

Salud materna en Colombia para 2030: cerrar las brechas, curar las heridas

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Ginecóloga y obstetra, magíster en salud pública
Directora del grupo NACER
Docente asociada al Departamento de Ginecología
y Obstetricia, Universidad de Antioquia

Contexto Internacional

Desde el año 2009, una resolución del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas estableció que la muerte materna representa una violación grave de los derechos humanos. Este enfoque implica el reconocimiento de la salud como un derecho en su concepción más amplia y la necesidad de empoderar a la mujer para que lo reivindique como tal.

Todo el marco normativo internacional que se ha estructurado con miras a alcanzar las nuevas metas definidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), brinda el respaldo ético y político a la reducción de la mortalidad materna, con esta perspectiva más integral. En consonancia, la agenda adoptada por la asamblea de Naciones Unidas en 2015 es mucho más amplia y se propone, además de reducir la mortalidad, mejorar la salud reproductiva, materna, neonatal y de la niñez, la cual es abordada en 3 de las 13 metas de los ODS para salud y, en varias metas de los otros 16 ODS.

La Estrategia Global por la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes 2016-2030 traduce los ODS en un marco comprensivo que busca mejorar la salud de las mujeres, niños y adolescentes, mediante un enfoque multisectorial e inclusivo. Reconoce que es necesario reducir las inequidades entre y al interior de los países, para lograr el objetivo de alcanzar a todas las personas con intervenciones efectivas y asequibles.

Los gobiernos de América Latina, entre ellos Colombia, han suscrito compromisos significativos en relación con la reducción de la mortalidad materna en diferentes conferencias y reuniones, como la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en Montevideo (2013), la conferencia Una promesa renovada en las Américas: reducir las inequidades en Salud Reproductiva, Materna y del Niño (2013) y el Consenso de Montevideo en 2015, cuando se adoptó la Guía Operacional, que describe la ruta para la reducción de la mortalidad materna en la región.

Adicionalmente, el Consenso de Santo Domingo aprobado durante la Conferencia Regional sobre la Mujer en 2013 y, la Agenda Regional de Género emanada de la XIII Conferencia sobre la Mujer en 2015, son documentos que ayudan a incorporar el enfoque de género en la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Contexto local

En Colombia para el año 2018, el 76,8% (38'295.351) de la población se ubicaba en las cabeceras municipales y el 23,2% (11'538.889) en el resto del país. Se estima que para el 2050, el porcentaje de personas congregado en las áreas urbanas llegará al 84,3% de la población.

Este aumento de la población alrededor de los centros urbanos tiene que ver con el devenir histórico del país. Colombia

ha sido un país en guerra desde hace décadas, sin que los historiadores se pongan de acuerdo si son 200 o 60 años, según el momento de inicio y los criterios que definan. Durante el siglo XIX y parte del XX, se dieron en el país alrededor de siete guerras civiles y múltiples eventos violentos en el nivel local, todos con una connotación política de fondo. La guerra de los mil días quedó en la historia como una de las épocas más violentas, con más de 100.000 muertos y la devastación completa del país. Viene luego el periodo conocido como La Violencia, desde mediados de la década de los treinta al cincuenta, que se agudiza con el asesinato de Jorge Eliécer Gaitán. Si bien se mantiene el tinte político de enfrentamiento liberal-conservador, este conflicto también fue alimentado por intereses económicos que llevaron a la expropiación de las tierras de los campesinos o a su expulsión y a la reducción del valor de sus bienes para apropiarse luego de ellos. Esto ocasionó un gran éxodo del campesinado a las ciudades.

El desconocimiento sistemático de las expectativas y las necesidades de los campesinos, las reformas agrarias frustradas y el fortalecimiento de la concentración de la tierra, forzaron aún más el desplazamiento de los campesinos hacia el interior del país y fueron elementos que contribuyeron al surgimiento y fortalecimiento de las guerrillas en las décadas de los sesenta y setenta: las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), que se constituyeron formalmente en 1967, el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y el Ejército Popular de Liberación (EPL).

En los años ochenta se dan varios fenómenos: el fortalecimiento militar de los grupos insurgentes incluidos el ELN y el EPL, la aparición del narcotráfico y un intento de salida negociada con las guerrillas en el marco de una Ley de Amnistía, durante el gobierno de Belisario Betancur (1982 a 1986). Este proceso dio origen a la Unión Patriótica (UP) como movimiento político de izquierda. Los esfuerzos por lograr la paz fracasaron por la confluencia de múltiples factores como el accionar del narcotráfico insertado, ya en la vida política del país y el poco reconocimiento social de estos procesos. La UP fue aniquilada por grupos paramilitares en alianza con narcotraficantes y agentes del Estado.

A finales de los ochenta y la primera mitad de los noventa, se intensificó el conflicto en expresiones como el asesinato

de líderes políticos, el sicariato, las masacres, el genocidio y el desplazamiento forzado llegando a su máxima intensidad entre 1996 y mediados de la siguiente década. En poco tiempo, Colombia llegó al segundo lugar en el mundo con el mayor número de personas desplazadas después de Sudán. Se calcula que en 1986 solo en Antioquia hubo ocho millones de víctimas y, en Medellín 800.000 víctimas desplazadas.

Durante el gobierno de *Samper*, se dio un crecimiento sin precedentes de las guerrillas, y también de los grupos paramilitares, que recibieron el apoyo estatal mediante la creación en 1994 de las llamadas Cooperativas de Vigilancia y Seguridad Privada (Convivir) mediante el Decreto 356.

En 1997, la prohibición del porte de armas a las Convivir por la Corte Constitucional, favorece su paso a la clandestinidad y a las filas de grupos paramilitares; generaron alianzas con diversos sectores políticos, militares, económicos y sociales en todo el país. A su vez, los grupos guerrilleros además del asedio a las fuerzas militares intensificaron las acciones contra las élites regionales mediante secuestros, extorsiones y ataques a sus propiedades. Con el cambio de Gobierno en 1998, se presentó una nueva oportunidad de diálogo con la guerrilla de las FARC, que fracasó en 2002.

Luego de este fracaso, se negó la existencia de un conflicto armado y se alimentó la idea de que la única alternativa para acabar con el conflicto era la vía militar, descartando cualquier opción de diálogo con las guerrillas. Durante el gobierno de Álvaro Uribe (2002 a 2010) se gestó un proceso de desmovilización de los grupos paramilitares, que develó la alianza de diferentes sectores políticos y sociales con estos grupos. Aunque un número importante de integrantes se desmovilizaron, no se logró el objetivo de desmontar totalmente la estructura de guerra que ya habían establecido.

Se generó un escenario de posconflicto paramilitar en el que estos grupos volvieron a vincularse al conflicto, ampliando inclusive sus zonas de influencia. Ahora han sido denominadas por el Estado como bandas criminales o BACRIM.

Después de varios años de guerra frontal contra la FARC, se logró en 2010, durante el gobierno de *Juan Manuel Santos*, iniciar con este grupo armado una fase de acercamiento y

prenegociación que duró dos años, la negociación que duró cuatro años y que finalizó con la firma de un acuerdo para la terminación del conflicto, que se encuentra en su fase de implementación, la cual según afirman los expertos podría durar unos 15 años.

Saber si el país logrará aprovechar esta oportunidad y cumplir con las deudas acumuladas hacia los sectores rurales y los excluidos en las ciudades, aún es prematuro. Las tareas que se deben abocar en el posconflicto implican retos que van mucho más allá de la consolidación de la paz. Uno de los puntos del acuerdo firmado con las FARC tiene que ver con la reducción de la pobreza en las zonas rurales que al día de hoy supera el 50% y, para algunos autores, se trata de la refundación del Estado así como de la transformación de un imaginario colectivo totalmente negativo.

Son múltiples los estudios que muestran los mecanismos por los cuales, los conflictos armados pueden afectar la salud de las poblaciones. Desde la acción directa a la infraestructura y a los trabajadores del sector (amenazas, homicidios afectación de la salud mental) hasta la afectación indirecta por restricciones en el desplazamiento, limitaciones para la realización de programas de prevención y control, aumento de la demanda de atención por las acciones del conflicto, la interrupción de la vigilancia y los sistemas de información sanitarios y la concentración de los programas en una sola enfermedad (como la malaria) o una única intervención (como la vacunación). Por el contrario, no es tan clara la evidencia que muestre los resultados en la salud.

En Colombia, a pesar de más de 60 años del conflicto armado más reciente, la indagación sobre los efectos de este en la salud es relativamente nueva y escasa. Una búsqueda sistemática de artículos sobre el tema, realizada en 2017 por el grupo del Observatorio Nacional de Salud (ONS), dio como resultado 41 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión definidos por los autores. El artículo más antiguo fue de 2002, la exposición más estudiada fue el desplazamiento y los desenlaces más frecuentes la vacunación y la salud mental. Solo se identificaron dos estudios acerca de los efectos sobre la salud sexual y reproductiva, ambos realizados por la Organización Panamericana de la Salud en población desplazada

y que evaluaron el embarazo adolescente, la inasistencia al control prenatal y la toma de citología cervicouterina. Este mismo grupo realizó un estudio sobre el impacto del conflicto armado en la salud de los colombianos utilizando las fuentes de información disponibles del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para el periodo 1998 a 2015, que incluyó la estratificación de los municipios a partir de un índice de intensidad del conflicto (IIC), construido a partir de múltiples indicadores y resultados en salud en las diferentes esferas: lesiones de causa externa, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud infantil, salud sexual y reproductiva; este constituye el análisis más completo sobre el tema en el país.

Situación actual y retos en salud reproductiva y mortalidad materna en Colombia

Al evaluar el contexto latinoamericano, el informe del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo reconoció a Colombia como uno de los países que más avance tuvo en la consecución de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El país cumplió las metas de reducción de la pobreza con un año de anticipación. Para 2014, la tasa de pobreza era de 28,5% y la de pobreza extrema 8,1%, la mitad de la que se presentó a principios de siglo. Desde inicios del año 2000, los niveles de asistencia escolar superaron el 100% y la mortalidad infantil se redujo cerca de la mitad, entre otros.

No obstante, en temas como mortalidad materna y embarazo adolescente, quedaron metas pendientes, que implican grandes retos sobre todo por las disparidades existentes entre las regiones y la inequidad. El país está alcanzando, con tres años de retraso una razón de mortalidad materna por debajo de 45 por 100.000 nacidos vivos, cifra definida como meta ODM para 2015. Las cifras preliminares de 2018 muestran una razón de 42,8 por 100.000 nacidos vivos, pero 18 entidades territoriales tienen cifras superiores a este promedio, y cuatro alcanzan razones que superan los 100 casos por cada 100.000 nacidos vivos: Vichada con 680,9; Guainía: 302,6; Chocó: 153,7 y La Guajira con 112,3.

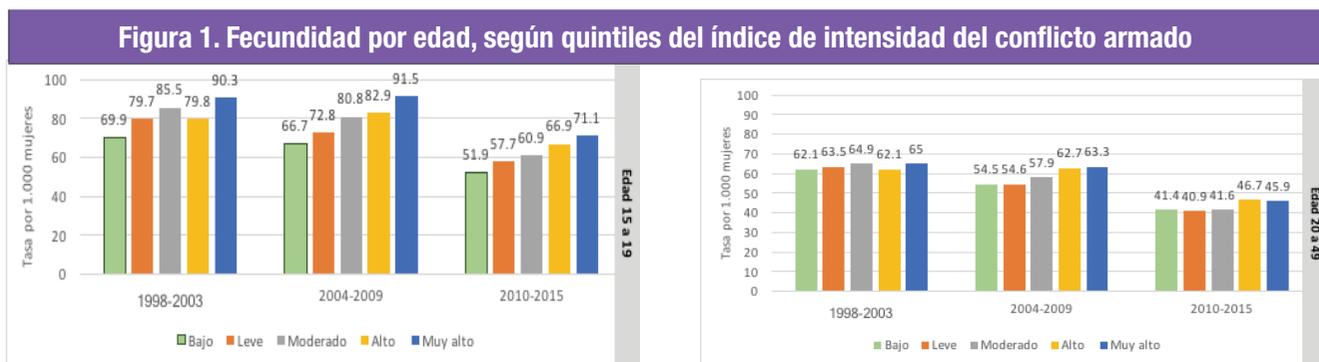
Lograr alcanzar las metas propuestas en mortalidad y morbilidad implica alcanzar primero las metas en todo el continuo de cuidados. Dado que una de las estrategias más efectivas para la reducción de la mortalidad materna es la anticoncepción, uno de los temas prioritarios en el país tiene que ver con los asuntos de la fecundidad deseada frente la observada, particularmente en las adolescentes, las necesidades insatisfechas en anticoncepción y las brechas que en estos temas arrastra el país.

Según los resultados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud, la tasa global de fecundidad en mujeres de 15 a 45 años ha presentado un descenso constante desde 1964, pasando de 7 hijos por mujer en 1964 y 3,2 en 1985 a 2 en 2015. Esta cifra ubica a Colombia en el grupo de países con menor tasa de fecundidad en América Latina como Uruguay (2,0); Brasil (2,0); Costa Rica (1,9) y Cuba (1,6). Sin embargo, es notable la diferencia entre el área rural (2,6) y la urbana (1,8).

Igualmente, son abismales las diferencias por regiones, el departamento de Caldas por ejemplo tiene 1,3 mientras que Vichada tiene 4,6; la RMM en 2018 para estas dos entida-

des territoriales fue 62,7 y 680,9, respectivamente. Sin embargo, con ninguna variable se muestra una diferencia más amplia que con la escolaridad; la fecundidad observada en las mujeres sin educación fue de 3,9 y en las mujeres con educación superior fue de 1,6.

El estudio referido del ONS mostró para las adolescentes de 15 a 19 años, disminución en la fecundidad y relación directa de la fecundidad con el índice de intensidad del conflicto, a mayor intensidad del conflicto, mayor la tasa de fecundidad. Comportamiento que fue más evidente en los dos últimos periodos observados (**ver figura 1**). El grupo de mujeres de 20 a 49 años también mostró descenso en el mismo periodo pero no hubo diferencias importantes según el índice de intensidad de conflicto. A pesar de que los autores recomiendan mirar con precaución este resultado y tener en cuenta otros determinantes que afectan la fecundidad como el quintil de ingreso o la escolaridad, una hipótesis que sugieren debería explorarse es si las adolescentes son más vulnerables al abuso sexual en los territorios en conflicto.

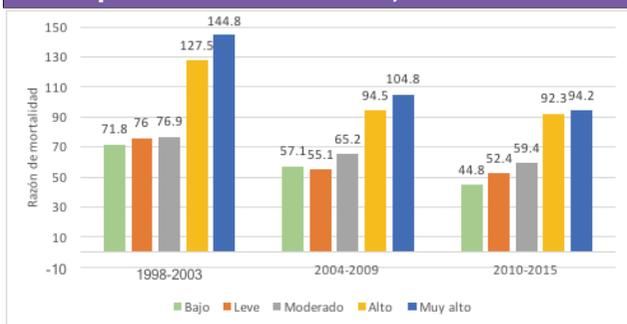


Fuente: tomado de Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno Informe Técnico. Bogotá, D.C., 2017.

Estas cifras del observatorio son consistentes con las de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, que muestran que el porcentaje de adolescentes entre los 15 y los 19 años, madres o embarazadas de su primer hijo se redujo de 20% en 2005 a 19% en 2010 y a 17% en 2015. No obstante, cuando se compara el porcentaje de reducción por quintil de ingreso entre 2005 y 2015, la reducción en

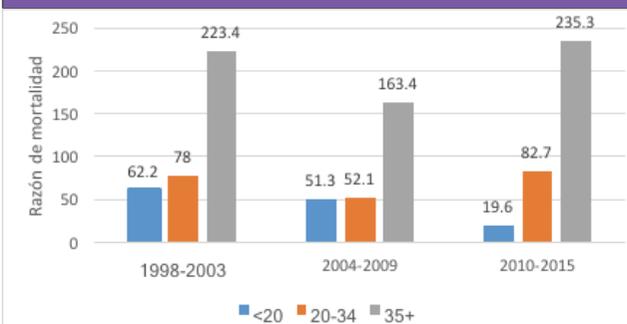
el quintil más pobre fue apenas de un 13,6%, mientras que en el quintil más rico fue de un 56%, dando como resultado una ampliación de la brecha entre ambos quintiles. La **figura 2**, muestra la RMM según los quintiles del IIC para el periodo de 1998 a 2015 y, la **figura 3**, la RMM por edad. Se observa mayor RMM, para los quintiles de mayor IIC en todos los periodos observados.

Figura 2. Razón de mortalidad materna según quintiles del IIC. Colombia, 1998 a 2015



Fuente: tomado de Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno Informe Técnico. Bogotá, D.C., 2017.

Figura 3. Razón de mortalidad materna según grupos de edad y quinquenios. Colombia, 1998 a 2015



Fuente: tomado de Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno Informe Técnico. Bogotá, D.C., 2017.

En Colombia predominan aún las muertes por causas directas. El informe preliminar del Instituto Nacional de Salud al periodo epidemiológico XIII de 2018, muestra que el 54% de los casos fueron por causas directas con la hemorragia obstétrica en el primer lugar. Las causas indirectas representaron el 28%. En la medida que los programas de reducción avancen, el país tendrá que considerar abordar estrategias más específicas para

cada región o departamento, teniendo en cuenta la fase de transición obstétrica en la que se encuentre cada uno.

No es posible hablar de los retos de la salud de mujer en Colombia para 2030, sin hablar de la violencia de género y el conflicto armado. La historia de la violencia contra las mujeres en el marco del conflicto se remonta a los años cuarenta y cincuenta. Mujeres que en razón de su género, fueron obligadas a actuar como espías, mujeres víctimas de violaciones masivas y mujeres en gestación cercana al término a las que se les extrajo el feto, que luego fue desmembrado, para acabar con la semilla del enemigo.

En términos de las víctimas del conflicto más reciente, se ha estimado que del total (cerca de 6 millones), el 51% son mujeres. Sin embargo, cuando se intenta decantar datos cuantitativos sobre la violencia contra las mujeres en el marco del conflicto, las cifras son inconsistentes, los datos son escasos y presentan problemas en aspectos como cobertura, las definiciones, la oportunidad y el subregistro que no permiten conocer la magnitud real del problema.

En general, los actos de violencia sexual son perpetrados en el marco de actos violentos de mayor envergadura como tomas de poblaciones y masacres, pero también como actos individuales de parte de miembros de todos los grupos armados. Las mujeres han sido objeto de diversas formas de violencia física, psicológica y sexual como una forma de afectar al enemigo, deshumanizando a la víctima, destruyendo el núcleo familiar o sembrando el terror. También se incluye el desplazamiento de los territorios, el reclutamiento forzado para obligarlas a dar servicios sexuales a los miembros de los diferentes grupos armados y la imposición violenta, por lo grupos armados ilegales, de normas y pautas de control social en las áreas bajo su control.

Una encuesta de prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano, realizada en una muestra de 142 municipios de Colombia, reveló una prevalencia de 18,6% para el periodo 2010 a 2015, que se traduce en 875.437 mujeres víctimas, donde las formas más frecuentes fueron la regulación de la vida social y afectiva (64%), el acoso sexual (42%) y la violación (17%). Esto contrasta con informes oficiales como el de la Unidad Nacional de Fiscalías para la Justicia y la

Paz que a diciembre de 2012, de 39.546 hechos confesados, reportó que únicamente 96 correspondían a delitos de violencia sexual.

En 2016, el gobierno Nacional estructuró un Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género, que tiene como propósito, producir y coordinar la generación de estadísticas oficiales para dimensionar y caracterizar las víctimas, las violencias y sus contextos (Comisión para la eliminación de todas la formas de discriminación contra la mujer).

Probablemente, solo se tendrán cifras más aproximadas a la realidad cuando la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, entregue su informe en tres años, plazo que ha sido definido para su operación.

Más preocupante que no tener cifras exactas, pues una sola víctima es indamisible, es la respuesta insuficiente del Estado colombiano frente al problema. Un Informe de 2013 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer señaló como observaciones al Estado, la persistencia de la violencia sexual contra las mujeres y las niñas, incluida la violación, cometida por todas las partes involucradas en el conflicto armado, incluidos los grupos surgidos después de la desmovilización, la falta de articulación y de eficacia de la abundante normatividad que ha producido el país, que lleva a la impunidad reinante frente a la investigación, el enjuiciamiento y el castigo de los autores de estos actos, lo cual contribuye a que las víctimas hayan perdido la confianza en el Estado.

Un enfoque de la mortalidad materna basado en los derechos humanos se debe ocupar de la salud de la mujer en general, no de enfermedades aisladas; debe partir de empoderar a la mujer para que reivindique sus derechos, se desarrolle y alcance su máximo potencial. Las metas del ODS 5 apuntan a este objetivo: poner fin a todas las formas de discriminación y todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas, en los ámbitos público y privado. Eliminar todas las prácticas nocivas como la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil o precoz y forzado. Colombia enfrenta el reto de garantizar los derechos y atender las necesidades en salud sexual y reproductiva, insatisfechas por décadas, de la mujer ex-

combatiente, la desplazada, la víctima del conflicto por situaciones de aislamiento, de violencia sexual, que muchas veces hace parte también de grupos tradicionalmente reconocidos como más vulnerables, las adolescentes, las pertenecientes a minorías étnicas y raciales. El reto es lograr la garantía de sus derechos así como una atención integral que permita que sanen las heridas que la guerra dejó en su cuerpo y en su espíritu.

Una parte del goce derecho a la salud es el acceso a los servicios, donde algunos estudios (no específicos para salud sexual y reproductiva) muestran falencias, y donde no se identifican respuestas reales de cobertura y sostenibilidad de los recursos. En Colombia, a pesar de la nueva legislación, como la Ley estatutaria, que busca reivindicar la salud como un derecho, predomina un sistema de salud de competencia y mercado y "para aplicar un enfoque basado en los derechos es necesario un sistema de salud justo y efectivo donde la entrega de bienes, servicios e información referentes a la salud sexual y reproductiva sean entendidas por todos los usuarios del sistema de salud, los proveedores y los responsables de la formulación de políticas como derechos fundamentales y no como productos cuya distribución está en manos del mercado o como una cuestión de beneficencia"⁽⁵⁾.

Conclusiones

En Colombia, los avances en la reducción de la mortalidad materna han sido modestos, lentos y desiguales. Adaptar la agenda 2030 al contexto colombiano implica necesariamente pensar en los efectos del conflicto en la salud y en los retos de la transición hacia el posconflicto; a pesar de que la RMM ha descendido en el país, las brechas relativas entre regiones y según la estratificación por intensidad del conflicto se mantienen.

La reducción de la RMM ha sido en el grupo de las menores de 20 años. Sin descuidar los esfuerzos con las adolescentes, es necesario trabajar de manera intensa con las mujeres mayores de 35 años que, en más de 15 años, no han tenido ningún cambio en su RMM.

El Estado colombiano tendrá que hacer mayores esfuerzos para cumplir los acuerdos en lo que concierne a la atención a las víctimas del conflicto, si es congruente con los compromisos adquiridos para lograr un enfoque en salud sexual

y reproductiva basado en derechos y a la luz de la agenda Post-2015 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que por primera vez reconocen un objetivo relacionado con la paz global como parte de la agenda.

Referencias bibliográficas

1. Chaves SC, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Rev Panam Salud Pública*. 2015;37(4-5):203-10.
2. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Resumen ejecutivo del informe: Otra mirada a los derechos de las mujeres en Colombia. Informe Alterno al Comité de la CEDAW [internet]. Septiembre de 2013 [citado 2019 feb. 15]. Disponible en: <https://bit.ly/2DdjQ5x>
3. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. CEDAW/COL. Noveno informe periódico que Colombia debía presentar en 2017 en virtud del artículo 18 de la Convención. 20 de noviembre de 2017 [internet]. Versión preliminar sin editar [citado 2019 feb. 15]. Disponible en: <https://bit.ly/2G4QQ1r>
4. Every Woman Every Child. The global strategy for women's, children's and adolescents' health. (2016-2030) [internet]. 2015 [citado 2019 feb. 15]. Disponible en: <https://bit.ly/2rEf62U>
5. Countdown to 2030 Collaboration. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. *Lancet*. 2018;391(10129):1538-48.
6. Mesa de trabajo: mujer y conflicto armado. XII Informe sobre Violencia Sociopolítica contra Mujeres, Jóvenes y Niñas en Colombia [internet]. Bogotá, febrero de 2015 [citado 2019 feb. 7]. Disponible en: <https://bit.ly/2I84EKS>
7. Montoya M, Arboleda J, Valencia L, Serrano J, Gómez C, Zuleta W, Restrepo J. 100 Preguntas y respuestas para comprender el conflicto colombiano. Cali: Sello Editorial Unicatólica; 2017.
8. Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. (2012). Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. A/HRC/21/22. Ginebra: autor; 2012.
9. Instituto Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en salud en Colombia [internet]. Bogotá: autor [citado 2019 ene. 30]; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2CEcgRe>
10. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento de mortalidad materna a periodo epidemiológico XIII de 2018 [internet]. 2018 [citado 2019 ene. 31] Disponible en: <https://bit.ly/2UDDfpU>



11. Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2015. Tomo I [internet]. 2016 [citado 2019 feb. 7] Disponible en: <https://bit.ly/2HKJLoF>
12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015 [internet]. Bogotá [citado 2018 dic. 2]. Disponible en: <https://bit.ly/2YZbMOG>
13. Ramírez Cardona L, Veloza Morales MC, López Pereira A. Acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado, en el escenario del postconflicto. Rev Mov Cient. 2016;10(1):88-94.
14. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Organización Internacional para las Migraciones, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Mujeres y conflicto armado [internet]. S. f. Disponible en: <https://bit.ly/2Hh2l4r>
15. Organización Mundial de la Salud, Human Reproduction Program. Strategies toward ending preventable maternal mortality [internet]. 2015 [citado 2019 ene. 30] Disponible en: <https://bit.ly/2Kj03HB>