar y anticoncepción de emergencia.

Metodología

El equipo de evaluación de salud reproductiva se dividió en tres grupos: uno estuvo en la capital Bogotá y sus alrededores, otro en Cartagena y Barranquilla, en el norte de Colombia, y un tercero viajó a Quibdó, capital del departamento del Chocó, una de las áreas más pobres del país, ubicado en la extensa zona forestal entre la cordillera occidental y el Océano Pacífico, así como a Puerto Asís en el departamento de Putumayo al sur del país.

El equipo de evaluación llevó a cabo entrevistas y asistió a reuniones con representantes de los Ministerios de Salud y Educación, otras instancias gubernamentales que trabajan con desplazados, agencias de la Organización de Naciones Unidas, ONG internacionales, la Mesa de Trabajo Mujer y Conflicto Armado, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar así como activistas de los derechos de la mujer que trabajan con la situación de las mujeres en el conflicto armado y con desplazados. El equipo visitó pueblos, asentamientos de desplazados, comunidades, y realizó reuniones y sesiones de grupos focales con hombres, mujeres y adolescentes.

Contexto de la situación en Colombia

a. Geografía

Colombia se halla ubicada entre Centroamérica y Sudamérica. Limita con Panamá por el occidente, Venezuela por el nororiente, Brasil por el sudeste, Perú por el sur y Ecuador por el sudoeste. Es el único país en Latinoamérica con salida tanto al mar Caribe como al Océano Pacífico.

El territorio colombiano es uno de los más diversos en términos de flora y fauna, clima y población. Gran parte de su territorio está recorrido por tres cordilleras, ramificaciones de los Andes; cuenta con una extensa área plana, los Llanos; parte de la selva amazónica; un desierto (La Guajira); y otras micro regiones con sus propios climas y condiciones que de diferentes maneras han dado forma al estilo de vida de los colombianos así como a su historia.



Ciudad de la Paz

b. Demografía

Antes de la conquista española, varias comunidades indígenas poblaban diferentes regiones del país. Hoy en día, la mayoría de los colombianos son mestizos, resultado de la unión de indígenas y europeos; del 20 al 25 % son afrocolombianos y mulatos, descendientes de antiguos esclavos negros; y aproximadamente el 20% son descendientes directos de los españoles. Las tribus indígenas constituyen en la actualidad sólo el 1% de la población.

El castellano es la lengua oficial en Colombia y desde la llegada de los conquistadores españoles el Catolicismo ha sido la principal religión. Aunque el 10% de la población colombiana pertenece a grupos cristianos protestantes, el catolicismo aún predomina. Sin embargo, la Constitución de 1.991 eliminó finalmente el concepto de una nación católica.

En 2001 la población colombiana era de 43 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento del 1.8%.⁴⁵ La densidad de población en Colombia ha cambiado drásticamente debido a la migración dramática que se ha dado de las áreas rurales a las urbanas. La intensificación del conflicto armado ha forzado a una gran parte de la población rural a abandonar sus tierras y migrar a los pueblos y las ciudades. El desplazamiento forzado ha contribuido a la urbanización de Colombia: el 74 % de la población vive actualmente en las ciudades.⁶ Además, la demanda por la tierra por parte de los que tienen cultivos ilícitos ha hecho que algunos campesinos se desplacen a zonas de reservas forestales o naturales.

Otro factor que está afectando la densidad de población es la reducción en la mortalidad infantil, estimulando una mejoría en las expectativas de vida desde los años cincuenta. En la actualidad, el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) estima la expectativa de vida entre los 67.25 años para los hombres y los 74.25 para las mujeres.⁷

Los hombres son el principal blanco de homicidios, masacres y muertes selectivas, mientras que las mujeres tienden a sufrir desplazamiento, trauma emocional y una disminución de la calidad de vida y de la salud.

c. Historia política de los últimos años

Destinada a ser la primera democracia en Latinoamérica, Colombia ha experimentado conflictos internos desde los últimos 50 años. La guerra en Colombia representa el conflicto interno armado más antiguo del continente americano. Las partes involucradas en el conflicto son los grupos paramilitares de derecha, grupos insurgentes de izquierda (guerrilla) y las fuerzas armadas de Colombia. En

⁴ OPS/OMS, op.cit.

⁵ Profamilia, Salud Sexual y Reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Colombia, 2000.

⁶ *Ibíd.*

⁷ DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) 1998, en PNUD, "Informe de desarrollo Humano para Colombia 1998, DANE, Misión Social," <http://www.pnud.org.co/textos/salu.html>, diciembre 2001.

contravención con el Derecho Humanitario, todas las partes hacen uso de estrategias de “guerra sucia”, tales como el ataque a civiles, de la cual el desplazamiento forzado es la consecuencia directa y el resultado buscado. En los noventa, la cifra de desplazados incrementó de 600.000 desplazados en 1995 a 1.5 millones en 1999, lo que equivale a un alarmante aumento de más de 300.000 nuevos desplazados anualmente.^{8,9}

Las causas estructurales del conflicto colombiano son una mezcla de legados históricos, tales como la desigualdad económica y social en el acceso a los recursos y el ámbito de la política. Ésta es cada vez más una lucha por el control territorial y los recursos económicos (agravado por intereses internacionales de explotación), y exacerbada por el auge del tráfico de cocaína en los 80.

El número de violaciones de derechos humanos ha incrementado con el continuo deterioro del conflicto interno colombiano.¹⁰ La violencia en Colombia inutiliza a las mujeres ya que ha inhibido e impedido su plena participación en la vida social, cultural y política, ha inferido penurias económicas, y causado el desplazamiento de familias y comunidades enteras. La violencia sexual contra las mujeres y niñas en Colombia es una táctica de guerra.¹¹

d. Contexto económico

Colombia logró escapar a la crisis causada por la deuda externa que debilitó a otros países latinoamericanos en los 80. En los noventa, el gobierno colombiano introdujo unas políticas de liberación que consistían en recortes en el gasto público (incluyendo en salud y educación), la descentralización de las funciones del Estado, la liberalización del mercado de trabajo y la eliminación del control de precios.

Al final del milenio, sin embargo, Colombia experimentó una profunda crisis económica. En los 90, la deuda externa, en constante aumento, ya constituía la tercera parte del Producto Bruto Interno. Este último se contrajo más del 5% en 1999.¹² Aproximadamente el 20% de los colombianos está desempleado y la tasa de subempleo es de 33.4 %, lo cual indica que más de la mitad de la población subsiste sin un empleo formal.¹³

Las oportunidades económicas de los colombianos están limitadas por una tremenda desigualdad en la distribución de la tierra y la riqueza. Casi el 80 % de la tierra está en manos del 15% de los terratenientes, mientras que el 92% de los recursos financieros nacionales está controlado por tan sólo

⁸ CODHES Informa, Desplazados: Rostros Anónimos de la Guerra Resumen Ejecutivo-2001,junio21, 2001.

⁹ Relief Web, Norwegian Refugee Council-NRC (Consejo Noruego para Refugiados), Población Desplazada, Estudio Global, 2002

¹⁰ Grupo Temático sobre Desplazamiento Interno (GTDI)

¹¹ Naciones Unidas, Consulta con Mujeres Desplazadas sobre Principios Rectores del Desplazamiento, Bogotá, mayo 16-18, 2001, p.13

¹² Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Perfil de país -Colombia.' <http://www.paho.org> , diciembre 2001.

¹³ DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2001, en: Colombia Solidarity Campaign –*Colombia Solidarity*, No. 3, diciembre 2001, p.29.

cuatro grupos económicos.¹⁴ De acuerdo con cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el 23 % de la población (aproximadamente 9 millones de personas) no tiene un ingreso suficiente para una comida decente al día.¹⁵

e. Población desplazada

Las personas desplazadas son aquellas que se ven forzadas a abandonar su hogar, su tierra, sus propiedades y pertenencias, sus trabajos, y en muchos casos sus familias y comunidades, pero que no cruzan la frontera del país. Colombia es uno de los países con mayor concentración de población desplazada en el mundo. De acuerdo con el informe del 2001 del US Committee for Refugees, Colombia tenía en ese entonces más desplazados que cualquier otro país con excepción de Sudán y Angola.¹⁶ Aunque no se ha llevado a cabo un censo real de la población desplazada, existen varios cálculos aproximados. De acuerdo con fuentes de ONG locales, más de 2.1 millones de colombianos han sido forzados a desplazarse a causa de la violencia desde 1985, y a partir de 1995¹⁷ esta cifra ha aumentado notablemente. Aunque los cálculos del gobierno difieren y tienden a ser más bajos, también indican un fuerte incremento a finales de los 90 y coinciden en que la crisis humanitaria ha empeorado.

La gran mayoría de los desplazados en Colombia proviene del campo y antes del desplazamiento, una gran cantidad trabajaba en la agricultura. Como señaló el Secretario General de las Naciones Unidas para los Desplazados, Francis Deng, la situación en Colombia se encuentra “entre las más graves del mundo... El desplazamiento en Colombia no es sólo un accidente del conflicto armado sino una estrategia deliberada de guerra”.¹⁸ En el corazón de esta estrategia se encuentra la capacidad de los grupos armados de lograr el control de vastas extensiones de tierra, forzando a la gente a abandonar sus propiedades.

A pesar de que el flujo de la población desplazada que cruza la frontera con Ecuador, Panamá y Venezuela crece continuamente, la gran mayoría se dirige a zonas urbanas dentro de Colombia, huyendo individualmente o en pequeños grupos familiares. En contraste con otras experiencias en otros países, sólo el 22% de los desplazados colombianos ha huido masivamente, a causa del alto nivel de inseguridad y la continua carencia de protección.¹⁹ Debido a esta falta de seguridad, los desplazados no se animan a concentrarse en asentamientos o comunidades, sino que prefieren dispersarse en los tugurios de las ciudades y desplazarse frecuentemente.

Las mujeres y las niñas constituyen más del 55% de la población desplazada y sumando los niños varones, conforman el 72% de la población desplazada en Colombia.²⁰ Gran parte de la violencia está

¹⁴ Save the Children UK, ‘Emergency Updates-Colombia,’ <http://www.savethechildren.org.uk>, diciembre 2.001.

¹⁵ CEPAL 2001, en: *Colombia Solidarity*, Op.cit.

¹⁶ US Committee for Refugees, World Refugee Survey 2001

¹⁷ CODHES, *Desplazados: Rostros Anónimos de la Guerra*, ‘Codhes Informa’, No. 38, Colombia junio, 2001.

¹⁸ Human Rights Watch, 2001, en: Global IDP Database, ‘Colombia-Causes and Background of Displacement.

¹⁹ CODHES, Op.cit.

²⁰ Grupo Temático sobre Desplazamiento Interno de las Naciones Unidas, *Situación del Desplazamiento Interno Colombia*, agosto 2001.

dirigida a los hombres, dejando un gran número de madres cabeza de familia en condiciones de desplazamiento, que según informes son entre el 49 y el 58%, la mayoría de las cuales proceden de las minorías indígenas o afrocolombianas.²¹

Posteriormente al desplazamiento, es típico que las familias experimenten un deterioro abrupto en las condiciones de vida. Debido a la recesión económica en Colombia desde 1999 y la falta de oportunidades de empleo en áreas rurales para gente con habilidades en la agricultura y en la cría de animales, la generación de ingresos fuera de la economía informal se torna muy difícil, especialmente para las madres cabeza de familia. El equipo de evaluación escuchó frecuentemente testimonios por parte de desplazados y otras personas, sobre la gran discriminación que existe contra los desplazados, debido entre otros a que vienen de otras regiones o carecen de recursos para pagar los servicios médicos y las matrículas escolares.



Ciudad de la Paz

El equipo de evaluación confirmó que las condiciones de pobreza y hacinamiento que muchos desplazados padecen (frecuentemente más de una familia en una habitación sencilla), afectan negativamente las relaciones en el lugar de vivienda, incrementando el estrés, la tensión y la violencia intrafamiliar, de la cual las mujeres son las principales víctimas.

Las redes tradicionales de apoyo se rompen como consecuencia de los grandes cambios económicos y sociales causados por el desplazamiento. Por ejemplo, los hombres desplazados que están desempleados pueden sufrir de baja autoestima y caer en la bebida, llevando a algunos a abandonar sus familias. Como resultado, las mujeres jóvenes desplazadas se ven enfrentadas a nuevas y mayores responsabilidades y a un cambio de roles de género.

De acuerdo con Save The Children Fund UK, más de 1 millón de niños, 800.000 de los cuales son menores de 14 años, se han ido de la casa.²² Aparte del deterioro en su calidad de vida, los niños desplazados en Colombia frecuentemente sufren de traumas emocionales. Se estima que en las familias del 63% de los niños desplazados algún miembro ha sido víctima de un atentado contra su vida,

²¹ Red de Solidaridad Social (RSS) 2001, en: *Ibíd*, p13.

²² Save the Children UK, *op.cit*.

asesinado o desaparecido.²³ Por otra parte, el número de niños que asiste a la escuela es mínimo debido a los altos costos escolares, la falta de puestos en las escuelas locales y el estigma de que son víctimas. Entre los desplazados es común que los niños trabajen, así como lo es la prostitución y las actividades criminales entre los adolescentes.²⁴

f. La respuesta del gobierno al desplazamiento interno

“Las autoridades nacionales tienen un deber y una responsabilidad primordial de proporcionar protección y asistencia humanitaria a la población desplazada, dentro de su jurisdicción”.

Principios Rectores del Desplazamiento Interno, Principio 3 (1)

Un periodo inicial, comúnmente conocido como “La Violencia” (1954-1964) causó el primer desplazamiento que forzó a aproximadamente 2 millones de personas a huir del campo a las ciudades de la cordillera de los Andes y de la Costa Atlántica. Este problema del desplazamiento solamente comenzó a ser reconocido en 1995 cuando la iglesia católica (Conferencia Episcopal) publicó un estudio sobre “La Violencia”.

Movidos por una creciente presión, los gobiernos de los presidentes Samper y Pastrana, crearon leyes y decretos (p.ej. la Ley 387 de 1997 y la Ley 589 de 2000, al igual que los Decretos 2569 de 2000 y 3057 de 2001), para tratar el desplazamiento interno. Las políticas públicas que manejan lo relacionado con el desplazamiento tienden a estar fuertemente ligadas a cada presidente, lo que implica que no hay unas políticas sostenibles a largo plazo, durante todos los gobiernos. Por otra parte, las medidas del gobierno pretenden aplicar modelos preestablecidos de asistencia que no tienen en cuenta ni la heterogeneidad de la población desplazada ni sus necesidades básicas (p.ej. mujeres, niños, minorías indígenas y afrocolombianas).²⁵

El gobierno del presidente Pastrana (1998-2002) delegaba la responsabilidad a la Red de Seguridad Social -RSS, para que ésta subcontratara organizaciones locales que pudieran proveer asistencia directa a los desplazados. Desde que la RSS fue establecida, la respuesta de Colombia al desplazamiento forzado ha mejorado. No obstante, sólo un pequeño porcentaje de esta respuesta se ha concentrado en una eficaz descentralización, implementación y coordinación de programas y políticas entre las diferentes instancias gubernamentales y municipalidades locales. Los funcionarios del gobierno que trabajan en el área de la salud le dijeron al equipo de evaluación que las autoridades locales y regionales carecen frecuentemente de los recursos para brindar una asistencia adecuada a los desplazados. Sin embargo, incluso cuando los recursos están disponibles, los funcionarios evaden su responsabilidad para con la población desplazada.

²³ IACHR (inter-American Commission on Human Rights/ Comisión Interamericana sobre Derechos Humanos) 1999, en: Global IDP Database, ‘Colombia-Issues of Family Unit, Identity&Culture,’ Op.cit.

²⁴ *Ibíd.*

²⁵ Codhes, ‘Guerra y Diáspora’, *Codhes Informa* No. 39, Colombia, noviembre 2.001.

De acuerdo con la RSS, la asistencia gubernamental dura 90 días (ocasionalmente hasta 6 meses), se proporciona a individuos y familias desplazadas sólo en los últimos tres años, y depende de un proceso burocrático de registro que acredite su situación. Varios desplazados le dijeron al equipo de evaluación que algunos prefieren no registrarse por miedo a represalias por parte de los grupos armados y debido a una desconfianza en el gobierno.

Representantes de la ONU dijeron que muchos desplazados no saben cuáles son sus derechos. Otros le contaron al equipo que para poder registrarse y recibir asistencia del gobierno, los desplazados que no tenían la documentación necesaria tenían que volver a sus pueblos o ciudades de origen para obtenerlos, acción que pone en grave riesgo la vida de los desplazados.

De acuerdo con varias ONG colombianas, menos de uno de cada cuatro desplazados (22%) está formalmente registrado y recibe asistencia del gobierno.²⁶ Tres misiones consecutivas de la ONU han recomendado que el gobierno modifique los procedimientos de registro para la población desplazada, pero es de notar que la respuesta del gobierno a la población desplazada se ha caracterizado por una crónica falta de financiación.

La carencia de un registro ante la RSS y por consiguiente de un documento que acredite su situación es probablemente uno de los factores que dificulta el acceso a los servicios médicos por parte de la población desplazada. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que sólo el 22% de los hogares recibe atención médica.²⁷ De acuerdo con el estudio de 2001 de Profamilia, el 73% de las mujeres no sabe dónde registrarse para conseguir un certificado de su calidad de desplazadas, y una cantidad significativa de mujeres no está familiarizada con los beneficios de tener dicho certificado.²⁸ Aun cuando los desplazados califican para obtener los servicios, sus necesidades son ignoradas debido al estigma que el ser desplazado conlleva. Además, los hospitales y las clínicas pueden no estar equipados y financiados de manera adecuada para responder apropiadamente a la carga adicional que supone una creciente población desplazada.

“Independientemente a que se haya o no limitado su libertad, los desplazados internos serán protegidos, en particular, contra:

La violación, la mutilación, la tortura, las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes y otros ultrajes a su dignidad personal, como los actos de violencia contra la mujer, la prostitución forzada o cualquier otra forma de ataque a la libertad sexual...”

Principios Rectores del Desplazamiento Interno, Principio 11 (2.a).

Como civiles desarmados, la población desplazada por el conflicto tiene el derecho de ser protegida por el Estado y sus fuerzas de seguridad (Principios Rectores del Desplazamiento Interno PAHO, Derecho Internacional Humanitario, Protocolo II, Art. 3). La protección deber ser proporcionada antes del desplazamiento (como medida de prevención), durante el desplazamiento y durante los procesos de

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ OPS/OMS.Op.cit.

²⁸ Profamilia, ‘*Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas-Situación de las Mujeres Desplazadas*’ Estudio Profamilia, Colombia, 2001, pag.24.

retorno, reasentamiento y reintegración. Se debe brindar la protección a la población desplazada y a quienes les proporcionan asistencia o hacen cabildeo por sus derechos.

Es difícil determinar la magnitud de la violencia en Colombia, incluyendo la violencia de género, y en la mayoría de los casos no se denuncia. La insignificante protección estatal encaminada a prevenir el ataque a civiles, desplazados y ONG de asistencia humanitaria y de derechos humanos debilita la recopilación de información precisa.²⁹

Situación Actual

El equipo de evaluación reproductiva viajó a Colombia en Noviembre de 2001. Durante 2002, la situación de la población desplazada había empeorado aún más.

Víctima de ataques por parte de los grupos armados, el número de desplazados aumentó vertiginosamente a lo largo de 2002. Se estima que 173.320 personas fueron desplazadas sólo en la primera mitad de 2002, comparado con 190.437 personas desplazadas durante todo el 2001. En promedio, 772 personas fueron desplazadas cada día en 2001, comparado con un promedio de 472 desplazados por día en 2001. Además la ONU reconoció una nueva campaña de terror en Colombia, en la cual las comunidades rurales son sitiadas o encajonadas por los grupos armados, resultando en una imposibilidad por parte de la población afectada de satisfacer sus necesidades de supervivencia y acceder al espacio humanitario.³⁰

A principios de marzo de 2002 se hizo público el informe de la Relatora Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre la Violencia contra la Mujer, el cual incluyó las conclusiones de su misión en Colombia, previa a la visita del equipo de evaluación en noviembre de 2001.

El informe documenta el efecto del desplazamiento interno en los derechos de la mujer, incluyendo violencia de género, generalizada y sistemática, cometida por los actores armados, la cual queda en la impunidad. La Relatora Especial hizo recomendaciones tales como incrementar la protección a las mujeres, particularmente en lo relacionado con VG; incluir la perspectiva de género en el desarrollo de políticas y programas, incrementar el monitoreo y la documentación de incidentes de violencia sexual, así como la interposición de los que cometen actos de VG.³¹

A finales de mayo de 2002 el candidato independiente Álvaro Uribe Vélez, fue elegido como presidente con el 53% de los votos. Se posesionó el 7 de agosto con una promesa a la población colombiana de enfocarse en el conflicto armado y restablecer la seguridad, tanto en las ciudades como las áreas rurales. Mientras que el presidente parece tener un gran apoyo popular, la situación

²⁹Reproductive Health for Refugees Consortium, *If Not Now, When? Addressing Gender-based Violence in Refugee, Internally Displaced, and post-conflict Settings: A Global Overview 2002*, pags. 105-109

³⁰Plan de Acción Humanitaria- Colombia 2002-2003, GTDI de la ONU.

³¹ Comisión de Derechos Humanos, Integración de los Derechos Humanos y La Perspectiva de Género: Violencia contra las Mujeres, marzo 11, 2002.

económica del país ha ido de mal en peor y el sector de la salud parece darle poca prioridad a los escasos recursos disponibles. Es sin embargo interesante notar que el Sr. Uribe fue el Ministro de Salud responsable por la Ley 100, la cual reformó el Sistema de Salud en Colombia. No es aún claro cómo va el gobierno a tratar el poco acceso de los desplazados a los servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud.

En noviembre de 2002, el Grupo Temático sobre Desplazamiento Interno in Colombia de la ONU (GTDI),³² presentó un marco de planificación estratégico y cooperativo, titulado Plan de Acción Humanitaria 2003 (PAH) para Colombia. La meta general del PAH es “promover el respeto, acceso y aplicación de los derechos humanos y principios humanitarios básicos de la población afectada por la crisis humanitaria causada por el conflicto armado.”³³ Las agencias de Naciones Unidas están intentando doblar los recursos destinados a Colombia para implementar dicho Plan por un total de U.S\$ 62 millones.³⁴

Los planes específicos de acción en el campo de la salud, la educación y el bienestar familiar incluyen:

- “Fortalecer, a través de ayuda técnica y capacitación, la capacidad local y regional para una respuesta pronta y eficaz, con un énfasis especial en enfermedades preventivas, salud sexual y reproductiva, salud mental, enfermedades que surjan, mejora en nutrición y en la información sobre la situación de la salud”.
- “Promover la creación y el desarrollo de alianzas estratégicas para una atención médica integral”.
- “Apoyar a las comunidades en el desarrollo de habilidades organizativas y fortalecimiento de las capacidades para promover el derecho a la salud que les permita tomar parte en el monitoreo, seguimiento y control de actividades”.³⁵

Una mejora en el acceso de la población desplazada, particularmente de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, es uno de los objetivos más importantes en el subprograma de salud reproductiva para 2003-2007 del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA). Las actividades incluyen capacitación y fortalecimiento de la capacidad institucional de las organizaciones que trabajan con desplazados, para educar a los desplazados en sus derechos reproductivos y para implementar servicios integrados de salud sexual y reproductiva, con un énfasis especial en los adolescentes.³⁶

³² El GTDI está compuesto por 12 agencias del Sistema de Naciones Unidas presentes en Colombia ACNUR, FAO, UNFPA, UNDCP, OIM, ACNUDH, OPS/OMS, UNIDO, PNUD, UNICEF y UNIFEM.

³³ Reliefweb, Naciones Unidas

³⁴ Reliefweb, UN Country Team in Colombia (Equipo de País de las Naciones Unidas en Colombia)

³⁵ *Ibíd.*

³⁶ Junta Directiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA), UNFPA Programa para Colombia, octubre 2.002

Contexto de la salud reproductiva

a. Situación nacional de la salud reproductiva

El Ministerio del Medio Ambiente, responsable de hacer las políticas sobre población y salud, no ha desarrollado aún una política nacional sobre población.³⁷ Aunque la Constitución Colombiana de 1991 incluyó un artículo en relación con el derecho humano a la planificación familiar, los gastos de salud y planificación familiar eran delegados a las municipalidades locales, como una medida de auto determinación y descentralización. En 1993, el gobierno colombiano y el Ministerio de Salud comenzaron a reestructurar el sistema de salud introduciendo el Sistema General de Seguridad Social (Ley 100). Bajo este sistema, los alcaldes son responsables de formular un plan para garantizar los servicios de salud locales, incluyendo servicios de salud reproductiva para cada ciudadano.

Desde 1993, el sector de la salud pública ha experimentado enormes dificultades para llegar a gran cantidad de la población, especialmente la población de muy escasos recursos y los desplazados. En varias municipalidades, la falta de solidez institucional y las limitadas capacidades técnicas y administrativas han obstaculizado el progreso de cambio en el sistema de salud y como resultado, los servicios gubernamentales de planificación familiar son escasos. Una gran mayoría de los servicios de planificación familiar son proporcionados por Profamilia, la cual es subcontratada por la Red de Solidaridad Social.

A través de sus 35 clínicas en 31 ciudades y proyectos de unidades móviles, Profamilia proporciona alrededor del 70% de los servicios de Salud reproductiva y planificación familiar disponibles en Colombia.³⁸ Profamilia recibió el “*Premio Mundial de Población 1988 de las Naciones Unidas*”.

En general, hay discrepancias en el estatus de la Salud reproductiva entre las zonas urbanas, rurales y las afectadas por el conflicto en Colombia, y mientras algunas áreas técnicas de la SR han mejorado a un ritmo constante, otras tales como la VG, los embarazos no deseados, el conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y las necesidades de los adolescentes continúan sin ser atendidas.

Los esfuerzos de Profamilia han contribuido a mejorar los indicadores de salud reproductiva que Colombia ha logrado en los últimos 30 años.

Con excepción de Cuba, Argentina y Chile, Colombia tiene los mejores indicadores de SR en Latinoamérica.

³⁷ UNFPA Op.cit.

³⁸ Profamilia, ENDS, 2000.

El siguiente cuadro proporciona importantes indicadores de salud para Colombia.

INDICADORES	Colombia
Índice de mortalidad por cada 100.000 nacimientos vivos	70
Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos vivos	21
Total tasa de fertilidad	2.6
Tasa de crecimiento (%)	1.8
Total partos atendidos por personal capacitado	87.5

CATEGORÍA	TODAS LAS MUJERES	ACTUALMENTE UNIDAS
Total mujeres entre los 15 – 19 años que ya son madres	15.1 %	_____
Total mujeres entre los 15 – 19 años usando métodos anticonceptivos- todos los métodos (%)	17.3%	57.2%
Total mujeres entre los 15 – 19 años usando métodos anticonceptivos- modernos (%)	12.1%	45%
Total mujeres entre los 15 – 49 años usando métodos anticonceptivos – todos los métodos (%)	52.8%	77%
Total mujeres entre los 15 – 49 años usando métodos anticonceptivos- modernos	43.8%	64%

Fuentes: OPS/OMS Colombia Health Profile 2001, Profamilia Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2000, IPF Perfil de País- Colombia.

Planificación Familiar

Debido al incremento en la educación de las mujeres y el uso de métodos planificación familiar, la tasa de natalidad en Colombia ha bajado a más de la mitad en los últimos 35 años. Mientras que en 1965 las mujeres tenían 7 hijos en promedio, en el 2000 la tasa de fertilidad total fue de 2.6 hijos. No obstante, las diferencias significativas tanto en las zonas rurales como en las urbanas permanecieron ocultas en los promedios nacionales.

Por ejemplo, las mujeres en las áreas rurales y las mujeres sin educación en las áreas urbanas tienden a tener más hijos. En las ciudades, la tasa de fertilidad es 2.3 hijos por mujer, mientras que fuera de las ciudades la tasa es de 3.8 hijos.³⁹ En promedio, las mujeres colombianas esperan 37 meses antes de tener otro hijo (40 meses en las áreas urbanas, 33 en las rurales). El promedio de edad al momento del primer parto es 22 años.

³⁹ Profamilia (ENDS) 2000, pag.40, Op.cit.

El conocimiento en cuanto a anticoncepción es alto: casi todas las mujeres en edad reproductiva conocen por lo menos un método anticonceptivo. Aproximadamente el 84 % de las mujeres sexualmente activas estaba utilizando un método de planificación familiar en el 2000. La región con la tasa más baja en el uso de métodos anticonceptivos fue la costa Atlántica (71 %), mientras que la zona oriental (83%) y Bogotá (81%) presentaron la tasa más elevada.

El aborto en Colombia es ilegal a menos que la vida de la mujer esté en peligro. Sin embargo, las mujeres colombianas con necesidades de planificación familiar no satisfechas, frecuentemente recurren a abortos inseguros para terminar su embarazo no deseado, poniendo su vida y su salud en grave peligro. Se estima que se practican 337.000 abortos en el país cada año.⁴⁰ En Colombia, el 15% de todas las muertes asociadas con la maternidad, están relacionadas con abortos, convirtiéndose éste en la segunda causa de mortalidad materna, con la más alta incidencia en mujeres entre los 20 y los 29 años de edad.⁴¹

Maternidad sin riesgos

El índice estimado de mortalidad materna es 71 por cada 100.000 nacimientos vivos. No obstante, todavía existen discrepancias entre las tasas de mortalidad, teniendo la Costa Pacífica una tasa de mortalidad materna tres veces más elevada que el promedio nacional. De acuerdo con el UNFPA, las principales causas de mortalidad materna son toxemia, complicaciones por abortos, hemorragias y complicaciones antes, durante y después del parto.⁴² Minsalud ha identificado 150 municipalidades con las tasas de mortalidad materna más elevadas en el país, oscilando entre las 207 y las 570 muertes, las cuales se caracterizan por las desigualdades sociales tan significativas, así como por la violencia y el desplazamiento de la población (Bolívar, Cauca, Córdoba, Nariño, Sucre).⁴³ El 87% de los partos es atendido por personal calificado.

Casi todas las regiones de Colombia presentaron un descenso en la tasa de mortalidad infantil durante los 90. Un gran porcentaje de las mujeres (91%) que tuvieron hijos entre 1995 y el 2000 le aseguró a Profamilia que había recibido atención prenatal, aunque en algunas áreas rurales como en la Costa Pacífica y entre las mujeres sin educación, la situación es más precaria. Profamilia también encontró que un gran porcentaje de los partos se lleva a cabo en hospitales, clínicas o centros de salud (88%), y con la presencia de un médico (83%).⁴⁴

ETS /VIH/SIDA

Las enfermedades tropicales o contagiosas causan el 10% de las muertes en Colombia.⁴⁵ Aunque se ha reportado un descenso, las enfermedades como la malaria, la tuberculosis, el cólera, la hepatitis B y el

⁴⁰ The Futures Group International, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs (Perfiles para Programas de Planificación Familiar y de Salud Reproductiva)*.

⁴¹ OPS, *Colombia-Salud en las Américas*, Ediciones 1988, Volumen II.

<http://www.paho.org/Englis/HIA1998/Colombia.pdf>

⁴² UNFPA 'Recomendaciones del Director Ejecutivo - Asistencia al Gobierno Colombiano'. <http://www.unfpa.org>, diciembre 2001

⁴³ *Ibíd.*

⁴⁴ Profamilia, ENDS 2000, pag. 114, Op.cit

⁴⁵ PNUD Oficina Colombia 'Salud-Índice de Desarrollo Humano', <http://pnud.org.co>, 2001.

VIH/SIDA continúan siendo una gran preocupación de salud pública, especialmente en las áreas marginales de los alrededores de las grandes ciudades, las costas Atlántica y Pacífica, los Llanos Orientales, el Amazonas, y los valles de los ríos Magdalena y Cauca. El conocimiento de la existencia del VIH/SIDA es casi universal (99%), pero el conocimiento de las formas en que se transmite es baja. De acuerdo a ONUSIDA, menos del 1% de la población adulta en Colombia (entre los 15 y 49 años) tenían VIH/SIDA a finales de 1999. El número de muertes causadas por el SIDA para el mismo año se estimó en 1.700. De los casos reportados, el 78% se debió a transmisión sexual, el 1.6% a transmisión de madre a hijo/a y el 0.6 % a transfusiones de sangre. En el 19% de los casos se registró la forma de transmisión.⁴⁶ En aumento desde 1994, alrededor del 14% de las personas con VIH/SIDA son mujeres, la mayoría de las cuales son heterosexuales en relaciones estables. Un estudio realizado por Profamilia encontró que casi la mitad de la población (42%) no tiene conocimiento de las ETS.⁴⁷

Violencia de Género

Durante los últimos años, el gobierno colombiano ha intentado reducir la violencia intrafamiliar tomando medidas como la creación de instituciones legales y el cambio de legislación en lo que respecta a los compañeros violentos. Sin embargo, Profamilia encontró que un número significativo de mujeres (65%) experimentaba violencia verbal y violencia física (41%) en sus hogares. Los niveles de educación no parecían influir en la incidencia de la VG y sólo el 22% de todas las mujeres víctimas de VG la han denunciado.⁴⁸ De acuerdo con el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, los grupos que sufrieron los índices más elevados de violencia intrafamiliar en 1995 fueron mujeres entre los 25 y los 34 años y niños entre los 5 y los 14 años. En el mismo año, se registraron 11.970 denuncias de ofensas sexuales, 88% de las cuales fueron cometidas contra las mujeres, lo que da un índice de 34 por cada 100.000 habitantes. En el 77% de los casos el agresor era una persona conocida por la víctima. No es clara la magnitud del impacto en las mujeres colombianas, de la violencia relacionada con el conflicto armado y estimar dicho impacto es una difícil labor debido a la seria falta de información.⁴⁹

Salud reproductiva de los y las Jóvenes

En la población colombiana, la actividad sexual comienza entre los 11 y los 18 años y es más común que comience a edades más tempranas en las grandes ciudades y entre las clases sociales bajas. En promedio, el 82% de las mujeres entre los 15 y los 19 años son solteras y están sexualmente activas. Las mujeres en Colombia tienden a casarse a una edad temprana, con un promedio de 21 años y 14% de las mujeres entre los 15 y los 19 años vive actualmente en unión. Desde 1985, la fertilidad entre las mujeres de 15 a 19 años ha incrementado en todo el país, particularmente en Bogotá y los departamentos del oriente del país. En el 2000, Profamilia encontró que el 19% de las adolescentes ya eran madres o estaban embarazadas.⁵⁰ El número de adolescentes que dan a luz es más alto en las áreas rurales y entre las jóvenes menos educadas. Por otra parte, aproximadamente el 45% de las

⁴⁶ ONUSIDA *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections-Colombia*, <http://www.unaids.org>, diciembre 2001.

⁴⁷ Profamilia, ENDS 2000, pag. 163, Op.cit.

⁴⁸ *Ibíd.*

⁴⁹ Centro para las Leyes y Políticas Reproductivas, *Derechos Reproductivos de las Mujeres en Colombia*, Un Reporte Alternativo, diciembre 1998

⁵⁰ Profamilia ENDS pag. 49

adolescentes termina abortando.⁵¹ En Colombia la educación sexual es obligatoria por ley, tanto en la escuela primaria como en la secundaria mas sin embargo existe un reto continuo para llegar a los y las jóvenes por medio de la educación formal, ya que los programas públicos que tratan la sexualidad en los y las jóvenes son escasos.



b. Salud reproductiva en la población desplazada

“Se prestará especial atención a las necesidades sanitarias de la mujer, incluido su acceso a los servicios de atención médica, en particular a los servicios de salud reproductiva, y al asesoramiento adecuado de las víctimas de abusos sexuales y de otra índole”.

Principios Rectores del Desplazamiento Interno, Principio 19 (2)

“Asimismo se prestará especial atención a la prevención de enfermedades contagiosas e infecciosas, incluido el SIDA, entre la población desplazada”.

Principios Rectores del desplazamiento Interno, Principio 19 (3)

En 1999, la Women’s Commission for Refugee Women and Children encontró que “aunque en Colombia los servicios de salud reproductiva están más o menos disponibles a través del sistema nacional de salud y los servicios de organizaciones como Profamilia, las mujeres desplazadas sufren de una carencia de acceso a los servicios de salud médica, particularmente en el área de la salud reproductiva.”⁵² En 2001 hay poca presencia institucional y una gran necesidad y demanda de atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres en zonas marginadas. Según Profamilia, las campañas de educación que incluyen los fundamentos de salud sexual y reproductiva son mínimas.

⁵¹ UNFPA, Op.cit.

⁵² Women’s Commission for Refugees Women and children, *A Charade of Concern: The abandonment of Colombia’s Forcibly Displaced*, U.S.1999.

En una discusión con los miembros del equipo de evaluación, funcionarios del Minsalud hicieron una detallada descripción de la situación actual del sistema de salud, así como un análisis de la falta de acceso a los servicios de salud por parte de la Población desplazada, mas no hicieron alusión a un programa específico para dicha población. Los funcionarios expusieron que se le debe dar prioridad a la población desplazada en lo que respecta a servicios de salud. También reconocieron la brecha existente entre las políticas y los servicios pero no tenían recomendaciones para solucionar los problemas. El sistema descentralizado responsabiliza a los municipios para la prestación de servicios a la población desplazada pero éstos no reciben los recursos ni la asistencia técnica que se necesita para prestar dichos servicios.

Además, según los funcionarios, algunos municipios receptores no quieren dar soluciones o hacer las cosas demasiado cómodas para los desplazados ya que esto puede animarlos a quedarse.

Los representantes de Minsalud dijeron que era más fácil prestar los servicios de salud a la población desplazada en grupos grandes, que apoyar a individuos. Ellos explicaron que durante la emergencia inicial de desplazamiento masivo hay muchos recursos para brindar asistencia a los desplazados, provenientes de las ONG.

Minsalud no tiene reuniones de coordinación para la provisión de los servicios de salud, como tampoco un sistema de registro para saber quién presta qué servicios a los desplazados y dónde. Hace poco, no obstante, comenzó a tratar de coordinarse con pequeños grupos. Sin embargo, informaron que algunas ONG comienzan a realizar su trabajo sin siquiera reunirse con el MDS o sus funcionarios locales.

El UNFPA informa que las siguientes organizaciones locales e internacionales están brindando apoyo a la salud reproductiva en Colombia:

Locales:

Si Mujer: Cali

Serfam: Medellín

Fundación Mujer y Futura: Barrancabermeja

Cami: Cali

Casa de Mujer: Bogotá y Putumayo

Profamilia: Profamilia tiene cobertura en las grandes ciudades.

Internacionales:

Engenderhealth

Save the Children UK

El UNFPA dijo que es importante alcanzar a tener cobertura en los municipios más pequeños y rurales y también expresó su deseo de brindar capacitación en salud reproductiva en la zona de despeje.

Hay muy poca información disponible en cuanto a la situación específica de la salud de los desplazados. De ahí que Profamilia realizara un estudio, con el apoyo de la USAID, que trataba de cuantificar por primera vez el estatus de la salud reproductiva de las mujeres marginadas en Colombia. En dicho estudio, las mujeres marginadas se definen como “las desplazadas y aquellas pertenecientes a las poblaciones receptoras”. Del número total de mujeres entrevistadas en el estudio, el 37% había sufrido

desplazamiento a causa del conflicto. Las conclusiones generales del estudio revelaron que el estatus de la salud reproductiva de las mujeres marginadas en Colombia (incluyendo las desplazadas) era más bajo que el del promedio nacional.

Planificación Familiar

Aunque los registros nacionales parecen indicar un deseo generalizado de los colombianos de limitar el tamaño de sus familias, el estudio de Profamilia de 2001 reveló que las mujeres desplazadas por el conflicto armado que viven en áreas marginadas planifican menos, tienen más embarazos y por ende familias más grandes, haciendo más difícil su subsistencia.⁵³ Las mujeres marginadas tenían un promedio de 2.7 hijos- nacidos vivos- comparado con las mujeres desplazadas cuyo promedio es de 3.3. Casi la mitad (47%) de las mujeres que estaban embarazadas al momento en que Profamilia realizó el estudio no recibieron atención prenatal.⁵⁴ El estudio también mostró que el 42% de las mujeres entrevistadas no deseaban su embarazo. Aproximadamente el 30% de las mujeres desplazadas y marginadas entre 15 y 40 años que viven en pareja, no utilizan ningún método de planificación familiar.⁵⁵ Entre las mujeres entrevistadas por Profamilia, el promedio de nacimientos vivos por mujer era 2,7 y el promedio que las mujeres consideraban ideal era 2.4.⁵⁶ El MDS informa que los servicios de planificación familiar son gratis y que no era una cuestión de acceso sino de demanda. No obstante, el equipo de evaluación encontró que los centros de salud pública no tenían suministros de planificación familiar. Profamilia introdujo la anticoncepción en emergencia en Colombia en 2001, con una fuerte resistencia por parte de la iglesia católica. El UNFPA reporta que en la zona de despeje, los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) forzaban a las mujeres a usar anticonceptivos y a abortar. Hubo casos posteriores de enfermedad pélvica inflamatoria.⁵⁷

Maternidad sin riesgos

Al igual que en otras áreas de la salud reproductiva, los servicios de maternidad sin riesgos son limitados en el país en general, y son aun más inaccesibles para los desplazados. Los servicios están al límite. El UNFPA señala que la situación de los desplazados en los hospitales es precaria; hay partos o abortos naturales que tienen lugar en la puerta de los hospitales. La imposibilidad de los desplazados de pagar por los servicios hace que sean discriminados por los que prestan los servicios. Cuando los desplazados no pueden pagar, los hospitales remiten los casos de complicaciones obstétricas a otros hospitales, retardando así la atención requerida por las mujeres, la cual les podría salvar la vida. Según EL UNFPA, un director médico renunció a su puesto en la prestación de servicios directos, debido a los dilemas éticos con los que se enfrentaban al no poder prestar atención médica a aquellos que lo necesitaban.⁵⁸

Frecuentemente, las mujeres desplazadas sufren discriminación cuando intentan acceder a los servicios, o carecen del seguro médico o la cobertura necesarios para obtener tratamiento. Por ejemplo, las mujeres desplazadas reciben menos atención prenatal durante el embarazo que otras mujeres colombianas en general. Aun cuando se compara a las mujeres desplazadas por el conflicto con aquellas en las comunidades receptoras u otras poblaciones itinerantes, el 56 % no recibió atención prenatal en contraste con el 47% entre los grupos marginados. El 27% de las mujeres desplazadas que participaron en el estudio

⁵³ Estudio Profamilia, 2001, Op.cit.

⁵⁴ Estudio Profamilia, 2001|, pag. 46.

⁵⁵ *Ibíd.*

⁵⁶ *Ibíd.*

⁵⁷ Entrevista con el representante del UNFPA, responsable por los proyectos para la Población Desplazada, Bogotá, noviembre 15,2001.

⁵⁸ *Ibíd.*

había tenido una pérdida o un nacimiento sin vida. De éstos, el 37% no recibió tratamiento o atención médica.⁵⁹

ETS/VIH/SIDA

Las ETS, incluyendo el VIH/SIDA, son la mayor preocupación en lo relacionado con la salud reproductiva, de acuerdo con el representante del UNFPA con quien habló el equipo de evaluación.⁶⁰ Es poco lo que se conoce sobre este problema ya que no hay estadísticas para la Población desplazada. El UNFPA ha notado una gran incidencia de transmisión de sífilis de hombre a mujer y madre a hijo/a, con consecuencias ulteriores de sífilis congénita. Les ha resultado difícil tratar a hombres de comunidades indígenas y han optado por apoyar la hospitalización de mujeres indígenas para evitar que se infecten nuevamente o que infecten a su hijo/a.

La mayoría de las mujeres marginadas (97%) entrevistadas por Profamilia en 2001 dijo tener conocimiento sobre el SIDA.⁶¹ Sin embargo, mientras que una de cada tres mujeres piensa que podría contraer el VIH, la mitad de las mujeres no sabían dónde hacerse una prueba de VIH. Entre aquellas con el nivel más bajo de información del SIDA están las mujeres desplazadas por el conflicto armado y adolescentes entre los 13 y los 14 años. Aunque las ETS son tan comunes entre los desplazados al igual que otras condiciones tales como malnutrición, enfermedades respiratorias, diarrea y parasitismo, el estudio de Profamilia reveló que el 28% de las mujeres no puede identificar ningún síntoma de una ETS.⁶²

Existe una severa estigmatización y serios abusos de los derechos humanos por parte de los grupos armados, en contra de la gente que es o se sospecha que es VIH positivo. El UNFPA afirma que en la zona de despeje, las FARC le hacen la prueba del VIH a hombres y mujeres. Recientemente, tres mujeres fueron asesinadas por ser VIH positivo. Las FARC también han quemado las casas de presuntos homosexuales. Los representantes del UNFPA describieron la situación de un joven de 16 años, perturbado mentalmente, del que se sabía ser VIH positivo. Muchos grupos colaboraron para ingresarlo a una institución para brindarle protección. Sin embargo, cuando regresó a su casa fue brutalmente abusado por los paramilitares.⁶³

Violencia de género (VG)

La mayoría de las mujeres desplazadas en Colombia se enfrenta a una increíble cantidad de actos de violencia ya sea por el conflicto armado o por los abusos físicos, emocionales, sexuales cometidos contra ellas por su pareja, extraños, amigos, ex maridos, suegros o padrastros. La mitad de las mujeres que intervinieron en el estudio de 2001 realizado por Profamilia dieron testimonio de ataques físicos cometidos por su pareja.⁶⁴ Una de cada cinco mujeres desplazadas afirmó haber sido víctima de

⁵⁹ Estudio Profamilia, 2001, pag.53, Op.cit.

⁶⁰ Entrevista con el representante del UNFPA, responsable por los proyectos para la Población Desplazada, Bogotá, noviembre 15, 2001

⁶¹ Estudio Profamilia, 2001, pag. 88, Op.cit.

⁶² *Ibíd.*

⁶³ Entrevista con el representante del UNFPA, responsable por los proyectos para la Población Desplazada, Bogotá, noviembre 15, 2001.

⁶⁴ Estudio Profamilia, 2001, pag.108, Op.cit.

violencia sexual y el 24% dijo haber sido violada. El 9% de las mujeres marginadas ha experimentado violación sexual cometida por una persona diferente al marido, y el 14% ha sido violada por el marido.

El UNFPA también reportó que la violencia de género es un problema serio. De hecho tres jóvenes fueron asesinadas un día antes que el equipo se reuniera con el UNFPA en Barrancabermeja. De acuerdo con el UNFPA, aparentemente algunos jóvenes habían formado un movimiento de resistencia y las novias de los jóvenes que pertenecían al movimiento fueron asesinadas.

Aunque Colombia tiene uno de los marcos más modernos y progresistas en cuanto a violencia de género se refiere, hay una enorme brecha entre la legislación y la acción. No hay una disposición a denunciar ya que existe una desconfianza generalizada de las autoridades. Tanto la violencia intrafamiliar como la sexual son invisibles y muy pocas demandas llegan a juicio.

El UNFPA está trabajando en el establecimiento de normas para que todas las agencias apoyen una respuesta integrada a la violencia sexual, que ofrezca garantías de protección, cuidados médicos, incluyendo evidencia forense, justicia y salud mental. El UNFPA está actualmente considerando propuestas para ofrecer talleres de capacitación a los que prestan los servicios de salud.

De acuerdo con una activista de los derechos de la mujer en Puerto Asís, Mocoa, los militares operan y viven en una escuela para niñas. Muchas niñas y mujeres viven con paramilitares en la comunidad y usan su posición para amenazar a otras niñas y sus familias, las cuales viven en un ambiente de miedo. Para algunas niñas, iniciar su actividad sexual con un paramilitar es en un principio considerado como un honor, pero luego de su primera relación, las niñas son abandonadas. Los paramilitares también han ido a la casa de padres de niñas en Puerto Asís, solicitando que sus hijas se vayan con ellos por el fin de semana como un “servicio a la comunidad”. La consecuencia de no acceder a tal solicitud puede ser la muerte. Algunas niñas son secuestradas para que cocinen y limpien, y son sistemáticamente violadas por los paramilitares. Dos meses antes de esta entrevista, una niña de 14 años que vivía con los paramilitares y cuya hermana estaba con la guerrilla, fue asesinada por sospecha de ser una espía. Esta activista también dijo que las mujeres no están dispuestas a reportar la violencia de género y sus consecuencias, debido a una desconfianza generalizada en las autoridades. También explicó que mientras que Colombia tiene uno de los marcos más modernos y progresistas en cuanto a violencia de género se refiere, hay una enorme brecha entre la legislación y la acción.⁶⁵

En septiembre de 2001, la Mesa de Trabajo Mujer y Conflicto Armado en Colombia decidió recopilar información sobre la violencia que afecta a mujeres y niñas, e hizo un llamado a muchas organizaciones para trabajar conjuntamente y hacer esta práctica visible ante la comunidad internacional. Se realizaron dos talleres regionales, se recopiló información y se prepararon informes que fueron presentados a la

⁶⁵ Entrevista con representante de la Mesa de Trabajo Mujeres y Conflicto Armado, Bogotá, noviembre 14, 2001.

Relatora Especial sobre Derechos Humanos y Violencia contra la Mujer. Los reportes describen el alcance de la violencia por parte de los actores armados y las variaciones en su modus operandi que incluyen el asesinato directo de mujeres como forma de castigo; el asesinato de padres de familia con el objeto de dejar a los niños sin hogar; el reclutamiento forzado de niños y niñas para realizar labores domésticas; la explotación sexual; y el aborto forzado.

Hubo una amplia cobertura periodística sobre las conclusiones de la Relatora Especial de la Comisión de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos y Violencia contra la Mujer, conclusiones que provocaron una fuerte polémica. Sin embargo, semanas después, ni los periodistas ni el país estuvieron dispuestos a recibir una nueva visita de la Relatora Especial.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es responsable por los programas de los niños afectados por el conflicto armado, incluyendo los niños desplazados. El equipo de evaluación se reunió con el director del ICBF quien afirmó que el ICBF ha logrado dar una gran prioridad a la violencia intrafamiliar en la agenda nacional a la violencia y que las denuncias de la misma han incrementado considerablemente.

El director no pensaba que la violencia de género contra las mujeres combatientes por parte de los paramilitares fuera un problema, en contraste con testimonios que el equipo de evaluación escuchó por parte de representantes de las mujeres y de derechos humanos, sobre la violencia sexual cometida por los paramilitares contra las niñas. En cambio dijo que las niñas son “iniciadas por los combatientes” y describió la situación como una explotación sexual, implicando que tal comportamiento era aceptable. No hay programas de SR dirigidos a los excombatientes.

Salud reproductiva en los y las Jóvenes

La situación de los adolescentes desplazados es crítica. Las jóvenes tienen los índices de embarazo más altos y confrontan serios problemas en sus vidas sexuales y reproductivas.

Las adolescentes desplazadas también tienen necesidades de planificación familiar cruciales ya que el 23% de las jóvenes entre 13 y 19 años ya es madre y el 7% espera su primer hijo. De estas jóvenes, el 36% de las que tenían entre 13 y 14 años y el 14 % de las que tenían entre 15 y 19 años no querían quedar embarazadas. El 47.4% de las jóvenes entre 13 y 14 años y el 14.2% de las jóvenes entre 15 y 19 años habría preferido posponer el embarazo.⁶⁶

⁶⁶ Estudio Profamilia 2001, pag. 48 y 49, Op.cit.

Conclusiones por ciudad

A continuación se presentan las conclusiones específicas, resultado de las discusiones de los grupos focales y las entrevistas con participantes clave. La información se proporciona por ciudad y por sitios específicos dentro de cada ciudad.

a. Barranquilla, Atlántico⁶⁷

El equipo de evaluación visitó dos de cuatro asentamientos de desplazados en Barranquilla: Ciudadela de la Paz y La Esperanza.

Ciudad de la Paz

Ciudadela de la Paz fue establecida en diciembre del 2000 y actualmente alberga a 167 familias permanentes y temporales, provenientes de por lo menos seis regiones del país.

Las conversaciones en Ciudadela de la Paz con 20 jóvenes adolescentes de ambos sexos revelaron que, del mismo modo que se hacía tradicionalmente en sus hogares de origen, la mayoría de los y las jóvenes no están formalmente casados sino que viven ya sea con sus padres o en unión libre. Gran parte de los adolescentes no asistía a la escuela y no tenía trabajo, aunque muchos de ellos ya tenían hijos. Los participantes dieron testimonio de discriminación, incluyendo abuso verbal y negación de los servicios de salud debido a que la gente cree que las personas desplazadas son guerrilleros. A pesar de dicha discriminación, éstos dijeron que se sentían más seguros que en sus hogares de origen.



Ciudad de la Paz.

El conocimiento sobre VIH/SIDA entre los participantes era muy básico y simplista: “Simplemente no hay que tener sexo con los que tienen SIDA.” Los promotores del proyecto expresaron entusiasmo por su capacitación y trabajo porque les permite incrementar su conocimiento sobre SR y compartirlo con otros.

⁶⁷ Trip report, Therese McGinn, Colombia, noviembre 2001.

En las charlas con 20-25 adultos en Ciudadela de la Paz, los adultos también señalaron que los servicios de salud y los medicamentos generalmente no estaban disponibles para ellos y que habían solicitado a Profamilia intervenir en su nombre. Un hombre explicó la dificultad de ajustarse al cambio de la independencia como campesino a una nueva situación en donde no tienen nada y dependen completamente de otros que los tratan muy mal, con lo cual todos estuvieron de acuerdo. A pesar de esto, como en el caso de los adolescentes, también expresaron sentirse más seguros en Barranquilla que en sus hogares de origen. Los adultos hablaron de la violencia que experimentaron en sus hogares y cómo continuaba afectando su vida diaria.

Al comienzo del proyecto de Profamilia en Ciudadela de la Paz, algunos adultos de la comunidad se opusieron al proyecto dirigido a los y las jóvenes. Profamilia respondió haciendo reuniones con los adultos en las que se les explicaba en qué consistía el proyecto, después de lo cual los adultos se mostraron más receptivos y dispuestos a colaborar con el proyecto aunque sentían que el cuidado y la educación de los y las jóvenes era responsabilidad de los padres. También expresaron su deseo y necesidad de contar con servicios de SR adicionales para adultos.

La Esperanza

La Esperanza es un asentamiento que alberga tanto a desplazados como a familias pobres locales. Aproximadamente 89% de los residentes desplazados que comenzaron a llegar seis años atrás. Hay una variedad de servicios disponibles incluyendo educación y programas de micro crédito.

Entre 15 y 20 jóvenes, la mayoría menores de 20 años, participaron en una discusión de grupo con otras 12 a 15 niñas como observadoras. Muchas de las jóvenes tenían dos o tres hijos y estaban viviendo en unión libre; sólo unas cuantas estaban formalmente casadas. En esta comunidad la unión libre es más común ya que ésta puede ser disuelta con relativa facilidad. Según las jóvenes el “machismo” es muy fuerte, los hombres insisten en tomar las decisiones domésticas y raramente apoyan a sus hijos cuando se separan de sus novias o esposas. Además, las mujeres dijeron que sus novios se rehusan a usar condones. (No obstante, no fue claro si las mujeres mismas estaban particularmente interesadas en usarlos.)

Las jóvenes en La Esperanza se expresaron con sinceridad sus opiniones en cuanto al aborto inducido diciendo que muchas lo intentaban y muchas fallaban en el intento. La reciente muerte de una niña fue atribuida a un aborto de riesgo.

Una pregunta formulada por el moderador de la discusión fue seguida por una animada respuesta por parte de las mujeres quienes afirmaron que había todo tipo de drogas por doquier y que todo el mundo las consumía. Negando consumirlas ellas mismas, dijeron que tanto mujeres como hombres jóvenes y adultos las consumían. No entraron en detalle sobre el tipo de drogas y sus respuestas vagas pueden sugerir una falta de familiaridad con la situación real del consumo de drogas en el área.

Las jóvenes dijeron que la violencia intrafamiliar parecía haber incrementado desde su desplazamiento. También comentaron que las violaciones sexuales no eran un problema.

Las jóvenes relataron experiencias positivas en relación con la atención médica que habían recibido en la clínica local pública, diciendo que no habían sido discriminadas. También estaban muy satisfechas con los servicios de Profamilia, expresando puntos de vista positivos sobre el proyecto aunque objetaron lo lejos que la clínica de Profamilia estaba ubicada.

Más adelante en la charla, se les preguntó a las jóvenes sobre las ventajas de tener hijos. La pregunta suscitó gran interés y entusiasmo pusieron y dijeron que tener hijos era algo maravilloso pues les proporcionaba alguien a quien amar, alguien con quien mitigar su soledad y que además los hijos generaban un apoyo económico y emocional a sus familias y amigos (aunque no necesariamente a sus novios). La respuesta emocional de las mujeres a este tema fue bastante fuerte.

b. Cartagena, Magdalena⁶⁸

El equipo de evaluación visitó la comunidad de desplazados “Nelson Mandela” en Cartagena, en donde se sostuvieron charlas con adolescentes y adultos. Durante la visita, el equipo entrevistó a la directora del centro de Profamilia en Cartagena, quien expresó su preocupación por el incremento de embarazos entre las jóvenes. La directora piensa que los desplazados tienen un gran número de hijos debido a que provienen de zonas rurales y tienen poco acceso a la información sobre planificación familiar. Asimismo, la directora señaló que el VIH y las ETS son más comunes entre la población urbana y que la población desplazada está en riesgo, ya que no tiene conocimiento sobre medidas de prevención.

Nelson Mandela

Nelson Mandela se encuentra en los alrededores del centro de Cartagena y alberga tanto a desplazados como a gente pobre de la zona. Profamilia estima que 9.500 familias viven allí, 40% de las cuales son conformadas por población desplazada. Los desplazados comenzaron a llegar a Nelson Mandela hace aproximadamente cinco años y todavía continúan llegando.

Debido a que se le ofrecieron servicios a la población desplazada, hubo conflictos con la gente pobre de esa zona urbana. El año anterior, las otras agencias de apoyo que al igual que Profamilia trabajan en esta comunidad incluyendo agencias gubernamentales, ONG, y grupos de las iglesias, hicieron un esfuerzo conjunto para coordinar sus actividades. Los servicios de Profamilia están disponibles tanto para los residentes como para los desplazados.

El equipo de evaluación se reunió con un grupo de jóvenes y un grupo de adultos en Nelson Mandela. Hablaron con un grupo de 8 muchachos y 6 muchachas entre 14 y 22 años, todos promotores del proyecto, quienes participaron activamente en la discusión. Casi todos asistían a la escuela, aunque algunos de los y las jóvenes estaban trabajando tiempo completo o medio tiempo (como ayudantes de los choferes de bus, haciendo pizzas, vendiendo fruta). A diferencia de participantes de otros grupos,

⁶⁸ Trip Report, Therese McGinn, noviembre 2001.

ninguno en este grupo había llevado niños a la reunión, aunque algunos ya eran padres. Sólo unos pocos estaban casados.

Los participantes comentaron haberse convertido en promotores del proyecto con el objeto de aprender sobre los temas de sexualidad y de tal manera evitar cometer errores, al igual que para poder compartir la información con otros. Estaban interesados en temas como planificación familiar, autoestima y mitos sobre las ETS. Los y las jóvenes sintieron que gracias al proyecto ahora les era más fácil hablar de sexo y que las idas a la clínica ya no eran tan intimidantes.



Nelson Mandela

Cuando se les preguntó sobre el uso de condones, la respuesta- sobre todo de los hombres- fue típica: que no les gusta; “no se puede sentir la “piel”; son un complice; hay tantas otras cosas que hacer durante la relación sexual”. No saben cómo usarlo; preguntarle a la pareja sobre condones es no confiar en ellos; querer usar un condón significa que se tiene una enfermedad. Los participantes dijeron que considerarían usar condones con alguien que no conocen bien como una forma de prevenir la transmisión del VIH.

El grupo parecía estar de acuerdo en que el embarazo es un problema de las mujeres. También se dijo que los hombres comparten poco tiempo con sus hijos y brindan poco apoyo económico.

El grupo calificó a los hombres de “poseivos”. Ellos argumentaban que si su pareja salía sola, sin ellos, otro se la podría llevar así que era mejor que el hombre la dejara en la casa y saliera con alguien que no le importara.

Una discusión sobre violencia intrafamiliar provocó un intercambio activo en el que se expresaron una variedad de ideas. Los participantes hombres dijeron que las mujeres se ponen bravas con los hombres por muchas razones, de tal manera que el hombre les pega para calmarlas (algunos hombres dieron ejemplos hablando en un tono agudo para imitar a las mujeres, dando a entender un deseo de ridiculizarlas y expresarles su rabia). Los hombres también dijeron que las mujeres les pegan a ellos a causa de los celos que les produce verlos con otras mujeres. Otros no estaban de acuerdo, diciendo que las mujeres eran sumisas y le permitían a los hombres salirse con cualquier cosa por falta de alternativas, aunque reconocieron que hoy un día las mujeres tienden a ser menos sumisas. Cuando se les preguntó lo que pensaban a propósito de que una mujer dejara a un hombre porque éste abusaba

de ella, una participante respondió que no sólo la mujer debería irse sino que también debería demandarlo ya que las mujeres tienen igualdad de derechos que los hombres (los hombres participantes se rieron de esta idea mientras que las mujeres permanecieron pasivas). Un joven dijo que la mujer no debería abandonar al hombre excepto por una buena razón, tal como en el caso de la violencia intrafamiliar y que el hecho de que ellos tengan un mal día o no tengan plata no debe ser causa de abandono.

Los participantes dijeron que el alcohol se usa como medio de diversión, no como escape, agregando que se supone que los hombres tomen.

Como respuesta a preguntas sobre las razones por las que los y las jóvenes tienen sexo e hijos, los participantes dijeron que se debe a un deseo de experimentar con el sexo y que éste es visto como una prueba de amor. Los hijos son un medio para sacarle plata al novio (aunque comentarios previos sugerían que esto no era común) y para salir de la casa paterna. Además, una joven que no tiene hijos puede sentirse “quedada” cuando todas las amigas ya los tienen, aparte del hecho que un niño les puede brindar amistad y seguridad en la vejez. Ellas opinaron que el embarazo en la adolescencia es mucho más común en donde están ahora que en sus comunidades de origen, pero estas percepciones pueden ser afectadas por la diferencia entre la edad que tenían cuando vivían en sus comunidades, y la que tenían ahora.

Después de la discusión, algunos participantes presentaron una obra dramatizando la violencia intrafamiliar. En la obra, una mujer tenía varios amantes incluyendo uno que la golpeaba. Cuando quedó embarazada ninguno asumió la responsabilidad. Un hombre amable la llevó entonces a Profamilia.

Los comentarios de los y las jóvenes en Cartagena eran considerablemente diferentes a los de los dos grupos en Barranquilla. Por ejemplo, el grupo de Nelson Mandela estaba familiarizado con conceptos tales como la igualdad y los derechos de la mujer; de hecho fueron ellos mismos los que plantearon estos temas. El equipo de evaluación habló con otro grupo en el asentamiento Nelson Mandela, compuesto por ocho mujeres y tres hombres, líderes comunitarios todos y participantes activos de la discusión.

Los adultos en Nelson Mandela apoyaban decididamente el proyecto de Profamilia en esta comunidad y querían que continuara. “El programa se necesita”, dijeron, “porque ha habido una pérdida de valores. Los y las jóvenes de hoy en día no actúan con responsabilidad” (los adultos creen que esto es más cierto ahora que cuando ellos eran jóvenes). Según ellos, los y las jóvenes están aburridos porque, a diferencia de la realidad en sus hogares de origen, en su lugar de vivienda actual no hay nada que hacer, lo que los lleva a recurrir al sexo, la droga y la prostitución. Ellos identificaron necesidades de actividades adicionales de esparcimiento y proyectos de micro crédito y señalaron que estas necesidades eran las mismas para todos, no sólo para los desplazados, aunque admitieron que al principio la vida es más difícil para los desplazados recién llegados.

Los adultos también dijeron que a las niñas se les trata mal en la casa, que no se les da afecto, por lo cual ellas se ven atraídas a conseguir novio. Añadieron que algunos padres no cumplen con su

responsabilidad de cuidar a sus hijos, dejándolos vagar por la zona tarde en la noche. Los participantes del grupo focal sentían que las madres son responsables por la educación sexual de sus hijas, pero también reconocieron que es difícil para ellas comunicarse con las mismas, considerando que sus propias madres tampoco lo hicieron con ellas. El proyecto intenta tratar estos temas ayudando a los padres a desarrollar mejores habilidades de comunicación.

El grupo hizo observaciones interesantes sobre las diferencias entre los desplazados y los residentes de Nelson Mandela, diciendo que algunas veces los desplazados están más motivados a cambiar sus circunstancias porque tienen expectativas diferentes y están menos dispuestos a soportar condiciones de vida inferiores. Los residentes, por otro lado, están acostumbrados a vivir en la pobreza, ven la situación como la norma, y no creen que las circunstancias puedan cambiar. Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que al gobierno no le importa su grave situación.

Los participantes hablaron de “muchos” casos de violación sexual en jóvenes de ambos sexos, pero ninguno en adultos. (Esto se puede deber a una percepción de que las mujeres no pueden ser violadas). No se discutió la violencia intrafamiliar, pero los participantes estuvieron de acuerdo en que el “machismo” prevalecía tanto en los hombres jóvenes como en los mayores.

A pesar de haber una cierta cantidad de servicios disponibles en Nelson Mandela, el grupo señaló que hay poca coordinación entre los que prestan los servicios. Los participantes miraban con desdén a las agencias “turísticas”, i.e. aquellas organizaciones o individuos que iban a realizar un estudio u otro trabajo temporal y luego se marchaban sin haber brindado apoyo a la comunidad. Era claro que los líderes adultos de la comunidad tomaban sus responsabilidades muy seriamente.

c. Bogotá, Cundinamarca

Bogotá cuenta con la cifra más alta de desplazados, la mayoría proveniente de zonas rurales, los cuales huyeron a los barrios más pobres de la ciudad. Ellos han perdido su independencia como campesinos y sufren la pérdida o muerte de sus parientes, la ruptura de su comunidad y la falta del apoyo social y cultural tradicional. En Bogotá, los desplazados pasan muchas dificultades para poder satisfacer sus necesidades básicas de vida - seguridad, vivienda, comida, agua, salud, educación y medio de sustento - entre la estigmatización de que son objeto y la falta de familiaridad con una supervivencia urbana.

El equipo de evaluación de SR tuvo encuentros con desplazados en dos lugares y en un hospital de nivel I. Las siguientes secciones exponen las conclusiones y perspectivas planteadas durante cada reunión del equipo.

Desplazados y representantes de las organizaciones en Bogotá

El equipo de evaluación se reunió con desplazados que estaban viviendo frente a la Defensoría del Pueblo para protestar por las condiciones de los desplazados. Tres mujeres señalaron que todas estaban registradas con la Red de Seguridad Social-SRR y que tenían acceso a los servicios de SR a través de Profamilia y los hospitales de la zona, pero que no tenían la plata suficiente para comprar los

medicamentos. Por ejemplo, a pesar de los problemas de cistitis causados por la falta de disponibilidad de un baño, las mujeres no contaban con los recursos para obtener los medicamentos para el tratamiento.

Una mujer, quien se veía exhausta, le dijo al equipo de evaluación que tenía 12 hijos. Cuando se le preguntó sobre la violencia de género, ella dijo que cuando se paraba en los semáforos para mendigar, los hombres le ofrecían plata por tener sexo. Ella estaba muy preocupada por la seguridad de sus hijas, una de las cuales tenía 12 años y había sido atacada por un hombre el día anterior pero afortunadamente había podido refugiarse en una iglesia. La mujer deseaba poder mandar a sus cuatro hijas a un lugar más seguro ya que sentía que ellas estaban en riesgo de ser víctimas de violencia de género.

El equipo de evaluación también se reunió con mujeres de la Asociación Nacional de Mujeres Campesinas e Indígenas de Colombia (ANMUCIC), establecida en 1985 para mejorar la calidad de vida de las mujeres en las zonas rurales por medio de una reforma agraria y la participación en la sociedad civil. La ANMUCIC ha sido paralizada por el conflicto armado, por la violencia misma, las amenazas, el desplazamiento y el asesinato de 30 miembros activos, lo cual ha influido considerablemente en su participación y liderazgo en todo el país, así como en su capacidad para cumplir su misión. Los miembros de la ANMUCIC y algunos de sus familiares que aun están vivos, compartieron historias trágicas de desplazamientos y violencia de género.

“Mi nombre es Elena. Yo vivía en una comunidad rural campesina y era una líder comunal. Tenía tres hijos, dos de los cuales tienen 12 y 14 años ahora. En diciembre de 1999 mi hija, que en ese entonces tenía 13 años y estaba en sexto, fue a otro departamento a quedarse con mi hermana por las vacaciones. Un día quedó atrapada en medio de un tiroteo entre guerrilleros y paramilitares, frente a la casa de mi hermana. Mi hija fue seriamente herida, no murió, pero quedó tendida en el suelo y fue violada y luego asesinada por los soldados del ejército. Duré nueve horas tratando de probar que mi hija no era guerrillera, poder verla y que me devolvieran su cuerpo. Traté de denunciar el asesinato de mi hija pero me dijeron que probablemente me matarían después de hacerlo. Mi propia vida estaba en peligro así que no pude denunciar la violación y el asesinato de mi hija. En busca de protección, dejé mi casa y a mis dos hijos para que pudieran seguir en la escuela y me fui a otro pueblo en la misma zona. En julio de 2000 los paramilitares quemaron nuestra casa, así que mis dos hijos y yo nos vinimos para Bogotá. Los dos niños me han dicho que quieren suicidarse y me preguntan “¿Para qué vivir?” En Bogotá nos mudamos a una finca de la presidente de la ANMUCIC, y el estar rodeados de naturaleza y animales le ha levantado el ánimo a mis hijos. Ahora ellos no van a la escuela.”

Profamilia en Bogotá

Profamilia dirige cuatro centros en Bogotá y comenzó su primer proyecto para desplazados con fondos del programa de pequeñas donaciones del RHRC Consortium, y el apoyo técnico de Marie Stopes

International (MSI). Desde entonces, con el objeto de proporcionar los servicios de salud y educación a la población desplazada y viendo sus necesidades críticas, los donantes han asegurado su apoyo financiero: El Fondo Nacional de Loterías del Reino Unido (por tres años) y USAID (quien actualmente financia el proyecto).

Profamilia presta servicios a toda la población y el 99% de los servicios para la población desplazada es subsidiado. Profamilia cobra 1.000 pesos (U.S.\$0.54) por una consulta de planificación familiar o por una consulta especializada; y 3.000 pesos (\$1.08) por una esterilización femenina o masculina (la forma más común de planificación familiar en Colombia). La percepción de Profamilia es que la reforma en el sector de la salud ha originado una seria crisis financiera en el sistema de salud pública. Profamilia no diferencia a los desplazados de su población beneficiaria en general, incluyendo los pobres de zonas urbanas, y está comprometida a trabajar arduamente para promover y prestar los servicios de SR a los que todos los colombianos tienen derecho.



Claire Morris (Marie Stopes International) y Profamilia.

Profamilia remite los casos de complicaciones obstétricas a los hospitales. La directora de Profamilia - Piloto dijo que no se rechaza ningún caso de urgencia, incluyendo sobrevivientes de violencia sexual, aun si los costos no pueden ser cubiertos por los pacientes; existe un fondo de emergencia que apoya dichos casos.

Ocasionalmente Profamilia trabaja con iglesias locales. Sin embargo, ha estado en conflicto con la iglesia en el último año debido a que Profamilia introdujo una campaña social de mercadeo de anticoncepción de emergencia, vendiendo 120.000 dosis en 2001.

El personal de Profamilia también discutió la desaparición de la educación sexual de las escuelas. Se dijo que Colombia tenía un excelente programa de educación sexual hasta 1993 cuando el programa fue cuestionado y debilitado por grupos religiosos. Según Profamilia, el incremento en el índice de embarazos en la adolescencia está relacionado con la falta de educación sexual y muestra que la educación sexual nacional ha fallado.

Soacha

Muchos desplazados se han asentado en el Barrio El Progreso en Soacha, una extensa área urbana en las afueras de Bogotá, en el departamento de Cundinamarca.

Hay una concentración del 90% de los desplazados viviendo en “cambuches” (viviendas provisionales hechos de madera reciclada con pisos de tierra y techos de lata). Generalmente, los desplazados no son dueños de la tierra en donde se asientan y algunos piratean la electricidad. La comunidad tiene servicio de agua tres medios días a la semana, gracias a una manguera adjunta a unos tanques de agua en los tejados, proporcionados por Médicos sin Fronteras (MSF). La mayoría de los hogares utilizan letrinas exteriores cuyas aguas negras bajan por cañerías abiertas hasta una quebrada.

Profamilia brinda asistencia a los desplazados en Soacha por medio de brigadas de salud que visitan la comunidad de acuerdo a las necesidades. Este proyecto se inició hace tres años, posteriormente a un análisis, una evaluación y reuniones con líderes comunales. Las conclusiones revelaron problemas de transporte de los desplazados para llegar hasta las clínicas de Profamilia en Bogotá, a lo cual Profamilia respondió trabajando de cerca con la comunidad para establecer comités de salud y adecuar sitios en la comunidad para proporcionar sus servicios por medio de brigadas de salud las cuales son servicios móviles.

Los servicios que Profamilia ofrece en Soacha, a través de estas brigadas de salud incluyen medicina general, ginecología, citologías, atención prenatal, planificación familiar y talleres de educación en salud sexual reproductiva y derechos sexuales reproductivos.

Grupo focal en la casa del líder del comité de salud

El equipo de evaluación se reunió en la casa del líder del comité de salud con 16 participantes del grupo focal, incluyendo mujeres, hombres, adolescentes y niños que habían llegado a la comunidad de cinco meses a ocho años antes.

Este comité de salud y su líder han sido pro activos en nombre de la comunidad, contactando entidades gubernamentales y diversas ONG para que les brinde asistencia. El líder de la comunidad en el área de salud fue quien se comunicó con MSF, para solicitarles que proporcionaran servicios de agua y nutrición. MSF lleva a cabo monitoreos del crecimiento de los niños y brinda suplementos alimenticios para éstos y para las mujeres embarazadas o lactantes. Asimismo, el comité de salud contactó al gobierno para garantizar que todos en la comunidad estuvieran registrados en el SISBEN, un sistema en donde un censo de evaluación integra a aquellos que más lo necesitan y les permite recibir atención médica del sector público. Por miedo a represalias, ningún participante está registrado como desplazado.

Aparte de los servicios que reciben de las brigadas de salud móviles de Profamilia, algunos también reciben asistencia en el hospital público. Los participantes dijeron que en el hospital público les cuesta \$11.400 pesos (U.S.\$5.50) por cada control de embarazo y \$50.000 pesos (U.S. \$25) por servicios de parto. La comunidad organiza servicios de taxi en casos de emergencia y aunque la comunidad no ha tenido problemas de transporte en casos de emergencia, los participantes dijeron que

frecuentemente iban al hospital entre las 2:00 y las 5:00 a.m. para evitar esperar todo el día por la atención. Algunos no podían acceder a los servicios de emergencia porque no tenían cómo pagarlos.

Los participantes señalaron que aunque algunos habían vivido en unión libre, el matrimonio era más común en el pasado. Según ellos, las cosas habían cambiado desde su desplazamiento y cada vez menos jóvenes veían la necesidad de casarse ya que la unión libre es más fácil para los desplazados ya que no tienen los documentos que necesitarían para un matrimonio formal. También dijeron que entre los desplazados la gente se casa o vive en unión libre desde los 13 o 14 años y es más común ahora que las niñas desplazadas se embaracen para sentir más estabilidad. Aunque los participantes negaron que hubiera un estigma social hacia una madre soltera joven, éstas se convierten en un problema ya que las abuelas terminan cuidando los niños o niñas de estas madres tan jóvenes.

La mayoría de los participantes del grupo focal dijeron que habían escuchado de casos, todos ocurridos en las zonas rurales de donde provenían, en los que la mujer había muerto debido a problemas en el embarazo. Señalaron que es común amamantar a los niños aunque algunas también le dan tetero desde los cuatro meses.

Los participantes expresaron diversas opiniones en cuanto a planificación familiar. El líder comunal en salud dijo que la mayoría de las parejas quieren tener dos o tres hijos pero en la práctica tienen cuatro o cinco. Un hombre comentó: “Uno tiene los que Dios le quiera dar”. Una mujer, expresando su deseo de tener un hijo dijo: “El problema de tener demasiados hijos es la falta de plata para comida y educación”. Otro hombre con cinco hijos dijo que quería tener doce. Para prevenir o posponer el embarazo, los participantes hablaron de dos métodos de planificación familiar, la esterilización y el dispositivo intrauterino, a los cuales tenían acceso por medio de Profamilia.

A propósito de un embarazo no deseado los participantes dijeron que las mujeres tomaban algunas hierbas y llamaban a alguien de la comunidad. Una mujer contrajo una infección después de un aborto y casi muere. Como método para inducir el aborto también mencionaron el Citotech, un medicamento para la gastritis que se puede obtener fácilmente en cualquier farmacia y sin fórmula médica.

La mayoría de los miembros del grupo había oído hablar sobre el VIH/SIDA y expresaron su preocupación al respecto. Para prevenir el VIH/SIDA, los participantes dijeron que se debe usar condón y tener sólo una pareja. Hay condones disponibles en la farmacia o en Profamilia cuando hacen su visita mensual. Los participantes negaron que hubiera hombres que tuvieran sexo con otros hombres en la comunidad, afirmando: “eso sólo pasa en televisión o en Bogotá, una sociedad degenerada y fuera de control.”

Como respuesta a preguntas sobre la violencia de género, los participantes dijeron que había muchos problemas de violencia intrafamiliar. Un comentario del grupo fue, “Le pasa mucho a cantidades de mujeres”.

“Una niña de cinco años le dijo a su mamá que quería tirarse por la ventana causa por las peleas entre su madre y su padre.”

Líder de la Comunidad en Salud, Soacha, Bogotá

Otro participante dijo que algunos hombres dejaban embarazadas a las mujeres para luego abandonarlas y que hay muchas mujeres solas que necesitan apoyo adicional. La explotación sexual y la violencia también fueron señaladas como problemas. Se habían presentado tres casos en la comunidad, de mujeres que trabajan como prostitutas en prostíbulos.

“Los padres sin trabajo hacen lo que tienen que hacer y prostituyen a sus hijas- niñas de 12 a 13 años. Es común también explotar a los niños y a algunos se los llevan cuando están pidiendo plata o comida en las calles.”

Participante, Reunión con la Comunidad, Soacha, Bogotá

Otro participante declaró que este tema era algo muy serio que afectaba a toda la comunidad, a la vez que ponía a las mujeres y a los niños en peligro.

“Mi cuñado violó a mi hermana de 16 años. Acudimos a las autoridades y al hospital pero no podíamos pagar por los análisis de laboratorio que costaban \$50.000 pesos. Sin el análisis, la investigación terminó. Mi hermana”, dijo ella llorando, “tiene ahora seis meses de embarazo.”

Participante, Reunión con la Comunidad, Soacha, Bogotá

De otra parte, otro participante afirmó que había una ONG en la zona llamada *Plumas*, en la zona rural de donde ella venía, la cual brindaba capacitación en la prevención de violencia sexual. Dijo que en esta zona las mujeres tenían miedo de denunciar los casos de violencia sexual, que éstas no creían que alguien pudiera hacer algo al respecto y que no hay justicia.

Una gran preocupación entre los participantes de los grupos focales es el problema de los adolescentes que se quedan sin poder ir a la escuela y tampoco tienen trabajo. Es difícil entrar a la escuela y no hay un servicio comunitario de atención durante el día. Los pocos niños que pueden estudiar son algunas veces estigmatizados cuando otros los ridiculizan por el hecho de venir del campo.

Los adultos contaron que los adolescentes que están sin hacer nada frecuentemente comienzan a consumir drogas como marihuana, éxtasis y a beber. Según ellos, los adolescentes que consumen droga se involucran con pandillas que amenazan y roban a la comunidad. Los participantes expresaron su deseo y necesidad de tener el apoyo de una organización que desarrolle programas productivos para los y las jóvenes de la comunidad. También estuvieron de acuerdo con la importancia de la educación sexual para los niños y las niñas, así como los y las jóvenes.

También se expresó una necesidad de tener apoyo para que los adultos encuentren trabajo, especialmente los hombres quienes están sin hacer nada todo el día, al igual que ayuda para las mujeres que están solas.

Hospital de nivel I Mario Gaitán Yaguas de Soacha

Los miembros del equipo de evaluación visitaron el departamento de servicios sociales del hospital Mario Gaitán Yaguas, después de la reunión con el grupo focal. Los dos trabajadores sociales con quienes el equipo se reunió declararon que en los últimos dos años el hospital había prestado servicios a la población desplazada y que en 2001 había atendido a 1.042 familias desplazadas, con un promedio de cinco miembros por familia. El hospital recibe un promedio de 25 certificados por semana por parte de la RSS.

La trabajadora social en jefe dijo: “Creo que es terrible que tengamos que certificar a alguien que ha sido desplazado violentamente pero también tenemos que pensar en los que se han desplazado por la pobreza. En este momento hay un hombre en el hospital que está muy enfermo y tiene su declaración inicial pero no ha recibido el certificado oficial así que tiene que pagar como *vinculado*, bajo un sistema de reducción de tarifa.

Nosotros tenemos que revisar su solicitud para ver si están en la lista de la RSS y es muy frecuente encontrar que cuentan con su declaración inicial mas no con el certificado oficial. Sabemos que no se está haciendo lo suficiente y no podemos prestar todos los servicios que quisiéramos, aunque tratamos de prestarlos a toda la gente, especialmente en casos de emergencias. Los desplazados llegan aquí sin nada, hay tanta miseria.”

Los trabajadores sociales dijeron que las pandillas están cogiendo fuerza y que llevan la violencia de un lugar a otro, como por ejemplo de las áreas rurales a Soacha. Una trabajadora social explicó: “Hay tres grupos de pandillas que operan entre los desplazados: unos están luchando por la población desplazada, otros tienen su propia agenda, y un tercer grupo son milicias locales que están tratando de deshacerse ellos y una vez vinieron a la oficina a revisar la lista de desplazados.”

De acuerdo con las trabajadoras sociales, la violencia sexual y la intrafamiliar son un problema serio para los desplazados. Afirmaron que muchas mujeres han sido abusadas sexualmente al igual que torturadas. Describieron el caso de una mujer cuyo marido celoso le quemaba sus genitales con un hierro caliente por que ésta hablaba con una vecina.

La trabajadora social en jefe dijo que los paramilitares se habían llevado a unas jóvenes de Soacha en mayo y junio de 2000. En otro caso, tres niñas desplazadas fueron abusadas sexualmente por los militares. Sospechando que las niñas pudieran haber contraído alguna enfermedad se les hicieron pruebas de ETS, las cuales resultaron negativas. El hospital no ha tenido casos de VIH entre los desplazados mas está pronto a iniciar un proceso para ayudar a la población a tomar conciencia de todo lo relacionado con VIH/SIDA: “Porque”, comentó la trabajadora, “ahora todo el que tuviera VIH sería marginado”.

Según las trabajadoras sociales, el hospital no recibe apoyo de ONG internacionales y las organizaciones que están trabajando con población desplazada se mantienen ocupadas con su propio trabajo. En el hospital de nivel I en Soacha, las trabajadoras sociales parecían trabajar demasiado y estar tensionadas pero estaban muy conscientes de las necesidades de la población desplazada, las injusticias obvias y la falta de recursos para brindarles asistencia.

d. Quibdó, Choco

Ubicado entre la cordillera occidental y la costa pacífica en de Colombia, Chocó es uno de los departamentos más pobres del país con uno de los niveles más altos de analfabetismo y los peores indicadores de salud. En su capital, Quibdó, una ciudad pequeña en la extensa zona verde, con acceso limitado al resto del país, la presencia del ejército y la policía era bastante notoria. El equipo de evaluación visitó una organización femenina y un hospital de la localidad. Durante la visita del equipo a Quibdó no hubo servicio de energía.

Asentamiento de desplazados “Villa España”

Este asentamiento fue establecido por la Cruz Roja Española para albergar a los desplazados que habían estado viviendo en un coliseo de la ciudad desde 1997 a 1998, pero no hay suficientes casas para todos así que algunos se han quedado en el coliseo. Había vivienda, agua y servicios sanitarios disponibles en este remoto asentamiento. El acceso a las escuelas, el trabajo y el comercio es difícil debido a la falta de transporte.

El equipo de evaluación se reunió en el asentamiento con un grupo de jóvenes entre 13 y 21 años. El grupo sabía expresar su situación y sus necesidades y lo hacía con franqueza, particularmente los y las jóvenes mayores. En general, los participantes sentían que estaban mejor en sus pueblos de origen antes de ser forzados a desplazarse para poder huir de las amenazas, la violencia y las masacres cometidas por grupos armados, especialmente los paramilitares. En sus pueblos nunca pasaron hambre y podían ir a la escuela pero ahora no tienen la plata para pagar por su educación, los uniformes, los libros y esto les da mucha vergüenza. También mencionaron que los profesores los discriminan por no pagar las matrículas y las pensiones. Menos de la mitad del grupo iba a la escuela.

Los y las jóvenes hablaron de discriminación e insultos cuando buscaban oportunidades de trabajo. Tras una ola de robos y crímenes en Quibdó, los desplazados han sido tildados de ladrones y se ha dicho que están destruyendo la ciudad. Una madre de 18 años con dos hijos de 2 y 4 años dijo que había dejado su trabajo porque su jefe insistía en acusarla de ladrona. Se les ha dicho descarada y categóricamente que no se le dará empleo por el hecho de ser desplazados. Los y las jóvenes sienten la fuerte necesidad de trabajar y expresaron que sin poder ir a la escuela, encontrar trabajos, participar en proyectos sociales o de prevención o inclusive conseguir una pelota de fútbol para recrearse, no hay apoyo para evitar hacer las cosas mal. Los niños de la población residente también los rechazan así que es difícil hacer amigos.

Mientras que unos desplazados afirmaron haber tenido experiencias positivas en cuanto a la atención médica, otros la describieron como burocrática, y obstaculizada por su situación financiera y la discriminación. Entre otros problemas se encuentran el rechazo en los hospitales y centros médicos a atender desplazados; el costo del transporte para llegar hasta el hospital; las dificultades para conseguir los documentos necesarios para registrarse; el requisito de pagar hasta 5.000 pesos (U.S.\$ 2.13) por análisis de laboratorio; y una consistente falta de medicamentos en existencia. Un joven que no pudo conseguir asistencia médica en emergencia murió en las escaleras del hospital. Una joven dijo que había tenido que esperar para dar a luz porque era desplazada y terminó teniendo su hijo sola en la sala de partos. Otras declararon que después del parto se les había dejado solas y sin comida.

Los y las jóvenes no sabían sobre salud reproductiva, aunque algunos aludieron haber tenido educación sexual en la escuela en lo que respecta a planificación familiar y prevención de ETS. Las jóvenes expresaron que no estaban listas para ser madres, especialmente en su situación de desplazadas, pero no sabían cómo planificar. Añadieron que los adolescentes comienzan a tener hijos a los 12 o 14 años y varios opinaron que la causa del aumento en la cantidad de embarazos entre las adolescentes se debe a que éstas no pueden asistir a la escuela y que, de igual manera, si las jóvenes quedan embarazadas tienen que dejar de asistir a la misma. Dos muchachos expresaron que si querían podían usar condones para prevenir contraer enfermedades. Todos los participantes sabían que se podían conseguir condones en la farmacia o en Profamilia a 100 pesos (U.S \$0.4) cada uno, pero expresaron que no les gusta usarlos y sienten que no saben lo suficiente sobre las ETS, incluyendo gonorrea, aunque si saben de su existencia.

Algunos de los adolescentes formaron un grupo llamado “Nueva Imagen en Unión”, con el objeto de olvidar lo que les ha pasado. Es un grupo de nueve muchachos y una muchacha cuyo objetivo es establecer oportunidades recreativas, promover su meta de integrarse más a la comunidad en general y apoyarse los unos a los otros. También están tratando de reunirse con otros grupos y tienen la idea de organizar un encuentro nacional de jóvenes desplazados en Colombia. No tienen planes de volver a sus antiguos hogares porque están demasiado asustados.

Profamilia- Grupo de mujeres

El equipo de evaluación se reunió con un grupo de 20-25 desplazadas en edad reproductiva quienes han participado en los programas de Profamilia. Muchas de ellas estaban registradas con la RSS, aunque señalaron que la mayoría de los desplazados no lo estaba. Agregaron que a ellas se les requería registrarse de nuevo cada vez que iban a ir al médico, y que a menudo no había disponibilidad de medicamentos. Si no tenían una carta de registro, dijeron, los hospitales las dejaban morir. Las mujeres compartieron su sentimiento de humillación en relación con tener que pedir ayuda y su frustración con la injusticia social en cuanto a la situación de los desplazados. También discutieron sobre los problemas de salud mental de los miembros de la familia, resultado de la violencia y la falta de ayuda para superarlos.

Las mujeres creían que el número de embarazos ha bajado desde que Profamilia comenzó a trabajar con ellos. Muchas se habían ligado las trompas y creían que el acceso a la información y los servicios

era un beneficio para los habitantes en Quibdó. En general las mujeres sentían que habían recibido una atención buena por parte de Profamilia en lo relacionado con Planificación familiar, citologías y ETS.

Las mujeres no habían oído hablar de la anticoncepción de emergencia. Sin embargo, argumentaron que era fácil conseguir el Citotech y usarlo para provocar un aborto. En su comunidad, no sabían sobre ETS y HIV y se quejaron de que los hombres no quisieran usar condones

La preocupación más grande de las mujeres era el desempleo. Una dijo: “Especialmente las niñas no deberían mandarse a la calle”. Las mujeres estaban preocupadas por el riesgo para las jóvenes de ser víctimas de la violencia y expresaron que era difícil probar los casos de violación y abuso sexual. Argumentaron que desde los 12 años, las jóvenes tienen novios de los grupos armados porque estos hombres tienen plata o porque ellas tienen miedo a las consecuencias de rehusarse a salir con ellos, señalando que una niña fue asesinada por su novio paramilitar. Sin embargo, el grupo sentía que en Quibdó los hombres desplazados habían aprendido más sobre igualdad y había menos violencia intrafamiliar.

Reunión con AMUNCIC en Quibdó

El equipo de evaluación se reunió con 10 mujeres en la oficina de AMUNCIC en Quibdó, algunas de las cuales eran desplazadas. Las mujeres afirmaron que la situación en Quibdó ya era de por sí difícil y que la llegada de los desplazados sólo la había empeorado. En general los desplazados están restringidos en la ciudad porque no tienen tierra ni medios para ganarse la vida.

“La prostitución es la única forma en que un desplazado puede hacer dinero”, dijo una mujer. También comentaron que los adolescentes no van a la escuela y no tienen nada que hacer. Ellas han visto un incremento en el número de embarazos en la adolescencia en niñas de hasta 13 años de edad y creen que éstas se embarazan porque les da seguridad si el padre es un residente. Según las mujeres el VIH/SIDA es una bomba de tiempo esperando explotar y preguntaron sobre programas que trataran con el VIH/SIDA. También dijeron que la gente generalmente se esconde cuando está enferma y que tiene que darse cuenta que la salud es su derecho.

Hospital Ismael Roldán

El equipo de evaluación tuvo primero una reunión con el administrador del hospital y una trabajadora social. Éste es un hospital de nivel I y los pacientes que requerían especialistas o cirugía eran referidos a San Francisco, un hospital más grande. Señalaron que el hospital sólo prestaba servicios a los desplazados si éstos tenían el certificado de la RSS. Expresaron que les gustaría ayudar pero que el gobierno no les paga por los desplazados que reciben la atención. También dijeron que los formularios que tienen que presentar para el reembolso por los servicios prestados son complicados y a menudo les son devueltos. Diferentes programas de seguros le deben al hospital 730 millones de pesos en total (U.S.\$310,638).

Más tarde, el director del hospital se unió al grupo y dijo que todos los desplazados eran tratados, especialmente en casos de emergencia y que no se le niega el servicio a nadie. Afirmó que los desplazados no entendían el horario de atención ni la necesidad de pedir citas, razón por la cual no se les atendía. Señaló que todo el personal médico reconocía a un paciente desplazado. También expresó que el hospital tenía una existencia de medicamentos muy baja y no podía satisfacer todas las necesidades de la gente en materia de servicios médicos.

El director explicó el cambio a un sistema diferente para los que prestan los servicios de salud de atención médica a los desplazados. Antes del 2000, se contrataban hospitales específicos para prestar asistencia a los desplazados y se les pagaba por adelantado el 50% del total establecido en el contrato. Se instituyó un cambio para que todos los hospitales y centros prestaran atención a los desplazados y así incrementar su acceso a los servicios, pero las cuentas por la provisión de servicios eran ahora canceladas por un sistema de reembolso. Las cuentas para reembolso que se presentan al estado pueden tomar seis o siete meses en ser pagadas y a menudo sólo son cubiertas parcialmente. “Es un caos burocrático frustrante llenar los formularios de reembolso”, dijo “y éstos generalmente son devueltos al hospital para que sean nuevamente diligenciados”. El director opina que los municipios de donde provienen los desplazados deberían contribuir y señaló que el hospital no recibe apoyo de organizaciones internacionales ni ONG.

Cuando el equipo preguntó sobre salud reproductiva y planificación familiar, el director dijo que la gente prefería ir a Profamilia, así que para ellos “no es una preocupación”. Sin embargo, han notado un incremento en ETS en casos de posparto, incluyendo gonorrea y sífilis, casos en los que tanto las mujeres como los bebés son tratados. El hospital no tiene los equipos para hacer pruebas de VIH pero, basado en evidencias anecdóticas, el director piensa que los casos han aumentado. La trabajadora social y el doctor también notaron un incremento en el índice de embarazos en las adolescentes (13-14 años).

e. Puerto Asís, Putumayo

Putumayo está ubicado en la parte sur de Colombia. Plan Colombia, el programa antinarcóticos apoyado por Los Estados Unidos, se centra en el departamento del Putumayo, un área de considerable conflicto. El equipo de evaluación estuvo limitado en sus actividades en el Putumayo, debido a la situación de seguridad. El equipo se pudo reunir con personal del ACNUR, asistir a un taller de dos días para mujeres en Puerto Asís, apoyado por el ACNUR, y realizar una sesión de grupo focal con 10 mujeres.

El ACNUR en Puerto Asís

La oficial de servicios comunitarios del ACNUR explicó que éste juega un papel catalizador entre la gente y las autoridades. Señaló que el nivel de entendimiento entre las autoridades y los desplazados es muy bajo y que existe un subsiguiente trastorno social entre ellos. Por lo tanto el ACNUR está apoyando a los desplazados a reconocer y expresar su situación así como a conocer sus derechos para poder presionar al gobierno a que los apoye.

Como lo describió la oficial de servicios comunitarios, el ACNUR está trabajando para infundir la cultura indígena con un enfoque de género, reuniendo a los grupos de mujeres indígenas y proporcionándoles capacitación y fortalecimiento de sus capacidades. Actualmente el proyecto del ACNUR apoya a 139 familias, aproximadamente 800 personas. El equipo tuvo la oportunidad de asistir a un taller para mujeres organizado por una ONG nacional, Casa de la Mujer, la cual ACNUR apoya dentro de su proyecto. Aproximadamente 25 mujeres entre 25 y 50 años asistieron al taller de dos días de duración, el cual trataba temas como los derechos de las mujeres, la autoestima y el empoderamiento. La Casa de la Mujer distribuyó material sobre derechos de la comunidad, temas legislativos, y organización como un apoyo importante para la toma de decisiones.

También se trató en el taller la violencia intrafamiliar. La Casa de la Mujer llevó a cabo una serie de actividades para que las mujeres pudieran estar en conexión con ellas mismas tanto física como emocionalmente. Mientras que la facilitadora instruía a las mujeres para que éstas, con los ojos cerrados, tocaran y sintieran su propio cuerpo (ojos, orejas, labios, caderas, etc.), ella pronunciaba mensajes afirmativos. El propósito de este ejercicio es fortalecer la autoestima de cada participante.

Grupo focal con las participantes del taller en Puerto Asís

El grupo focal incluyó 10 mujeres en edad reproductiva. Como respuesta a las preguntas sobre su acceso a la atención médica, las mujeres dijeron que es difícil poder consultar un especialista porque no tienen el dinero para pagar por los servicios. “Por ejemplo”, afirmaron, “si una mujer tiene cáncer de mama, los servicios públicos no cubren el costo. No hay quienes proporcionen atención médica en la comunidad, así que si alguien tiene un problema de salud tiene que ir hasta el hospital”. Las participantes declararon que la ley dice que ellas no tienen que pagar por los medicamentos, pero en la práctica se les exige el pago.

Según las mujeres, tradicionalmente el matrimonio no es una costumbre fuerte y la mayoría de la gente vive en unión libre una vez cumple los 18 años, aunque algunas niñas de hasta 13 años de edad también viven en unión. La gente no se casa porque el matrimonio conlleva más responsabilidad. Dicen que si hay problemas en la relación, tanto el hombre como la mujer tiene el derecho de establecer otra relación. Sin embargo, es más difícil para las mujeres hacer esto. Mucha gente tiene más de una relación al mismo tiempo.

Las participantes plantearon que algunas mujeres dan a luz en el hospital y otras en la casa. Tradicionalmente, las mujeres en las áreas rurales suelen tener una partera para que asista el parto. La discusión se puso muy animada y emotiva cuando las mujeres comenzaron a compartir sus experiencias en los hospitales. Una mujer dijo que algunas mujeres habían tenido que dar a luz en las puertas del hospital y que algunas veces las enfermeras y los doctores estaban durmiendo y había que gritar para que les dieran asistencia. En general las mujeres expresaron que era difícil acceder a los servicios y que las mujeres tienden a morir en los hospitales, citando dos casos de muertes maternas.

Comentaron que si una mujer quedaba embarazada fuera de la unión libre o del matrimonio, no había problema pues la comunidad la apoyaba. La mayoría de las mujeres amamanta a su bebé aunque una dijo haber usado tetero por los primeros tres días. Algunas dijeron que a algunos niños se les daba agua y aceite por los primeros días.

Había una demanda variada de planificación familiar, algunas mujeres queriendo tener más hijos, otras no. Entre todas pudieron citar los métodos modernos de planificación familiar. Sin embargo, tenían poco conocimiento sobre el ciclo reproductor de la mujer: las participantes del grupo focal pensaban que se debía evitar el sexo cinco días antes y cinco días después de la menstruación. Dijeron que si una mujer había sido violada o había tenido sexo sin protección y no quería quedar embarazada, podía tomar café fuerte o usar limón. No tenían noción sobre la anticoncepción de emergencia.

Las participantes dijeron que si una mujer tenía un embarazo no deseado, se practicaba un aborto o renunciaba al bebé. Un aborto es inducido, dijeron las mujeres, introduciendo algo dentro de la vagina. “Pasa mucho y mueren muchas”.

En términos generales las mujeres pensaban que su problema más grave era la violencia intrafamiliar.

Conclusiones

Generales

Las conclusiones del equipo de evaluación indican considerables necesidades de salud reproductiva entre la población desplazada, con una alarmante y desmesurada escasez de servicios disponibles para cubrir sus necesidades. Los problemas de salud reproductiva que más se expresaron al equipo fueron la violencia de género, los embarazos en los adolescentes, servicios de parto inadecuados, especialmente en complicaciones en el embarazo y en el parto, así como una falta de recursos económicos para tener acceso a medicamentos o a cuidados básicos.

El sistema de salud descentralizado y el sistema universal de salud, ambos instituidos en Colombia a principio de los 90, presentan una brecha entre la política a nivel nacional y los servicios a la población, particularmente a la población desplazada, a nivel descentralizado. El paquete de atención en emergencia, aparentemente disponible para los desplazados, es altamente inadecuado ya que no contiene ni material para servicios de salud reproductiva ni el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para los servicios de salud reproductiva. Con excepción de Profamilia que debe cobrar cuotas, aunque mínimas, por la atención al usuario y por la venta de anticonceptivos, y unas pocas ONG, es poco lo que se está haciendo para garantizar que los servicios de salud reproductiva sean prestados a la población desplazada. Profamilia planea ampliar considerablemente sus servicios de salud reproductiva a los desplazados, en los próximos tres años.

El equipo de evaluación también escuchó frecuentemente que cuando los desplazados buscaban atención médica, eran estigmatizados por su calidad de desplazados, se sentían humillados y degradados y se les exigía pagar o marcharse sin recibir atención o medicamentos.

Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) de Salud Reproductiva

No había un representante de la ONU u otra persona encargada de coordinar el suministro del PSIM, así como tampoco planes por parte del UNFPA u otros para implementar su uso. Actualmente no se están distribuyendo los equipos de PSIM, incluyendo material para promover un parto higiénico o equipos de parto sin riesgos para los hospitales. Una cantidad de mujeres dio testimonio del rechazo experimentado en los hospitales al tratar de acceder a los servicios de parto y a los servicios de emergencia. No había evidencia de la existencia de programas para prevenir la violencia de género o para tratarla.

Una mujer que fue violada y buscó atención médica en un hospital público en Bogotá no recibió cuidado hospitalario ni anticoncepción de emergencia, así como tampoco la debida documentación de la ofensa, por falta de plata para pagar por los servicios. Ella tenía seis meses de embarazo en el momento en que se realizó la reunión con el grupo focal. Los condones no eran gratis ni estaban fácilmente disponibles para prevenir el HIV.

Violencia de género

Los representantes de las agencias de Naciones Unidas, grupos de derechos humanos y de mujeres desplazadas describieron numerosos incidentes de violencia de género cometidos por los guerrilleros, los paramilitares y actores del Estado, que incluían la violación seguida por el asesinato. Los actores armados también obligan a las jóvenes a usar anticonceptivos y a practicarse abortos. Frecuentemente, las víctimas tienen miedo de hacer la denuncia y las violaciones de las mujeres que son después asesinadas pasan desapercibidas. En una cultura de impunidad, la mayoría de la violencia sexual en Colombia es seguida por el silencio sin ningún tipo de compensación legal, social o médica. En las discusiones con las mujeres, éstas a menudo relataron actos de violencia intrafamiliar y lo catalogaron como un problema serio. El machismo y los altos niveles de estrés intrafamiliar fueron calificados como factores contribuyentes.

Planificación familiar

Hay un problema grave de embarazos entre las adolescentes que a menudo causan efectos psicológicos que influyen considerablemente. Los y las jóvenes tienen una mayor actividad sexual debido a que están sin hacer nada. Las jóvenes expresaron su deseo de tener hijos para sentirse seguras y tener reconocimiento y amor. Los jóvenes no están interesados en apoyar a las mujeres y a sus bebés.

Parece existir una demanda variada por planificación familiar, algunas mujeres querían tener hijos y otras no. Aunque las mujeres podían nombrar los métodos anticonceptivos modernos, su noción de planificación familiar, su conocimiento sobre el ciclo reproductivo y sobre cómo funcionan los métodos

anticonceptivos modernos era limitado. Ninguna de las mujeres que habló con el equipo había escuchado sobre anticoncepción de emergencia. Algunas mujeres que seguían el método del ritmo lo hacían incorrectamente. Las mujeres tampoco tenían acceso a anticonceptivos debido a que no estaban disponibles o a que pensaban que eran muy costosos.

ETS, incluyendo VIH/SIDA

Dada la profunda pobreza, la necesidad de supervivencia, el continuo conflicto, los frecuentes desplazamientos, así como la extensa presencia de actores armados, la situación de los desplazados en Colombia es propicia para una explosión de ETS, incluyendo el VIH/SIDA. Las agencias de Naciones Unidas, los que prestan los servicios de salud y los desplazados mismos sentían que las ETS eran un problema que no se estaba registrando y que no hay datos disponibles. En algunos escenarios, en particular entre los grupos indígenas, las mujeres embarazadas son hospitalizadas para recibir tratamiento para ETS ya que es difícil llegar hasta ellas.

Parecía haber poca información y educación sobre el VIH/SIDA, así como una falta de comunicación para sensibilizar a las comunidades sobre VIH/SIDA. Algunos adolescentes habían oído hablar sobre el VIH en la escuela pero no estaban informados y no tomaban medidas preventivas. Se sabe que las FARC le hacían pruebas de VIH/SIDA tanto a hombres como a mujeres y discriminaban seriamente a los que resultaban tener VIH/SIDA e incluso mataba a los que se sabía que eran VIH positivo.

Maternidad sin riesgos, incluyendo emergencias obstétricas

Se desconoce el índice de mortalidad materna entre las mujeres desplazadas. Profamilia no presta servicios de parto o de emergencias obstétricas, así que los desplazados dependen del sistema de salud pública para tener acceso a ellos. Las mujeres desplazadas embarazadas son discriminadas y en los hospitales públicos se les niega atención de parto, incluyendo emergencias obstétricas. Los materiales para promover un parto higiénico y seguro en sus propios hogares no están disponibles para las mujeres desplazadas embarazadas que viven en las áreas rurales. Tampoco hay suministros para parto disponibles en los centros de salud y hospitales.

Algunos desplazados señalaron casos de adolescentes y mujeres que habían muerto al tratar de practicarse un aborto de riesgo. Se utilizan a veces métodos tradicionales y locales para prevenir el embarazo o inducir el aborto. Por ejemplo, algunas mujeres utilizan un medicamento para la gastritis llamado Citotech, que se puede conseguir sin prescripción en la farmacia y el cual es utilizado para inducir el aborto, con una supuesta efectividad. Otro método utilizado es insertar algo en la vagina, lo cual ha provocado muchas muertes.

Adolescentes

Otra preocupación frecuentemente expresada por los miembros de la comunidad y los padres, es la situación de los adolescentes desplazados. Previo al desplazamiento, los y las adolescentes asistían a la escuela y ayudaban en las tareas domésticas. Ahora, enfrentados a un ambiente urbano que les resulta

extraño, es común que carezcan de acceso a la escuela, a un trabajo y a actividades recreativas. Los pocos que asisten a la escuela actualmente son discriminados por los administradores y los profesores y ridiculizados o rechazados por los compañeros no desplazados.

Con la pérdida de sus hogares y comunidades originales, de sus normas familiares y socioculturales, muchos adolescentes se sienten inseguros, están sin oficio y son vulnerables a ser reclutados por los actores armados, los traficantes de drogas, a ser explotados sexualmente, o a sucumbir al consumo de drogas, el abuso de alcohol o la delincuencia.

La Violencia de Género, incluyendo la violación, explotación y prostitución acrecienta el riesgo de los adolescentes desplazados de tener embarazos no deseados, abortos de riesgo, y contraer ETS, incluyendo VIH/SIDA. Tanto jóvenes como adultos le expresaron al equipo de evaluación que la situación desesperada en la que vivían algunas familias obligaba a los padres a explotar a sus propios hijos para poder sobrevivir.

Recomendaciones

El gobierno colombiano debe proporcionar un apoyo financiero y técnico más significativo para la atención médica, incluyendo atención en salud reproductiva para los desplazados, en particular a nivel local así como en los hospitales a donde las mujeres con problemas de obstetricia sean remitidas por emergencia.

Minsalud debe recopilar y difundir información integral sobre quién proporciona servicios para los desplazados, así como qué servicios y dónde. También debe convocar a representantes de las organizaciones clave para mejorar la coordinación de los servicios.

Tanto Minsalud como los que proporcionan asistencia humanitaria deben mejorar la financiación e instituir mecanismos para la recopilación de datos y el monitoreo de la prestación de servicios de salud a los desplazados, en los centros de salud y hospitales principales.

La ONU debe aumentar sus esfuerzos para promover la toma de conciencia de los derechos humanos, su conocimiento así como la exigencia de los servicios de salud reproductiva entre la población desplazada.

El FNUAP, el Comité de la Cruz Roja Internacional, y otros actores de apoyo humanitario en el área de la salud deben fomentar la aplicación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) en Colombia, proporcionando tales paquetes a los hospitales y centros de salud. Estos paquetes deben incluir material para partos sin riesgo, anticoncepción de emergencia, preservativos, y medicinas básicas. Como parte de su trabajo comunitario de llevar los servicios hasta los desplazados, el FNUAP podría también proporcionar los paquetes a Profamilia para así facilitar las actividades relacionadas con el uso de los mismos.

Minsalud y los que proporcionan asistencia humanitaria deben incrementar la toma de conciencia sobre VG, incluyendo la violencia sexual, promoviendo la información a la comunidad y la educación sobre VG, al igual que garantizando la documentación y la verificación de incidentes para identificar y tratar esta práctica generalizada de violación de los derechos humanos.

El gobierno, las Naciones Unidas y las ONG deben buscar garantizar que los servicios médicos, legales, y sociales estén disponibles para los desplazados sobrevivientes de la VG.

El gobierno, las Naciones Unidas y las ONG deben iniciar esfuerzos multisectoriales para movilizar y apoyar a los adolescentes desplazados y a sus padres. Se debe implementar programas para brindar asistencia médica, servicios de salud reproductiva, oportunidades educativas, actividades recreativas, proyectos productivos y grupos de apoyo a las familias en lo que respecta al manejo de la violencia intrafamiliar y del estrés en el hogar.

El gobierno, las Naciones Unidas y las ONG deben incrementar sus esfuerzos para llegar a la comunidad y educar a los desplazados, especialmente los adolescentes, en los temas de planificación familiar y anticoncepción de emergencia.

Anexos

a. Datos de contacto del equipo de evaluación

**Sandra Krause, Directora del Proyecto de Salud Reproductiva
Women's Commission for Refugee Women and Children
122 East 42nd Street
Nueva York, NY 10168-1289, USA
Email: sandra@womenscommission.org
Tel: 1 212 551 3110 Fax: 1 212 551 3180**

**Therese McGinn, Directora Administrativa
Columbia University
Mailman School of Public Health, Heilbrunn Department of Population and Family Health
60 Haven Ave., B2
Nueva York, NY 10032, USA
Email: tjm22@columbia.edu
Tel: 1 212 304 5224 Fax: 212 544 1903**

**Claire Morris, Directora Regional - Latinoamérica
Marie Stopes International
153-157 Cleveland Street
Londres W1T 6QW
Reino Unido
E-mail: claire.morris@stopes.org.uk
Tel: 44 20 7574/7422 Fax: 44.20 7574/7428**

b. Direcciones de contacto en Colombia

**Colectivo María María
Pilar Rueda
Bogotá, Colombia
E-mail: pilarrueda@yahoo.com
Oficina1: 5 71 312 27 02
Casa: 5 71 3470523**

**Engender Health
Pio Iván Gómez
Director del Programa en Colombia
Carrera 6 No. 115-65
Oficina F-201-A
Centro Comercial Hacienda Santa Bárbara**

Santafé de Bogotá, Colombia
Tel: 57 1 620 1454 or 620 2459
Fax: 57 1 215 7032
E-mail: pgomez@engenderhealth.org

International Rescue Committee

Dr. Favio Rivas Muñoz
Representante del IRC en Colombia
Celular: 388 7638
Celular: 265 9964
(Desde los EE UU marque 011 57 3 y el número, desde un teléfono fijo en Bogotá marque 033 y el número, y desde un celular sólo marque el número)
E-mail: favrivas@hotmail.com

Organización Panamericana de la Salud

Carmen Valenzuela
19 Calle #11-5 zona 10
Ciudad de Guatemala, Guatemala
E-mail1: valenzuc@gut.ops-oms.org
E-mail2: queca_tela@hotmail.com
Oficina1: 50 2 360 3653
Oficina2: 50 2 367 0907
Casa: 50 2 368 2736

Profamilia-

Patricia Ospina Mayorga
Coordinadora del proyecto para la población desplazada (Profamilia-piloto)
Calle 34, No. 14-52
Bogotá, D.C Colombia
E-mail: pospina@profamilia.org.co
Oficina1: 57 1 338 3160
Oficina2: 57 1 339 0900 ext. 235
Fax: 57 1 338 3159

UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Oficina de Coordinación de Asuntos

Humanitarios de las Naciones Unidas)

Carlos Monteiro-Pereira
Humanitarian Affairs Officer
Humanitarian Emergency Branch
United Nations
Room S-3670J
Nueva York, NY 10017
E-mail: monteiro-pereira@un.org

Tel: 212 963 4639

Fax: 212 963 3630

c. Lista de documentos del proyecto

- **Base Global de Datos de la Población Desplazada**, ‘Colombia,’ <http://www.db.idpproject.org>, diciembre 2001.
- **Campaña de Solidaridad con Colombia**, *Colombia Solidarity*, No. 3, diciembre 2001.
- **CODHES — Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento**, “*Guerra y Diáspora*”, *Codhes Informa*, No. 39, Colombia, noviembre 2001.
- **CODHES** *Desplazados: Rostros Anónimos de la Guerra*, *Codhes Informa*, No. 38, Colombia, junio 2001.
- **Grupo Temático sobre Desplazamiento Interno** , “*Situación del Desplazamiento en Colombia*”, agosto 2001.
- **Harding C**, “*Colombia – A Guide to the People, Politics and Culture*”, In Focus Series, LAB, 1996.
- **IPPF International Planned Parenthood Federation**, ‘*Perfil de País– Colombia*,’ <http://ippfnet.ippf.org>, Diciembre 2001.
- **ONUSIDA**, *Epidemiological Fact Sheets on VIH/SIDA and Sexually Transmitted Infections –Colombia* (Folletos sobre Datos Epidémicos del VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual) <http://www.unaids.org>, diciembre 2001.
- **OPS/OMS**, ‘*Situación de la Salud en el País – Colombia*,’ <http://www.paho.org>, diciembre 2001.
- **OPS/OMS & el Ministerio de Salud de Colombia**, *Cartilla Básica para la Atención en Salud de la Población en Condiciones de Desplazamiento*, Colombia, 2000.
- **OPS/OMS & el Ministerio de Salud de Colombia**, “*Pautas Generales para el Desarrollo y Diseño de Estrategias en Salud ante Desplazamientos Masivos*”, Colombia, 2000.
- **PNUD oficina Colombia**, “*Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1998*”, Departamento Nacional de Planeación, Misión Social, <http://www.pnud.org.co/textos/salu.html>, diciembre 2001.
- **PNUD**, “*Salud – Índice de Desarrollo Humano*”, <http://www.pnud.org.co>, diciembre 2001.

- **Principios Rectores del Desplazamiento Interno**, <http://www.unhcr.ch/html/menu2/7/b/principles.htm>, diciembre 2001
- **Profamilia**, Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana, “Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas – Situación de las Mujeres Desplazadas”, **Encuesta de Profamilia**, Colombia, 2001.
- **Profamilia**, Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, “Salud Sexual y Reproductiva en Colombia”, Colombia, 2000.
- **Rueda P**, “Violencia contra la Participación de las Mujeres y sus Organizaciones”, ensayo, Colombia 2001.
- **Rueda P**, “No todo es Válido en la Guerra y en el Amor”, ensayo, Colombia, 2000.
- **Save the Children UK**, ‘Emergency Updates – Colombia,’ <http://www.savethechildren.org.uk> diciembre 2001.
- **UNFPA**, ‘Recomendaciones del Director Ejecutivo- Asistencia al Gobierno Colombiano,’ <http://www.unfpa.org>, diciembre 2001.
- **U.S Committee for Refugees (Comité de Estados Unidos para los Refugiados)**, “World Refugee Survey ” – 2001, Estados Unidos, 2001.
- **Women’s Commission for Refugee Women and Children** *A Charade of Concern: the Abandonment of Colombia’s Forcibly Displaced (Una Farsa de Preocupación: el Abandono de la Población Desplazada en Colombia)*, Estados Unidos, mayo 1999.

d. Resúmenes de los grupos focales

Los resúmenes de los grupos focales y otra información están disponibles a solicitud. Por favor contacte a:

Sandra Krause, Directora del Proyecto de Salud Reproductiva
Women’s Commission for Refugee Women and Children
 122 East 42nd Street, 12th Floor
 Nueva York, NY 10168-1289, USA
sandra@womenscommission.org
 Tel: 212 551 3110
 Fax: 212 551 3180

Reproductive Health for Refugees Consortium
c/o Women's Commission
for Refugee Women and Children
122 East 42nd Street
New York, NY 10168-1289
tel. 212.551.3111
fax. 212.551.3180
www.rhrc.org

