

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVII - N° 70

Bogotá, D. C., miércoles, 7 de marzo de 2018

EDICIÓN DE 172 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



CONSECUENCIAS
del CONFLICTO
ARMADO en la
SALUD
en COLOMBIA

Informe Técnico 9 / 2017





ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA
Viceministra de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (E)

SANDRA LORENA GIRÓN VARGAS
Directora de Epidemiología y Demografía



MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General INS

ESPERANZA MARTÍNEZ GARZÓN
Secretaria General

OFICINA DE COMUNICACIONES INS



CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA
Director Observatorio Nacional de Salud



Carlos Andrés Castañeda Orjuela
Director Técnico Observatorio Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Karol Patricia Coles Cantillo
Diana Patricia Díaz Jiménez
Juan Camilo Gutiérrez Clavijo
Salomé Valencia Aguirre
Gina Alexandra Vargas Sandoval
Luz Angélica Chocón Piraguive
Fabió Alberto Escobar Díaz
Liliana Hilarón Gallán
Pablo Enrique Chaparro Narváez
Andrea García Salazar
Elkin Daniel Vallejo Rodríguez
Nelson José Alvis Zakzuk
Paula Tatiana Castillo Santiana
Liliana Castillo Rodríguez
Nohora Mercedes Rodríguez Salazar
Sandra Patricia Salas Quijano
Alexander Mestre Hernández

Equipo de apoyo

Ana Patricia Buitrago Villa
José Silverio Rojas Vásquez
Karen Daniela Daza Vargas
Gimena Leiton Arteaga

Clara Lucía Delgado Murillo
Edición Observatorio Nacional de Salud
Kevin Jonathan Torres Castillo
Diagramación y Diseño Observatorio Nacional de Salud

Direcciones Instituto Nacional de Salud

Jorge Martín Rodríguez Hernández
Dirección de Investigación
Franklyn Prieto Alvarado
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Esther Cristina Barros
Dirección de Riesgo en Salud Pública
Nestor Fernando Mondragón
Dirección de Producción

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia, Nuevo Informe Técnico (Pag.). Bogotá, D.C., 2017.

Todos los derechos reservados. El Observatorio Nacional de Salud autoriza la reproducción y difusión del material contenido en esta publicación para fines educativos y otros fines NO comerciales, sin previa autorización escrita de los titulares de los derechos de autor, especificando claramente la fuente. El Observatorio Nacional de Salud prohíbe la reproducción del material contenido en esta publicación para venta, reventa u otros fines comerciales, sin previa autorización escrita de los titulares de los derechos de autor. Estos solicitudes deben dirigirse al Observatorio Nacional de Salud ONS, Avenida calle 26 No.51-20, bloque B oficina 208 o al correo electrónico ons@ins.gov.co.

Todos los derechos reservados © Colombia, Noviembre de 2017
ONS © 2017

Tabla de contenido

6	1. Introducción
11	2. Aspectos conceptuales de la relación conflicto armado y salud
12	2.1. Elementos para la comprensión de las afectaciones del conflicto armado en la salud en Colombia
31	2.2. Aspectos conceptuales e históricos sobre el conflicto armado interno en Colombia
39	3. Conflicto armado y salud en Colombia, una revisión de literatura
53	4. Conflicto armado y resultados en salud
54	4.1. Introducción
55	4.2. Métodos
64	4.3. Resultados
64	4.3.1. Índice de intensidad del conflicto a nivel municipal en Colombia
68	4.3.2. Lesiones de causa externa
68	4.3.2.1. Conflicto armado y homicidios en Colombia entre 1998 y 2015
73	4.3.2.2. Conflicto armado y suicidio en COLOMBIA, 1998-2015
78	4.3.3. Desenlaces en población infantil
78	4.3.3.1. Mortalidad infantil en los municipios según el grado de conflicto
82	4.3.3.2. Bajo peso al nacer en el marco del conflicto armado
86	4.3.3.3. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años asociada al conflicto armado.
91	4.3.4. Enfermedades transmisibles
91	4.3.4.1. Infecciones respiratorias agudas y conflicto armado: análisis exploratorio
96	4.3.4.2. Mortalidad por EDA en Colombia: análisis desde el conflicto armado
101	4.3.4.3. Conflicto armado y malaria en Colombia, 1998-2015
117	4.3.4.4. Conflicto armado y leishmaniasis en Colombia, 1998-2015
130	4.3.4.5. Desigualdades en la mortalidad por fiebre amarilla según la intensidad de conflicto armado
134	4.3.4.6. Mortalidad por VIH/SIDA de acuerdo con la intensidad del conflicto armado
139	4.3.4.7. Desigualdades en la tuberculosis de acuerdo con el conflicto armado en Colombia
147	4.3.4.8. Incidencia de las hepatitis virales y la intensidad del conflicto armado a nivel municipal en Colombia

156	4.3.4.9. Enfermedades inmunoprevenibles y el impacto del conflicto armado: Toslerina
161	4.3.5. Enfermedades no transmisibles
161	4.3.5.1. Desigualdades de las enfermedades cardiovasculares en el marco del conflicto armado
172	4.3.5.2. Desigualdades en la mortalidad por diabetes según la intensidad del conflicto armado
177	4.3.5.3. Mortalidad por cáncer de cuello uterino y conflicto armado
182	4.3.6. Salud Sexual y reproductiva
182	4.3.6.1. Tasa de fecundidad según intensidad del conflicto en Colombia
186	4.3.6.2. Morbilidad materna extrema según intensidad del conflicto armado en Colombia
190	4.3.6.3. Mortalidad materna según intensidad del conflicto en Colombia
195	4.3.6.4. Parto prematuro según la intensidad del conflicto en Colombia, 1998-2015
199	4.3.7. Salud mental y conflicto armado
199	4.3.7.1. Población expuesta a hechos victimizantes por el conflicto armado en Colombia: análisis a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015
209	4.3.7.2. Análisis de testimonio de víctimas del conflicto en Colombia
220	4.3.8. Efectos en los servicios de salud
220	4.3.8.1. Coberturas de vacunación y la intensidad del conflicto armado en Colombia
227	5. Costos del conflicto armado en Colombia
230	5.1. Revisión de literatura de los Costos del conflicto armado en Colombia
240	5.2. Carga económica de las enfermedades transmitidas por vectores en zonas de conflicto
250	6. Política de atención en salud para las víctimas del conflicto armado en Colombia y enfoques diferenciales 2011 – 2017
307	7. Morbilidad y mortalidad en los municipios de las zonas veredales transitorias de normalización y puntos transitorios de normalización. Colombia, 2008-2015
325	8. Discusión



Introducción

Nuevo informe OIG, consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia 7

"Es la violencia, dice todo el mundo y sólo tú, ..., puedes definirla porque has apurado el trago amargo de la tortura. Y sólo la puede descifrar el que tiene un cadáver para enterrar rápido porque las aves rapaces merodean por lo alto o porque los armados pueden sorprenderlo y convertirlo también en un muerto; el que ha visto la sangre inocente que se riega por el piso mientras que la floridez de un cuerpo indica que dejó de ser cuando todavía podía crecer. Sólo pueden definir la violencia los que han sido despojados de los que la vida les dio; los que no han conocido eso que se llama justicia y van preguntando quien ordena el mundo. Y hay violencia cuando los niños son eliminados antes de aprender a sonreír y los días se vuelven noches y las estrellas semejan balas, cuando los ríos son portadores de sueños truncados y los montes recogen el eco de los lloros y suspiros; cuando las madres sienten que el alma no les funciona porque se la fueron quitando a pedazos con cada tiro artero recibido por sus hijos y los cementerios acumulan flores y lágrimas; cuando las serenatas se mueren empolvadas en archivos perdidos porque si salen son acalladas y las palomas buscan solas el alimento, porque las manos ancianas ya no se tienden en los parques llenos de migajas". (En Mary Daza Orozco, los muertos no se cuentan así, pág. 117)

Si, quizá sólo pueden definir la violencia y su impacto, especialmente de aquella asociada a la guerra, quienes han vivido el horror incommensurable que esta inevitablemente deja. En un país como, Colombia, con un conflicto armado de más de 50 años, la estela del daño que este ha diseminado parece no tener límite. Sin embargo, el "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera" firmado entre el gobierno y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP), ahora partido político, brinda una histórica oportunidad para empezar a construir una nueva nación, más justa y equitativa, como lo señala el mismo Acuerdo "Se trata de dar inicio a una fase de transición que contribuya a una mayor integración de nuestros territorios, una mayor inclusión social -en especial de quienes han vivido al margen del desarrollo y han padecido el conflicto- y a fortalecer

nuestra democracia para que se despliegue en todo el territorio nacional y asegure que los conflictos sociales se tramiten por las vías institucionales, con plenas garantías para quienes participan en política" (1).

Con el propósito de lograr una mayor inclusión social de esos territorios y poblaciones que han padecido con mayor intensidad el conflicto es fundamental comprender, de manera profunda, los impactos y costos de éste. Son varios los esfuerzos que desde distintas disciplinas y campos de investigación y de acción se han realizado con este fin, esto incluye, el campo de la salud, que es quizá, uno de los aspectos donde la huella de la guerra es más marcada; y es precisamente a este propósito al que nos queremos sumar, como equipo del Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud.

Somos conscientes de que las consecuencias en la salud y calidad de vida de un conflicto armado degradado como el de Colombia, son profundamente complejas y de que, como, lo insinúa el texto inicial, sólo los que lo han vivido en carne propia pueden realmente comprender la magnitud y profundidad del daño causado, y que por tanto la exposición de cifras sin rostros no alcanza a reflejar la profundidad de este en toda su dimensión; pero también consideramos que el análisis riguroso de estas, si puede contribuir a identificar esos saldos rojos que, en materia de salud, dejó la guerra en territorios y poblaciones, así como a la construcción de la "verdad sobre lo que pasó", elementos esenciales para alimentar la reflexión sobre lo que ha significado la guerra para Colombia y sobre las medidas necesarias para reconstruir y sanar las heridas en el marco de un proceso de construcción de paz.

Las cifras ya documentadas muestran la magnitud de la victimización que el conflicto armado ha dejado. De acuerdo con Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH), entre 1985 y 2013 hubo 220.000 homicidios por el conflicto armado, de los cuales un 81,5 % fueron civiles y un 18,5 % combatientes. El mismo CNMH, estima que uno de cada tres homicidios ocurridos en ese período, estuvo asociado al conflicto armado (2). Adicional al drama de los muertos, se estiman 60.630 desaparecidos for-

zados entre 1970 y 2015. Esto significa que, en promedio, tres personas fueron desaparecidas forzosamente cada día en los últimos 45 años, lo que equivale a una persona desaparecida cada 8 horas (3); 7.305.936 personas desplazadas; 21.803 mujeres y 1.783 hombres han sido víctimas de violencia sexual (4); 11.418 personas afectadas por minas antipersona, desde 1990 hasta el 31 de mayo de 2016, de los cuales 61% fueron militares y 39% civiles (5).

A pesar de una disminución general de las cifras de victimización en los últimos años y una disminución significativa de la intensidad del conflicto armado relacionado con el fin de la confrontación armada entre el Estado y las FARC-EP, las cifras de agresiones y homicidios de líderes sociales y defensores de derechos humanos durante 2016 y 2017 evidencian una tendencia al aumento (6). Durante el 2016 se registraron un total de 101 violaciones al derecho a la vida de defensores de derechos humanos, líderes sociales y políticos, con 98 homicidios y tres desapariciones forzadas y en el primer semestre de 2017 registraron un total de 38 violaciones (6). Este alarmante panorama, nos exhorta a seguir avanzando en la comprensión de las consecuencias de este conflicto armado, para aportar a la toma de conciencia, sobre lo que estamos convencidos, no puede seguir pasando y para el logro de los consensos necesarios para avanzar en la construcción de una nación en paz. Esto requiere de una ciudadanía informada, que tenga conciencia de los impactos del conflicto y pueda tomar decisiones responsables, a lo que este informe también desea contribuir.

De tal manera, este informe, pretende proveer evidencia que contribuya al entendimiento de los impactos del conflicto armado en la salud en Colombia, con el propósito de brindar herramientas para la discusión acerca de las medidas necesarias para resarcir o mitigar las afectaciones que en esta materia dejó sobre los territorios y comunidades donde se vivió con mayor intensidad.

La elaboración del presente informe, nos introdujo como equipo, en un proceso de reconocimiento y toma de conciencia de los graves hechos que sucedieron en el marco del conflicto armado, muchos de los cuales habían pasado desapercibidos para la mayoría de nosotros. En esta tarea los documentos escritos y documentales elaborados por el CNMH, permitieron acercarnos a las historias del horror y sufrimiento de cientos de colombianos, y empezar a trazar el camino para iniciar la exploración de los efectos del conflicto armado en la salud.

A pesar de que se planteó una mirada amplia y acorde con algunas características del conflicto en el país, las repercusiones de este en un múltiples escenarios de la vida de la comunidad, familia e individuos es tan variado y profundo que seguramente muchas de las afectaciones de otros escenarios que pueden tener a su vez un impacto en la calidad de vida y por ende en la salud pudieron escaparse del abordaje que hacemos en este informe. Así mismo, este informe no tiene la pretensión de abarcar la totalidad de los efectos posibles del conflicto armado en la salud, ni establecer mecanismos causales a través de los cuales el conflicto armado ha producido desenlaces adversos en salud, ni de posicionarse a este como causa directa y principal de los mismos, sino de ampliar la mirada sobre la importancia del conflicto armado como determinante fundamental de la salud en Colombia, con el territorio como eje central del análisis.

De esta manera en este informe se analizaron desenlaces en salud en distintas dimensiones, mortalidad por lesiones de causa externa (homicidios y suicidios), eventos asociados a la salud infantil (mortalidad infantil); mortalidad por infección respiratoria aguda, desnutrición y enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, tosferina y bajo peso la nacer); Enfermedades Transmisible por Vectores (malaria, leishmaniasis y fiebre amarilla); enfermedades infecciosas (VIH-SIDA, tuberculosis y hepatitis virales); enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedad cerebrovascular y cáncer de cuello uterino); eventos asociados a la salud reproductiva (fecundidad, mortalidad materna, morbilidad materna extrema y parto prematuro), y coberturas de vacunación en menores de un año, como indicador del impacto en los servicios de salud.

Estos desenlaces se analizaron de acuerdo a quintiles del Índice de Intensidad de Conflicto (IIC) como eje central de comparación. También se realizó una aproximación a los efectos en salud mental a través del uso de métodos cuantitativos y cualitativos, como se especifica más adelante.

Contenido del documento

De esta manera, en el Capítulo 2 de este informe se describen los elementos conceptuales y los relacionados con la dinámica del conflicto armado en Colombia, que se tuvieron en cuenta para definir un esquema conceptual que permitió identificar los posibles desenlaces en salud asociados con el conflicto armado en Colombia, así como las variables que fueron incluidas en la construcción del IIC y las hipótesis explicativas que permitieron profundizar la discusión de los resultados. En el segundo apartado de este capítulo se desarrolla un marco histórico sintético del conflicto armado en Colombia que ilustra, de manera sucinta, las principales características del conflicto armado a manera de contextualización de este análisis.

En el Capítulo tres se muestran los resultados de la revisión sistemática de la literatura, cuyo objetivo fue sintetizar los resultados de estudios que describieron o analizaron la asociación entre el conflicto armado y salud en población colombiana sin límites temporales. Esta revisión privilegió estudios cuantitativos, pero no se desconoce la riqueza de estudios cualitativos que pueden contribuir a la comprensión de esta relación en el país.

El cuarto capítulo, detalla en su primer apartado los aspectos metodológicos, que sintetizan las herramientas usadas, para la construcción del IIC, las fuentes, tipos de cálculos y estimaciones efectuadas. Posteriormente se describen los resultados del IIC y se detallan los hallazgos del análisis de cada uno de los veintidós indicadores de salud que fueron objeto de estudio. Igualmente se presentan los resultados de un análisis de la Encuesta Nacional de Salud Mental, que compara efectos en diferentes variables entre víctimas o no del conflicto y un análisis cualitativo de testimonios de víctimas seleccionados de fuentes secundarias que hablaran sobre los efectos del conflicto en sus vidas en general.

El quinto capítulo describe los costos relacionados con el conflicto armado mediante la realización de una revisión sistemática de la literatura y se presentan los resultados de una estimación de la carga económica de enfermedades transmitidas por vectores (Chagas, malaria, leishmaniasis y fiebre amarilla) en zonas de conflicto, mediante la valoración económica de los años de vida potencialmente perdidos.

El Capítulo seis presenta un análisis de la implementación de la política de atención en salud a víctimas del conflicto armado en Colombia, cuyas directrices se encuentra en Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y de restitución de tierras", cuya principal estrategia es el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas" conocido como PAPSIVI. A través de la experiencia de cuatro casos y considerando la implementación del enfoque étnico y de género, en este capítulo se recogen importantes elementos para la comprensión de los avances, dificultades y retos de la reciente implementación de esta política.

En el Capítulo siete se describe la morbilidad debida a eventos bajo vigilancia en salud pública y mortalidad reportada en los municipios donde se ubicaron las zonas veredales transitorias de normalización y puntos transitorios de normalización en Colombia para la desmovilización de las tropas de las FARC, a partir de los datos disponibles para el periodo 2008-2015.

Finalmente, en el Capítulo ocho se recogen los principales elementos que permiten enriquecer la discusión de los hallazgos y brindar opciones para la explicación de los mismos, así como las posibles implicaciones para las intervenciones y la propia investigación, y se destacan los avances y limitaciones de este estudio.

Referencias

1. Gobierno de la República de Colombia y FARC-EP. Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. 2016. 6 p.
2. de Memoria Histórica G. ¡ Basta así! Colombia. Memorias de guerra y dignidad. Historia CN de M, editor. 2013.
3. Histórica Oña de M. Hasta encontrarlos: El drama de la desaparición forzada en Colombia [Internet]. 2016. 428 p. Available from: www.centrodememoriahistorica.gov.co
4. Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas. Registro Único de Víctimas. en: <https://mi.unidadvictimas.gov.co/RUV>.
5. Centro Nacional de Memoria Histórica. Esa Mina Llevaba Mi Nombre.
6. Interfaz. Iepri. CineyPPP. CCI. Panorama de violaciones al derecho a la vida, libertad e integridad de líderes sociales y defensores de derechos humanos en 2016 y primer semestre de 2017. 2017.

Agradecimientos

Es necesario agradecer a personas e instituciones que contribuyeron en el desarrollo de este proyecto. En primera instancia a los miembros de una iniciativa de Cátedra Abierta de Salud y Paz, donde se originó la idea de llevar a cabo este estudio, especialmente al profesor Saúl Franco Agudelo, recientemente nombrado como comisionado de la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, quien dio el primer impulso para la gestación de este estudio y nos acompañó con su apoyo decido y aportes para su desarrollo; al profesor Mario Hernández Álvarez de la Universidad Nacional de Colombia, por sus valiosas contribuciones y a los restantes miembros de la Cátedra por su apoyo y compromiso con la salud pública y la construcción de paz.

A los miembros del Centro Nacional de Memoria Histórica, por la riqueza de su trabajo, particularmente a Silvia Monroy Álvarez, del área de acompañamiento técnico y académico a investigaciones, por compartirnos su experiencia de trabajo, a Andrés Suárez asesor de la dirección general del CNMH y coordinador del Observatorio Nacional de Memoria y Conflicto, por su colaboración en el suministro de información de los diferentes indicadores de afectación utilizados como insumo para la construcción del Índice de Intensidad de Conflicto y por las aclaraciones pertinentes, a Rino Augusto Acero Camacho de la Alta Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, por su disposición para compartirnos información.

Agradecemos también al coordinador Grupo de Asistencia y Reparación a Víctimas del Conflicto Armado del Ministerio de Salud y Protección Social, Alejandro Cepeda, y a su equipo por la colaboración para el desarrollo de este estudio; a la referente de género del Ministerio de Salud y Protección Social, Gloria Cardona, por su colaboración en la construcción del enfoque de género en el análisis realizado en el Capítulo ocho; a las funcionarias de las secretarías municipal de Soacha y Distrital de Bogotá D.C.; a la coordinadora del equipo de Promoción Social de la Secretaría de Salud Departamental del Cesar Jannethe Antiza; al equipo FUNDESVI que implementa el PAPSIVI étnico; al Consejo Comunitario los Cardonales y a la comunidad de Guacoeche; al equipo PAPSIVI de la Seccional de Salud de Antioquia y al equipo de enfoque psicosocial de UARIV Antioquia. Especial gratitud y mención a las lideresas participantes en el grupo focal realizado en Antioquia y al grupo de trabajo Mujeres y Género de la UARIV.

A trabajadores de salud y pobladores del municipio de San Jacinto, Bolívar, por compartirnos su experiencia de trabajo y de vida, aunque sus contribuciones se tendrán en cuenta para un análisis posterior, permitieron alimentar discusiones en este informe.

Y por último pero no menos importante un reconocimiento al dolor de las millones de víctimas de este conflicto armado.



2

Aspectos conceptuales e históricos sobre el conflicto armado interno en Colombia

Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela

2.1 Elementos para la comprensión de las afectaciones del conflicto armado en la salud en Colombia

Son diversos los efectos de las guerras en la salud pública; se describirán los principales elementos que se tuvieron en cuenta para establecer los desenlaces en salud, que fueron objeto de análisis que comprenden: **1.** Balance general sobre eventos relacionados con el estado de salud que pueden ser consecuencia de la emergencia o presencia de un conflicto armado, ya sea interno o internacional; **2.** Aspectos teóricos relacionados con el concepto de violencia planteada por Galtung y el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la OMS como guías conceptuales que brindaron herramientas para la identificación de los posibles desenlaces en salud y algunos de los mecanismos de su producción y **3.** Aspectos asociados con las características de la dinámica del conflicto en Colombia que pueden tener efectos en desenlaces en salud a través de una serie de mecanismos intermedios o de manera directa.

2.1.1. Principales efectos en salud asociados a la guerra

A pesar de las devastadoras consecuencias de la guerra en la salud, el estudio de sus efectos en la salud pública, no ha recibido la atención necesaria por parte de investigadores y políticos, como si lo han recibido otras causas de enfermedad y muerte, cuyas consecuencias son de menor magnitud (1). Sin embargo, existen evidencias sobre las posibles afectaciones en términos principalmente del estado de salud y en actividades de los servicios de salud, con base en información generada a partir de descripciones de guerras internacionales y de algunos conflictos internos.

Se ha reconocido de manera relativamente reciente, que los conflictos armados y la violencia política, son un importante problema en salud pública, no sólo por la muerte y discapacidad que causan, sino por su larga duración y la magnitud de los efectos indirectos sobre la salud y el bienestar de individuos, familias y comunidades (1). En términos generales, los documentos plantean una serie de efectos asociados con la mortalidad directa e

indirecta, con enfermedades transmisibles y no transmisibles, efectos en salud sexual y reproductiva, en el estado nutricional, en la salud mental y la discapacidad. También, se documentan efectos sobre los servicios de salud en distintas dimensiones. Para estudiar los efectos de la guerra en la salud, habitualmente se acude a los datos de registros oficiales, censos, o estimaciones de exceso de muertes. Sin embargo, en el marco de un conflicto armado, puede haber problemas con la generación y fiabilidad de esos datos. Uno de las dificultades es que la recolección de la información puede cesar en el transcurso de un conflicto. Por otro lado, los conflictos generalmente están muy politizados por lo que se puede entregar información falsa (2). Adicionalmente, pueden presentarse otras situaciones que limitan la obtención, recolección y veracidad de la información como: deficiencias metodológicas y técnicas en los cálculos de los impactos; incoherencia en la definición de algunos términos, como refugiados y poblaciones desplazadas; acceso restringido a zonas de conflicto y fuentes de información; la magnitud y rapidez de los acontecimientos y limitaciones económicas (1).

2.1.1.1. Efecto más visible: mortalidad directa

La muerte es uno de los efectos de mayor impacto y por tanto el más estudiado en el marco de las guerras. La mortalidad se diferencia entre directa e indirecta; las *mueres directas* son aquellas que ocurren como resultado de una lesión cinética debida al uso de un arma, estas muertes pueden ser producidas por el uso de distintos tipos de armas (químicas, biológicas, de fuego, etc.) y entre combatientes y civiles. En contraste, las *mueres indirectas* se producen como un resultado no relacionado con el uso de armas. Los ejemplos incluyen muertes por desnutrición o enfermedades infecciosas como consecuencia de la migración forzada, así como por la disminución de la disponibilidad de suministros en los centros de salud, entre otros (3). De acuerdo con Levy y Sidel, se estima que las guerras del Siglo XX produjeron alrededor de 190 millones de muertos, entre muertes directas e indirectas, más de la mitad, eran no combatientes. En las guerras ocurridas en la última década del siglo pasado el número de civiles muertos se incrementó siendo aproximadamente el 90% del total de muertos (3).

La muerte por causa directa es el evento con mayor visibilidad y quizás el mejor documentado entre los efectos de la guerra en la salud. En su Informe Mundial de Violencia, la OMS estimó que en el año 2000 murieron 310.000 personas, a causa de la violencia colectiva. Las tasas de defunciones relacionadas con la guerra variaron de menos de 1 por 100.000 hab. en los países de ingreso alto a 6,2 por 100.000 en los países de ingreso bajo y mediano (4). En guerras recientes como la de Irak, se estimaron aproximadamente 100 mil muertes en exceso después de la invasión en el año 2003, por parte de las fuerzas de la coalición y durante los 18 meses siguientes. Más de la mitad de estas muertes afectaron a mujeres y niños, y el riesgo de morir violentamente fue 58 veces más alto que en los 15 meses anteriores a la invasión, mientras el riesgo de morir por todas las causas fue 2,5 veces más alto después de la invasión.

2.1.1.2. Sobre la mortalidad indirecta

Entre los eventos *fatales indirectos* asociados con situaciones de guerra se encuentran las defunciones asociadas a enfermedades infecciosas prevenibles como la poliomielitis, el sarampión o la tosferina, defunciones asociadas a enfermedades no transmisibles o asociadas al funcionamiento de los servicios de atención como el asma, la diabetes o las cirugías de urgencias (4). El incremento de la mortalidad infantil, por ejemplo, es uno de los eventos más sensibles a las acciones del conflicto. En zonas de conflicto como Bosnia y Herzegovina, las tasas de mortalidad perinatal e infantil se duplicaron al cabo de sólo un año de conflicto (4).

Entre los aspectos relacionados con la mortalidad indirecta, se han señalado: la disminución de la disponibilidad de suplementos y los servicios de salud que puede resultar en barreras físicas al acceso a los servicios; la inadecuada financiación de recursos; la fuga de trabajadores de salud o el incremento de la demanda de servicios debido al aumento de las lesiones (5). Se ha discutido que la mortalidad indirecta asociada al conflicto es difícil de diferenciar de otras causas, debido a que en zonas de conflicto generalmente existen determinantes de contexto que también pueden ocasionar peor salud (6).

2.1.1.3. Lo más importante en morbilidad

Enfermedades transmisibles

En relación con las enfermedades transmisibles se ha documentado que en situaciones de guerra o conflicto se presenta incremento en la incidencia de enfermedades relacionadas con el agua (como el cólera, la fiebre tifoidea, y la disentería por *Shigella* spp.), las enfermedades transmitidas por vectores (como la malaria y la oncocercosis) y otras enfermedades transmisibles (como la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual) (4). El conflicto y la posibilidad de presencia o aumento de las enfermedades transmisibles se relacionan de forma estrecha, debido a que en situaciones de conflicto los servicios de control ambiental y los programas de salud, que en situaciones normales contribuyen a controlar o prevenir estas enfermedades, se ven perturbados o interrumpidos. Por ejemplo, los brotes epidémicos de malaria durante las guerras se han asociado con la disminución de los programas de control sobre el mismo (1).

El efecto de la guerra sobre los servicios de salud influye también en la posibilidad del incremento de la incidencia de enfermedades transmisibles. La destrucción de centros de salud; la reducción del personal de salud; las dificultades para mantener la cadena de frío para preservar vacunas, que puede reducir su cobertura; las dificultades para desarrollar actividades de prevención o la imposibilidad de acceso a la atención en salud pueden también hacer que se incremente la incidencia de enfermedades transmisibles (1). Otros factores como los movimientos masivos de población y reasentamiento en espacios temporales, el hacinamiento, la degradación económica y ambiental, el empobrecimiento, la escasez de agua, el saneamiento y la gestión insuficiente de residuos, la mala nutrición y el mal acceso a la atención de la salud, también pueden incrementar este tipo de enfermedades. Los estudios han identificado que las malas prácticas de lactancia materna se incrementan durante la guerra, lo que puede acrecentar la posibilidad de adquirir infecciones (7).

El VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, se difunden con gran facilidad en el marco de un conflicto por diversas razones, entre las que se encuentran: la atribución por parte de los actores armados en conflicto del derecho a exigir servicios sexuales a las personas del lugar, ya sea por la fuerza o por un pago; la alta movilidad de las tropas y su posterior retorno a las diferentes regiones después de la desmovilización; la vulnerabilidad frente al abuso sexual en refugiados y desplazados internos; la posibilidad de trabajar en la prostitución por parte de mujeres desplazadas al verse privadas de sus fuentes normales de ingresos para sobrevivir; la posibilidad de que los niños desplazados se vuelvan sexualmente activos antes de lo recomendado, debido a la falta de vigilancia y a procesos de descomposición familiar; además en ciertos contextos la sangre usada para las transfusiones en casos de emergencia puede no ser sometida a pruebas para detectar el VIH (4). No obstante, se ha señalado, que la epidemiología del VIH relacionada con conflictos armados tiene una complejidad mayor y depende de los determinantes de contexto de las zonas afectadas por el conflicto (8).

Enfermedades no transmisibles

Aunque no hay un registro amplio como en el caso de las enfermedades transmisibles, se ha señalado que debido a la interrupción de los servicios de salud, particularmente en actividades de atención de manejo adecuado de casos o de entrega de medicamentos, las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial u otras enfermedades cardiovasculares, pueden incrementarse o empeorarse (6).

Al respecto se indica que la gestión eficaz de las enfermedades no transmisibles requiere una red integrada de servicios primarios y servicios de atención terciaria; se hace esencial una atención primaria básica, que incluya medidas preventivas y de promoción de la salud. El manejo de estas condiciones se puede ver afectado por la mala calidad de los servicios de salud, la escases habitual de medicamentos y la falta de acceso en zonas con presencia de conflicto armado, lo que puede comprometer aún más el manejo de este tipo de enfermedades.

Esto puede incrementar la morbilidad y generar una carga adicional de muertes (4,5), la experiencia misma de la guerra puede incrementar el riesgo de sufrir diabetes, depresión y, en algunos casos, enfermedades cardíacas (9).

Salud mental: efecto silencioso

Entre los desenlaces en salud que con mayor énfasis se asocia con la guerra, se encuentra el de la salud mental. A pesar de que se afirma que la guerra y la violencia política tienen consecuencias en salud mental para las víctimas, familiares, comunidades e incluso para la sociedad en general, el conocimiento de esta asociación es precario (10). Se registra, por ejemplo, que encuestas nacionales de trastornos mentales producidos por las guerras, no están disponibles en la mayoría de los países que han experimentado este tipo de situaciones. Con la excepción de las investigaciones sobre los *veteranos de guerra* y estudios de víctimas de algunas guerras, poco se conoce sobre los problemas de salud mental causados por las guerras. Existen pequeños estudios clínicos de víctimas, incluidas las víctimas de tortura; de algunas comunidades en algunos países y descripciones de información anecdótica obtenida en campamentos de refugiados (10).

Los vacíos en este campo son grandes: poco se sabe sobre la etiología de los síntomas de trauma múltiple, las consecuencias de salud mental en las víctimas y el papel de los mecanismos de afrontamiento. Hay pocos estudios con muestras aleatorias y marcos desarrollados para el análisis a lo que se suma una carencia de hipótesis claras de cómo las personas pueden ser afectadas por la violencia política, los conflictos étnicos y las guerras (10). En general, se insiste, en que a pesar de que algunas víctimas desarrollan importantes disfunciones psiquiátricas y sociales, la relación entre experiencias traumáticas en la guerra y resultados en salud mental no está clara (10). Sin embargo, algunos estudios han puesto énfasis en determinadas manifestaciones de problemas de salud mental como el Síndrome de Estrés Posttraumático (SEPT), mientras otros han documentado algunas condiciones que pueden influenciar la salud mental asociada a

la guerra y otros han llamado la atención sobre lo restringido para la comprensión de este problema de la visión biomédica y la necesidad de ir más allá del daño individual.

Con respecto al SEPT se anota que entre los síntomas de este evento, entre quienes han participado o han sido afectados por la guerra, se incluyen estallidos de ira, entumecimiento emocional, aislamiento y desesperación, desconfianza y paranoia, hipervigilancia y preocupación con un enemigo. Existe una mala regulación del afecto, una disminución del miedo condicionado y lo que equivale a una disminución de la "inteligencia emocional". Los síntomas se traducen en incompreensión, amargura, resentimiento, agresión, y la franca hostilidad (11). En este sentido se afirma que esta grave carga psicológica puede servir como un motor para perpetuar el conflicto, por lo que mayor comprensión del trauma psicológico en individuos puede ayudar a guiar el diseño de enfoques de tratamiento e intervenciones para las poblaciones afectadas por conflictos (11).

Al margen del SEPT, se han descrito otras manifestaciones de afectaciones a la salud mental de una guerra entre las que se destacan: *la depresión y ansiedad; afeciones psicósomáticas; comportamiento suicida; conflicto intrafamiliar; abuso de alcohol; comportamiento antisocial; daños emocionales, morales, psicológicos (miedo, rabia, desconfianza, modificación de relaciones comunitarias y familiares); alteraciones del sueño, depresión, abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas; alteraciones de la alimentación; comportamiento agresivo en niños; violencia intrafamiliar; bajo rendimiento escolar en los niños; déficit de atención, entre otras* (4,13), sin olvidar que es necesario replantear el estado de angustia normal como una alteración psicológica (12).

Se afirma que la gravedad y el tipo de trastorno en salud mental causados por la guerra dependen de aspectos como: la naturaleza y la intensidad de la violencia; si se fue testigo o víctima de actos de terror como tortura; violación; detención; persecución; exilio; desplazamiento; reubicación forzada; bombardeos y traumatismos múltiples; la naturaleza de la discapacidad física sufrida; el tipo y la ubicación del campamento de refugiados o

las condiciones de asentamiento; las características psico-lógicas de las personas como sexo, edad y rasgos de personalidad; el tipo de participación en la producción de violencia (combatiente, victimario, terrorista); antecedentes de vulnerabilidad psicológica o consecuencias secundarias de la guerra sobre la familia o la vida económica; el contexto cultural en el que ocurre la violencia; y la pérdida de los lazos comunitarios, entre otras (4,10,12).

Otros autores han hecho énfasis en la necesidad de una visión más allá de manifestaciones individuales de trastornos en salud mental. Para Martín Baró, por ejemplo, es necesario concebir la salud o el trastorno mental desde una perspectiva que va del todo a las partes, de la exterioridad colectiva a la interioridad individual. De tal manera, el trastorno puede situarse en distintos niveles y afectar a distintas entidades: en unos casos será el individuo el trastornado, pero en otros será una familia entera, un determinado grupo o toda una organización. El autor suscribe como ejemplo el nacional-socialismo de Hitler que supuso un serio deterioro de su salud mental de la sociedad alemana que se materializó en comportamientos institucionales aberrantes como la masacre de millones de judíos; es decir, afirma: "que la sociedad nazi era una sociedad trastornada, una sociedad basada en relaciones deshumanizantes, aun cuando ese trastorno no hubiere aflorado en síndromes personales que pudieran ser diagnosticados con el DSM-III" (13).

En este sentido, y haciendo referencia a la guerra en El Salvador, el mismo Baró, afirma que el efecto más nefasto de la guerra en la salud mental del pueblo salvadoreño está relacionado con el deterioro de las relaciones sociales, escenario donde se da la construcción histórica como personas y como comunidad produzca o no trastornos individuales, el deterioro de la convivencia social es ya, en sí mismo, un grave trastorno social, un empeoramiento en la capacidad colectiva de trabajar y amar, de afirmar la identidad, es un signo de afectación en la salud mental de un pueblo. También llama la atención sobre la necesidad de establecer diversas líneas de análisis, ya que no se puede asumir que la guerra tenga un efecto uniforme en toda la población, por lo que propone hacer el análisis por clase social, involucramiento en el conflicto y el tiempo de exposición al mismo (13).

Sobre la discapacidad

Otro desenlace en salud muy importante es la discapacidad. En general son también escasos los datos sobre la discapacidad relacionada con los conflictos. Se conocen datos de algunos países en conflicto a partir de encuestas. Por ejemplo, la OMS reporta que una encuesta realizada a nivel nacional en Zimbabue en 1982, encontró que 13% de las discapacidades físicas se produjeron durante el conflicto armado anterior. En Etiopía cerca de la tercera parte de los 300.000 soldados que regresaron del frente al terminar el conflicto estaban heridos o discapacitados, y por lo menos 40.000 personas habían perdido una o más extremidades (4).

Entre los aspectos relacionados con la discapacidad en el marco de los conflictos armados se encuentran las minas terrestres como causa importante de discapacidad. En algunos conflictos, la mutilación seccionando las orejas o los labios, tal como se practicó en Mozambique durante la guerra civil, o de las extremidades, ha sido una estrategia usada sistemáticamente para desmoralizar a las fuerzas opositoras (4).

Salud reproductiva

Otro de los aspectos estudiados es el relacionado con la salud reproductiva. Se ha documentado que debido a la reducción o ausencia de servicios de salud reproductivos, servicios de cuidado pediátrico escasos y limitaciones en el acceso a planificación familiar que pueden estar relacionadas con situaciones de conflicto armado, se pueden presentar efectos en el estado de salud, como por ejemplo el aumento de la mortalidad materna y la mortalidad neonatal. A pesar de que no existen evidencias claras de asociación, en el reporte de la OMS de 2005, se informa que 14 de los 15 países con mayor mortalidad neonatal tenían o habían vivido situaciones de conflicto armado reciente (14).

En la Guerra de Irak, por ejemplo, alrededor del 30% de las mujeres en el área urbana y el 40% en las zonas rurales, tuvieron partos sin ayuda cualificada. Muchos de los centros de atención primaria carecían de suministros y equipos necesarios para los servicios prenatales; más de la mitad de las instalaciones de atención primaria dejaron de prestar servicios de planificación familiar debido al atraco, falta de suministros y la capacitación inadecuada, otros fenómenos como el de la prostitución se hicieron más frecuentes y de la misma manera el aumento de enfermedades de transmisión sexual como el VIH (15).

Afectaciones sobre el estado nutricional

En el marco de una guerra o conflicto armado, la desnutrición y la inanición pueden resultar de la interrupción del comercio de alimentos, el desplazamiento y la escasez de suministros en los campamentos de refugiados y las personas internamente desplazadas. El grupo más vulnerable son los menores de cinco años. Algunos niños ya están desnutridos por la pobreza, lo que se puede exacerbar por la situación de guerra. El hambre y la desnutrición contribuyen además al aumento de la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas. Por otra parte, la malnutrición a largo plazo y la desnutrición proteico-calórica dan lugar a deterioro socio-emocional (16).

La producción de alimentos en el marco de los conflictos armados, puede verse afectada también por acciones como el uso de herbicidas, minas terrestres antipersona, limitación de acceso a mercados, y la destrucción de infraestructura en zonas rurales, lo que reduce considerablemente la disponibilidad de tierras cultivables, producción y distribución de alimentos. Otros efectos como el aumento de precios de los alimentos, o el uso de estos como arma de guerra que se puede manifestar en la provisión de alimentos selectivamente a ciertas áreas o grupos, o a través del control de la ayuda humanitaria que puede ser desviada incluso para su cambio por armas (1), pueden tener consecuencias sobre la disponibilidad y acceso a los mismos y por ende en el estado nutricional de las poblaciones en las zonas afectadas.

2.1.1.4. La afectación a los servicios de salud

La afectación de los servicios de salud en el marco de la guerra es un tema de relevancia, dado que está asociado a su vez con efectos perjudiciales en el estado de salud de las poblaciones afectadas por el conflicto, como se afirmó en párrafos anteriores. La OMS identificó en su Informe Mundial de Violencia varias dimensiones en las que los servicios de salud pueden verse afectados, entre las que se encuentran: el acceso a los servicios, la infraestructura, el recurso humano, el equipamiento y suministro en actividades de atención en salud, la formulación de la política sanitaria y actividades de ayuda (4). Cada una de estas dimensiones tiene manifestaciones particulares que se integran al análisis, entendidas como un determinante intermedio, pero algunas de las afectaciones se concibieron también como expresiones directas del conflicto (Tabla 1).

En las guerras contemporáneas los actores armados han considerado a los servicios de salud como objetivos estratégicos de importancia política. En consecuencia, el personal médico ha sido objeto de amenazas de muerte, ejecuciones masivas, asesinatos o detenciones arbitrarias y tortura; los hospitales y centros de salud son saqueados o destruidos; se impide la entrega de suministros o prestación de cualquier tipo de servicios a los enemigos. (10).

2.1.2. Aspectos teóricos: el concepto de violencia y los determinantes sociales de la salud

Como se mencionó en el inicio del apartado se consideraron dos propuestas teóricas como principales instrumento para establecer un modelo de análisis que permitiera explorar los efectos del conflicto armado en la salud en Colombia. Estos dos elementos habían sido considerados para el análisis de la violencia homicida en el Cuarto Informe del ONS (17) por lo que se expondrá de manera sucinta. Se seleccionaron como referentes para este Informe por su potencial como herramienta analítica, para establecer posibles mecanismos de producción de los efectos en el estado de salud considerados para este análisis.

2.1.2.1. El triángulo de la Violencia

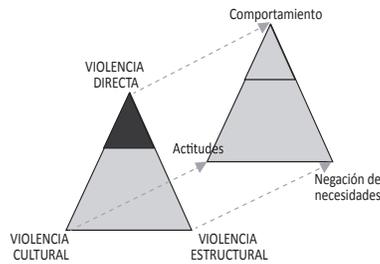


Figura 1. Triángulo de la violencia
Fuente: Galtung, 2003

Galtung plantea, con base en el triángulo de la violencia, unos aspectos relacionados con la formación de violencia y unos efectos materiales (visibles) e inmateriales (invisibles). Los espacios contemplados son: naturaleza, hombres, sociedad, mundo tiempo y cultura (18) (Tabla 1).

"El concepto de triángulo de la violencia trabajado por Galtung, hace referencia a la relación existente entre los tipos de violencia que él define en su propuesta: Violencia Directa, Violencia Estructural y Violencia Cultural (17). Para este autor, la violencia debe ser comprendida como un iceberg, de tal forma que la parte visible de la problemática es proporcionalmente más pequeña de aquella que subyace a las reales causas múltiples y complejas del problema de lo explícito. Así, el autor propuso que lo visible es tan solo una expresión de tensiones que subyacen en las sociedades que deben ser identificadas para modificar las conductas que se expresan en la físico. Galtung definió cada uno de los tipos de violencia de la siguiente manera: **1.** La violencia directa es visible, hay un emisor, un actor intencionado sobre las consecuencias de esa violencia que se concreta con comportamientos y responde a actos de violencia (agresión física a otro). **2.** La violencia estructural, proviene de la estructura social que no permite la satisfacción de las necesidades y se concreta, precisamente, en la negación de las mismas. Las dos principales formas de violencia estructural externa son bien conocidas a partir de la política y la economía: represión y explotación, ya que actúan sobre el cuerpo y la mente pero no son necesariamente intencionadas. **3.** La violencia cultural, crea un marco cognitivo, ideológico y simbólico legitimador de la violencia y se concreta en actitudes que se conducen a partir de la escuela, el lenguaje, el arte, las ciencias y cuya función es legitimar la violencia directa y la estructural. El poder cultural mueve a los actores persuadiéndolos o convenciéndolos de lo que está bien y lo que está mal y por tanto influenciando el poder político para la producción de decisiones (17) (Figura 1).

Tabla 1. Espacios de formación de violencia y sus efectos

ESPACIO	EFFECTOS VISIBLES Y MATERIALES	EFFECTOS INVISIBLES E INMATERIALES
Naturaleza	Agotamiento, contaminación y daños a la diversidad.	Menos respeto por la naturaleza Se refuerza el principio del "hombre sobre la naturaleza"
Hombres	Muertos, Personas lesionadas Mujeres sometidas a abuso sexual Desplazados Empobrecimiento Viudas y huérfanos Soldados desempleados	Efectos espirituales: Pérdidas de familiares Generación de traumas Ocio generalizado Depresión general Apatía general Adicción a la venganza Adicción a la victoria
Sociedad	Daños materiales a edificaciones daños materiales a la infraestructura: carreteras, vías ferroviarias, correos, telecomunicaciones, electricidad, agua, sanidad y educación	Daños a la estructura social Daños a instituciones y gobierno Daños a la cultura social: afectación a la Ley y orden y a los derechos humanos
Mundo	Daños materiales a la infraestructura: interrupción del comercio e intercambio internacional	Daños a la estructura mundial; daños a la cultura mundial
Tiempo	Violencia retardada: minas terrestres, artefactos sin explotar; Violencia transmitida: daños genéticos generacional	Transferencia de estructuras a la siguiente generación; transferencia cultural a la siguiente generación;
Cultura	Daños irreversibles al patrimonio cultural humano y a lugares sagrados en espacios determinados	Cultura violenta del trauma y la gloria; deterioro de la capacidad de resolución de conflictos

Fuente: Galtung 2015

Los elementos esbozados por Galtung contribuyeron en la definición de las expresiones directas del conflicto armado en Colombia, así como los posibles aspectos tanto visibles como invisibles, relacionados con los determinantes intermedios de la salud que se encuentran sintetizados en la Tabla 3.

2.1.2.2. El modelo de determinantes sociales de la salud

El modelo DSS de la OMS, plantea que los determinantes se pueden entender como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud (19), de manera que los DSS se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los que las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (17).

En este sentido las dimensiones bajo las que se agrupan los distintos factores que determinan las desigualdades en salud se han centrado en dos grandes esferas: la primera los "Determinantes estructurales", y la segunda "Determinantes intermedios o factores intermedios de la salud".

La manera como se presentan estos factores y su interacción en la sociedad se expresan en el impacto sobre las desigualdades en salud y en el bienestar (19). La Comisión de los Determinantes Sociales de Salud, plantea que los *determinantes estructurales* son aquellos que *generan la estratificación social*; estos incluyen la posición social, la clase social, la etnia, el género, la edad y el territorio (20).

Estos aportes fueron tenidos en cuenta en la configuración los aspectos considerados como expresiones intermedias del conflicto armado que se relacionan con resultados en el estado de salud. A su vez, considerando que el conflicto armado en Colombia afectó de manera diferencial a la población, se plantearon en el modelo final como ejes transversales o de desigualdad, para los efectos del conflicto armado: la etnia, el género, el territorio, la clase social, la edad (Figura 3).

Adicional al modelo de determinantes sociales, se tuvo en cuenta una aproximación a un modelo de las consecuencias de la guerra en la salud elaborado por Guha y Van (15), donde se establecen tres tipos de consecuencias: primarias, secundarias e impactos individuales. Entre las consecuencias primarias se encuentran aspectos como: *el daño a la agricultura; el desplazamiento forzado; el daño a la infraestructura de salud y el decrecimiento de la inversión en salud*. En las consecuencias secundarias se encuentra: *las escases de alimentos; ausencia de saneamiento; bajas coberturas de inmunización; bajo acceso a servicios de salud y la pérdida de recursos* y esto lo relacionan con unos impactos individuales en desenlaces en salud como: *muerte; lesiones y discapacidad; malnutrición e inanición; daño en la salud mental; aumento de enfermedades infecciosas*.

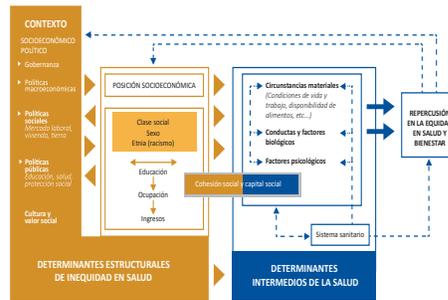


Figura 2. Modelo de determinantes sociales de la salud

Fuente: modificado de Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2010

2.1.3. Algunas particularidades de la dinámica del conflicto armado en Colombia que se pueden asociar con desenlaces en salud

Teniendo en cuenta los elementos esbozados anteriormente, se definieron algunos aspectos de la dinámica del conflicto armado que se consideraron centrales, por sus posibles efectos en los eventos en salud documentados y por su relación, con las nociones señaladas. Como expresión directa de la guerra, se partió de tres aspectos como elementos iniciales de una secuencia de resultados que pueden producir efectos sobre el estado de salud de individuos. Es importante aclarar, que algunos de estos aspectos pueden ser a su vez consecuencia de otros, por ejemplo, el desplazamiento, puede resultar de otras modalidades de violencia o producto de actividades de obtención de recursos para la guerra.

2.1.3.1. Las expresiones directas del conflicto armado

Las modalidades de violencia

El primero de estos elementos comprende las 14 modalidades de violencia documentadas por el Centro de Memoria Histórica (CMH): **1.** Asesinatos selectivos, **2.** Masacres, **3.** Muertes de civiles en acciones bélicas, **4.** Atentados terroristas, **5.** Ataques a poblaciones, **6.** Ataques a bienes civiles, **7.** Secuestro, **8.** Tortura, **9.** Desaparición forzada, **10.** Desplazamiento forzado, **11.** Violencia sexual, **12.** Minas antipersona, **13.** Reclutamiento ilícito y **14.** Amenaza. El CMH describe en su informe de manera detallada el comportamiento de cada uno de estos eventos, en términos del número de muertos ocasionados, la frecuencia de uso de estas modalidades por parte de los actores del conflicto, la dinámica y propósito de cada modalidad (21). Esto revela finalmente la crueldad de la guerra en Colombia y el drama de millones de víctimas y poblaciones afectadas, por lo que aparte de la coherencia con los aspectos conceptuales planteados, se consideró fundamental resaltarlos como centrales en su efecto sobre la salud.

Teniendo en cuenta que cada una de estas modalidades puede tener efectos en el estado de salud de los individuos y las poblaciones, se establecieron, una serie de posibles expresiones intermedias a través de los que se pueden producir dichos resultados. No obstante, algunas modalidades pueden tener también efectos directos en el estado de salud. Por ejemplo, todas aquellas modalidades que producen desenlaces fatales, tienen finalmente un efecto directo sobre la mortalidad, como dimensión de estado de salud. Las minas antipersona, por ejemplo, aparte de su efecto en la mortalidad, pueden tener un efecto directo sobre la discapacidad como medida del estado de salud, pero también pueden tener efectos en determinantes intermedios del estado de salud, como el daño ambiental o sobre el acceso a servicios de salud por el confinamiento, como se muestra en la Tabla 3 y en la Figura 3.

Las formas de obtención de recursos para el conflicto armado

Otro aspecto relacionado con la dinámica del conflicto, que se consideró importante en términos de sus posibles desenlaces de salud es lo relacionado en las formas de obtención de recursos para la guerra. Los cultivos ilícitos y el narcotráfico; la minería ilegal; la cooptación de rentas públicas, se consideraron importantes por sus posibles efectos en determinantes intermedios y finalmente en los desenlaces en salud. Se reconoce que las fuentes de financiación de los actores del conflicto, particularmente, de los grupos ilegales, han sido diversas: el secuestro; la extorsión; el pago de vacunas; la minería ilegal y el narcotráfico, entre otras, han alimentado el conflicto. Pero son quizás las actividades de producción y tráfico de drogas las que han librado el papel más importante en la financiación del conflicto armado colombiano, en especial en la época más reciente (22).

El cultivo y la comercialización ilícita de hoja de coca agudizaron aún más la violencia, pues financiaron a los grupos armados e incentivaron su expansión territorial durante la segunda mitad de los años noventa. La lucha por la tierra intensificó los combates, aumentó el número de víctimas civiles y generó desplazamiento forzado (22). En este sentido, este aspecto tiene impacto sobre los determinantes intermedios, pero también directamente sobre desenlaces de salud. Asimismo, las estrategias usadas para combatir este fenómeno también tienen un efecto directo en salud y en factores intermediarios de la misma.

De estas estrategias, la principal había sido, hasta hace poco, la aspersión aérea de cultivos ilícitos con glifosato. Mejía y otros realizaron un estudio sobre las consecuencias de la salud de esta estrategia y a partir de una revisión, establecieron tres grupos de enfermedades potencialmente relacionadas con la aspersión aérea: enfermedades dermatológicas, respiratorias, y anomalías durante el embarazo-aborto y estimaron que la exposición al glifosato utilizado en las campañas de aspersión aérea de cultivos de hoja de coca aumentó la probabilidad de sufrir trastornos en la piel (problemas dermatológicos) y abortos. En general, los problemas de salud asociados con la exposición al glifosato y con el cultivo de hoja de coca, pueden generar efectos a largo plazo que afectan el desarrollo en la economía colombiana rural al empeorar las condiciones de salud de los habitantes de estas regiones y con esto, su capital humano y productividad (23).

Tanto los cultivos ilícitos como las políticas en contra de las drogas tienen efectos ambientales como la destrucción de la flora nativa, el agotamiento de la materia orgánica de los suelos de vocación forestal con la posterior generación de procesos erosivos, la destrucción de las cadenas tróficas y de los nichos ecológicos con la subsiguiente disminución del potencial genético, entre otros (24), lo que finalmente puede tener efectos en la salud de las poblaciones. De la misma manera, la actividad minera tiene diferentes efectos sobre el ambiente, el contexto social y cultural y efectos directos sobre la salud. En el Séptimo Informe del ONS se describen algunos de estos efectos, los primeros actuarían como mecanismos indirectos pero también puede ha-

ber desenlaces más directos asociados con la salud, como por ejemplo, el incremento de la malaria, por la aparición de nuevos criaderos (25). En la Tabla 2 se resumen los principales efectos en estas dos dimensiones; además, la inversión en sectores como la salud se ve menguada por la inversión en las actividades relacionadas con el conflicto.

El ataque a los servicios de salud como manifestación directa

Los efectos sobre los servicios de salud se concibieron desde sus manifestaciones directas e indirectas. Como manifestación directa, se entiende los ataques a la misión médica. Estos ataques incluyen: asesinatos a personal de salud; amenazas; secuestro; ataques a infraestructura; ataques a transporte sanitario; entre otros (26). Adicional a lo descrito, las afectaciones pueden estar orientadas al impedimento de las actividades de atención, control, prevención de enfermedades y promoción de la salud, lo que tiene, efectos sobre los DSS, y efectos directos sobre el estado de salud.

2.1.3.2. Las expresiones intermedias del conflicto armado

En relación con lo que se denominó expresiones intermedias del conflicto, que pueden estar a su vez asociadas con efectos en salud, se consideraron los efectos sobre los siguientes aspectos: contexto económico; contexto socio cultural; sobre la infraestructura vial y de servicios públicos; el contexto ambiental, el contexto político y sobre los servicios de salud.

Las posibles efectos sobre el contexto económico

Se identificaron distintos aspectos sobre los que el conflicto armado en Colombia puede tener unos impactos en el contexto económico derivados de las expresiones directas del mismo y que además pueden relacionarse con desenlaces en salud. En ese sentido, aspectos como la productividad, el empleo y la seguridad alimentaria pueden verse afectados por varias modalidades de violencia documentadas y por las actividades para la obtención de recursos para el conflicto armado.

Los trabajos internacionales sobre el tema han identificado un conjunto amplio de mecanismos teóricos mediante los que el conflicto violento afecta el desarrollo económico. Por ejemplo, se argumenta que el conflicto armado destruye el capital físico y la infraestructura pública; frena la acumulación de capital humano en la medida en que la gente muere o queda incapacitada; desvía recursos de inversiones productivas hacia actividades extractivas o de defensa, y deteriora la confianza en las instituciones y el capital social, lo que afecta la gobernabilidad y hace que los efectos negativos del conflicto perduren en el largo plazo (27).

Existe evidencia, que se verá con mayor detalle en el capítulo quinto, mostrando como el conflicto ha reducido en un nivel importante la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB). Modalidades como el desplazamiento forzado, por ejemplo, han producido una pérdida de producción agrícola equivalente al 3,4% del PIB agropecuario anual. Además, los hogares desplazados enfrentan muchas dificultades para recuperarse de las pérdidas económicas de la migración forzada y están inmersos, en una trampa de pobreza (28). El conflicto armado produce efectos sobre la producción agrícola, a través de mecanismos muy variados, como el aumento de los costos productivos y cambios en las decisiones de los hogares sobre lo que producen; incremento de los costos de transacción por la destrucción de activos e infraestructura (quema de cultivos, robo de activos productivos, despojo de tierras y destrucción de infraestructura para el transporte de alimentos); disminución de mano de obra por el desplazamiento; y obstáculos para el funcionamiento de algunos mercados. Además de los efectos anteriores, la violencia armada altera el uso de la tierra y la inversión (29) (Tabla 3). Lo anteriormente descrito, producen desenlaces en salud en distintas dimensiones, por ejemplo, en el estado nutricional, especialmente de niños, en la salud mental y en el acceso a servicios que permitan bienestar y mejoras en la calidad de vida, entre otros.

Efectos sobre aspectos culturales y sociales

En la dinámica de la guerra en Colombia y producto de las distintas modalidades de violencia, se han configurado una variedad de efectos sobre el contexto social y cultural de individuos, familias y comunidades. Estas afectaciones pueden tener a su vez efectos en desenlaces en salud, como se ha afirmado; las afectaciones en este contexto, se refieren principalmente a lesiones y alteraciones producidas en los vínculos y relaciones sociales. Esto incluye la vulneración de las creencias, prácticas sociales y modos de vivir de las comunidades (21).

Entre los efectos sobre este ámbito se encuentran: la destrucción o pérdida de espacios y formas de encuentro, asociados con las fiestas, celebraciones, conmemoraciones y otras actividades de la vida cotidiana colectiva; la imposibilidad de trabajar en actividades de producción e intercambio, como la pesca, siembra, recolección y comercialización de productos y provisiones. Se puede presentar afectación en los procesos de comunicación, producto de acciones como la exposición pública de castigos, la obligación de la delación, entre otros códigos de comportamiento que generan desconfianza entre los miembros de la comunidad. Todo lo anterior, altera los valores que garantizan la seguridad y el desarrollo personal, necesario para la cohesión social y la convivencia, que produce a su vez detrimento de la solidaridad, la participación y la reciprocidad (21).

En síntesis las afectaciones en esta dimensión, el daño sociocultural, involucra impactos a nivel individual y colectivo; por un lado despoja a las personas de recursos y relaciones fundamentales para asumir sus vidas y enfrentar la adversidad, y por otra desestructura los tejidos sociales y trastorna la transmisión de saberes y prácticas de gran significado para las personas y las familias (21). Para las comunidades indígenas y afrodescendientes, estas afectaciones cobran aún más relevancia dado que, en general, estas afectaciones ponen en riesgo la existencia de estas comunidades, pues deterioran los sistemas productivos, las habilidades, los usos y costumbres ancestrales que garantizan la subsistencia cotidiana, la transmisión de saberes y la pervivencia

cultural, afectan los tiempos y los lugares para llevar a cabo los rituales y las prácticas culturales propias de cada etnia. De este modo, limitan la función que estos aspectos cumplen en sus procesos de socialización, cohesión, regulación e identidad (21). Las comunidades desplazadas se exponen a nuevos referentes culturales, sociales y religiosos, que cuestionan sus pautas de socialización y que introducen inesperadas fuentes de tensión y de conflicto. Estos cambios y el despliegue de modalidades de violencia hacia las familias y sus miembros, causan daños que lesionan el funcionamiento de las relaciones familiares tradicionales, creencias, rituales y saberes culturales; así como al impacto a los sentidos espirituales, sociales, económicos políticos articulados a los territorios que habitan (30). Los desenlaces en salud de este conjunto de afectaciones se pueden expresar en aspectos relacionados con la salud mental que incluyen tanto desenlaces como la adopción de conductas de riesgo, el posible incremento de violencia intrafamiliar, etc., pero también pueden relacionarse con afectaciones en el estado nutricional o incremento de enfermedades transmisibles, particularmente en niños.

Contexto político

El contexto político puede verse afectado por las distintas expresiones directas del conflicto y los desenlaces adversos en salud alcanzan a estar relacionados con el detrimento de la democracia, que impide a su vez la participación social y los procesos organizativos para la exigibilidad de derechos, como el de la salud, pero también, en el caso de Colombia, el desempeño municipal, en términos de provisión de servicios también puede verse fracturado por la presencia del conflicto. Resultados de algunos estudios muestran que el conflicto ha venido afectado la efectividad de los gobiernos subnacionales para proveer dichos servicios. De acuerdo con Rodríguez, en el nivel local, el conflicto armado estaría poniendo en juego uno de los motivos básicos de la descentralización: la capacidad de satisfacer las necesidades ciudadanas mediante la provisión de servicios públicos (31).

Efectos ambientales

De acuerdo con Ugalde, a pesar de que se ha estudiado el daño sobre el medio ambiente, de actividades en el marco de guerras o conflictos, el estudio de los efectos directos sobre la salud humana que ocasiona el daño ambiental tiene varias dificultades, entre las que se encuentra la dificultad de medir la exposición en los individuos, o los malos registros de morbilidad (1). Sin embargo, existe una relativa buena evidencia sobre el impacto de los químicos usados en la guerra de Vietnam sobre desenlaces en salud en la población. Altas tasas de debilidad crónica, náuseas, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza recurrentes, depresión, ansiedad y pérdida del libido y alguna evidencia no tan conclusiva sobre cáncer de hígado, hepatitis crónica y abortos espontáneos (1).

Existe también evidencia de que con el transcurso del tiempo, algunos tipos de minas terrestres se descomponen antes de explotar; cuando este es el caso, las lluvias y las inundaciones dispersan productos químicos tóxicos en grandes extensiones de tierra, ríos, acuíferos y suelos, de esta manera, las minas sembradas en los campos, incluso después de los conflictos, obstaculizan no sólo el acceso a la tierra para los agricultores, pastores y refugiados que regresan, sino que han cubierto grandes extensiones de la superficie terrestre con basura no biodegradable y tóxica (1).

En Colombia, distintas modalidades de violencia y aspectos relacionados con la obtención de recursos para la guerra han generado daños ambientales graves y aún no calculados. Tierras erosionadas por el abandono o uso inadecuado, fuentes de agua contaminadas por efecto del derrame de hidrocarburos, especies de fauna y flora extinguidas o en riesgo de extinción y reservas naturales invadidas son algunas de las consecuencias que el conflicto armado ha causado en el medio ambiente (21), los que a su vez puede ocasionar menoscabo en la salud y efectos socioculturales.

Efectos sobre la infraestructura y servicios públicos

Se destacan la afectación que puede resultar de ataques que directa o indirectamente recaigan sobre la infraestructura de servicios públicos. De acuerdo con Franco y otros, en Colombia la interrupción del suministro de energía eléctrica, por ejemplo, se convirtió en una estrategia utilizada por los insurgentes para presionar, intimidar y controlar la población. La energía eléctrica es un insumo esencial para el funcionamiento de varios servicios de salud, como diagnóstico, salas de cirugía, equipos de imágenes diagnósticas, etc. De la misma manera los ataques a la infraestructura vial pueden afectar el acceso a los servicios de salud (32). Al producir daño a la infraestructura relacionada con saneamiento básico, puede ocasionar afectaciones en el estado de salud.

Efectos sobre los servicios de salud

Se tomaron como referencia para el modelo las dimensiones descritas por la OMS (4) y mencionadas en la primera parte de este apartado (Tabla 1). De tal manera son distintos los mecanismos por los que las expresiones de la guerra pueden afectar el adecuado funcionamiento de los servicios de salud y esto a su vez, es un mecanismo fundamental en la generación en desenlaces en salud.

En el Tabla 3, se describen los principales desenlaces en salud que pueden estar asociados al conflicto armado en Colombia, por efecto de las distintas expresiones y determinantes intermedios de la salud que pueden verse impactados por la dinámica del conflicto armado en Colombia. En la Figura 3, se resume lo presentado en este capítulo; se sintetizan los aspectos conceptuales que permitieron establecer los posibles desenlaces en salud que fueron objeto de análisis.

Tabla 2. Efectos del conflicto armado sobre los servicios de salud

DIMENSIÓN	ASPECTOS AFECTADOS
Recurso humano	<ul style="list-style-type: none"> Ataques directos a trabajadores del sector: homicidio; lesiones. Afectación en el estado emocional y de salud mental de trabajadores del sector Limitaciones para vinculación de recurso humano por miedo; Alta rotación de personal Temor del personal a ser asociados con algún actor del conflicto. Interrupción del adiestramiento y la supervisión Desplazamiento y exilio de trabajadores del sector
Acceso a servicios	<ul style="list-style-type: none"> Menor acceso geográfico (destrucción de vías, impedimento para transportarse) Menor acceso económico Menor acceso social Limitaciones del acceso por confinamiento (minas antipersona, prohibiciones para la movilización)
Equipamiento y suministro	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de demanda atención por afectados Limitación en el acceso a medicamentos; Limitación de acceso a nuevas tecnologías; incapacidad para mantener cadena de frío (vacunas)
Actividades de atención, prevención y promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Limitaciones para la realización de programas de prevención y control de (actividades de control de distintas enfermedades; actividades de fortificación alimentaria) Requerimiento de mayor inversión para atención de necesidades de salud de población desplazada. *Posible desbordamiento de las capacidades de los servicios de salud para atender a la población, según el sitio de llegada de desplazados. Aumento de la demanda de atención por acciones del conflicto Interrupción de la vigilancia y los sistemas de información sanitarios. Concentración de los programas en una sola enfermedad (como la malaria) o una única intervención (como la vacunación) Mayor urbanización de la prestación de atención de salud
Formulación e implementación de Políticas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Debilitamiento de participación en ámbitos relacionados con formulación de políticas o exigibilidad de derechos. Debilitamiento de la capacidad nacional para intervención y vigilancia en el escenario local Incapacidad para controlar y coordinar las actividades de distintos organismos Limitación en la información sobre la cual basar las decisiones Menos participación en los debates sobre políticas en el plano local e internacional

Fuente: adaptación del equipo de trabajo del GNS, desde Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2003;(588).

Tabla 3. Expresiones directas del conflicto armado en Colombia y sus posibles efectos sobre determinantes intermedios de la salud

EFECTOS EN DETERMINANTES INTER-MEDIOS	MODALIDADES DE VIOLENCIA	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA OBTENCIÓN DE RECURSOS	ATAQUES DIRECTOS A LOS SERVICIOS DE SALUD
Contexto Económico	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de productividad • Cambios en la estructura productiva • Empobrecimiento de pobladores y aumento del costo de vida • Limitaciones para la producción y distribución de alimentos • Aumento en precios de alimentos • Disminución de fuentes de empleo • Menor acceso a bienes de bienestar • Desarraigo y desplazamiento de la población afrocolombiana e indígena 		<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de costos para infraestructura en salud
Contexto Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura del tejido social • Destrucción de símbolos culturales • Modificación de relaciones sociales y familiares • Pérdida de saberes ancestrales • Privación de niños de relaciones sociales normales 	<ul style="list-style-type: none"> • Aculturación y pérdida de identidad de la población nativa • Intensificación de la prostitución y el consumo de alcohol • Migración campesina • Pérdida en la soberanía alimentaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de desconfianza • Afectación a los valores de solidaridad
Contexto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Contaminación de agua, aire y suelos por actividades bélicas. • Impedimento para llevar a cabo actividades de saneamiento ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> • Contaminación de agua, aire y suelos; • Agotamiento de fuentes hídricas, pérdida de biodiversidad; deforestación 	<ul style="list-style-type: none"> • Contaminación ambiental por uso de armas • Impedimento para actividades de saneamiento
Infraestructura vial y servicios públicos	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción servicios de energía eléctrica y agua potables • Impedimento de movilización por destrucción de vías 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor inversión en servicios públicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación a infraestructura de servicios de salud
Contexto Político	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a participación política • Debilitamiento de la democracia local • Diminución de efectividad de los gobiernos locales • Obtención de rentas ilegales • Aumento de la corrupción 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de aumento de corrupción • Limitaciones de funcionarios para ejercicio de sus funciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación a procesos organizativos de trabajadores del sector salud • Limitaciones para la actividad sindical en el sector salud
Servicios de salud **	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a servicios • Talento humano • Equipamiento y suministros • Actividades de atención, prevención, control de enfermedades y promoción de la salud • Formulación de políticas de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor inversión en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Ataques directos a infraestructura • Impedimentos para la atención • Impedimento para las actividades de control y prevención • Ataques directos a recurso Humano

**Detalles sobre este aspecto se encuentran en la Tabla 1
Fuente: análisis y elaboración equipo de trabajo ONS con base en las referencias

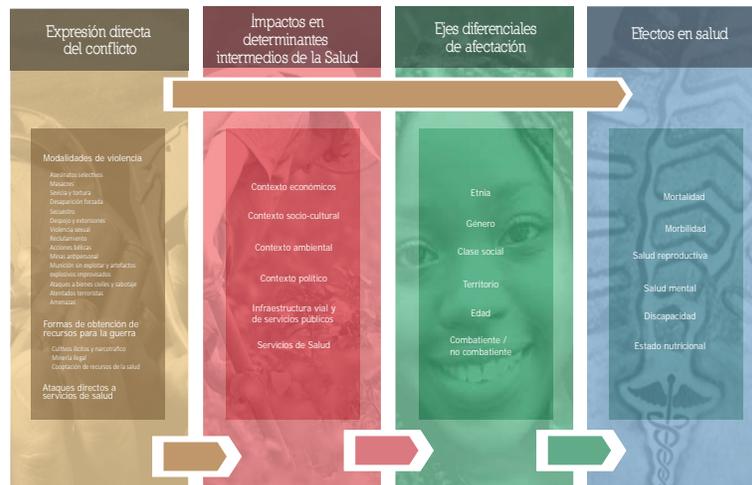


Figura 3. Esquema conceptual del impacto del conflicto armado en la salud en Colombia

Fuente: análisis equipo Observatorio Nacional de Salud

Tabla 4. Posibles desenlaces en salud y en servicios de salud asociados al conflicto armado en Colombia

DIMENSIÓN	DESENLACES ESPECÍFICOS
Directa	Homicidio
Indirecta	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición en menores de 5 años • Mortalidad infantil • Mortalidad por EDA en menores de 5 años • Mortalidad por IRA • Mortalidad por • Mortalidad por tuberculosis • Mortalidad por malaria • Mortalidad por ECV • Mortalidad por diabetes • Mortalidad por asma • Mortalidad por operaciones quirúrgicas de urgencias • Suicidio • Mortalidad por cáncer de cuello uterino
Mortalidad	
Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • EDA en menores de 5 años • IRA • ETV (malaria; leishmaniasis, fiebre amarilla) • Tuberculosis • Hepatitis • Meningitis • Enfermedades inmunoprevenibles
Enfermedades no transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones por causa externa (quemaduras, intoxicaciones) • Enfermedad cardiovascular • Diabetes • Enfermedades asociadas a contaminación ambiental • Enfermedades respiratorias crónicas
Morbilidad	
Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazos en adolescentes; • Mortalidad neonatal I • Niños con bajo peso al nacer • Nacimientos prematuros • VIH y otras ETS • Mortalidad materna • Morbilidad materna extrema
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Síndrome de estrés postraumático; • Trastornos de ansiedad • Incremento de conductas de riesgo (aumento de consumo de alcohol, sustancias psicoactivas) • Comportamientos suicidas • Violencia intrafamiliar • Trastornos alimenticios

DIMENSIÓN	DESENLACES ESPECÍFICOS
Física; cognitiva; sensorial	<ul style="list-style-type: none"> • Amputaciones de miembros superiores o inferiores • Lesiones que impidan la movilidad por usos de armas. • Déficit de aprendizaje en niños • Incapacidad para adelantar proyectos de vida por enfermedades (depresión) • Lesiones físicas
Discapacidad	
Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> • Homicidio de trabajadores del sector • Déficit de personal básico en zonas de conflicto • Amenazas y otros ataques a personal del sector
Actividades de atención, prevención y promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de coberturas de vacunación • Afectación en resultados de funcionamiento de programas de prevención y control • Incumplimiento en tratamiento adecuado de enfermedades • Debilidad en funcionamiento de la vigilancia en salud pública
Servicios de salud	
Suministros y equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias en infraestructura básica en • Ataques a infraestructura • Ataques a transporte sanitario
Acceso a servicios de salud	Disminución de acceso a servicios de salud en zonas de conflicto

Fuente: análisis y elaboración equipo de trabajo ONS con base en las referencias

Referencias

1. Hunt N. Health Consequences Of War And Political Violence. *Environ Violence, Peace, Confl.* 2010;2(3):93-111.
2. Murray CK, King G, Lopez AD, Tomijima N, Krug GG. Armed conflict as a public health problem. 2002;33(4-feb/war):348-9.
3. Levy S, Sidoti V. War and Public Health: An Overview. In: *War and Public Health*. 2008. p. 488.
4. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002;53(8).
5. Mark Anderson and JAMAR. The Epidemiology of War. In: *War and Public Health*. 2008. p. 50.
6. Watts S, Sidoti S. Social determinants of health in countries in conflict: A perspective from the Eastern Mediterranean Region [Internet]. *Office*. 2008. 68 p. Available from: <http://www.emro.who.int/dsa/dsa95.pdf>
7. Reza A, Anderson M and MJ. A Public Health Approach to Preventing the Health Consequences of Armed Conflict. In: *War and Public Health*. 2008. p. 274.
8. Betzi NA, Koudou BG, Coué G, Tschannen AB, Pignol AM, Ouattara Y et al. Effect of an armed conflict on human resources and health systems in Côte d'Ivoire: Prevention of and care for people with HIV/AIDS. *AIDS Care* [Internet]. 2006;18(4):356-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09540120500200856> <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120500200856>
9. Kestemich L, Siffinger B, Smith J, Winter J. The effects of World War II on economic and health outcomes across 15 jumps. *Rev Econ Stat.* 2013;96(March):103-18.
10. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Soc Sci Med.* 2002;50(4):551-79.
11. Kanter D. The Impact of War on Mental Health. In: *War and Public Health*. 2008.
12. Sumnerfeld D. Conflict and health: War and mental health: A brief overview. *Br Med J.* 2000;321(7255):223-5.
13. Martín-bano I. Guerra y salud mental. Papeles del psicólogo. 1993;56:1-5.
14. Gaha Superf DO. DEMOGRAPHIC AND HEALTH CONSEQUENCES OF CIVIL CONFLICT. *World Dev Rep* 2011. 2010;1(january):1-59.
15. Stephenson J. Health in Iraq. *Jama.* 2007;297(19):2069.
16. Barbara JS. The Impact of War on Children. In: *War and Public Health*. 2008. p. 206.
17. Correa K, Chaparro P, Vargas G, Díaz D, Cardenas L, Quevedo W, Salas P, Quevedo D et al. Análisis de la violencia homicida en Colombia: una aproximación a sus determinantes. In: *Violencia Homicida en Colombia Informe Técnico IV ed.* 2014. p. 22-125.
18. Galting J. Violencia, guerra y su impacto. *Polylog* [Internet]. 2015;1-17. Available from: <http://them.polylog.org/5/lg-es.htm>
19. WHO Commission on Social Determinants of Health & WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Organization, WH, editor. 2008.
20. Barriell C, Malmeiro D, Artaza L, Diez E, Rodríguez-Sanz JP, M. Carrasco P et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26(2):182-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>
21. de Memoria Histórica G. ¡ Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. *Historia CN de M*, editor. 2013.
22. Arias MA, Camacho A, Baltez AM, Mejía D, Rodríguez C. Introducción. In: *Universidad de los Andes, editor. COSTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES DEL CONFLICTO EN COLOMBIA (CÓMO CONSTRUIR UN POSCONFLICTO SOSTENIBLE)* 2014. p. 270.
23. Camacho A, Mejía D. Consecuencias de la aspersión aérea en la salud: evidencia desde el caso colombiano. In: *Andes U de los Andes, editor. COSTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES DEL CONFLICTO EN COLOMBIA (CÓMO CONSTRUIR UN POSCONFLICTO SOSTENIBLE)* 2014. p. 270.
24. Pizón LS, Sotelo H. Efectos de los cultivos ilícitos sobre el medio natural en Colombia. 2010;11.
25. INE.N de S. Una mirada al ASES y análisis en profundidad Informe Técnico OMS / 2016 / Séptima Edición [Internet]. Vol. 2016. 2016. Available from: <http://www.ins.gov.co/linea-de-accion/ons/SiteAssets/Pagina/publicaciones/informe-FINAL-7.pdf>
26. Manual de Misión Médica Manual de Misión Médica. 2012. 12-20 p.
27. Castañeda A WF. Hitos del conflicto y riesgo país. In: *COSTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES DEL CONFLICTO EN COLOMBIA (CÓMO CONSTRUIR UN POSCONFLICTO SOSTENIBLE)* 2014. p. 33.
28. Torres P, María A, Resumen D. Los Efectos Del Conflicto Armado En El Desarrollo Social Colombiano. 1990-2002. * Crete [Internet]. 2005;58:76. Available from: https://economia.uniandes.edu.co/assets/archivos/Documentos_CIC/2005-58.pdf
29. Arias M JA. Conflicto armado en Colombia y producción agrícola: aprenden los pequeños productores a vivir en medio del conflicto? In: *Universidad de los Andes, editor. COSTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES DEL CONFLICTO EN COLOMBIA (CÓMO CONSTRUIR UN POSCONFLICTO SOSTENIBLE)* 2014. p. 61.
30. Centro Nacional de Memoria Histórica. APORTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA VIOLENCIA. 2014. 351 p.
31. Rodríguez Tabares LI. Los municipios colombianos y el conflicto armado: Una mirada a los efectos sobre la electricidad en el desempeño de los gobiernos locales. *Colomb Int.* 2009;70:93-120.
32. Franco S, Suarez CM, Naranjo GB, Baez LC, Roza P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2006;11(2):349-61. Available from: <http://www.scielo.com/inform@record/ufesi-2-v2-0-33747378479&partner=SciELOxyl1>

Sandra Patricia Salas-Quijano
Fabio Escobar-Díaz
Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela

2.2. Aspectos conceptuales e históricos sobre el conflicto armado interno en Colombia

2.2.1. Violencia, guerra y conflicto armado

La OMS, ha definido la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico contra uno mismo, contra otras personas, grupos o comunidades, que cause o tenga altas probabilidades de generar lesiones, muerte, daños, psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (1). La guerra, como una expresión específica de la violencia, es un problema de salud pública que establece impactos directos como la mortalidad y la morbilidad, en la población civil. Las personas que logran sobrevivir sufren daños físicos y mentales que permanecen para toda la vida; las mujeres y los niños son grupos poblacionales que especialmente han sido vulnerables durante los conflictos armados, víctimas de la violencia sexual, la malnutrición y las enfermedades (2).

El concepto de violencia tiene diferentes significados, que describen múltiples y distintos procesos en los que se involucran las personas, y siempre identifica víctima y victimario (3). La violencia tiene varias dimensiones, debido a sus múltiples orígenes y propósitos y son: (4), la violencia política, la criminal y la social. En la política se ha diferenciado entre la violencia legítima (del Estado) y la ilegítima o ilegal (en contra del Estado), basándose en la interpretación sociológica, la cual plantea que el Estado tiene o pretende tener la potestad o el monopolio del uso de la fuerza. Sin embargo, cuando la violencia adquiere una dimensión social se hace más compleja la tarea de encontrar aproximaciones comunes sobre la conceptualización más adecuada (5).

La violencia política parece tener mejor definido su campo semántico ya que hace referencia a las acciones violentas de grupos organizados para modificar la estructura de poder, su distribución o la forma en que se ejerce; es decir, cuando se habla de violencia política se reconocen unos protagonistas que tienen un objetivo relacionado con el poder y con sus principales actores políticos como los partidos, los gobiernos o las instituciones. Es un concepto que aplica tanto para quienes detentan el poder como para quienes aspiran a debilitarlo o controlarlo (6).

Ahora bien, la guerra ha servido de referente conceptual para diferentes manifestaciones coercitivas como la insurrección, el golpe de Estado o el conflicto armado (8). "La guerra es la continuación de la política por otros medios" dice Carl Von Clausewitz, el reconocido militar prusiano y teórico de la guerra, para afirmar que mediante el uso de la fuerza física se somete al otro a una voluntad política, pero incluye también una serie de negociaciones y cooperaciones en medio del conflicto, que permiten la superioridad de uno de los adversarios (7). Las guerras se han definido como conflictos armados conducidos entre naciones, pero también dentro las mismas, en cuanto a los enfrentamientos de grupos clandestinos contra un gobierno o fuerzas de ocupación extranjera, las guerras de guerrillas y las guerras civiles.

El Derecho Internacional Humanitario (DIH), considera a las guerras como confrontaciones armadas que se dan entre dos países, clasificándolas como conflictos internacionales sobre las que operan una serie de reglas que buscan proteger a los civiles y dar garantías a los combatientes bajo el DIH a través de la Convención de Ginebra. Sin embargo, esta legislación es aplicable a conflictos con una escala diferente, ya que también incluye las guerras dentro de un país, tal como se ha establecido en el Artículo 3 (8).

El Protocolo II de la Convención afirma:

"Artículo 1. Ámbito de aplicación material. 1. El presente protocolo que desarrolla y completa el artículo 3 común a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, sin modificar sus actuales condiciones de aplicación, se aplicará a todos los conflictos armados que no estén cubiertos por el artículo 1 del protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I) y que se desarrollen en el territorio de una Alta Parte contratante entre sus fuerzas armadas y fuerzas armadas disidentes o grupos armados que, bajo la dirección de un mando responsable, ejerzan sobre dicho territorio un control tal que les permita realizar operaciones militares sostenidas y concertadas y aplicar dicho Protocolo. 2. El presente Protocolo no se aplicará a las situaciones de tensiones internas y de disturbios interiores, tales como los motines, los actos esporádicos y aislados de violencia y otros análogos, que no son conflictos armados".

Este Protocolo define los conflictos armados no internacionales como aquellos que pueden desarrollarse dentro de un territorio nacional entre las fuerzas armadas de un Estado y grupos armados disidentes que ejercen control en ese mismo espacio territorial bajo la dirección de un mando responsable. Para el caso colombiano, aunque esta interpretación propuesta por el protocolo ha sido respaldada por organismos internacionales, no siempre ha sido compartida por los gobiernos nacionales de turno como sucedió antes del año 2010 (9).

Aún no se ha avanzado en construir una definición consensuada y particular al conflicto armado colombiano de acuerdo a sus propias especificidades. Se han usado diferentes nombres como "guerra civil", "conflicto social armado", "guerra contra la insurgencia", "conflicto irregular", solo para mencionar algunos (10). Los esfuerzos realizados por caracterizar o conceptualizar este fenómeno en Colombia han incorporado aspectos como: su larga duración; la variedad de actores que participan; los factores que la condicionan; su discontinuidad; sus particularidades regionales y geográficas que implican diferencias en intensidad y magnitud; su carácter atroz y sus raíces políticas (11). El conflicto colombiano contemporáneo tiene profundas raíces históricas,

generadas por las estructuras políticas, sociales y económicas tradicionalmente excluyentes, pero, además hay factores que han permitido su prolongación como el narcotráfico, el gran financiador de la guerra, el aparato de justicia colapsado que ha permitido garantizar la impunidad, y la corrupción del Estado (12).

Otra característica que se ha incorporado a este conflicto es su irregularidad o asimetría. Las guerras irregulares consisten en la búsqueda de un objetivo político a través del uso de la fuerza en un contexto en el que uno de los actores tiene mayor capacidad bélica, razón por la que las estrategias a utilizar varían con el fin de lograr ese objetivo (13,14). Adicionalmente, la línea divisoria entre combatientes y no combatientes suele ser difusa, teniendo como consecuencia que la población civil, se ve afectada en su vida o integridad por las acciones armadas (15).

En los conflictos irregulares es común el uso desproporcionado de la fuerza hacia el adversario en desiguales capacidades militares, cuando el grupo armado más débil, ante su situación de desventaja bélica acude al uso de tácticas bárbaras que afectan indiscriminadamente a la población civil para tratar de obtener legitimidad y alcanzar sus objetivos políticos y militares. Igual impacto sucede cuando las fuerzas del Estado hacen uso de todo su arsenal ante objetivos militares difusos y con limitada capacidad de defensa (16). Sin embargo, el uso de estas tácticas viola lo estipulado en la Convención de Ginebra sobre la protección de la población civil (8).

La guerra en Colombia puede ser definida como un conflicto armado interno de acuerdo al DIH y los Protocolos de Ginebra, toda vez que es una confrontación no internacional, es decir que se ejerce en el territorio nacional, en el que las fuerzas militares del Estado combaten a grupos armados organizados bajo la dirección de mandos que son responsables por sus acciones bélicas y han luchado por el control dentro de este mismo territorio durante más de cincuenta años, desplazando o restringiendo la libertad de las personas, sean estas civiles o militares (17). Aunque tiene sus raíces históricas, el conflicto armado actual se caracteriza por la confrontación entre fuerzas estatales, or-

ganizaciones subversivas, grupos paramilitares y el narcotráfico. Esta gama de actores ha hecho compleja su comprensión, pero también ha generado que se manifiesten diferentes formas de violencia y de victimización como el homicidio, la desaparición, el desplazamiento forzado, el secuestro y otras modalidades de violencia. Como consecuencia, muchas personas han sufrido el impacto de la guerra convirtiéndose en víctimas directas de los actores que participan en este prolongado conflicto (18).

2.2.2. Aspectos históricos del conflicto armado colombiano

El conflicto armado colombiano se ha caracterizado por la ausencia de aspectos religiosos, étnicos o regionales predominantes en donde diferentes actores han hecho parte. Sus orígenes datan de los inicios de la Era Republicana y ha tenido diferentes periodos particulares. Durante el Siglo XIX, el papel de las élites regionales y de la Iglesia en la conformación de las identidades políticas configuraron al adversario político como un enemigo, frecuentemente llevando esta noción a confrontaciones violentas (19). El posicionamiento de los partidos políticos durante la construcción del país como nación y Estado, permitió que la identidad política estuviera entrelazada con el desarrollo económico, razón por la que la respuesta a las crisis económicas en el país no se ha dado desde lo público, sino desde las élites regionales identificadas políticamente (20). Esta confrontación violenta entre partidos e identidades políticas se extendió a lo largo del Siglo XX, tomando mayor intensidad después del asesinato del líder del partido Liberal Jorge Eliécer Gaitán.

La accidentada geografía del país también ha sido parte central del conflicto en la medida en que facilitó, en el Siglo XIX, la conformación de bastiones regionales de poder no articulados con el poder central (19). Entre estos centros de poder quedaron vacíos geográficos, para los que se generó una legislación de tierras que buscaba consolidar el poder regional de las élites a lo largo de las fronteras agrícolas, otorgando estas áreas bajo prácticas clientelistas con apoyo en los partidos políticos, desencadenando frecuentes enfrentamientos por el control del territorio (19). En ese contexto se desarrolló un campesinado in-

dependiente que buscó expandirse en estas áreas baldías, sin el respaldo de sectores políticos tradicionales, lo que llevó a la radicalización de los partidos en contra de estos grupos, reforzando sus poderes regionales (19).

Durante el Siglo XIX y parte del veinte, Colombia vivió alrededor de siete guerras civiles y una gran cantidad de eventos violentos locales, que tenían una connotación política de fondo. La Constitución Política de 1886, la más duradera con respecto a sus predecesoras, fue el resultado de la Guerra Civil de 1885 gracias a la derrota de los liberales; la violencia en ese periodo manifestaba la confrontación entre estos y los conservadores por el control del Estado. Aunque esta carta política implicaba un nuevo orden constitucional con un proyecto de unificación nacional centralista y presidencialista, no logró evitar que los liberales excluidos del poder usaran de nuevo las armas, presentándose pocos años más tarde la Guerra de los Mil Días (21).

2.2.3. La violencia a mediados del Siglo XX

El periodo conocido como La Violencia, abarcó la mitad del Siglo XX entre finales de los años cuarenta y finales de los cincuenta. Después del asesinato de Gaitán, se intensificaron las acciones violentas sobre las comunidades con base en su identificación política, consideradas muchas de ellas como liberales y gaitanistas. Aunque la connotación política de este periodo es indiscutible, también hubo una dimensión económica presente que alimentaba estos fenómenos como la expropiación de las tierras por medio de la expulsión de los campesinos, el robo de sus cosechas o la reducción en el valor de sus bienes para ser comprados a precios muy bajos (22). Sin embargo, para algunos este periodo de violencia durante los años cincuenta no es la continuación del conflicto del Siglo XIX y principios del veinte debido a que surge en un contexto histórico diferente, caracterizado por cierta estabilidad política después de la Guerra de los Mil Días (21).

Este nuevo fenómeno de violencia de mitad del siglo XX generó la persecución y agresión de las poblaciones rurales quienes optaron, la mayoría de ellos, por huir a las ciudades (22). Los campesinos que decidieron agruparse en organizaciones insurgentes en ciertas zonas del país resultaron de una mutación de la violencia bipartidista, quienes venían de una afiliación liberal.

Para la misma época, las Fuerzas Militares colombianas comenzaron a ser entrenadas en estrategias contrainsurgentes, gracias a la estrecha colaboración con los Estados Unidos, adoptando la Doctrina de Seguridad Nacional que buscaba eliminar la amenaza del comunismo en América Latina, pasando de una lógica de enemigo externo a una de enemigo interno, y brindando un alcance político e ideológico contra los grupos subversivos en las décadas siguientes (23,24).

2.2.4. La violencia en los años sesenta y setenta

La percepción de la amenaza de los grupos insurgentes en la región latinoamericana incentivó la necesidad de combinar las estrategias militares con reformas de corte social, político y económico para disminuir la posibilidad de levantamiento en armas (25). En ese mismo contexto, se dio paso a la Reforma Agraria de 1961 que pretendía impulsar medidas para garantizar el acceso a la tierra por medio de la expropiación, sin embargo, no tuvo un gran alcance debido a que fue el resultado de una alianza entre las élites quienes no estaban dispuestas a hacer mayores concesiones y cuyos mecanismos legales no afectaron a la gran propiedad ni las tierras dedicadas a la agricultura comercial (26). El poco alcance de estas reformas rurales, por tanto, contribuyó al fortalecimiento de las guerrillas liberales, lo que a la vez conllevó a la respuesta violenta de la clase terrateniente (25).

Las áreas geográficas remotas fueron llamadas como "*Repúblicas Independientes*" que no se inscribían políticamente en la polarización de la época, donde no existía control territorial bipartidista y fueron excluidas del pacto del Frente Nacional (27). En estas zonas, ubicadas en las regiones de El Ariari, Guayabero, Pato, El Duda y Marquetalia, se generaron procesos políticos intensos a través de movimientos populares armados y fuertemente inspirados en ideologías comunistas (28).

El control limitado sobre estas áreas de insurgencia, la frustración de los terratenientes y el discurso anticomunista de la región llevó a la politización de las Fuerzas Militares y a tener un amplio apoyo entre las élites regionales. El aumento de sus operaciones en estas zonas donde se concentraban los grupos de autodefensas campesinas, aceleraron la organización de éstas pasando de estrategias defensivas a ser particularmente ofensivas con la Guerra de Marquetalia, mito fundacional de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) (28), cambiando el panorama estratégico de enfrentamiento entre la fuerza pública y población civil organizada y alzada en armas.

Las Fuerzas Militares lograron obtener gran autonomía debido a su despartidización, dejando de depender de los partidos políticos, y pasaron a estar subordinadas directamente al Estado; sin embargo, entre 1957 y 1990 no hubo directrices políticas en materia militar, otorgándoles total libertad de decisión bajo la premisa de la no interferencia entre los asuntos militares y los asuntos políticos (29). Con ese mismo concepto de autonomía militar, se recurrió a la figura del Estado de Sitio para la resolución de problemas de orden público que desbordaban las salidas políticas, dando carta blanca a los militares para hacer intervenciones en áreas de influencia subversiva y extendiéndose también su poder a esferas de la vida pública como el juzgamiento castrense de civiles, el entrenamiento militar de autodefensas civiles, la militarización de la policía e incluso el establecimiento de alcaldías militares o toma de decisiones sobre operaciones bélicas sin consulta previa a las autoridades civiles en las llamadas zonas de orden público (29).

Con el recrudescimiento de la violencia y la extensión de los ataques preventivos por parte de las Fuerzas Militares en zonas de influencia en Tolima y Huila en 1967, se constituyeron formalmente las FARC, con reglamentos internos, código disciplinario, estatuto del guerrillero, jerarquía y código moral, unificando a las guerrillas armadas bajo un mismo objetivo político, con un Plan de Gobierno diseñado para la toma del poder (28).

Por otro lado, el Magdalena Medio también se configuró como zona de tensiones entre grupos de resistencia popular y las Fuerzas Militares, por ser una zona de convergencia de proyectos petroleros y de pequeños campesinos con una fuerte historia de movilización social y con gran influencia del Partido Comunista tanto en los grupos obreros y campesinos de resistencia (30). En 1962 un grupo de estudiantes de Santander viajó a Cuba para conocer de cerca la experiencia revolucionaria (19). Estos estudiantes, además del refuerzo ideológico, recibieron entrenamiento militar, utilizado posteriormente para la conformación de otro grupo guerrillero en 1964, el Ejército de Liberación Nacional (ELN) (30).

A diferencia de la conformación de las FARC, cuya inspiración fue campesina, la historia del ELN tiene un fuerte componente académico. El auge latinoamericano de la Teología de la Liberación tuvo un papel importante en esta guerrilla, considerando la labor ideológica del Padre Camillo Torres dentro de la primera etapa del ELN, hasta su fallecimiento en el primer y único enfrentamiento armado en el que participó, en 1966 (31). Esta organización guerrillera tuvo un comienzo difícil debido a los frecuentes enfrentamientos con los militares y al debilitamiento de sus fuerzas. Este patrón de encuentros con la fuerza pública fueron comunes en el ELN y las FARC, dando como resultado desplazamiento de la población hacia otros departamentos (25).

Adicional al surgimiento de las FARC y el ELN, como una disidencia del Partido Comunista se levantó en armas un reducido de líderes en 1967 bajo el nombre de Ejército Popular de Liberación (EPL) que se asentó hacia el Alto Sinú en cercanías del Río San Jorge, y su principal lucha se dio contra la avanzada de grandes terratenientes que se apropiaron de tierras con fines

ganaderos (25). Con el levantamiento en armas de estos tres grupos guerrilleros las Fuerzas Militares intensificaron sus acciones antsubversivas, logrando prácticamente derrotarlas a mediados de los años setenta, particularmente al ELN y al EPL (24,25,32). Si bien esta derrota militar implicaba superioridad sobre los grupos subversivos, durante el período presidencial de Carlos Lleras Restrepo (1968-1970) se realizaron algunos avances políticos para retomar la Reforma Agraria de 1961 y garantizar la participación democrática (25). Un ejemplo de estas iniciativas fue la creación de la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos (ANUC). Este mecanismo de participación pretendía garantizar que sus demandas fueran tomadas en cuenta por los terratenientes y por el Gobierno, asegurando sus derechos como trabajadores de la tierra y abriendo la puerta a la tenencia de la tierra, en el marco de la reforma agrícola (33).

Con la llegada al poder del presidente Misael Pastrana en 1970, se presentó un importante retroceso en materia de reformas políticas para el campo, debido a su cercanía a las élites terratenientes (19). Durante este Gobierno se introdujeron una serie de políticas que apuntaban más a la productividad que a la redistribución justa de la tierra (34), fortaleciéndose aún más su concentración y el desplazamiento de campesinos hacia el interior. La crisis social en el campo se profundizó con la implementación del Pacto de Chicoral, que minimizó a la ANUC y sus aspiraciones de reforma agraria (35). Bajo esta coyuntura, una parte de los campesinos movilizados socialmente se incorporó a las filas de las guerrillas, incluyendo un nuevo grupo armado urbano autodenominado Movimiento 19 de Abril o M-19 (19).

Durante los años setenta se dio paso a la exigencia de diferentes demandas sociales, como el acceso a la tierra, la estabilización de la situación jurídica de más de mil sindicatos e inversión en salud, educación y vivienda, entre otros (36); sin embargo, la crisis económica tuvo mayor impacto negativo en la población con menores ingresos y la insatisfacción llegó a su punto máximo con el paro cívico de septiembre de 1977, liderado por las centrales obreras y movimientos estudiantiles (11,19,36). La respuesta militar a esta movilización no se hizo esperar y se desencadenó una serie de acciones represivas contra los movimientos sociales (19).

A través del Decreto 1923 de 1978 se impulsó el Estatuto de Seguridad Nacional, ampliamente apoyado por los militares y bajo el que se aplicó con más severidad la Doctrina de Seguridad Nacional promovida por Estados Unidos (29). Bajo este esquema se permitió a las fuerzas armadas estatales el uso de la violencia de manera indiscriminada ante cualquier amenaza (29), y adquirieron un nivel de autonomía sin precedentes, extendiendo su acción a la violación sistemática de derechos fundamentales y la persecución de líderes sociales (37).

2.2.5. Años ochenta y noventa

Si bien el Estatuto de Seguridad Nacional tuvo como objetivo contrarrestar la actividad subversiva, durante finales de los años setenta y principios de los ochenta se agudizaron las acciones bélicas de los grupos armados ilegales que previamente habían sido reducidos militarmente (30,36). Las FARC, que en 1974 contaba con cuatro frentes, pasaron a ocho en 1978 y a veinticuatro en 1982 (11). El ELN también se fortaleció militarmente, a pesar de sus rupturas internas y de sus debilidades ideológicas, convirtiéndose predominantemente en una guerrilla de carácter rural y alejada de los movimientos sociales que ayudaron a sus inicios (30).

En los años ochenta se presentó el auge de las economías ilegales provenientes del narcotráfico. Con el aumento en la demanda de cocaína desde los Estados Unidos, en Colombia se fortalecieron los carteles de la droga, extendiendo progresivamente su influencia en el escenario político e institucional y su legitimidad dentro de una clase emergente de origen popular que se benefició ampliamente de esta economía a la vez que aumentaba la delincuencia común en sectores populares asociados a estructuras ilícitas (25,35).

Durante el periodo presidencial de Belisario Betancur (1982-1986), se desmontó el Estatuto de Seguridad Nacional y se buscó una salida negociada con las guerrillas en el marco de una Ley de Amnistía (35,36). Este proceso resultó en la conformación de la Unión Patriótica (UP) como movimiento político de izquierda, en el contexto de una importante reforma política que in-

trodujo la elección popular de alcaldes; sin embargo, la UP fue objeto de ataques por parte de grupos paramilitares en alianza con narcotraficantes y agentes del Estado, dejando un saldo de más de cinco mil de sus miembros asesinados (36). Los esfuerzos por lograr el cese al fuego y la paz en esta década fracasaron debido a diferentes factores como la inserción del narcotráfico, a la falta de reconocimiento de algunos actores sociales a estos procesos y las mismas acciones de algunos de estos grupos que hicieron perder el respaldo a una salida pacífica del conflicto. Sólo el M-19, el EPL y el Quintín Lame se desmovilizaron antes de terminar la década de los ochenta (38).

Las acciones violentas durante la segunda mitad de los ochenta y principios de los noventa dirigida hacia dirigentes políticos se intensificaron, como el sicariato, las masacres y el genocidio (39), a pesar de los importantes avances como el nombramiento de civiles a cargo del Ministerio de Defensa desde 1990, quitándole el control a los militares de esa designación (24). Como parte de la intensificación del conflicto armado, se configuraron grupos paramilitares agrupados en diferentes zonas del país desde finales de los años setenta, siendo el Magdalena Medio uno de los lugares donde el modelo encontró mayor apoyo entre las élites regionales y terratenientes, las Fuerzas Militares e incluso la Iglesia Católica (39).

Adicionalmente, el narcotráfico, aunque no se considera como un factor causal del conflicto, sí es un elemento denominado como "perpetuador" y "expansor" del mismo. Paradójicamente, la lucha contra los carteles de las drogas desde inicios de la década de los años noventa produjo su debilitamiento, pero también alimentó el conflicto debido a que los grupos armados ilegales que no se desmovilizaron comenzaron a capturar la mayor parte de las rentas que se generaban con estos negocios ilícitos (40).

Desde 1996, y hasta mediados de la siguiente década, el conflicto bélico en Colombia alcanzó su mayor intensidad en toda la historia. A pesar de los avances políticos e institucionales con la nueva carta política de 1991, se conjugaron diferentes aspectos como la guerra contra el narcotráfico, el reacomodo de los actores armados tanto guerrilleros y paramilitares, la crisis de legiti-

midad del gobierno de Ernesto Samper (1994-1998) debido al ingreso de dineros del narcotráfico en su campaña presidencial, hecho que provocó la desertificación del país por parte de los Estados Unidos. Además, con el asesinato de Álvaro Gómez Hurtado en 1995 crecieron los rumores de un golpe de Estado por parte de los militares y se generaron tensiones entre las Fuerzas Militares y el Gobierno que debilitó el control civil de las políticas de defensa y seguridad nacional. Estas situaciones permitieron que se presentara una grave tragedia humanitaria durante este periodo (41).

Los niveles de victimización alcanzaron por supuesto su máxima expresión como las masacres y el desplazamiento forzado. Colombia alcanzó en poco tiempo el segundo lugar en todo el mundo después de Sudán, con el mayor número de personas desplazadas de sus territorios por el conflicto armado (41). Con la crisis de gobernabilidad del Gobierno Samper, se impidió cualquier intento de negociación con los grupos armados. Más bien, estos tuvieron una expansión sin precedentes. Los paramilitares se robustecieron gracias a la permisividad estatal con las llamadas Cooperativas de Vigilancia y Seguridad Privada (Convivir), creadas en 1994 mediante el Decreto 356. Posteriormente, por decisión de la Corte Constitucional en 1997 se les prohibió el porte de armas y las tareas de inteligencia.

Las Convivir pasaron a la clandestinidad y engrosaron las filas de los grupos paramilitares. Su estrategia fue aglutinarse, cooptar la representación política local y regional lo que generó una alianza con sectores políticos, militares, económicos y sociales en todo el país. Además, comenzaron a controlar a sangre y fuego el territorio. Igualmente, los grupos guerrilleros combinaron el asedio a las fuerzas militares con el asedio sobre las élites regionales a través de secuestros, extorsiones y ataques a sus propiedades (41). Con el cambio de Gobierno en 1998, se presentó una nueva oportunidad de diálogo con la guerrilla de las FARC, fracasó en el año 2002.

2.2.6. El conflicto armado en el nuevo milenio y hasta la actualidad

Luego de la ruptura de las negociaciones de paz con las guerrillas, se posicionó de nuevo la idea de que la única opción de acabar con el conflicto era con la derrota militar de los grupos guerrilleros. Además, se negó la existencia de un conflicto armado, descartando cualquier opción de diálogo con las guerrillas, consideradas sólo como grupos narcoterroristas que atacaban a un Estado legítimo (41); la guerra continuaba su intensidad gracias al proyecto expansionista de los grupos paramilitares y su lucha por el control territorial en competencia con los grupos subversivos. De acuerdo a las cifras del Centro Nacional de Memoria Histórica, los homicidios, el desplazamiento forzado, el secuestro y toma de rehenes fueron las modalidades de violencia más frecuentes en la década de los años 2000 (41).

Durante el Gobierno de Álvaro Uribe (2002-2010) se gestó el proceso de desmovilización de los grupos paramilitares, que permitió revelar la alianza de sectores políticos con estos grupos. A pesar del gran número de integrantes desmovilizados que entregaron sus armas no se pudo lograr el objetivo de desmontar totalmente la estructura de guerra que se había establecido (41). Por tanto, lo que se generó posteriormente fue un escenario de postconflicto paramilitar donde subsisten grupos que volvieron a vincularse al conflicto y ejercen la violencia en los mismos territorios que estaban en su poder y en aquellos que no habían sido sometidos anteriormente a estos fenómenos. Las instituciones del Estado las han denominado como bandas criminales o BACRIM (42).

Después de una guerra frontal contra la FARC, en el año 2010 con el Gobierno de Juan Manuel Santos, se hicieron públicos los acercamientos con ese grupo guerrillero para una negociación que pusiera fin a la confrontación armada. Este proceso de diálogo logró finalizar con un acuerdo para la terminación del conflicto, que se encuentra en su fase de implementación, y que apunta a asegurar una paz estable y duradera (38). Este contexto particular y único en el país se convierte en un escenario propicio para un análisis como el desarrollado en el presente informe que muestra cómo las diferentes modalidades de la violencia generadas por el conflicto armado han ocasionado una serie de impactos y afectaciones en la salud de la población colombiana.

Referencias

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
2. Levy BS, Sidel VW. War and Public Health: an overview. In: Levy BS, Sidel VW, editors. War and Public Health. New York: Oxford University Press; 2008.
3. González Arana R, Molineros Guerrero I. Conflicto y violencia en Colombia. In: Barrera C, González Arana R, Tripp L, editors. Violencia política y conflictos sociales en América Latina. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte, CLACSO; 2013.
4. Durán IM, López Fonseca L, Restrepo JA. ¿Cuáles son las ciudades más inseguras de Colombia? una propuesta para la estimación de un índice de seguridad humana. In: Restrepo JA, Aportes R, editors. Guerra y violencia en Colombia. Bogotá D.C.: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
5. Blair Trujillo E. Aproximación teórica al concepto de violencia: anátesis de una definición. Política y Cultura. 2009;(32):9-33.
6. Ortiz Jiménez W. Violencia política en Colombia: paradojas e institucionalización de una disfunción. Civilizar. 2012;12(22):123-41.
7. Clausewitz C von. On war. Princeton: Princeton University Press; 1989.
8. Comité Internacional de la Cruz Roja. Los convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949. Ginebra: CICR; 2012.
9. Valcarlos Torres JM. Contexto de conflicto armado interno y seguridad jurídica. Prolegómenos Derechos y valores. 2007;(9):107-21.
10. Cartagena C. Los estudios de la violencia en Colombia antes de la metodología. Diálogos Rev Etnohistórica Hist. 2016;17(1):63-88.
11. Pizarro Leongómez E. Una lectura múltiple y pluralista de la historia. Comisión de Historia del Conflicto y sus Víctimas; 2010.

12. Vargas-Velasquez A. El conflicto armado interno colombiano y sus efectos en la seguridad en la región andina. Cienc Polít. 2006;3(3):168-202.
13. Tomelli M. Commentary on the Additional Protocols of 8 June 1977 to the Geneva Conventions of 12 August 1949. International Review of the Red Cross. 1987; 1:19 p.
14. Buffalo DL. Defining Asymmetric Warfare. Arlington, Va: Institute of Land Warfare, Association of the United States Army; 2006.
15. Watkin KW. Combatants, unprivileged belligerents and conflicts in the 21st Century. Cambridge: International Humanitarian Law Research Initiative; 2003.
16. Arreguin-Toft I. The [F] utility of Barbarism: assessing the impact of the systematic harm of non-combatants in war. Annual Convention of the American Political Science Association; 2003.
17. Cáceres-Cáceres IG. Categorización de las confrontaciones armadas a través del Derecho Internacional Humanitario - OIG. Veritas Juris. 2014;(2):105-20.
18. Franco S, Suárez CM, Naranjo CB, Báez LC, Roco P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. Cienc y Saude Colect. 2006;11(2):349-61.
19. Willis ME. Los tres nudos de la guerra colombiana: un campesinado sin representación política, una polarización social en el marco de una institucionalidad fracturada y unas articulaciones porosas entre regiones y centro [Internet]. 2015 (cited 2017 Mar 4). Available from: <http://www.altocomisionado.paralapaz.gov.co/temasdeconvencion/OIG/los-tres-nudos-de-la-guerra-colombiana-1447175074-1460381073.pdf>
20. Precat D, González L. Presente, Pasado y Futuro de la Violencia en Colombia. 1997;36(144).
21. Marín Taborda B. Historia y violencia en la Colombia contemporánea. Mem y Soc. 1999;3(6):157-77.
22. Camacho Guisado A. El ayer y el hoy de la violencia en Colombia: continuidades y discontinuidades. Análisis Político. 1995;1(2):24-39.
23. Leal Buitrago F. La Doctrina de Seguridad Nacional: institucionalización de la guerra fría en América del Sur. Rev Estud Soc. 2003;15(1):74-87.
24. Leal Buitrago F. La Inseguridad de la seguridad - Colombia 1958-2005. Bogotá D.C.: Planeta; 2006.
25. Fajardo Cely DM. Grupo de Memoria Histórica. ¡Basta Ya! Colombia: Memorias de Guerra y Dignidad (Bogotá: Imprenta Nacional, 2011), 431 pp. Rev Hist y Soc. 2013;1(6):274-81.
26. Centro Nacional de Memoria Histórica. La política de reforma agraria y tierras en Colombia. Esbozo de una memoria institucional. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2013.
27. González JJ. Espacio, Sociedad y Conflicto en Colombia. "Las Repúblicas Independientes" en Colombia, 1955-1965. Rev UIS, Humanidades. 1991;2(01):67-75.
28. Pizarro Leongómez E. Los orígenes del movimiento armado comunista en Colombia: 1949-1966. Análisis Político. 1989;(7).
29. Leal Buitrago F. Una visión de la inseguridad en Colombia. Análisis Político. 1987;24(73):3-36.
30. Medina Gallego C. Ejército de Liberación Nacional: Notas para una Historia de las Ideas Políticas. Universidad Nacional de Colombia; 2007.
31. Pérez-Prieto V. Los orígenes de la teología de la liberación en Colombia: Richard Shaull, Camilo Torres, Rafael Ávila, "Golconda", sacerdotes por América Latina, Cristianos por el socialismo y comunidades eclesiales de base. Cuadernos Teológicos. 2016;43(98):79-108.
32. Archila Nieto M. El maoísmo en Colombia: La enfermedad juvenil del marxismo-leninismo. Controversia. 2008;(8):147-95.
33. Pérez JM. Luchas campesinas y reforma agraria. Memorias de un dirigente de la ANUC en la costa caribe. Bogotá D.C.: Posameritana formas e impresos S.A.; 2010.
34. Albán Á. Reforma y contrarreforma agraria en Colombia. Rev Econ Inst. 2011;13(24):327-56.
35. Medina Gallego C. Mafia y narcotráfico en Colombia: elementos para un estudio comparado. El Prisma de las Seguridades en América Latina Escenarios regionales y locales. 16 ed. Buenos Aires: Clacso; 2012.
36. Medina Gallego C. FARC-EP. Notas para una historia política 1958-2006. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2006.
37. Jiménez C. Aplicación e instrumentalización de la Doctrina de Seguridad Nacional en Colombia (1978-1982): efecto sobre la temática de derechos humanos. Reflexión Política. 2009;1(22):158-74.
38. Turrigosa Roba D. Los procesos de paz en Colombia, ¿Camino a la reconciliación? Actual Pedagógica. 2006;(68):159-78.
39. Medina Gallego C. Paramilitares, autodefensas y narcotráficos. África-América Lat. 1990;(7):73-85.
40. Vuffe L. Conflicto armado en Colombia: análisis de las causas económicas, sociales e institucionales de la oposición violenta. Rev CS. 2011;(8):187-208.
41. Grupo de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2011.
42. Granada S, Restrepo J, Tobón García A. Neoparamilitarismo en Colombia: una herramienta conceptual para la interpretación de dinámicas recientes del conflicto armado colombiano. Guerra y violencia en Colombia. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana, CERAC, GTZ-Profes; 2009.



3

Revisión sistemática de literatura sobre las consecuencias del conflicto en la salud en Colombia

Conflicto armado y salud en Colombia, una revisión de literatura

Gina Alexandra Vargas-Sandoval
 Karol Patricia Cotes-Cantillo
 Liliana Beatriz Hilarion-Gaitán
 Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo
 Luz Ángela Chocontá-Piraguive
 Diana Patricia Díaz-Jiménez
 Pablo Chaparro-Narváez
 Nelson Alvis-Zakuk
 Liliana Castillo-Rodríguez
 Paula Tatiana Castillo-Santana
 Leydy Johanna Rojas-Ruiz
 Germán Andrés Alarcón-Garavito
 Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

Las consecuencias de la guerra o conflicto sobre desenlaces específicos en salud han sido exploradas en estudios previos. Revisiones sistemáticas analizaron el impacto en la salud mental por efecto de la guerra en mujeres veteranas de guerra (1), civiles (2), infantes (3) y refugiados (4,5). Otros desenlaces en salud analizados son el abuso de sustancias psicoactivas (SPA) en civiles afectados por el conflicto armado (6,7), trauma cráneo encefálico (TCE) (8), violencia sexual en el marco del conflicto (9) y enfermedades cardiovasculares o metabólicas (10). Los resultados de dichos estudios muestran que las consecuencias dependen de las condiciones de salud previas de las poblaciones afectadas, el desarrollo propio del conflicto y el contexto de cada zona en conflicto.

En este contexto, se han desarrollado estudios que analizan los efectos en la salud del conflicto armado interno en Colombia, pero, desde nuestro conocimiento, no hay ningún esfuerzo previo que sistemáticamente revise los resultados de estudios disponibles, identifique los vacíos en el conocimiento y consolide los resultados entre la asociación entre conflicto y salud. Este capítulo tiene como objetivo sintetizar los resultados de estudios que describieron o analizaron la asociación entre el conflicto armado y salud en población colombiana sin límites temporales.

3.1. Metodología

Se hizo una revisión sistemática de literatura en fuentes especializadas en salud y literatura gris. La búsqueda de literatura indexada se hizo en los motores de búsqueda PubMed y Scielo en marzo de 2017. La Tabla 1 muestra los algoritmos de búsqueda implementados. La búsqueda de literatura gris se realizó en repositorios de entidades estatales y no estatales que tenían alguna relación con el conflicto armado interno o desenlaces en salud (Tabla 2), en los repositorios de las páginas de internet de cada entidad, con la combinación de palabras "conflicto" o "guerra". También se hizo control de referencias de los artículos previamente seleccionados.

Tabla 1. Tasas de mortalidad específicas para homicidios según sexo, Colombia 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015

MOTOR DE BÚSQUEDA	SINTAXIS DE BÚSQUEDA
	("Violence"[Mesh] OR "Exposure to Violence"[Mesh] OR "Terrorism"[Mesh] OR "armed conflicts"[Mesh Terms] OR "warfare"[Mesh Terms] OR "Warfare and Armed Conflicts"[Mesh] OR war[Mesh Terms] OR "Prisoners of War"[Mesh] OR "War Crimes"[Mesh] OR "War Exposure"[Mesh] OR "War-Related Injuries"[Mesh] OR "Combat Disorders"[Mesh] OR "conflict"[Title/Abstract] OR "conflicts"[Title/Abstract] OR "conflict/war related"[Title/Abstract] OR "conflict affected"[Title/Abstract] OR "armed aggression"[Title/Abstract] OR "armed attack"[Title/Abstract] OR "armed attacks"[Title/Abstract] OR "armed forces"[Title/Abstract] OR "armed conflict"[Title/Abstract] OR "armed conflicts"[Title/Abstract] OR "armed combat"[Title/Abstract] OR "armed violence"[Title/Abstract] OR "violence/conflict"[Title/Abstract] OR "violence/conflicts"[Title/Abstract] OR "violence/weapon"[Title/Abstract] OR "political violence"[Title/Abstract] OR "political violence exposure"[Title/Abstract] OR "political weapons"[Title/Abstract] OR "internal armed conflicts"[Title/Abstract] OR "internal armed conflict" OR "civil disorder"[Title/Abstract] OR "civil disorders"[Title/Abstract] OR "refugees"[Mesh Terms] OR "refugee"[Title/Abstract] OR "refugees"[Title/Abstract] OR "Civil Disorders"[Mesh] OR "forced displacement"[Title/Abstract] OR "forced displacement"[Title/Abstract] OR "displaced"[Title/Abstract] OR "irregular" AND "warefare" OR ("guerrilla" AND "attack") OR ("guerrilla" AND "groups") OR ("guerrilla" AND "war") OR ("guerrilla" AND "warfare") OR ("political" AND "Violence") OR ("war") OR ("armed" AND "conflict") OR ("armed" AND "conflicts") OR "kidnap" OR "traumatic" AND "experience" OR "paramilitary" AND ("colombia"[Mesh Terms] OR "colombia"[Title/Abstract] OR colombia)
PubMed	
Scielo	(ab:((Conflicto armado) OR (Guerra) OR (Secuestro) OR (Desplazado) OR (Violencia Política) OR (Desplazamiento) OR (Conflicto))) AND (Colombia) AND (Salud) OR (Morbilidad) OR (Mortalidad) OR (Discapacidad)

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Tabla 2. Entidades estatales y no estatales consultadas

Entidades estatales	Entidades no estatales
<ul style="list-style-type: none"> - Presidencia de la República - Alta Consejería para el Posconflicto, Derechos Humanos y Seguridad - Ministerio de Salud y Protección Social - Ministerio de Defensa Nacional - Departamento Administrativo Nacional de Estadística - Departamento Administrativo para la Prosperidad Social - Procuraduría General de la Nación - Defensoría del Pueblo - Departamento Nacional de Planeación - Superintendencia Nacional de Salud - Instituto Nacional de Vigilancia del Medicamento - Instituto Nacional de Medicina Legal - Agencia Colombiana para la Reintegración de Personas y Grupos Afectados en Armas - Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas - Centro de Memoria Histórica - Centro de Memoria Histórica Militar 	<ul style="list-style-type: none"> - Defensa Civil Colombiana - Fundación Ideas para la Paz- FIP - Comité Internacional de la Cruz Roja - Centro de Recursos Para el Análisis de Conflictos (ERAC) - Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP) - Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) - Médicos sin fronteras - Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) - Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Para la selección de los estudios, se establecieron como criterios de inclusión estudios empíricos, publicados en inglés, español o portugués, realizados en población colombiana y que describieran o analizaran desenlaces en salud en población afectada por el conflicto. Fueron excluidos estudios cuyo objeto fue la violencia común, intrafamiliar o escolar. Primero se realizó una preselección mediante revisión del título y resumen por una pareja de investigadores, de la lista de artículos capturados por las estrategias de búsqueda. Fueron preseleccionados aquellos artículos en los que ambos revisores consideraron que el artículo se ajustaba a los criterios de selección. En caso de disenso un tercer revisor definió la preselección del artículo. Se obtuvieron y revisaron en texto completo todos los artículos preseleccionados con el propósito de definir la inclusión del estudio en el presente análisis según los criterios de selección.

La extracción de la información se realizó mediante un formato de captura previamente pilotado y validado. Fueron extraídas las características generales de los estudios como año de publicación, objetivo del estudio, tipo de estudio (descriptivo o analítico), fuentes de información, ubicación geográfica y grupos de edad de la población de estudio, exposición y desenlaces en salud. La exposición a conflicto armado interno fue clasificada como desplazamiento, participación como combatiente, presencia de grupos y/o acciones armadas en lugar de permanencia; mortalidad directa por el conflicto (para unidades geográficas); u otras (secuestro, desaparición, tortura, extorsión o reclutamiento forzado). Fueron considerados desenlaces de morbilidad o mortalidad relacionadas con eventos en salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, lesiones por causa externa u otras condiciones de salud. También fueron considerados el aseguramiento, acceso a servicios de salud y la afectación a la misión médica. Se extrajeron medidas de frecuencia y asociación de los diferentes desenlaces en salud en personas o poblaciones según exposición al conflicto. Un segundo investigador verificó la información extraída.

Los resultados de la búsqueda y selección de estudios se muestran con un diagrama de flujo. Las características generales de los estudios incluidos se describen en dos tablas, una para estudios ecológicos y otra para estudios cuya unidad de análisis fueron los individuos. En cada tabla se discriminaron los desenlaces para cada estudio y año de publicación. Los estudios en individuos se ubicaron según tipo de estudio (descriptivo o analítico). Los estudios ecológicos se discriminaron según unidad de análisis (familia, municipio, departamento y país).

Se realizaron meta-análisis para los estudios analíticos cuando la exposición, desenlace y grupos de edad fueron comparables entre varios estudios. Fueron estimadas las razones de prevalencia (RP) combinados para cada tipo de exposición y desenlace, cuando fue posible, ajustando mediante el modelo de efectos aleatorios.

Se usó el test I² para la estimación de la heterogeneidad entre los estudios, considerando como puntos de corte el 25, 50 y 75% para determinar una heterogeneidad baja, moderada y alta, respectivamente. Los análisis se desarrollaron mediante el lenguaje de programación R, con el paquete para meta-análisis meta y para graficar los forestplot se usó el paquete forest.

3.2. Resultados

La revisión de literatura indexada arrojó un total de 545 artículos y posterior a revisión de título y resumen, se preseleccionaron 132 publicaciones que se capturaron con su texto completo. De estos 132 estudios, 99 estudios no cumplieron con los criterios de selección (33 excluidos) (Figura 1). Por otra parte, se incluyeron cinco estudios provenientes de literatura gris y tres por control de referencias. En total fueron incluidos 41 estudios en el análisis (Figura 1).

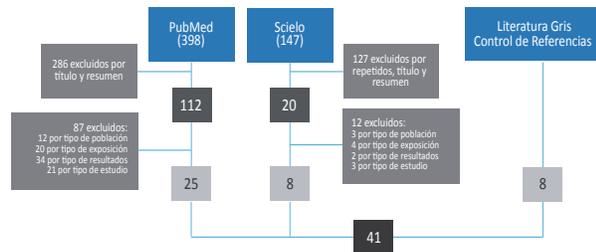


Figura 1. Diagrama de Flujo de la selección de artículos de la revisión de literatura de conflicto y salud en Colombia

El estudio con el año de publicación más antiguo fue de 2002 (11). Para 2006 se registró el mayor número de publicaciones (12-17). Nueve estudios tuvieron una cobertura nacional (12,14,18-24). La mayoría de los estudios se realizaron a partir de una fuente primaria de información, excepto en algunos casos en los que se tomó una fuente secundaria, como la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 (22,25), estadísticas vitales (18), el Registro Único de Víctimas (RUV) (23,24) o registros administrativos en salud (21,26). Se identificaron seis estudios ecológicos y 35 publicaciones cuya unidad de análisis fueron los individuos (Tabla 4).

Para el caso de los estudios ecológicos, las unidades de observación fueron los municipios (14,19,25,26), departamentos (21) y el nivel nacional (con un análisis temporal) (12,18). La exposición analizada en mayor número de estudios el desplazamiento y el desenlace analizado en mayor número de estudios fue la cobertura vacunación. En tres de los estudios fueron analizados todos los grupos de edad o mayores de 18 años (12,21,25,26) y en los tres restantes el desenlace se analizó en la primera infancia (14,18,19).

En los estudios del nivel individual, la mayoría fueron descriptivos. Tres estudios analíticos fueron incluidos en esta revisión como descriptivos a pesar de contar con grupos de comparación. La razón fue que estos analizaron exposiciones diferentes a las de interés de esta revisión en población expuesta a conflicto (15,27,28). De estos estudios se extrajeron las variables de frecuencia del desenlace en salud de los expuestos a conflicto. El desplazamiento fue la exposición estudiada en mayor número de publicaciones y el desenlace descrito o analizado en mayor número de estudios fueron los relacionados con salud mental. La mayoría de estudios incluyó población de todos los grupos de edad o mayor de 18 años, excepto los que se realizaron en población de la primera infancia (29,30), infancia (28) o adolescentes (31).

Tabla 3. Estudios ecológicos que analizaron desenlaces en salud y conflicto armado en población colombiana, según tipo de exposición y desenlace

Desenlaces en salud	TIPO DE EXPOSICIÓN AL CONFLICTO		
	Presencia de grupos y/o acciones armadas	Muertes directas del conflicto	Desplazamiento interno
SALUD MENTAL			
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	Ninguno	Ninguno	Lagos-Gallego M, 2017 (21)
ASEGURAMIENTO Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD			
Cobertura vacunación (VOP, Triple viral, Pentavalente)	Rojas-Sotelo J, 2006 (14) Rojas Sotelo J, 2004 (19)	Ninguno	Rojas Sotelo J, 2004 (19)
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES			
Casos de malaria	Salas-Zapata, 2014 (26)	Ninguno	Ninguno
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES			
Muerte por Cáncer	Ninguno	Ninguno	Idrovo AI, 2006 (12)
CAUSA EXTERNA			
Trauma craneoencefálico (TCE)	Ninguno	Alcalá-Cerra, 2014 (18)	Ninguno

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Tabla 4. Estudios con unidad de observación individual que describieron o analizaron desenlaces en salud y conflicto armado en población colombiana, según tipo de exposición y desenlace

DESENLAZ EN SALUD	TIPO DE EXPOSICIÓN AL CONFLICTO						
	Desplazamiento		Zonas con presencia de grupos y acciones armadas		Participación como combatiente		Otras exposiciones*
	Descriptivo	Análítico	Descriptivo	Análítico	Descriptivo	Análítico	Descriptivo
Salud Mental							
Trastorno de estrés posttraumático (TEPT)	Tamayo-Martínez, 2016 (22) Juárez, 2011 (32) Richards, 2011 (33) Sinesterra, 2010 (34) Echenique, 2008 (35) Alajo, 2006 (17)	Flink IIE, 2012 (29) OPS-INS, 2002 (11)	Coldiron M, 2013 (36) Pineda DA, 2002 (37)	Gómez-Restrepo C, 2016 (25) Pérez-Olmos, 2005 (38)	de la Espriella, 2009	Tobón C, 2015 (40)	Heeke C, 2015 (41)
Depresión	Richards, 2011 (33) Cáceres D, 2002 (42)	OPS, 2005 (43) Ruiz-Rodríguez M, 2005 (44) OPS-INS, 2002 (11)	Coldiron M, 2013 (36)	Londoño A, 2012 (45)	Ávila-Toscano, 2015 (46) de la Espriella, 2009 (39)	Tobón C, 2015 (40)	Heeke C, 2015 (41)
Ansiedad	Tamayo-Martínez, 2016 (22) Richards, 2011 (33)	OPS, 2005 (43) Ruiz-Rodríguez, 2005 (44)	Coldiron M, 2013 (36) Bell V, 2012 (47)	Londoño A, 2012 (45)	Ávila-Toscano, 2015 (46) de la Espriella, 2009 (39)	Tobón C, 2015 (40)	Ninguno
Riesgo de suicidio	Tamayo-Martínez, 2016 (22) Puertas G, 2006 (13)	Ninguno	Bell V, 2012 (47)	Gómez-Restrepo C, 2016 (25)	Ninguno	Tobón C, 2015 (40)	Ninguno
Consumo de Sustancia Psicoactivas							
Abuso o dependencia del alcohol	Tamayo-Martínez, 2016 (22) Puertas G, 2006 (13) Cáceres D, 2002 (42)	OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Gantiva-Díaz C, 2012 (31) Bell V, 2012 (47)	Gómez-Restrepo C, 2016 (25) Londoño A, 2012 (45)	Ninguno	Tobón C, 2015 (40)	Ninguno
Consumo de cigarrillo	Tamayo-Martínez, 2016 (22) Cáceres D, 2002 (42)	OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Gantiva-Díaz C, 2012 (31)	Gómez-Restrepo C, 2016 (25)	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Consumos de otras Sustancias psicoactivas	Tamayo-Martínez, 2016 (22) Cáceres D, 2002 (42)	OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Gantiva-Díaz C, 2012 (31) Bell V, 2012 (47)	Gómez-Restrepo C, 2016 (25)	Ninguno	Tobón C, 2015 (40)	Ninguno
Enfermedades transmisibles							
Presencia de síntomas de EDA o IRA en menores de 5 años en 15 días previos a la encuesta	Cáceres D, 2002 (42)	OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Aseguramiento y acceso a servicios de salud							
Cobertura de vacunación (BCG, VOP, Triple viral, Pentavalente)	Cáceres D, 2002 (42) Unidad de Víctimas, 2014 (23)**	Ruiz-Rodríguez M, 2008 (30) OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Afiliación al SGSS	MSPS, 2014 (24)* Ruiz-Rodríguez M, 2012 (27) Moreno, 2009 (48) Ruiz-Rodríguez M, 2006 (15) Cáceres D, 2002 (42)	Ruiz-Rodríguez M, 2008 (30) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Acceso a medicamentos	Ninguno	Ruiz-Rodríguez M, 2012 (27)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Acceso a servicios de salud	MSPS, 2014 (24)** Ruiz-Rodríguez M, 2006 (15)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Insistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo (CyD)	Cáceres D, 2002 (42)	Ruiz-Rodríguez M, 2005 (44) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Seguridad alimentaria y nutricional							
Desnutrición global	Gamboja-Delgado, 2007 (28)	Ruiz-Rodríguez M, 2005 (44) OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Desnutrición crónica	Gamboja-Delgado, 2007 (28) Cáceres D, 2002 (42)	Ruiz-Rodríguez M, 2005 (44) OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Desnutrición aguda	Gamboja-Delgado, 2007 (28)	Ruiz-Rodríguez M, 2005 (44) OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Sobrepeso / obesidad	Ninguno	Ruiz-Rodríguez M, 2005 (44) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Bajo peso en adultos	Ninguno	OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Acceso a los alimentos	Herrán, 2015 (49) Prada E, 2008 (50) Unidad de Víctimas, 2014 (23)**	OPS, 2005 (43)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Enfermedad crónica no transmisibles							
Prevalencia de Enfermedad crónica no transmisible	Ninguno	OPS, 2005 (43) Ruiz-Rodríguez M, 2005 (44) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Discapacidad							
Prevalencia de discapacidad	Obando-Ante, 2006 (16) Cáceres D, 2002 (42)	OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Salud sexual y reproductiva							
Embarazo adolescente	Ninguno	OPS-INS, 2002(11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Inasistencia a control prenatal (CPN)	Ninguno	OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Toma de citología cervicouterina	Cáceres D, 2002 (42)	OPS, 2005 (43) OPS-INS, 2002 (11)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Conocimiento VIH	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Segura A, 2011 (51)	Ninguno	Ninguno
Lesiones por causa externa							
Letalidad por lesiones con armas de guerra de alta energía	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Martínez, 2016 (52) ***	Ninguno	Ninguno

*Secuestro, desaparición, tortura, extorsión o reclutamiento forzado; ** incluyó otras víctimas de conflicto; *** Incluyó personas residen o permanecen en zonas de conflicto y combatientes
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

3.2.1. Desenlaces que mostraron peores desenlaces en expuestos al conflicto

Cobertura de vacunación

La razón de prevalencias (RP) combinada, a partir de dos estudios (11,43), mostró que el desplazamiento en menores de cinco años se asocia con peores coberturas en la vacunación con bacilo de Calmette y Guérin (BCG) (Figura 2), Haemophilus influenzae tipo B (Hib) (Figura 3), polio oral (VOP) (Figura 4) y DPT (Figura 5). En adición los test mostraron heterogeneidad baja a media en los estudios incluidos.

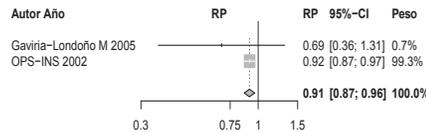


Figura 2. Forestplot del RP de coberturas de vacunación de BCG en menores de cinco años. Desplazados versus no desplazados

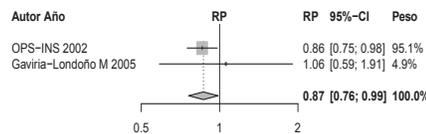


Figura 3. Forestplot del RP de coberturas de vacunación de Hib en menores de cinco años. Desplazados versus no desplazados

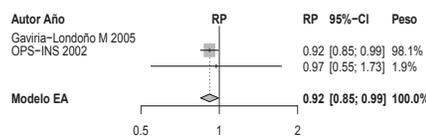


Figura 4. Forestplot del RP de coberturas de vacunación de VOP en menores de cinco años. Desplazados versus no desplazados

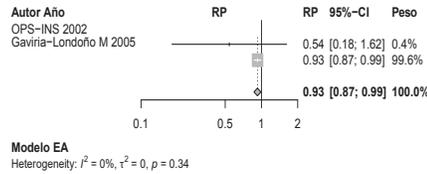


Figura 5. Forestplot del RP de coberturas de vacunación de DPT en menores de cinco años. Desplazados versus no desplazados

Síntomas de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años

Por otra parte, con información de dos estudios (11,43), hubo evidencia de la exposición al conflicto como factor de riesgo para la presencia de síntomas de EDA durante los 15 días previos a la entrevista en menores de cinco años (Figura 6). La RP combinada muestra que menores de cinco años expuestos a desplazamiento tienen 22% más riesgo de síntomas de EDA en comparación con sus contrapartes. Este meta-análisis mostró heterogeneidad baja entre los estudios incluidos.

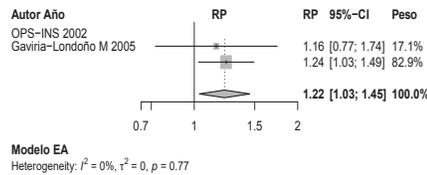


Figura 6. Forestplot del RP combinado de presencia de síntomas de EDA en menores de cinco años. Desplazados versus no desplazados.

Inasistencia a control prenatal

La RP combinado en dos estudios (11,43) mostró el desplazamiento como factor protector frente a la inasistencia al CPN en comparación con sus contrapartes, con 27% menos riesgo de faltar a un control prenatal (Figura 7). Los test marcaron heterogeneidad baja entre los estudios incluidos en el análisis.

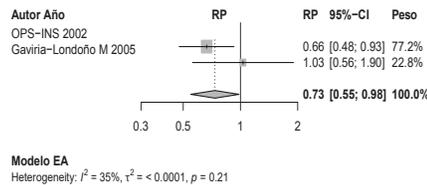


Figura 7. Forestplot del RP de inasistencia al CPN en gestantes. Desplazados versus no desplazados.

3.2.3. Desenlaces que no mostraron asociaciones estadísticamente significativas

La mayoría las RP combinadas de estudios analíticos no mostraron relaciones significativas entre el conflicto y los desenlaces en salud. En algunos casos, la heterogeneidad fue baja a moderada orientando a que futuros estudios con similares características obtendrían resultados que no muestran diferencias entre expuestos y no expuestos al conflicto (Tabla 5).

Otros meta-análisis mostraron alta heterogeneidad entre los estudios incluidos, a pesar de contar con similares exposiciones, métodos de evaluar el desenlace y grupos de edad. Fue el caso para síntomas de depresión (11,43,44), abuso o dependencia de alcohol (25,45), consumo de cigarrillo (11,43), consumo de otras SPA (11,43), síntomas de IRA en los 15 días previos a la encuesta (11,43) y asistencia al programa de crecimiento y desarrollo (11,43). En otros casos no fue posible hacer los meta-análisis toda vez que a pesar de contar con exposiciones comparables, la evaluación de los desenlaces o los grupos de edad no fueron similares, como para estrés postraumático y afiliación al SGSSS.

tabla 5. Meta-análisis con estimaciones no significativas entre la exposición al conflicto y los desenlaces en salud, con heterogeneidad baja a moderada

DESENLACE EN SALUD	REFERENCIAS PRIMARIAS	RP COMBINADOS (IC 95%)
Ansiedad	(43,44)	0,95 (0,76 - 1,21)
Cobertura de vacunación contra triple viral	(11,43)	1,04 (0,94 - 1,15)
Cobertura de vacunación contra hepatitis B	(11,43)	0,93 (0,87 - 1,01)
Desnutrición aguda	(11,43,44)	0,91 (0,62 - 1,34)
Desnutrición crónica	(11,43,44)	0,98 (0,80 - 1,20)
Desnutrición global	(11,43,44)	0,95 (0,82 - 1,11)
Toma de citología cérvicouterina en el último año	(11,43)	0,99 (0,93 - 1,04)

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Esta revisión sintetizó los resultados de estudios analíticos que analizaron los efectos del conflicto armado en población colombiana. Se encontró que el desplazamiento aumenta el riesgo de baja cobertura de vacunación con BCG, Hib, VOP y DPT en menores de cinco años; y se comportó como factor de riesgo para la presencia de síntomas de EDA durante los 15 días previos a la entrevista en menores de cinco años. Evidencia paradójica se encontró para insistencia a CPN, donde se identificó como un factor protector. Por otra parte, otros desenlaces no mostraron diferencia entre expuestos y no expuestos al conflicto. Estos meta-análisis registraron heterogeneidad baja a moderada entre los estudios incluidos en cada análisis, posibilitando que futuros estudios con similares características obtendrían resultados similares.

Por otra parte, esta revisión encontró que las prevalencias reportadas por los estudios para el mismo desenlace en salud en similares exposiciones y grupos de edad. Aunque dichos resultados no fueron mostrados, el lector puede ubicar las estimaciones en cada estudio según referencia de la Tabla 3 y Tabla 4. La presente revisión deja ver el creciente interés en la descripción o análisis de los impactos del conflicto armado en la salud de la población colombiana. Aunque los primeros estudios identificados en el presente análisis ya consideraban el conflicto armado y el desplazamiento como un factor que podría afectar la salud de las personas expuestas al conflicto (19,37,42), tal vez no fue sino hasta que la Corte Constitucional exhortara al Ministerio de Salud a informar sobre las condiciones reales de atención en salud de los desplazados (53) que se consideró más ampliamente la posibilidad de la realización de estudios que analizaran dicha relación.

Aspectos transversales a los estudios incluidos en el presente análisis deben ser considerados. Por una parte, la disponibilidad de información de las víctimas del conflicto. Registros con información individual de las víctimas posibilitan el análisis como fuente de información secundaria, como el Registro Único de Víctimas (23,24).

A pesar de que dicho registro sustenta una ventaja para el país en términos analíticos (54), se ha calculado un subregistro del 25% (55). De manera reciente, se cuenta con variables que distinguen población expuesta al conflicto en la Encuesta Nacional de Salud Mental (56), sin embargo, su análisis se limita a desenlaces en salud mental (20,22). Por otra parte, la mayoría de estudios se realizaron con base en fuentes primarias de información, los cuales podrían estar limitados por el mayor costo, restringiendo los tamaños de muestra, las áreas geográficas o la amplitud de los desenlaces analizados.

La disponibilidad de fuentes de información conlleva a que las exposiciones con mayor frecuencia analizadas fueran el desplazamiento y zonas con presencia de grupos y acciones armadas. Sin embargo, estos grupos podrían ser muy heterogéneos frente a su experiencia ante el conflicto y por tanto los desenlaces en salud, serían diferenciales. Por ejemplo, se registró una prevalencia de síndrome de estrés posttraumático mayor al 70% en familiares de personas secuestradas, desaparecidas, torturadas, extorsionadas o víctimas de reclutamiento forzado (41). Otras exposiciones, como haber participado como combatiente registraron menor número de estudios analíticos, y en el caso de los militares o exmilitares, sólo se encontró que fueron incluidos en uno de los estudios (52).

Las fuentes de heterogeneidad de los meta-análisis deben ser analizadas. Por ejemplo, pocos estudios consideraron los efectos a largo plazo en salud mental o de los hijos y nietos de aquellos expuestos al conflicto armado. Menores del preschool procedentes de segundas generaciones de familias desplazadas, reportaron mayor riesgo de presentar comportamientos problemáticos en preescolares como son ansiedad, depresión, somatización, problemas del sueño, problemas de atención y comportamientos agresivos; en comparación con las primeras generaciones (29). Otra fuente de heterogeneidad fue la representatividad geográfica de los estudios.

Por ejemplo, el estudio de OPS, 2002 incluyó población más variada (Soacha, Cartagena, Montería y Cali) (11); en comparación con los restantes que incluyeron población de una sola área geográfica como el de Ruiz-Rodríguez, 2005 (Bucaramanga y su área metropolitana) (44) y OPS 2005 (sólo Medellín) (43).

La presente revisión tiene limitaciones. La principal es que no se contó con evaluación de la calidad de los estudios incluidos. Sin embargo, es preciso aclarar que esperándose, al inicio del análisis, una baja frecuencia de estudios que analizaran el conflicto armado como variable de exposición, se buscó incluir el mayor número de estudios posible, para hacer la descripción de los mismos. En adición, la mayoría de estos fueron capturados de bases indexadas que aseguran estándares mínimos de calidad.

Referencias

1. Jones GL, Hartley T. The psychological health and well-being experiences of female military veterans: a systematic review of the qualitative literature. *J R Army Med Corps* [Internet]. 2017 Oct [cited 2017 Oct 11];163(5):314-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28752483>
2. Bai J, Bhugra S. Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: a systematic review (1981-2014). *Public Health* [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Oct 11];142:121-35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27922299>
3. Stone M, Mares S. Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2016 Dec 18 [cited 2017 Oct 11];47(6):950-65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26781095>
4. Bogi M, Ngiku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2015 Dec 18 [cited 2017 Oct 11];15(1):29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26510473>
5. Kim I. Beyond Trauma: Post-re settlement Factors and Mental Health Outcomes Among Latino and Asian Refugees in the United States. *J Immigr Minor Heal* [Internet]. 2016 Aug 14 [cited 2017 Oct 11];18(4):740-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26169507>
6. Lo J, Patel P, Shultz JM, Carrat N, Roberts B. A Systematic Review on Harmful Alcohol Use Among Civilian Populations Affected by Armed Conflict in Low- and Middle-income Countries. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2017 Sep 19 [cited 2017 Oct 11];52(11):1494-510. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28471305>
7. Lo J, Patel P, Roberts B. A systematic review on tobacco use among civilian populations affected by armed conflict. *Tob Control* [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Oct 11];25(2):129-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25770116>

8. Abou-Abbas H, Bahmad H, Ghandour H, Fares I, Wazni-Mishal R, Teouab B, et al. Epidemiology and clinical characteristics of traumatic brain injury in Lebanon. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016 Nov [cited 2017 Oct 11];95(4):e12542. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27893670>
9. Kabengezi Mwingi E, Kopy M, Kasong'ole-Rower J, Isomani E, Ruhesi SB, Chastonay P. Rape in Armed Conflicts in the Democratic Republic of Congo: Trauma, Violence, Abuse [Internet]. 2016 May 19 [cited 2017 Oct 11];15(3):608166016108. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27207763>
10. Saahin DD, Bralin K. A systematic review of the health effects of prenatal exposure to disaster. *Int J Public Health* [Internet]. 2015 Nov 23 [cited 2017 Oct 11];10(7):781-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26284838>
11. Organización Panamericana de la Salud. Perfil Epidemiológico de Población Desplazada y Extranjera en Colombia [Internet]. 2002 [cited 2017 Oct 2]. Available from: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informacion/ops/peps2002/>
12. Idrovo AI. [Social capital, violent deaths, and cancer mortality in Colombia: a population approach]. *Rev Salud Publica (Bogotá)* [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 2];8(1):58-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17603961>
13. Puertas G, Río C, del Valle H. [The prevalence of common mental disorders in urban slums with displaced persons in Colombia]. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2006 Nov [cited 2017 Oct 2];20(5):324-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17314490>
14. Rojas Sorliño JC, Prieto Alvarado H. Vacuna Pentavalente y Cobertura de Vacunación en Menores de seis años. Colombia 2000-2005. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2006 May [cited 2017 Oct 2];8(1):71-85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17603961>
15. Ruiz-Rodríguez M, López-Moreno S, Avila-Burgos L, Acosta-Ramírez N. [Displaced people's healthcare use in Bucaramanga, Colombia]. *Rev Salud Pública (Bogotá)* [Internet]. [cited 2017 Oct 2];8(3):197-206. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17729219>
16. Obando-Ante L, Lasso-Benavides A V P P. Discapacidad en población desplazada en el Cauca, Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 2];8(2):182-90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17603961>
17. Alejo E, Rueda G DM. Estudio epidemiológico del trastorno por estrés posttraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Univ Psychol* [Internet]. 2007 [cited 2017 Oct 2];8(3):623-36. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-9267200700030004&script=sci_abstract&lng=es
18. Alcalá-Cerrá G, Paternina-Caceres A, Palaco-Babilonia B, Moscoso-Saavedra EK, Niza-Hernández LM, Gutiérrez-Paternina JJ, et al. Infl uencia del conflicto armado en la mortalidad por traumas craneoencefálicos en niños y adolescentes. Infl uence of armed conflict on mortality due to traumatic brain injury in children and adolescents. *Aplicaciones Cien Med Mil Int Mds Seguro Soc* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 2];15(2):68-73. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdm/ins/m/2014/m1466.pdf>

19. Rojas S, IC, Prieto A, FE. National immunization day evaluation in Colombia, 2001: an ecological approach. *doi.org* [Internet]. 2004 [cited 2017 Oct 2];6(1):44-62. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-006420040001000003&script=sci_abstract&lng=es
20. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guzmán-Hernández CC, García-Ojeda M, Echeverri-Schmidbach J, et al. Violence Due to Armed Conflict and Prevalence of Mood Disorders, Anxiety and Mental Problems in the Colombian Adult Population. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 Oct 2];45 Suppl 1:147-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27993250>
21. Lago-Gallego M, Gutiérrez-Segura JC, Lago-Guindas GJ, Rodríguez-Morales AI. Post-traumatic stress disorder in internally displaced people of Colombia: An ecological study. *Travel Med Infect Dis* [Internet]. 2013 Mar [cited 2017 Oct 2];12(4):4-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842350>
22. Tamayo-Martínez N, Rincón-Rodríguez CI, de Santacruz C, Bautista Bautista N, Collazos J, Gómez-Restrepo C. [Mental Problems, Mood and Anxiety Disorders in The Population Displaced by Violence in Colombia: Results of The National Mental Health Survey 2015]. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 Oct 2];45 Suppl 1:113-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27993245>
23. Red Nacional de Información. Estadísticas de caracterización y derechos de las víctimas [Internet]. 2016. Available from: <http://caracterizacion.unidadetras.com.gov/>
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de la Población Víctimas del Conflicto Armado, 2015.
25. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guzmán-Hernández CC, García-Ojeda M, Echeverri-Schmidbach J, et al. Violence Due to Armed Conflict and Prevalence of Mood Disorders, Anxiety and Mental Problems in the Colombian Adult Population. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 19];45 Suppl 1:147-53. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745016301214>
26. Salas Zapata WA, Ríos-Oroño LA, López-Hernández LE, Gómez-Arias RD. Análisis de sostenibilidad de la política de control de malaria del municipio de El Bagre, Colombia. *Gerencia y Política Salud* [Internet]. 2014 Dec 13 [cited 2017 Oct 2];12(1):7. Available from: <http://www.gerenciaysalud.com/index.php/gerepol/article/view/11963>
27. Ruiz-Rodríguez M, Wertz VJ, Idrovo AI, Angulo M. Access to medicines among internally displaced and non-displaced people in urban areas in Colombia. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 May 19];26(12):245-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23288058>
28. Gamboa-Delgado E, López-Barbosa N V CL. Política Alimentaria y Estado Nutricional en Niños Desplazados en Prolecedencia, Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2007 [cited 2017 Oct 2];9(1):129-39. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-0013200700010004&script=sci_abstract&lng=es
29. Finkh UE, Restrepo MK, Blanco DR, Ortega MM, Enriquez CL, Berens TM, et al. Mental health of internally displaced preschool children: a cross-sectional study conducted in Bogotá, Colombia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2017 Oct 2];48(6):517-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23124480>

Carlos Castañeda-Orjuela
Karol Cotes-Cantillo

4.1. Introducción

Los efectos del conflicto armado en las poblaciones son diversos y no se limitan a sus consecuencias directas. En salud, de acuerdo al modelo teórico propuesto en los primeros capítulos de este informe, es posible evidenciar muchos de sus impactos en la población colombiana luego de varias décadas de este sangriento conflicto. Dicho ejercicio requiere de la combinación de metodologías de análisis cuantitativos y cualitativos que conjuntamente evalúen la dinámica y magnitud del conflicto, así como las consecuencias asociadas a este, a partir de la combinación de diferentes fuentes de información, analizadas de forma crítica. Un trabajo propio de las funciones del Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud.

Evaluar el conflicto como un determinante social provee ventajas explicativas sobre la afectación diferencial de las poblaciones más vulnerables por sus condiciones sociales y económicas. La generación de evidencia sobre las desigualdades sociales de la salud es fundamental, pero es sólo un paso previo para poder plantear intervenciones que actúen sobre los determinantes sociales de los desenlaces adversos en salud identificados, que permitan disminuir dichas desigualdades. Este análisis de desigualdades también es útil para hacer el monitoreo del impacto de las intervenciones seleccionadas por los tomadores de decisiones. Sin embargo, no se puede olvidar que esta evidencia es sólo un insumo para la discusión profunda de los cambios necesarios, que en general implican transformaciones sociales y políticas, para mejorar la salud de todos los grupos poblacionales, sin ampliar las brechas entre ellos, especialmente aquellas que se consideran en inequidades por su connotación de injustas.

Más allá de los números e indicadores que se obtienen en los análisis de desigualdades, estos son proxis muy deficientes del dolor y el sufrimiento que padecen individuos, familias y grupos sociales, que no se benefician de la misma manera que aquellas poblaciones que concentran el poder, el dinero y los recursos.

Este dolor y sufrimiento no se pueden olvidar, al analizar únicamente el valor cuantitativo de una desigualdad, y requiere de un fuerte compromiso ético y moral por parte de los tomadores de decisión para su superación, así como de los analistas de la información al presentar sus resultados.

La actual coyuntura del país, luego de la firma del acuerdo de desmovilización y dejación de armas de la guerrilla más grande y antigua del continente, requiere de estrategias innovadoras que aprovechen el momento histórico para que realmente se consolide un posconflicto que permita una amplia discusión para mejorar las condiciones de vida y, por supuesto de la salud, de la población colombiana y que a su vez evidencie el inmenso dolor e infame sufrimiento que este conflicto ha causado en las víctimas. El objetivo del presente capítulo es realizar el análisis de diferentes eventos en salud en la población colombiana para explorar su posible asociación con el conflicto armado, buscando identificar posibilidades de intervención en el contexto de posconflicto.

Este capítulo presenta la estimación de un índice de intensidad del conflicto armado que resume varias dimensiones de la frecuencia e impacto de este fenómeno en los municipios de Colombia en un único indicador y que permite la clasificación de estas unidades geográficas según el conflicto. El índice permitió realizar un análisis de desigualdades para los indicadores de salud y acceso a los servicios seleccionados a partir del marco teórico. Se presenta, entonces, los análisis detallados de las desigualdades por conflicto a nivel territorial, a partir de las fuentes seleccionadas. Para el caso de salud mental se presentan resultados de un análisis de la Encuesta Nacional de Salud Mental y un análisis cualitativo de testimonios de víctimas del conflicto. Cada indicador se discute desde la evidencia existente en la literatura científica con respecto a la asociación entre su ocurrencia y la exposición a los conflictos armados. Una discusión acerca de las implicaciones de los hallazgos de estos análisis se detalla en el Capítulo 8 del presente informe.

4.2. Métodos

Se combinaron varias metodologías para realizar el análisis del impacto en la salud por el conflicto armado en Colombia. Se realizó una caracterización de los municipios en Colombia por intensidad del conflicto armado, a partir de la construcción de un índice de intensidad de conflicto que incluía variables de diferentes fuentes de información. Con base en dicha clasificación se realizó un análisis de indicadores en salud seleccionados según el marco conceptual a partir de las fuentes de información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para el periodo 1998-2015, cuando había dicha disponibilidad.

Se calcularon tasas específicas y tasas ajustadas por edad según sexo, por quintil de intensidad de conflicto y se realizó un análisis de desigualdades, evaluando brechas relativas entre la población del quintil con mayor intensidad de conflicto y la de menor intensidad. Finalmente, se realizó un análisis geográfico municipal con los valores de los indicadores, por medio de la estimación y suavizado geográfico de las razones estandarizadas de mortalidad o morbilidad, comparando con la tasa nacional de inicio del periodo de análisis. A continuación, se presentan cada una de estas metodologías.

4.2.1. Construcción del índice de intensidad del conflicto armado en Colombia

Se construyó un índice de intensidad del conflicto armado (IIC), con el objetivo de obtener una medida que permitiera clasificar los municipios de Colombia de acuerdo a este fenómeno, entendiendo la intensidad del conflicto como la mayor o menor presencia de los diferentes factores o dimensiones que lo configuran.

Como horizonte temporal se tomó el periodo comprendido entre 1985, año a partir del que la Ley 1448 del 2011 realiza el reconocimiento de las víctimas, y 2015 donde se encuentra la información más reciente para algunas variables. Los municipios fueron utilizados como unidad geográfica de análisis. Dado que durante el periodo de estudio se han presentado cambios en el ordenamiento territorial del país, como la creación de nuevos municipios, se procedió a hacer una agrupación por clúster (Anexo 1) utilizando como referencia la información proporcionada por el DANE (1), generando un total de 1009 unidades municipales.

Se siguió la metodología propuesta para la construcción de un índice compuesto (2-4), a partir de la implementación de análisis de componentes principales, que permite reducir las dimensiones de una serie de variables relacionadas, en este caso, con la afectación municipal del conflicto armado, eliminando las correlaciones entre ellas y permitiendo construir una medida resumen a nivel municipal de dicha intensidad del fenómeno. Inicialmente se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de la que se identificaron documentos que permitieran seleccionar los indicadores y las posibles dimensiones del conflicto (5,6).

Carlos Castañeda-Orjuela
Salomé Valencia-Aguirre
Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo
Diana Díaz-Jiménez
Liliana Hilarion-Gaitán
Karol Patricia Cotes-Cantillo

Conjuntamente se revisaron los índices de conflicto armado y victimización existentes en Colombia y otras regiones: El Índice de Incidencia del Conflicto Armado del Departamento Nacional de Planeación (DNP) (7), la Tipología de Municipios según el Conflicto Armado Interno del Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (CERAC) (8), el Índice de Riesgo de Victimización de la Red Nacional de Información y la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas (UARIV) (9) y el Índice de violencia interna creado por la FERDI (*Fondation pour les Études et Recherches sur le Développement International*) (10).

4.2.1.1. Selección de los indicadores

Las fuentes de información fueron las bases de datos suministradas por el Observatorio del Centro Nacional de Memoria Histórica (OCNMH), y por la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos (CPDH). El OCNMH utiliza como fuentes de información: los testimonios de víctimas del conflicto, expedientes judiciales, información de medios de comunicación, investigaciones académicas y archivos de comunidades y ciertas organizaciones (4). Por su parte, la CDPH utiliza fuentes oficiales de entidades del Estado y de empresas privadas (11,12).

Siguiendo las dimensiones planteadas en el marco teórico (Capítulo 2) y evaluando la disponibilidad de información, se realizó una selección inicial de 13 indicadores (Tabla 1), cuyas definiciones se presentan en el Anexo 2. Los indicadores fueron agrupados en: **1.** Modalidades de violencia y **2.** Formas de obtención de recursos para la guerra.

Tabla 1. Descripción de indicadores incluidos inicialmente en la construcción del índice de intensidad de conflicto. Colombia

DIMENSIÓN	INDICADOR	DESCRIPCIÓN	NUMERADOR	DENOMINADOR	PERIODO	FUENTE
	Razón de atentados terroristas, daño a bienes civiles y acciones bélicas	Número de atentados terroristas, daño a bienes civiles y acciones bélicas ocurridos por 100.000 hab.	Número de atentados terroristas, daño a bienes civiles y acciones bélicas	Población total	1985-2015	OCNMH
	Tasa ajustada de violencia sexual	Número de víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto por 100.000 hab.	Número de víctimas de violencia sexual ajustadas por sexo y edad	Población total	1985-2015	OCNMH
	Tasa ajustada de desaparición forzada	Número de víctimas de desaparición forzada en el marco del conflicto por 100.000 hab.	Número de víctimas de violencia sexual ajustadas por sexo y edad	Población total	1985-2015	OCNMH
	Razón de desplazamiento	Número de desplazamientos forzados en el marco del conflicto armado por 100.000 hab.	Número de desplazamientos forzados	Población total	1985-2014	CPDH-UARIV
	Tasa de víctimas de minas antipersonales	Número de víctimas por Minas Antipersonales, Municiones sin Explotar, y Artefactos Explosivos Improvisados por 100.000 hab.	Número de víctimas por minas antipersonales	Población total	1990-2013	OCNMH Programa de Acción Integral contra Minas Antipersona
Modalidades de violencia	Razón de daño a bienes civiles	Número de daños a bienes civiles en el marco del conflicto armado por 100.000 hab.	Número de daños a bienes civiles	Población total	1985-2015	OCNMH
	Tasa ajustada de secuestros	Número de secuestros en el marco del conflicto armado por 100.000 hab.	Número de víctimas de secuestro ajustadas por sexo y edad	Población total	1985-2015	OCNMH
	Tasa de reclutamiento de menores de edad	Número de reclutamientos de menores de edad en el marco del conflicto por 100.000 hab.	Número de reclutamientos de menores de edad	Población menor de 18 años	1985-2015	OCNMH
	Razón de atentados a infraestructura eléctrica	Número de atentados a torres de energía por 100.000 hab.	Número de atentados a torres de energía	Población total	1985-2015	CPDH-ISA
	Razón de atentados a infraestructura petrolera	Número de atentados a oleoductos por 100.000 hab.	Número de atentados a infraestructura petrolera	Población total	2007-2015	CPDH ECOPETROL
	Razón de masacres	Número de masacres por 100.000 hab.	Número de masacres	Población total municipal	1985-2015	OCNMH
	Tasa de homicidio por eventos de conflicto armado	Número de homicidios en el marco de eventos por conflicto armado (lesiones bélicas, asesinatos selectivos, atentados terroristas, daño a bienes civiles, desaparición forzada, masacres, reclutamiento de menores, secuestros, y violencia sexual) por 100.000 hab.	Número de defunciones	Población total	1985-2015	OCNMH
Formas de obtención de recursos para la guerra	Tasa de hectáreas de cultivos ilícitos	Número de hectáreas con cultivos ilícitos por 100.000 hab.	Número de hectáreas con cultivos ilícitos	Área total (en hectáreas)	1999-2015	CPDH Observatorio de Drogas Colombia

OCNMH: Centro Nacional de Memoria Histórica, CDPH-UARIV: Unidad para la Atención y Reparación Integral Víctimas, CDPH-ISA: Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos. Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

4.2.1.2. Procesamiento de la información

Los indicadores de afectación individual cuyas bases de datos contaban con información de edad y sexo, se construyeron como tasas ajustadas utilizando el método directo (13), tomando como referencia la población mundial estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001. Fueron excluidos de la construcción de los indicadores los registros con ocurrencia fuera del país o los registros con datos faltantes en las variables necesarias para la construcción del indicador siempre que la cantidad de datos perdidos de dicha variable no excediera el 5% del total, de lo contrario se imputaron los datos perdidos. Para la variable sexo de las bases del OCNMH, se encontró un porcentaje de valores perdidos de 16%, por lo que estos fueron estimados mediante una imputación múltiple (14) utilizando como covariables la edad y el hecho relacionado con el conflicto. Dado que ninguna de las variables presentaban una distribución normal se efectuó una transformación potencia de Yeo y Jhonson (15) a cada uno de los indicadores, con el fin de conseguir una aproximación a la normalidad.

4.2.1.3. Validación de las variables y agregación de indicadores

Para evaluar la colinealidad entre las variables se utilizó la matriz de correlaciones de Pearson (Figura 1). Las variables "atentados a infraestructura eléctrica", "atentados a infraestructura petrolera" y "hectáreas de cultivos ilícitos", presentaron bajas correlaciones lineales con las demás variables. Para evaluar la adecuación de la muestra se calculó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

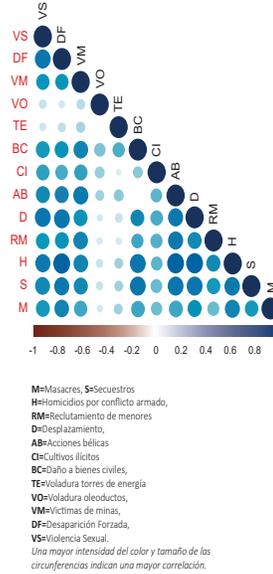


Figura 1. Matriz de correlaciones entre los indicadores seleccionados en el análisis inicial del Índice de intensidad del conflicto. Colombia

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Con el objetivo de sintetizar la información proporcionada por los indicadores se utilizó el método de componentes principales (16,17), utilizando los resultados de la matriz de componentes rotados mediante el procedimiento de varianza máxima (Varimax). Cuando se incluyeron los 13 indicadores iniciales se obtuvo una varianza explicada del 55% en el primer componente. Por lo que se eliminaron las tres variables que presentaron bajas correlaciones en la matriz, obteniendo el 67% de la varianza total para el primer eje (Tabla 2). Dado que este eje logró explicar una varianza total adecuada (67%) se generó el índice teniendo en cuenta las saturaciones de cada indicador dentro del primer componente. Para lograr una mejor interpretación se transformó a una escala de 0 a 100, siendo 0 la menor intensidad del conflicto y 100 la mayor intensidad (Anexo 3) y se representó en un mapa de quintiles del índice.

Tabla 2. Indicadores, saturaciones y variabilidad explicada por el índice de intensidad del conflicto, para el primer eje. Colombia

INDICADORES	SATURACIONES
Violencia Sexual	0.80
Desaparición Forzada	0.86
Victimas de minas	0.77
Daño a bienes civiles	0.79
Acciones bélicas	0.89
Desplazamiento	0.87
Reclutamiento de menores	0.73
Homicidio por conflicto armado	0.92
Secuestros	0.83
Masacres	0.71
Varianza explicada	67%

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

4.2.2. Estimación de indicadores de salud y análisis de desigualdades

Para el análisis de desigualdades para indicadores de morbilidad, mortalidad y de acceso a los servicios de salud se seleccionaron algunos indicadores y se construyeron tasas de incidencia o mortalidad según los quintiles del IIC, a que pertenecía cada uno de los municipios. El análisis se realizó a nivel ecológico.

4.2.2.1. Selección de indicadores de desenlaces en salud

A partir de lo definido en el esquema conceptual del presente Informe (Capítulo 2), se identificaron eventos en salud de posible impacto directo o indirecto por parte del conflicto armado. Para cada uno de los eventos se identificaron las fuentes de información y los indicadores específicos que fueron objeto de análisis. La Tabla 3 muestra los eventos e indicadores seleccionados para el análisis del presente capítulo, así como las fuentes de información y los códigos de la clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10), según corresponda.

Tabla 3. Eventos e indicadores de salud pública incluidos en el análisis de impacto del conflicto armado en salud

EIE	EVENTO	INDICADOR	FUENTE NUMERADOR	CIE10	FUENTE DENOMINADOR
Lesiones de causa externa	Homicidios	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	X85-X99, Y00-Y09, Y871	Proyecciones población DANE
	Suicidios	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	X600-X849, Y870	Proyecciones población DANE
Desenlaces en población infantil	Mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil	EEVV-DANE	NA	EEVV-DANE
	Bajo peso al nacer	Proporción	EEVV-DANE	P05, P07	EEVV-DANE
IRA	Desnutrición en menores de cinco años	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	E40- E64, D50- D53	Proyecciones población DANE
		Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	J00, J010-J014, J018-J020, J028-J030, J038-J042, J050, J051, J060, J068, J069, J100, J101, J108, J110, J111, J118, J120-J122, J128, J129, J13, J14, J150-J160, J168, J170*, J171*, J172*, J173*, J178*, J180, J182, J188, J189, J200- J210, J218, J219, J22	Proyecciones población DANE
		Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	A00-A09	Proyecciones población DANE
		Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	B50-B54, P373-P374	Proyecciones población DANE
		IPA por <i>P. vivax</i>	Sigilla	NA	Población a riesgo
		IPA por <i>P. falciparum</i>	Sigilla	NA	Población a riesgo
		IPA mixta	Sigilla	NA	Población a riesgo
		IPA malaria complicada	Sigilla	NA	Población a riesgo
		Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	B55	Proyecciones población DANE
		Tasa de notificación cutánea	Sigilla	NA	Población a riesgo
Enfermedades transmisibles	Leishmaniasis	Tasa de notificación mucosa	Sigilla	NA	Población a riesgo
		Tasa de notificación visceral	Sigilla	NA	Población a riesgo
		Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	A950, A951, A959	Proyecciones población DANE
		Fiebre amarilla	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	B20, B21, B22, B23, B24, C46
VIH	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	A15, A16, A17, A18, A19, B90, D37	Proyecciones población DANE	
		EEVV-DANE	A15, A16, A17, A18, A19, B90, D37	Proyecciones población DANE	
Tuberculosis	Tasa de notificación	Sigilla	NA	Proyecciones población DANE	
	Tasa de notificación Hepatitis A	Sigilla	NA	Proyecciones población DANE	
Hepatitis	Tasa de notificación Hepatitis B y delta	Sigilla	NA	Proyecciones población DANE	
	Tasa de notificación Hepatitis C	Sigilla	NA	Proyecciones población DANE	
Tosferina	Tasa de notificación	Sigilla	NA	Proyecciones población DANE	

Tabla 3. Eventos e indicadores de salud pública incluidos en el análisis de impacto del conflicto armado en salud

EIE	EVENTO	INDICADOR	FUENTE NUMERADOR	CIE10	FUENTE DENOMINADOR
Enfermedades no transmisibles	Enfermedades cardiovasculares	Tasa de mortalidad Hipertensión	EEVV-DANE	I10, I110, I119, I120, I129-I132, I139, I150-I152, I158, I160	Proyecciones población DANE
		Tasa de mortalidad Enfermedad isquémica del corazón	EEVV-DANE	I200, I201, I208-I214, I219-I221, I228-I236, I238, I240, I241, I248-I256, I258, I259	Proyecciones población DANE
		Tasa de mortalidad Accidente cerebrovascular	EEVV-DANE	I600-I621, I629-I639, I64, I650-I653, I658-I664, I668-I680, I682, I688, I690-I693, I694, I698	Proyecciones población DANE
	Diabetes	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	E10-E14	Proyecciones población DANE
	Cáncer de cuello uterino	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	C53, D06	Proyecciones población DANE
Salud sexual y reproductiva	Fecundidad	Tasa de fecundidad adolescente	EEVV-DANE	NA	Proyecciones población DANE
		Morbilidad materna extrema	Razón de morbilidad materna extrema	Sigilla	NA
	Mortalidad Materna	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	O00-O08, O10-O16, O20-O29, O30-O48, O60-O75, O85-O92, O95-O99, A34, B20-B24, C58, D392, E230, F530-F539, M830	EEVV-DANE
		Parto prematuro	Proporción de nacimientos prematuros	EEVV-DANE	NA

NA: No aplica
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

4.2.2.2. Cálculo de tasas municipales y análisis descriptivo

Para cada uno de los indicadores analizados se calcularon tasas anuales municipales ajustadas por edad, según sexo o por grupos de edad según el indicador. El ajuste de tasas se realizó por el método directo y tomó como referencia la población estándar OMS 2001. Posteriormente se calculó una tasa promedio anual ajustada por edad, según sexo, para cada uno de las poblaciones de los municipios ubicados en cada quintil de intensidad del conflicto, de acuerdo al IIC. Para los indicadores cuya fuente fueron las bases de datos de nacimientos o defunciones del DANE (18), se calcularon tasas para tres periodos con el objeto de realizar comparaciones: 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015, mientras que para aquellos cuya fuente fue el Sivigila (19), se calcularon tasas para dos periodos: 2008-2009 y 2010-2015, de tal manera que el último periodo para todos los indicadores comprendiera los mismos años.

Los denominadores se obtuvieron de las proyecciones poblacionales del DANE 1985-2020 (20) y las poblaciones a riesgo fueron obtenidas del Ministerio de Salud y Protección Social y se re-escalaron a los subgrupos de edad y sexo según la estructura poblacional de cada municipio. Los denominadores de cada indicador se pueden revisar en la Tabla 3. Se calcularon razones de tasas, por sexo, para evaluar las desigualdades relativas, como el cociente entre la tasa del quintil de mayor IIC y el de menor IIC, para cada uno de los periodos considerados.

Para la presentación de resultados se graficó en un diagrama de barras con cinco barras (uno por cada quintil de las poblaciones de menos a más IIC) para los periodos analizados, con las mujeres al lado derecho. Las tasas municipales según el IIC, se presentan en un diagrama de barras con cinco barras (uno por cada quintil de las poblaciones de menos a más IIC) para los tres periodos analizados, en que las tasas ajustadas para hombres aparecen en el panel superior. Los valores de las razones de tasas se reportan en el texto cuando los valores se consideraron relevantes. La información obtenida se procesó y analizó con el lenguaje de programa estadístico R, versión 3.2.2.

4.2.3. Análisis geográfico del impacto del conflicto en la salud

Para el análisis geográfico a nivel municipal se calculó la razón estandarizada de mortalidad o de morbilidad (REM), según el caso, por medio del ajuste indirecto de tasas de mortalidad u ocurrencia por grupo de edad, según sexo. Este indicador compara, por medio de una razón, las muertes anuales observadas por periodo, área geográfica y sexo, con las muertes esperadas para la misma población, calculadas, estas últimas, a partir de las tasas específicas por grupos de edad para toda la población del país durante el primer periodo de la comparación. Las REM se multiplicaron por 100, por lo que, una REM mayor a 100 representaba un exceso de riesgo, comparado con el valor del indicador para Colombia durante el primer periodo de tiempo analizado.

Para la suavización geográfica de las RME se utilizó el modelo jerárquico bayesiano propuesto por Besag, York y Mollié (21), que pondera la información del indicador de cada municipio con el promedio de sus municipios vecinos, a partir de una matriz de vecindades, permitiendo estabilizar la variabilidad de los indicadores principalmente en áreas con valores muy bajos (22).

En tanto los indicadores negativos (como las tasas de mortalidad), la distribución de las REM municipales de cada periodo se representó a través de mapas de quintiles en una escala de azules, donde los tonos más oscuros representan los riesgos o prevalencias más elevados; mientras que los indicadores positivos (como la cobertura de vacunación), se presentó en escala de naranjas con las REM más bajas en tonos más oscuros (riesgo de menor cobertura). Cuando no se pudieron suavizar las REM por existencia de una alta cantidad de ceros, los mapas se presentaron en tonos verdes. Se compararon los patrones geográficos de los indicadores de salud y del IIC (en quintiles ambos) por medio de la superposición de mapas, describiendo las coincidencias observadas.

Referencias

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Nuevos Municipios. Bogotá D.C. DANE.
- Carroll R, Chalmers-dixon P. The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement. 2005. 197 p.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide. Vol. 3. Methodology. 2008. 162 p.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (libata Val) Colombia: Memoria de Guerra y Dignidad. Bogotá D.C. 2013.
- Restrepo JA, Spagat M, Vargas JF. The Severity of the Colombian Conflict: Cross-Country Datasets Versus New Micro-Data. *J Peace Res*. 2006;43(1):99-115.
- Salazar GS. El conflicto armado y su incidencia en la configuración territorial: Reflexiones desde la ciencia geográfica para la consolidación de un periodo de pos negociación del conflicto armado en Colombia. *Bilacora Urbano Territ*. 2016;26(2):45.
- Departamento Nacional de Planeación. Índice de incidencia del conflicto armado. Bogotá D.C. 2016.
- Restrepo JA, Spagat M, Vargas JF, Restrepo JA, Spagat M, Vargas JF. The Severity of the Colombian Conflict: Cross-Country Datasets versus New Micro-Data. *J Peace Res*. 2017;43(1):99-115.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas. Índice de riesgo de victimización 2010 - 2014. Bogotá D.C. 2014.
- Feindtson M, Gaujon LW. Internal Violence Index: a composite and quantitative measure of internal violence and. 2016.
- Consejería Presidencial para los Derechos Humanos. Observatorio de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. 2017.
- "Dime qué fuente usas y te diré qué análisis presentar". Balance conceptual y metodológico de bases de datos sobre conflicto armado en 2011.
- La Estandarización: Un Método Epidemiológico Clásico para la Comparación de Tasas. *Boletín Epidemiológico OPS*. 2002;23(3):9-12.
- Martínez González MA, Gao Sánchez A, De la Rosa Fernández Pacheco P. Valores perdidos (missing) y métodos de imputación. In: Martínez González MA, Sánchez-Villegas A, Toledo Alucha EA, Faúlin Fajardo J, editors. *Bioestadística amigable*. 3rd ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 365-70.
- Yeo H-K. A new family of power transformations to improve normality or symmetry. *Biometrika*. [Internet]. 2000;87(4):554-9. Available from: <http://academic.oup.com/biomet/article-lookup/doi/10.1093/biomet/87.4.954>
- Hastie T, Tibshirani R, Friedman J. The Elements of Statistical Learning. Springer New York USA. HuberW. 2009;18:764.
- Jolliffe IT. Principal Component Analysis, Second Edition. *Encycl Stat Behav Sci*. 2002;30(3):487.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Archivo Nacional de Datos [Internet]. [cited 2017 Nov 7]. Available from: http://formulario.dane.gov.co/bsda_e_f/index.php/home
- Instituto Nacional de Salud. Sivigila [Internet]. [cited 2017 Nov 7]. Available from: <http://www.ins.gov.co/linea-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Sivigila/Paginas/sivigila.aspx>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Proyecciones de población [Internet]. [cited 2017 Nov 7]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Besag J, York I, Mollié A. Bayesian image restoration, with two applications in spatial statistics. *Ann Inst Stat Math*. 1984;43(1):1-20.
- Barcobá MA, Saiz M, Carró-serrall G, Argel M, Martínez JM, Sorrell C, et al. Método para la suavización de indicadores de mortalidad: Aplicación al análisis de desigualdades en mortalidad en ciudades del Estado Español | Proyecto MESA | Autor para correspondencia: Ma Antonia Barcobá Grup de Recerca en Estadística, *Economía Ap*. 2008;23(6):9-27.

4.3. Resultados

4.3.1. Índice de intensidad del conflicto a nivel municipal en Colombia

Salomé Valencia-Aguirre
Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo
Karol Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela

Los resultados de la estimación del IIC armado en Colombia pueden ser analizados a diferentes niveles: El local o municipal, el regional, y el nacional expresado por la existencia de grandes agrupaciones territoriales de municipios con elevada intensidad de conflicto. En la Figura 1 se presenta el mapa de la cartografía del conflicto a nivel municipal, en el que los niveles de mayor intensidad tienen las tonalidades de azul más oscuros. Para facilitar la interpretación, se agruparon los municipios según la intensidad en quintiles de IIC. En el mapa pueden observarse la presencia de agrupaciones de municipios de alta y muy alta intensidad de conflicto, estos generalmente se encuentran adyacentes a municipios de intensidad moderada. Los grupos de municipios con intensidades bajas y leves se encuentran principalmente en el Centro y Sur del país.

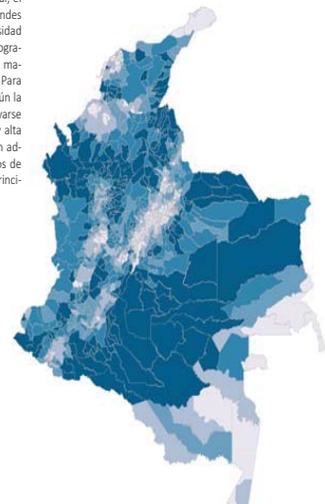


Figura 1. Mapa de intensidad del conflicto armado en Colombia, 1985-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Resultados

A nivel municipal, Vista Hermosa-Meta presentó el valor de IIC más alto (100,00), seguido de Granada-Antioquia (99,41), San Luis-Antioquia (99,03), San Carlos-Antioquia (97,91) y Tibú-Norte de Santander (95,31). Sutatausa-Cundinamarca es el municipio con menor IIC (00,00), dentro de los municipios con menor intensidad se encontraron también: Ciénaga-Boyacá (2,25), Zipacón-Cundinamarca (2,49), Sáchica-Boyacá (2,69), y Viracachá-Boyaca y Lenguaque-Cundinamarca (2,73). El listado completo de valores de IIC por municipio se puede consultar en el Anexo 3.

Por departamentos, al calcular la proporción de municipios con niveles elevados del IIC (Tabla 1), se encontró que Guaviare, Arauca, Caquetá, Casanare, Putumayo, Chocó, Meta, Norte de Santander, Cesar, Bolívar y Antioquia concentraron una elevada cantidad de municipios comprometidos con un porcentaje cercano al 50%. Por otro lado, la mayoría de los municipios de departamentos como Guainía, Amazonas, San Andrés y Providencia, Atlántico y Quindío, se encontraron en los quintiles de menor intensidad.

Tabla 1. Municipios con IIC mayor a 50 y en el quintil de mayor intensidad por departamentos, Colombia 1985-2015

*El número de municipios puede variar con los administrativos por la creación de clusters
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

DEPARTAMENTO	TOTAL DE UNIDADES MUNICIPALES POR DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS CON 50 O MÁS EN EL IIC		MUNICIPIOS EN EL QUINTIL DE MAYOR INTENSIDAD	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Arauca	6	6	100	6	100
Guaviare	4	4	100	4	100
Caquetá	15	15	100	14	93,3
Putumayo	9	5	55,6	5	55,6
Meta	23	12	52,2	12	52,2
Chocó	14	8	57,1	7	50
Viracachá	4	2	50	2	50
Casanare	19	10	52,6	9	47,4
Cesar	24	13	54,2	11	45,8
Antioquia	121	57	47,1	51	42,1
Norte de Santander	36	12	33,3	10	27,8
Bolívar	31	11	35,5	8	25,8
Sucre	22	5	22,7	5	22,7
Cauca	36	8	22,2	8	22,2
La Guajira	9	2	22,2	2	22,2
Vaupés	6	1	16,7	1	16,7
Tolima	46	10	21,7	7	15,2
Risaralda	14	2	14,3	2	14,3
Santander	85	12	14,1	10	11,8
Nariño	54	10	18,5	6	11,1
Córdoba	24	3	12,5	2	8,3
Huila	37	3	8,1	3	8,1
Caldas	25	2	8	2	8
Magdalena	13	1	7,7	1	7,7
Cundinamarca	114	13	11,4	8	7
Boyacá	122	5	4,1	4	3,3
Valle del Cauca	42	1	2,4	1	2,4
Atlántico	23	0	0	0	0
Bogotá	1	0	0	0	0
Quindío	12	0	0	0	0
San Andrés y Providencia	2	0	0	0	0
Amazonas	8	0	0	0	0
Guainía	8	0	0	0	0

Mediante una descripción general se observó una distribución consistente con los cuatro corredores geográficos que han sido identificados históricamente como áreas del conflicto armado interno (1,2). El primero es el corredor fronterizo con la República de Venezuela en el Oriente del país (Cumaribo, Tame, Caturambo y Sierra Nevada de Santa Marta), el segundo corresponde al corredor que va desde el bajo Putumayo (Orito y Puerto Asís), Caquetá (Cartagena del Chairá, Solano y San Vicente del Caguán), Meta (Vista Hermosa y Macarena) hasta la frontera con Venezuela. El tercero correspondería al corredor Noroccidental de Catatumbo-Urabá, Magdalena medio, Bajo Cauca Antioqueño, Paramillo y la región de Urabá en la frontera con Panamá. El último ubicado en la Cordillera Central en los departamentos de Cauca, Huila, Tolima, Caldas y Oriente antioqueño (3). La distribución geográfica estos corredores es a su vez concordante con el comportamiento observado con otros índices de conflicto realizados en el país (4-6) (Figura 2).

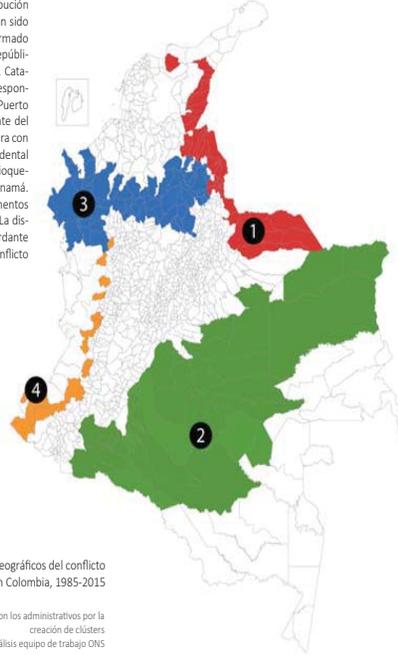


Figura 2. Mapa de los corredores geográficos del conflicto armado en Colombia, 1985-2015

*El número de municipios puede variar con los administrativos por la creación de clústers
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Los resultados muestran una distribución desigual de la intensidad del conflicto a lo largo del territorio nacional. Estudios que han buscado interpretaciones de estos patrones geográficos, señalan que las relaciones de poder bajo lógicas geoestratégicas entre las fuerzas del Estado y los diferentes actores armados ilegales se ven reflejadas de una manera diferenciada en el territorio (3,7), esto asociado a una distribución desigual de condiciones de pobreza y de baja presencia del Estado (8).

Deben considerarse algunas limitaciones del índice aquí presentado. Por ejemplo, este no permite identificar las diferencias en la presencia de conflicto entre áreas urbanas y rurales dentro de un mismo municipio. Un obstáculo importante del abordaje municipal en el índice de intensidad del conflicto consiste en que no explica dinámicas temporales, características territoriales y afectaciones del conflicto no consideradas en su construcción. Pese a estas limitaciones, el índice da cuenta de la intensidad del conflicto a nivel municipal abarcando un periodo de tres décadas, identificando diferencias territoriales útiles en el análisis de la distribución de diferentes eventos en salud frente al conflicto armado en Colombia.

Referencias

1. Velásquez Monsalve E, Berneth Peña L. Geografía del conflicto en Colombia: base para la política territorial y la construcción de la paz. *An do X Encuentro Geográfico de América Lat.* 2005;16119-32
2. Salas Salazar US, Salazar GS. Corredores y territorios estratégicos del conflicto armado colombiano: una prioridad geo territorial en la geopolítica de los actores armados. *Perspect Geográfica.* 2010;15(2):9-36.
3. Salazar GS. El conflicto armado y su incidencia en la configuración territorial: Reflexiones desde la ciencia geográfica para la consolidación de un periodo de pos negociación del conflicto armado en Colombia. *Bitácora Urbano Territ.* 2016;26(2):45.
4. Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. *Índice de Riesgo de Victimización.* 2010.
5. Departamento Nacional de Planeación (DNP). *Índice de Incidencia del Conflicto Armado en Colombia.* 2016:1-15.
6. Mejía LF, Fernando M, Quroz C. *Índice de Vulnerabilidad Territorial: Resultado.* 2012:1-33.
7. Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas. *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia.* 2015.
8. Valle L. *Conflicto armado en Colombia: análisis de las causas económicas, sociales e institucionales de la oposición violenta.* CS. 2011;89:187-208.

Pablo Chaparro-Narváez

4.3.2. Lesiones de causa externa

4.3.2.1. Conflicto armado y homicidios en Colombia entre 1998 y 2015

La guerra y los efectos del posconflicto han sido identificados, como factores de riesgo para el homicidio (1). Para el año 2012, a nivel mundial, se informó que el número anual de muertes debidas al conflicto directo aumentó, de un promedio de 55.000 muertes para el periodo 2004-2009 a 70.000 para 2007-2012, con una gran proporción debida al conflicto armado en Libia y Siria. Para ese mismo año, entre los 37 países con las tasas más altas de homicidios se ubicaron Siria, Afganistán, Colombia, Sudan del Sur, Somalia, Irak, Antillas Menores, Congo, Yemen, República Centroafricana, Libia, Irán, Paquistán y Etiopía, países que experimentaron de alguna manera el conflicto armado (2). En 2017 los conflictos más letales se registraron en Siria, México, Irak, Afganistán, Yemen, Somalia, Sudán, Turquía, Sudán del Sur y Nigeria, que en conjunto sumaron más del 80% de las muertes en todo el mundo. El conflicto de Siria, fue el más letal, seguido por la lucha en contra los cárteles criminales en México que sumó 23.000 muertes (3).

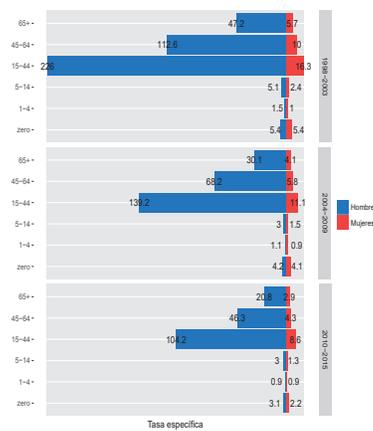
En Colombia existen gran cantidad de trabajos científicos que han abordado el conflicto armado y el homicidio desde distintas disciplinas y diferentes ópticas, como se vio en el capítulo 3. Los cálculos indican cifras escalofriantes: 220.000 homicidios cometidos desde 1958 con ocasión del conflicto armado. Los paramilitares fueron los responsables del 60% de las masacres y de alrededor del 40% de los asesinatos selectivos. La Fuerzas Militares y de Policía registraron 2.399 asesinatos selectivos y 158 masacres con 870 víctimas mortales (4). Entre 1998 y 2002 el aumento de la mortalidad por homicidios se relacionó con el incremento en el número de acciones propias del conflicto armado (5), mientras el descenso entre 2002 y 2012, posiblemente haya resultado del establecimiento del Plan Colombia (programa socioeconómico orientado a la lucha antidrogas que

se desplegó para erradicar cultivos y cimentar una paz negociada con las guerrillas)(6), la implementación de la política de seguridad democrática (7) y el proceso de la desmovilización de los paramilitares.

En el país, distintos estudios han establecido vínculos fuertes entre la actividad guerrillera y paramilitar con el incremento del homicidio (8-10). También se ha mencionado que los municipios con más ataques de la guerrilla han mostrado más homicidios y que en los años en que se han presentado más ataques, se han presentado las tasas más altas de homicidios (11). El objetivo del presente análisis fue describir el comportamiento de la mortalidad por homicidios, teniendo en cuenta las características del municipio de ocurrencia, de acuerdo con su historia de conflicto armado entre 1998 y 2015.

Resultados

Del año 1998 al año 2015, se registraron 362.856 homicidios, el 91,9% (333.511) correspondieron a hombres. De 1998 a 2003 ocurrió el 44,7% (162.334) de las muertes, de 2004 a 2009 el 30,5% (110.769) y de 2010 a 2015 el 24,7% (89.753). Por grupos de edad, las tasas específicas promedio de mortalidad fueron más altas en el periodo 1998-2003, en hombres de 15 a 44 años (226,1 por 100.000 hab.). A partir de 2004-2010, las tasas específicas promedio comenzaron a mostrar descenso y entre 2010-2015 se evidenciaron las tasas específicas promedio más bajas por sexo y por grupos de edad (Figura 1). En general, las tasas de mortalidad fueron más altas en hombres y para 1998-2003.



Por quintiles de índice de conflicto, en hombres entre 1998-2003 y 2010-2015 se observó una reducción en la razón de tasas de mortalidad promedio entre los municipios clasificados en el quintil 5 (conflicto más intenso) y los del quintil 1 (conflicto menos intenso); para 1998-2003 la razón fue de 2,7 y para 2010-2015 de 1,8. En mujeres entre 1998-2003 y 2010-2015 también se observó una reducción en la razón de tasas de mortalidad promedio; para 1998-2003 la razón fue de 3,7 y para 2010-2015 de 2,2 (Figura 2).

Figura 1. Tasas de mortalidad específicas para homicidios según sexo. Colombia 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

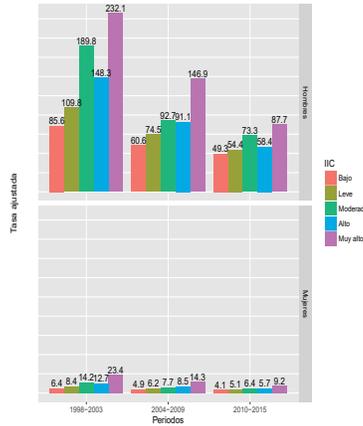
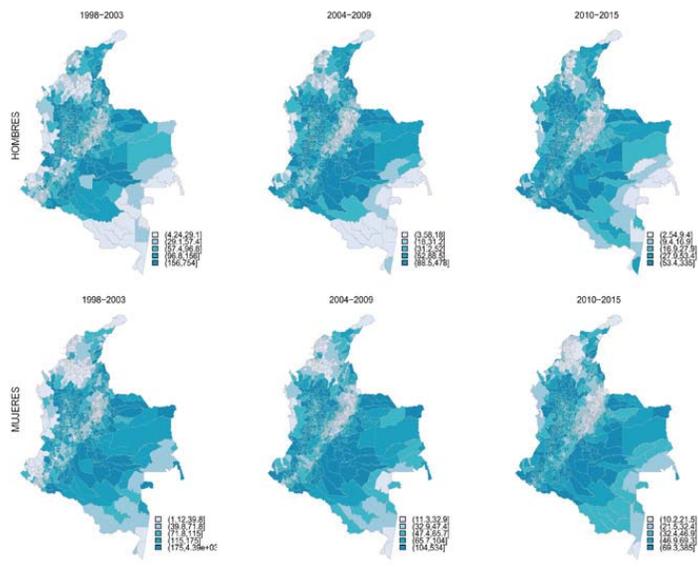


Figura 2. Tasa de mortalidad ajustada por homicidios según quintil de índice conflicto y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

En hombres, entre 1998-2003, en el quintil 5 (conflicto menos intenso) se ubicaron 148 municipios que presentaron RME > 100, en tanto para 2010-2015 el número se redujo a 31. Para 1998-2003, en ese quintil, los municipios con más alta RME (> 500) fueron San Carlos, Alejandría, Santo Domingo, Granada y San Luis en Antioquia; Tibú en Norte de Santander; y Suratá en Santander; mientras que para 2010-2015, los municipios con más altas RME (>200) fueron Vegachi, Zaragoza, Briceño y Remedios en Antioquia; y San José del Palmar en Chocó. En mujeres, entre 1998-2003, en el quintil 5 (conflicto menos intenso) se ubicaron 157 municipios que presentaron RME > 100, en tanto para 2010-2015 el número se redujo a 40. Para 1998-2003, en ese quintil, los municipios con más alto RME (> 1.000) fueron Chameza en Casanare, San Juanito en Meta, Suratá en Santander; Granada, San Rafael y San Carlos en Antioquia; La Palma en Cundinamarca; mientras que para 2010-2015, los municipios con más altos RMEs (>200) fueron San José del Palmar en Chocó; Cáceres, Valdivia, Zaragoza, Segovia, Vegachi, Remedios y Taraza en Antioquia y Puerto Gaitán en Meta (Figura 3).

El patrón geográfico de mortalidad por homicidios frente al patrón geográfico de intensidad del conflicto evidenció coincidencia parcial para hombres y para mujeres (Figura 3). Una cierta cantidad de municipios ubicados en departamentos de Antioquia, Caquetá, Meta, Arauca, Cauca, Norte de Santander, Casanare, Cesar, Santander, Cundinamarca, Putumayo, Guaviare, Nariño, que presentaron alto riesgo de mortalidad pertenecían al quintil más alto de intensidad del conflicto; mientras que otros municipios de Risaralda, Quindío, Boyacá, Valle del Cauca, Cundinamarca, con alto riesgo de mortalidad pertenecían al quintil más bajo de intensidad del conflicto; el patrón geográfico no mostró una completa relación del riesgo de mortalidad por homicidio e índice de conflicto.



Conclusiones

Las tasas específicas promedio de mortalidad por homicidio entre 1998-2003 y 2010-2015, mostraron reducción, que fue más acentuada en hombres.

La razón de tasas de mortalidad promedio entre municipios con conflicto más intenso frente a las de los municipios con conflicto menos intenso también indicó reducción en las brechas relativas para ambos sexos.

Aunque no se evidenció una completa relación entre el patrón geográfico de la mortalidad por homicidios y el índice de intensidad del conflicto, sí se identificó que los municipios de los quintiles de mayor intensidad del conflicto presentaban unas de las tasas por muerte homicida más altas y viceversa.

Referencias

1. Rubanziwa N, Ntagirira I, Freeman MD, Vueli-Gauthier BL. Risk factors for homicide victimization in post-genocide Rwanda: a population-based case-control study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):809. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2145-4>
2. Geneva Declaration Secretariat. 2015. Global Burden of Armed Violence 2015: Every Body Counts [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2015. Available from: <http://www.cambridge.org/catalogue/catalogue.asp?isbn=1107069993>
3. International Institute for Strategic Studies. The Armed Conflict Survey 2017 [Internet]. Washington: A. Rodman N, editor; 2017. Available from: <http://www.iss.org/en/publications/acv-by-year/armed-conflict-survey-2017-86fc>
4. GMMB. *¿basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Imprenta Nacional; 2013.
5. Echandía Castilla, Camilo. El conflicto armado colombiano en los años noventa: cambios en las estrategias y efectos económicos. *Colomb Int* [Internet]. 2000;49(50):17-38. Available from: http://coislabiano.nemecional.uniandes.edu.co/view.php/374/datos/pdf/descargar.php?file_data/Coi_int_No.49-50/06_rev_49-50.pdf
6. Pineda C. Plan Colombia: A Political, Economic, and Cultural Analysis of Coca and Poppy Eradication Projects in Putumayo, Colombia. *Totem Univ West Ontario (London)* [Internet]. 2011;13(1):1. Available from: <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1187&context=tothem%5Cpapers%2Fpublication%5C45185-989C-469C-9A58-1D0C712356C8>
7. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Baez LC. Efectos de conflicto armado sobre a vida e a saúde na Colombia. *Rev. Cen Saude Colet* [Internet]. 2006;11(4):1413-1423. Available from: <http://www.revsc.org/articulo.co/1413/1423/1417-58>
8. Levitt, S, Rubio M. Crimen en Colombia: análisis y sugerencias de Política. In: Alejo A, editor. *Reformas institucionales en Colombia: Una agenda reformista para los desafíos del nuevo siglo* [Internet]. Bogotá D.C.: Fedesarrollo y Ideogram; 2002. p. 55-84. Available from: <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/3310>
9. Sánchez F, Díaz A, Formisano M. Conflicto, violencia y actividad criminal en Colombia: un análisis espacial [Internet]. Bogotá D. C.; 2003. 75 p. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CD/Estudios/Economico/129.pdf>
10. Ramirez JC. Conflicto armado urbano y violencia homicida. *Urban armed Conflict homicide violence Medellín case* [Internet]. 2008;2(9):99-113. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=br&AN=98865957&lang=es&site=ehost-live>
11. Barrera Osorio F. Dynamics and Causes of Crime in Colombia [Internet]. 2004. Available from: <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/1030>

4.3.2.2. Conflicto armado y suicidio en Colombia, 1998-2015

Pablo Chaparro-Narváez

El impacto del conflicto sobre la salud mental está influido por una serie de factores, entre los que se incluyen: la salud psicológica de los afectados previo al evento; la naturaleza del conflicto; la forma en que se sufre, vive y atestigua el acto de violencia; la respuesta con la que se afronta el hecho violento tanto por el individuo como por la comunidad y el contexto cultural en el que se produce la violencia (1).

Las tensiones psicológicas relacionadas con los conflictos se asocian o resultan del desplazamiento forzado o voluntario, la pérdida y el dolor; el aislamiento social; la pérdida del estatus; la desintegración de la comunidad y, en algunos ambientes, la aculturación, fenómeno que involucra cambios en una o varias personas como resultado del contacto entre culturas diferentes (2) a nuevos entornos (3). Las manifestaciones de esas tensiones psicológicas pueden incluir, entre otros eventos, un comportamiento suicida, por lo que como resultado del conflicto violento, se ha visto un aumento en las tasas de suicidio (4). Evidencia de esta situación se aprecia en el aumento del suicidio durante la época de conflicto en Sri Lanka (5) y El Salvador (4). Sin embargo, en Ucrania con ocasión del conflicto armado vivido entre 2014 y 2015, se observó una reducción importante en las tasas (6).

En Colombia, en el municipio de La Unión (Antioquia), un estudio constató que en los momentos de recrudecimiento del conflicto armado se incrementaban las tasas de suicidio (7) y otro evidenció que la presencia de conflicto armado entre 1997 y 2002, a nivel municipal, estuvo asociado a mayores niveles (8). El objetivo del presente análisis fue describir la tendencia de la mortalidad por suicidio, teniendo en cuenta las características del municipio de ocurrencia de acuerdo a la intensidad del conflicto armado en Colombia entre 1998 y 2015.

Resultados

De 1998 a 2015, se registraron 39 615 muertes debidas a suicidio, de las que el 78,7% (31.175) correspondieron a hombres. De 1998 a 2003 ocurrió el 34,4% (13 624) de los suicidios, de 2004 a 2009 el 33,3% (13.193) y de 2010 a 2015 el 32,3% (12.798). Por grupos de edad, las tasas específicas promedio de mortalidad fueron más altas en el periodo 1998-2003, en hombres de 15 a 44 años (13,5 por 100.000 hab.) y de 65 y más años (13,1 por 100.000 hab.). A partir de 2004-2010, las tasas específicas promedio comenzaron a mostrar una leve reducción y entre 2010-2015, se evidenciaron las tasas específicas promedio más bajas por sexo y por grupos de edad (Figura 1).

En general, las tasas de suicidio fueron más altas en hombres, para 1998-2003. Por quintiles de índice de conflicto, en hombres entre 1998-2003 y 2010-2015 se observó un leve aumento en la razón de tasas de mortalidad promedio entre los municipios clasificados en el quintil 5 (conflicto más intenso) y los del quintil 1 (conflicto menos intenso). Para 1998-2003 la razón fue de 1,0 y para 2010-2015 de 1,2. En mujeres entre 1998-2003 y 2010-2015, la razón de tasas de mortalidad no presentó variación, siendo de 1,5 (Figura 2).

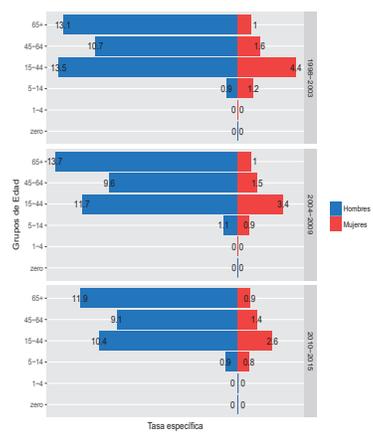


Figura 1. Tasas de mortalidad específicas para suicidios según sexo. Colombia 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

En hombres, entre 1998-2003, 102 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 (más alto) de RME suavizada por suicidio, en tanto para 2010-2015, el número se redujo a 61. Para 1998-2003, en el quintil 5 de IIC, los municipios con más alto RME suavizadas fueron San Antonio en Tolima; Algeciras en Huila; La Palma en Cundinamarca; clúster Solita, Milán, Morelia en Caquetá, Corinto en Cauca, Matanza en Santander; Marulanda en Caldas y Dagua en Valle del Cauca; mientras que para 2010-2015, los municipios con más altos RME suavizadas fueron Puerto Leguízamo en Putumayo; Saravena en Arauca; Santa Isabel y San Antonio en Tolima; Tarazá, Maceo, Betulia y Caracolí en Antioquia.

En mujeres, entre 1998-2003, 114 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de índice de conflicto (más intenso) y en el quintil 5 (más alto) de RME suavizada, en tanto para 2010-2015, el número se redujo a 33. Para 1998-2003, en el quintil 5 de IIC, los municipios con más alto RME suavizada fueron Roncesvalles en Tolima; Puerto Rondón y Cravo Norte en Arauca; Marulanda en Caldas; San José del Palmar y Jurado en Chocó; Chaguani, Cabrera, Topaipí, El Peñón y Utica en Cundinamarca; Morelia en Caquetá; Labranzagrande, Cubara, Páez, Pisba y Pajarito en Boyacá; Alejandría, Guatapé, Concepción, Toledo, Murindó, Caracolí, Guadalupe y Vigía del Fuerte en Antioquia; Surata, Charta, Matanza y Puerto Parra en Santander; La Salina, Chámeza, Recetor y Sacamá en Casanare; Santiago en Norte de Santander; San Juanito y El Calvario en Meta; Chalan y Colosó en Sucre y Carurú en Vaupés; mientras que para 2010-2015, los municipios con más altos RME suavizada fueron Cartagena del Chaira en Caquetá, Roncesvalles en Tolima, Pueblo Rico en Risaralda y Carurú en Vaupés (Figura 3).

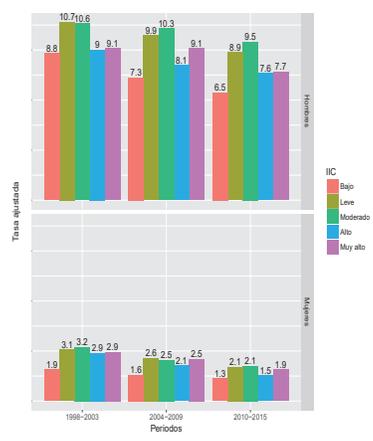


Figura 2. Tasas de mortalidad ajustada por suicidios según quintil de índice conflicto y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

El patrón geográfico de mortalidad por suicidio frente al patrón geográfico de intensidad del conflicto evidenció una discreta coincidencia para hombres y mujeres. Una cierta cantidad de municipios ubicados en departamentos de Antioquia, Caquetá, Meta, Santander, Tolima, Cundinamarca, Arauca, Casanare, Cauca y Norte de Santander, que presentaron alto riesgo de mortalidad por suicidio pertenecían al quintil más alto de intensidad del conflicto; mientras que otros municipios de Boyacá, Santander, Guainía, Nariño, Vaupés y Huila, con alto riesgo de mortalidad por suicidio pertenecían al quintil más bajo de intensidad del conflicto.

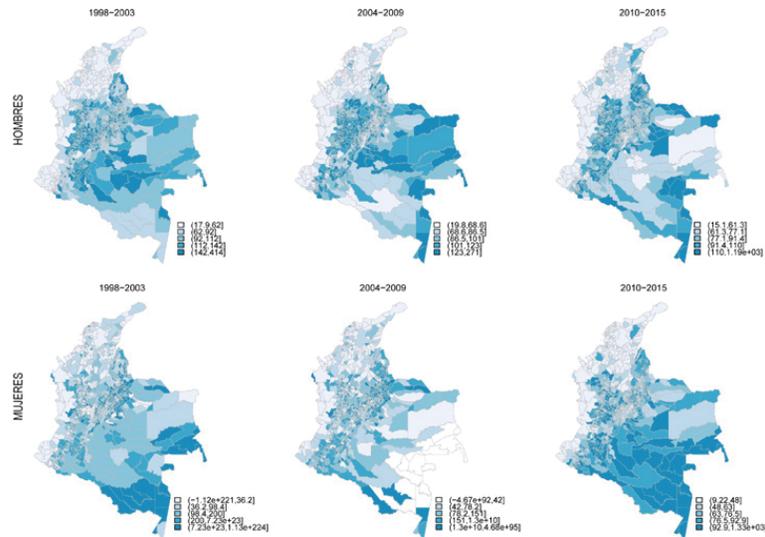


Figura 3. RME suavizadas por suicidio según sexo. Colombia 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Las tasas específicas promedio de mortalidad por suicidio entre 1998-2003 y 2010-2015, mostraron una leve reducción.

La razón de tasas de mortalidad promedio entre municipios con conflicto más intenso frente a los de conflicto menos intenso evidenció un discreto aumento en el periodo analizado.

No se demostró una completa relación entre el patrón geográfico de la mortalidad por suicidios y el índice de intensidad del conflicto, por lo que se requiere investigación adicional para evaluar la posibilidad de dicha asociación.

Referencias

1. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the third world. *Dev Pract.* 1991;1(3):159-73.
2. Redfield R, Linton R, Herscovits M. Memorandum on the study of acculturation. *Am Anthropol.* 1936;38:149-52.
3. Quirk, Gregory; Casco L. Stress disorders of families of the disappeared: A controlled study in Honduras. *Soc Sci Med.* 1994;39(12):1675-9.
4. Ugalde A, Selva-Sutter E, Castillo C, Paz C, Caldas S. Conflict and health: The health costs of war: can they be measured? *Lessons from El Salvador. BMJ (Internet).* 2002;325(7246):169-72. available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12894700> [Cited 10/10/2015]. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC118168>
5. World Health Organization RD for S-EA. *Suicide prevention: emerging from darkness.* 2001. 70 p.
6. Yuryeva A, Yuryeva L. Suicide mortality at time of armed conflict in Ukraine. *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1069-70.
7. Pérez A. Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campamentos de La Unión (Antioquia). *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2014;(32(2)):92-102.
8. Cruz K. Una visión socioeconómica del suicidio: Evidencia para Colombia a nivel municipal del 2006. 2012;1-38.

4.3.3. Desenlaces en población infantil

4.3.3.1. Mortalidad infantil en los municipios según el grado de conflicto

Diana Patricia Díaz-Jiménez
Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

Las poblaciones afectadas por el conflicto armado sufren graves consecuencias en la salud pública como el desplazamiento, la escasez de alimentos y el colapso de los servicios de salud. Efectos que han sido más graves en los países subdesarrollados de África, Asia y América Latina (1). Desde 1980, más de 50 países han experimentado conflictos armados, de los cuales 15 estaban en el grupo de los 20 países más pobres del mundo. Nueve de los diez países con tasas más altas de mortalidad infantil y mortalidad en niños menores de cinco años han experimentado algún tipo de conflicto desde 1990 (2,3), siendo estas tasas, el doble en las zonas de combate (4).

Según el Informe Mundial de Infancia 2016, cerca de 250 millones de niños siguen viviendo en países y zonas afectadas por conflictos armados (5). Estos son más vulnerables durante y después de las guerras, muchos de ellos mueren como resultado de la malnutrición, las enfermedades (diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, el sarampión y el paludismo) o los ataques militares (6,7), además muchos sufren lesiones físicas o psicológicas (7).

La salud de los niños sufre de muchas maneras por el conflicto, lo que se refleja en el aumento de las tasas de mortalidad entre lactantes y niños pequeños y la disminución de las tasas de cobertura de inmunización (7). En Colombia, las tasas de vacunación para algunas enfermedades como son: antituberculosa-BCG (1 dosis), Difteria, Tosferina y Tétanos-DPT (3 dosis), *Haemophilus influenzae* tipo B-HIB (3 dosis), polio-VOP (3 dosis) y Hepatitis B (3 dosis) son menores al 85% en población desplazada debido al conflicto (8), por lo que muy pocos niños reciben las vacunas necesarias para prevenir las enfermedades de la infancia (9).

Teniendo en cuenta que la mortalidad infantil es aquella que ocurre antes del primer año de vida y es uno de los indicadores que podría mostrar una relación con el conflicto armado, el objetivo de este apartado fue realizar un análisis de las desigualdades de este indicador municipal según el índice de conflicto en el periodo 1998 a 2015 en Colombia.

Resultados

Entre 1998 y 2015 en Colombia, murieron un total de 195.908 menores de un año, el 56,6% de estas muertes ocurrieron en niños. Para los años de análisis las razones de mortalidad infantil (RMI), fueron mayores en los niños en comparación con las niñas en todos los quintiles de intensidad del conflicto (Figura 1).

En ambos sexos, a través del tiempo, se observó una reducción de la RMI en todos los quintiles de intensidad del conflicto. Hay un claro patrón de gradiente según la intensidad de conflicto en todos los periodos y para ambos sexos, con mayores RMI en los quintiles de mayor intensidad del conflicto (alto y muy alto). Estas brechas de desigualdad mostraron que, en niños, para el periodo 1998-2003, la RMI del quintil con mayor intensidad del conflicto fue 1,29 veces la razón del quintil 1 (bajo conflicto). Para los periodos 2004-2009 y 2010-2015, esta diferencia relativa de la RMI del quintil 4 fue 1,61 y 1,24, veces respectivamente mayores, que la del quintil de más bajo conflicto.

En niñas, para el mismo periodo analizado, las RMI también fueron altas en los quintiles de mayor intensidad del conflicto, a excepción del segundo periodo, donde las RMI se presentaron más altas en el quintil 4. Estas diferencias relativas entre los quintiles extremos fueron de 1,25; 1,27 y 1,29, respectivamente (Figura 1).

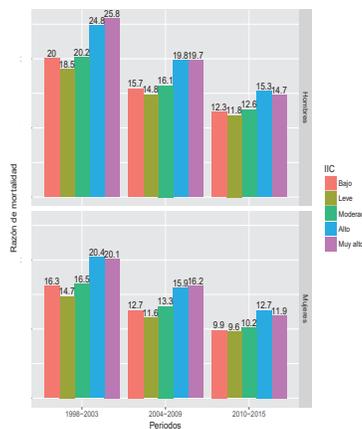


Figura 1. Razón de mortalidad infantil por índice de intensidad del conflicto según sexo y periodo. Colombia, 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

La distribución geográfica de la mortalidad infantil en Colombia en ambos sexos mostró que este indicador ha ido en descenso, para el periodo 1998-2003, los municipios que tuvieron una mayor razón estandarizada de mortalidad (REM), corresponden a aquellos municipios con mayor IIC. Se hallaron entre los municipios de mayor riesgo, los ubicados en departamentos de Casanare y Antioquia, tanto en los niños como en las niñas; otros municipios con altas REM fueron aquellos de los departamentos de Cundinamarca y Vaupés, en niños (Figura 2). En el periodo 2004-2009, las REM más altas en niños ocurrieron en municipios no sólo con alto conflicto (de Tolima y Vichada) sino también en municipios del quintil 3 (de Cundinamarca y Boyacá). Situación similar ocurrió en las niñas donde la REM más alta fue en un municipio del quintil 2 (Choachi, Cundinamarca) seguida de municipios que corresponden a aquellos con mayor índice de alto conflicto de los departamentos de Vichada, Tolima y Casanare. Para el periodo 2010-2015 las REM disminuyeron en ambos sexos, en los municipios con alto IIC y aumentaron en aquellos de bajo conflicto (quintil 1 y 2) (Figura 2).

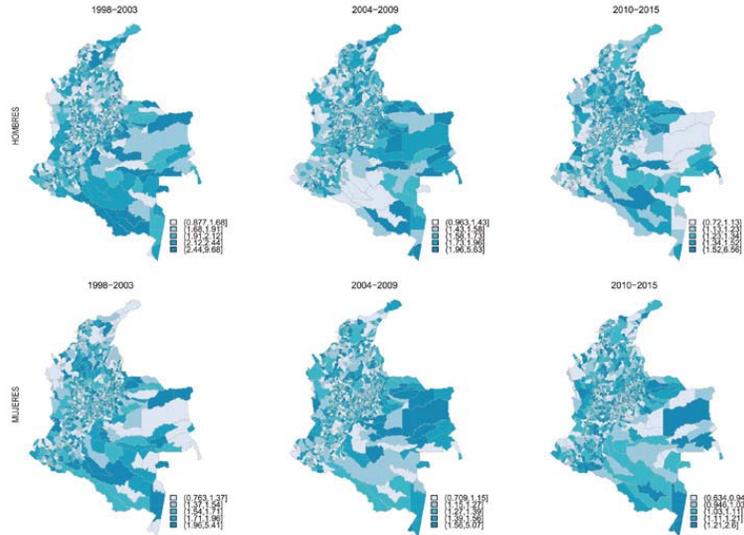


Figura 2. Razón de Mortalidad Infantil Estandarizada y suavizada (RMÉs), Colombia, 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Conclusiones

Las RMI fueron mayores en los niños que en las niñas para todos los periodos analizados y en términos de las brechas de desigualdad según sexo, tanto absolutas como relativas mostraron una reducción respecto al periodo 1998-2003.

En relación con las zonas de conflicto se observa para el periodo de análisis en ambos sexos, que se presenta una reducción de la RMI y de las REM, en todos los quintiles de intensidad del conflicto.

Los análisis espaciales se relacionan estrechamente con las zonas de conflicto en los primeros periodos y en el periodo 2010-2015, se aprecia una disminución de las REM en las zonas de conflicto para ambos sexos.

Es necesario continuar explorando cómo el conflicto armado ha venido afectando la salud de los niños menores de un año, no sólo desde la relación con la mortalidad infantil sino desde aspectos como la morbilidad por diferentes enfermedades, la nutrición; las coberturas de vacunación y las secuelas por lesiones físicas y psicológicas, que deben ser cuantificadas en términos económicos y sociales.

Referencias

1. Toole M, Waldman R. The Public Health Aspects of Complex Emergencies and Refugee Situations. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 1997;18(1):289-312. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurepublhealth.18.1.283>
2. Waters H, Garrett B, Burnham G. Rehabilitating Health Systems in Post-Conflict Situations [Internet]. United Nations University; 2007. 38 p. Available from: http://humansecuritygateway.com/documents/UNU-WIDER_RehabilitatingHealthSystems_Post-Conflict.pdf
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano. 2005.
4. Carlton-Ford S. Armed conflict and children's life chances. *Peace Rev* 2004;16(2):185-91.
5. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 13]; p. 188. Available from: file:///C:/Users/Sarah-Vargas/Downloads/UNICEF_SOWC_2016_Spanish_2.pdf
6. Zai AB, Grove NL, Kelly P, Gayer M, Ramon-Jimenez D, Sommerfeldt J. Child health in armed conflict: time to rethink. *Lancet*. 2006;367(9526):1886-8.
7. Leary Barry S., and Victor W. Sidel E. War and public health. Oxford University Press; 2008. 179-182 p.
8. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud. Estudio de perfil Epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. 2002.
9. ACNUR. Medicina sin fronteras: Vivir con miedo [Internet]. [cited 2017 Oct 16]. Available from: http://www.acnur.org/t3/objetos/medica/CO_1374.pdf

Liliana Castillo-Rodríguez

4.3.3.2. Bajo peso al nacer en el marco del conflicto armado

El bajo peso al nacer (BPN) es un determinante de la supervivencia perinatal, morbilidad infantil y mortalidad general (1), así como del riesgo de enfermedades futuras (2) de allí la importancia de conocer el peso menor a 2.500 gr. al nacer, independientemente de la edad gestacional (3).

Factores como historia de parto prematuro, trabajo físico exigente durante el embarazo, ser menor edad y quedar embarazada, niveles bajos de hemoglobina en la madre, antecedentes de consumo de tabaco y la falta de un consumo nutritivo de la dieta durante el embarazo son determinantes del BPN (4-6). Sin embargo, en las gestantes expuestas al conflicto, tres factores principales inciden en el BPN a término: estrés psicológico, principalmente en el primer trimestre de gestación; desnutrición en la madre, que es un factor determinante antes, durante y después de la gestación y finalmente el cuidado prenatal (5).

En este apartado se presenta un análisis de desigualdades del BPN a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE según el IIC municipal para el periodo 1998-2015.

Resultados

En todos los periodos de análisis las mayores proporciones de nacimientos con BPN se encontraron en niños y niñas nacidos de mujeres con edades entre 10-14 años y las menores proporciones en el grupo de edades entre 15-34 años, sin grandes cambios entre un periodo y otro, aunque con una leve tendencia al aumento (Figura 1).

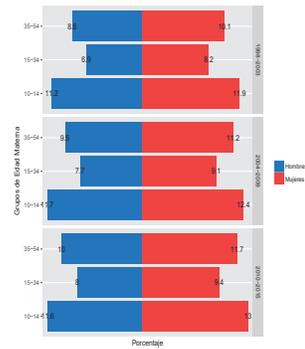


Figura 1. Porcentaje de BPN según grupo de edad de la madre y sexo. Colombia, 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

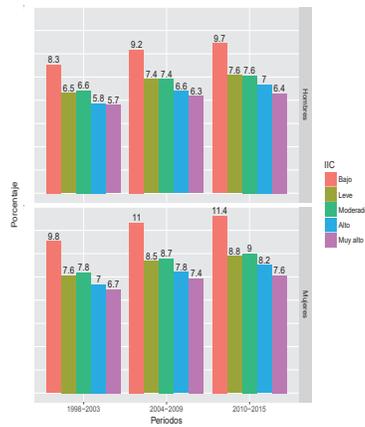


Figura 2. Porcentaje de BPN por índice de intensidad del conflicto según sexo. Colombia 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

La prevalencia de BPN por quintiles según el IIC, mostró un patrón de gradiente con una mayor proporción de BPN en los quintiles de menor IIC, mientras los quintiles que agrupan los municipios con mayor IIC reportaron menor prevalencia de BPN, con clara tendencia al aumento en el tiempo para ambos sexos (Figura 2). Se evidenciaron desigualdades relativas en contra de los menos vulnerables, con respecto al quintil de mayor intensidad del conflicto, para los tres periodos con valores de 1,45, 1,47 y 1,51, respectivamente. Diferencias similares entre quintiles extremos se encontraron en las niñas con valores de 1,46, 1,49 y 1,51 en los periodos analizados.

Las estimaciones del indicador por municipio mostraron que las razones estandarizadas de prevalencia (REP) presentaban una tendencia al aumento, mayor en niñas que en niños (Figura 3). El patrón geográfico en relación con el IIC no evidenció muchas similitudes, dado que las mayores REP se encontraron en los municipios de los departamentos de Boyacá, Cundinamarca y Guainía donde el IIC es bajo o en municipios de los departamentos de Nariño, Chocó, Cauca, La Guajira y Amazonas, que presentaron un IIC moderado. Sin embargo, hay una concurrencia en el patrón geográfico en los municipios de los departamentos Guaviare y Vichada donde el IIC y el BPN fueron altos.

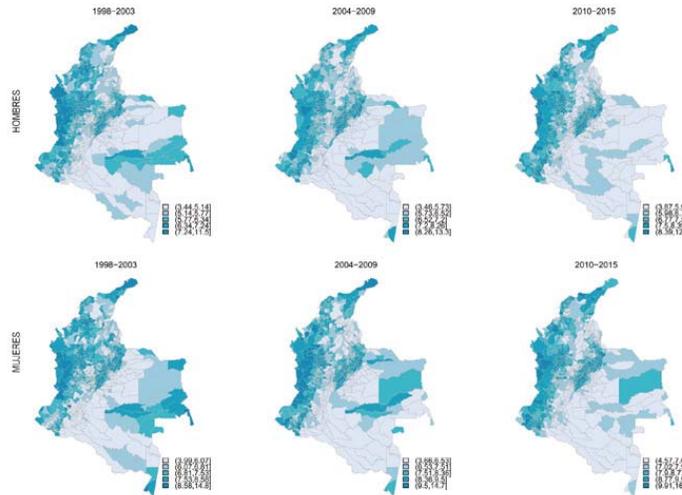


Figura 3. Razón estandarizada de prevalencia por periodo y sexo. Colombia 1998-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

El bajo peso al nacer muestra mayores proporciones por sexo y grupo de edad de la madre, siendo mayor para las niñas nacidas de madres entre 10-14 años, en los tres periodos analizados.

Según el índice de intensidad del conflicto se halló un patrón de gradiente, que mostraba una relación contraevidente con mayor proporción de bajo peso al nacer en los quintiles de municipios donde hay menor intensidad del conflicto, lo que sugiere que otros determinantes asociados al bajo peso al nacer puedan ser más relevantes a la hora de evaluar esta asociación.

Estos resultados deben ser tomados con cautela, ya que análisis multivariados previos (7) han mostrado como, a pesar de identificar una relación igualmente contraevidente en el análisis bivariado entre el índice de riqueza y el bajo peso al nacer, al ajustar por covariables, incluyendo el nacimiento por cesárea, las mujeres pobres son más vulnerables a tener hijos con bajo peso.

Referencias

1. Singh LCG, Chauhan CK, Sidhu MK. Maternal Factors for Low Birth Weight Babies. *Med J Armed Forces India* [Internet]. 65(1):10-2. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0377-1237\(09\)80045-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0377-1237(09)80045-2)
2. Gebregabrielher Y, Hailu A, Weldemaniam S, Getrohiwet H. The Prevalence and Risk Factors for Low Birth Weight among Term Newborns in Adisa General Hospital, Northern Ethiopia. 2017;2017.
3. World Health Organization. WHA Global Nutrition Targets 2025 - Low Birth Weight Policy Brief [Internet]. 2012. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_lowbirthweight_policybrief.pdf
4. Sharma SK, Giri S, Timabina U, Bhandari SS. Low Birth Weight at Term and Its Determinants in a Tertiary Hospital of Nepal - A Case-Control Study. 2015;1-20.
5. Mansour H, Rees DI. Armed Conflict and Birth Weight - Evidence from the al-Aqsa Intifada. 2011; 309-315 p.
6. Deshmukh JS, Motghare DD, Zodpey SP, Wadhwa SK. Low birth weight and associated maternal factors in an urban area. 1998;30(January):23-6.
7. Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2015. 136-142 p.

Liliana Castillo-Rodriguez

4.3.3.3. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años asociada al conflicto armado

De un total de 5.800 millones de personas en el mundo en desarrollo, menos de mil millones, viven en países en conflicto; donde se estima que más del 20% (es decir, 208 millones de personas), están desnutridas (1). Un conflicto, con 2.500 muertes por enfrentamiento aumentará la desnutrición (DNT) en un 3,3% adicional y la mortalidad infantil en un 10% (1), además de reducir la expectativa de vida en un año.

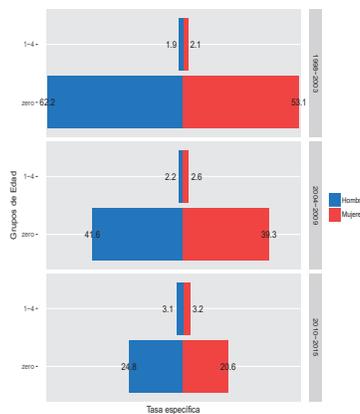
Otros estudios han subrayado aumentos significativos de la mortalidad por DNT en menores de cinco años (2) y otras patologías entre niños afectados por conflictos (3), dicho aumento se produjo tras el incremento periódico de la magnitud del conflicto y el desplazamiento de segmentos de la población (4), donde la DNT en niños menores de cinco años es usualmente prevalente y varias crisis humanitarias han registrado índices de malnutrición muy superiores al 20%, que es el umbral aceptado para una emergencia nutricional (5).

Comparaciones entre países muestran una tasa media de mortalidad de niños menores de cinco años de 197/1000 nacidos vivos (n.v.) en los países con conflictos recientes, mientras que para los países sin conflicto reciente esta tasa es significativamente inferior a 137/1000 n.v. (6).

Teniendo como referencia la definición de mortalidad por DNT de la lista 6/67 de la OPS, con base en diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de la causa básica y los datos de mortalidad del DANE para el periodo 1998-2015, se realizó un análisis de desigualdad de DNT en menores de cinco años tanto en población general como en la población clasificada por quintiles, según el IIC por sexo y periodo.

Resultados

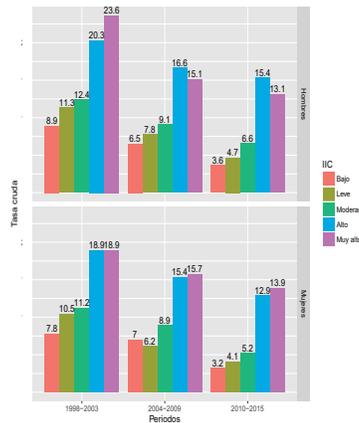
La mortalidad por DNT en los menores de cinco años en Colombia presentó una tendencia temporal diferente según el grupo de edad analizado (Figura 1). Los menores de un año presentaron una tendencia a la disminución en las tasas específicas de mortalidad, con una reducción de 57,7 a 22,7 por 100.000 mil menores de un año entre el primer y último periodo, siendo mayor en niños que en niñas. Por otra parte, los niños y niñas entre 1-4 años, mostraron en el periodo de análisis un aumento progresivo en las tasas específicas de mortalidad pasando de 2 a 3.1 por 100.000 menores entre 1 y 4 años, siendo mayor en las niñas.



El análisis de las tasas de mortalidad por DNT por quintiles según el IIC evidenció una desigualdad por sexo con tendencia a la disminución en los tres periodos de análisis, siendo mayor en los quintiles cuarto y quinto donde se ubicaron los municipios con mayor IIC, con respecto a los municipios del quintil de bajo conflicto (Figura 2). En ambos sexos, se observó un gradiente de la tasa cruda de mortalidad por DNT, siendo mayor en la medida que el IIC fue más alto. Tanto en niños como en niñas las brechas de desigualdad entre el quintil de bajo y alto conflicto aumentaron en el periodo analizado. Para el primer periodo las muertes por DNT en los niños del quintil quinto, fueron 2,6 veces las del primero, en el siguiente periodo la brecha fue de 2,3 y en el periodo final de 3,6. En las niñas las tasas de mortalidad son levemente más bajas que en los niños, con brechas entre el primer y el último quintil de 2,4, 2,2 y 4,3 en cada periodo respectivamente.

Figura 1. Tasa de mortalidad específica por desnutrición en menores de cinco años por grupos de edad según sexo. Colombia 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



Las estimaciones de las RME para DNT, aunque no se pudieron suavizar, reflejaron un aumento en la mortalidad en este grupo de edad, en el periodo de análisis, y más acelerado en las niñas (pasando de 10,94 en 1998 a 27,7 en 2015), comparado con los niños en los que pasó de 14,3 a 19,0 en el mismo periodo de tiempo (Figura 3). El patrón geográfico fue similar al del IIC a nivel nacional; en los niños, principalmente los municipios de los departamentos de Guainía, Boyacá, Antioquia, Cundinamarca, Meta, Caquetá, Córdoba, Vichada, Vaupés, en el primer periodo. En los dos periodos siguientes se incorporaron municipios de los departamentos de Risaralda (Pueblo Rico), La Guajira (San Juan del Cesar), Cesar (Bosconia), Valle del Cauca (El Dovio); Norte de Santander (San Cayetano) y Amazonas (Leticia). En niñas, se presentaron estimaciones similares, no obstante, municipios de los departamentos de Tolima, Atlántico, Cesar, Casanare y Amazonas, mostraron mayor relevancia finalizando el periodo de análisis.

Figura 2. Tasa de mortalidad específica por desnutrición en menores de cinco años por índice de intensidad del conflicto según sexo. Colombia 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



Figura 3. Razón de mortalidad estandarizada por desnutrición en menores de cinco años por año y sexo. Colombia 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Los menores de cinco años, que habitan municipios con alto índice de intensidad del conflicto, presentaron el mayor riesgo de muerte por DNT, mostrando un claro gradiente entre los quintiles además de mostrar un aumento las desigualdades por sexo a través del tiempo.

La DNT es una causa básica o asociada a la mortalidad en la población menor de cinco años, los hallazgos son consistentes con el aumento de la vulnerabilidad por esta condición, para este grupo poblacional en situaciones de conflicto.

La DNT también se encuentra asociada a la pobreza, las poblaciones más desnutridas habitan en zonas rurales que dependen del trabajo agrícola, debe ser prioridad del Estado combatir la pobreza, el hambre y el conflicto armado fomentando el desarrollo rural y la seguridad alimentaria.

Referencias

1. Gater S, Nyga VM. Development Consequences of Armed Conflict. *World Dev*. 2012;40(9):1713-22.
2. O'Vine BA, Southall DP. First do no harm: the impact of recent armed conflict on maternal and child health in Sub-Saharan Africa. *J R Society Med*. 2007;100:564-70.
3. Guha-sapir D, Panhuis WG Van, Degomme O, Teran V. Civil Conflicts in Four African Countries: A Five-Year Review of Trends in Nutrition and Mortality. *Epidemiol Rev*. 2005;27:67-77.
4. FAO. Impact of armed conflict on the nutritional situation of children [Internet]. Corporate Document Repository. 1996. Available from: <http://www.fao.org/docrep/005/w2357e/w2357e02.htm>
5. Bustreo F, Genovese E, Omicrono E, Avelson H, Bannon I. Improving Child Health in Post-Conflict Countries Can the World Bank Contribute? *World Bank*. 2005;6June.
6. Guha-sapir D, Gibbert W. Conflict-related Mortality - An Analysis of 37 Datasets. *Disasters*. 2004;28(4):418-28.

4.3.4. Enfermedades transmisibles

4.3.4.1. Infecciones respiratorias agudas y conflicto armado: análisis exploratorio

Nelson J. Alvis-Zakzuk

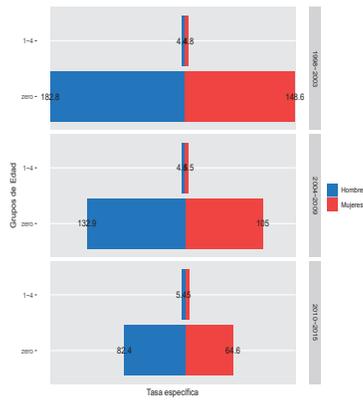
Los conflictos armados producen un exceso en muertes y enfermedades debido a las patologías infecciosas (1). Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son causadas por distintos microorganismos como virus y bacterias, que afectan principalmente a menores de cinco años (2). Las IRA se presentan principalmente en territorios con condiciones de hacinamiento, de estrés psicológico, malas condiciones de servicios básicos y exposición de patógenos en áreas endémicas, aspectos concordantes con los territorios de alta penetración de conflictos armados (3,4).

La IRA es responsable del 25 al 30% de las hospitalizaciones del personal militar (5). Estas infecciones generan una elevada carga de enfermedad a poblaciones convertidas en vulnerables por el conflicto armado, especialmente las que han sufrido desplazamiento forzado. En un estudio realizado en población desplazada por conflicto armado en Cartagena, el 80% de los niños menores de cinco años referían problemas respiratorios asociados a IRA (6).

Teniendo en cuenta las consecuencias que genera el conflicto armado en términos de salud pública, especialmente las relacionadas con enfermedades transmisibles como las IRA (7), el presente apartado exploró la mortalidad en este grupo de enfermedades, a nivel nacional y municipal en Colombia, utilizando el índice de conflicto construido para este Informe. Lo anterior, con el fin de visualizar las diferencias existentes en términos de muertes por IRA, en los municipios con mayor y menor intensidad del conflicto armado.

Resultados

En niños, entre 1998-2003 y 2010-2015 la reducción de la tasa de mortalidad por IRA en menores de un año fue de 54,95%. En niñas, para los mismos periodos, la reducción fue de 56,51% (Figura 1). En el grupo de edad de 1-4 años, las tasas de mortalidad por IRA aumentaron; en niños el aumento entre el periodo inicial y final de análisis fue de 21,72%, mientras en niñas el aumento de la tasa fue de 4,80% (Figura 1).

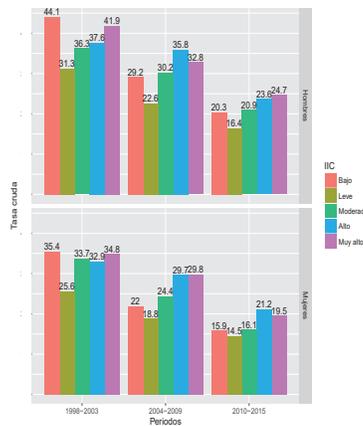


Según el IIC se observó, para ambos sexos en menores de cinco años, a medida que se incrementó el quintil de conflicto, aumentaron las tasas de mortalidad por IRA (Figura 2). Lo anterior, se presentó para todos los quintiles, sin embargo, para el quintil de menor intensidad del conflicto, donde se esperaría que las tasas de mortalidad fueran las menores, esto no ocurrió. Para el periodo 1998-2003, la tasa del quintil de bajo índice de conflicto (Q1) fue mayor a la del resto de quintiles.

Al valorar las desigualdades entre los quintiles del conflicto, excluyendo el quintil de menor IIC, se verificó un gradiente entre la tasa de mortalidad por IRA y el conflicto armado, aumentando la mortalidad por IRA a medida que la intensidad del conflicto se elevaba. También se observó cómo en niños, para 1998-2003, la tasa del quintil con mayor conflicto fue 1,34 veces la del quintil 2 y para 2010-2015, esta diferencia relativa aumentó a 1,50 veces. En niñas, prácticamente no se presentó una reducción en la brecha, pasando de una diferencia relativa de 1,36 a 1,35, respectivamente.

Figura 1. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años por subgrupo de edad en Colombia. 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



Respecto al análisis geográfico de las REM (Figura 3) se evidenció que, durante los periodos analizados, a medida que pasa el tiempo va aumentando el número de municipios con REM altas; esto se presentó tanto para niños como niñas. Al comparar estas REM por IRA con el IIC, se apreció que en los territorios con mayor conflicto se presentaron las mayores REM, donde se destacan para 2004-2009 y 2010-2015, en ambos sexos, municipios de departamentos como Vichada, Arauca, Córdoba, Norte de Santander, Chocó, Nariño, Guaviare, Meta y Antioquia. Sin embargo, en municipios del Sur de Colombia, donde son bajos los IIC como en otras zonas del país, se presentaron altas REM por IRA, especialmente en el periodo 2010-2015.

Figura 2. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años por quintiles según índice de conflicto. 1998-2003, 2004-2009, 2010-2015. Colombia

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

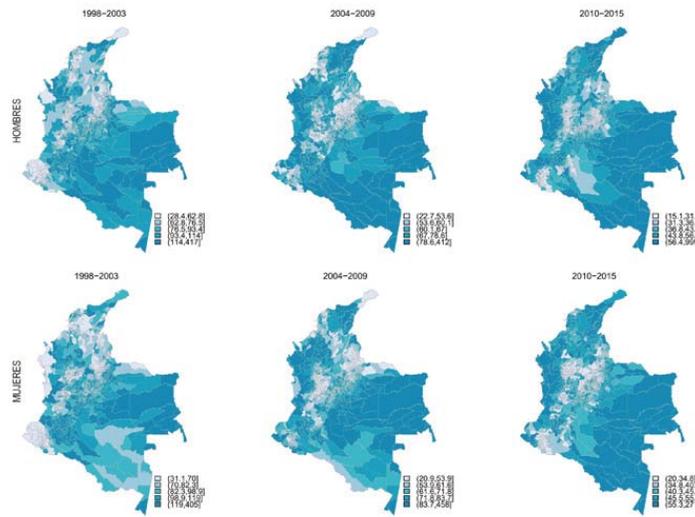


Figura 3. Razones de mortalidad estandarizadas asociadas a IRA por sexo. Colombia 1998-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Las tasas de mortalidad infantil a nivel nacional, en niños y niñas menores de un año, han venido disminuyendo durante los periodos analizados, con un preocupante aumento en las tasas de mortalidad por IRA en el grupo de edad entre 1-4 años entre 1998-2015; cabe destacar que las tasas para todos los periodos fueron mayores en niños que en niñas.

Los análisis realizados permitieron explorar relaciones entre la mortalidad por IRA y el conflicto armado. Con este ejercicio se puede concluir que, a excepción del quintil 1, las tasas de mortalidad por IRA fueron mayores en los quintiles con mayor conflicto armado. En términos de brechas relativas, estas aumentaron en niños cuando se incrementaban los periodos de análisis, mientras que en niñas las brechas siguieron iguales.

Se recomienda estudiar con mayor profundidad, cómo las condiciones de vida de las poblaciones podrían estar relacionándose con las muertes en menores de cinco años a causa de enfermedades transmisibles como las IRA y seguir explorando las posibles relaciones geográficas entre el conflicto armado y territorios con alta mortalidad por IRA, que permitan explicar por qué en municipios del Sur del país, a pesar de tener bajos IIC, se presentaron altas REM por IRA.

Referencias

1. Bellou A, Mulholland K, O'Brien KL, Qazi SA, Gaver M, Checchi F. The burden of acute respiratory infections in crisis-affected populations: a systematic review. *Confl Health*. 2010 Feb 11;4(1):3.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) [Internet]. [cited 2017 Aug 23]. Available from: [https://www.min-salud.gov.co/salud/Pagina/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx](https://www.min-salud.gov.co/salud/Pagina/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx)
3. Armed Forces Health Surveillance Center. Surveillance snapshot: Influenza reportable events, service members and other beneficiaries, 2009–2010. *MSMR*. 2010.
4. Cáceres DC, Izquierdo VF, Mantilla L, Lara L, Velazquez M. Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de Cartagena, Colombia, 2000. *Biomedica*. Instituto Nacional de Salud; 2002;22(5):1.
5. Moggioli Pérez AS, Vázquez Navarrete M, García Gil M. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev Esp Salud Pública*. SciELO España; 2003;77(2):257–66.
6. Koroniewicz K, Nitsch-Osuch A, Konior M, Lusa A. Respiratory tract infections in the military environment. *Respir Physiol Neurobiol*. Elsevier; 2015;209:76–80.
7. Koroniewicz K, Nitsch-Osuch A, Chcialkowski A, Kortsak I. Environmental factors, immune changes and respiratory diseases in troops during military activities. *Respir Physiol Neurobiol*. Elsevier; 2013;187(1):118–22.

Nelson J. Alvis-Zakzuk

4.3.4.2. Mortalidad por EDA en Colombia: análisis desde el conflicto armado

Los niños menores de cinco años son uno de los grupos de población más susceptibles a los cambios en los patrones de enfermedad. Según la OMS, en todo el mundo se producen anualmente cerca de 1.700 millones de casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) infantil. Las EDA a su vez, matan 525.000 niños menores de cinco años (1). Una proporción significativa para este tipo de enfermedades que son evitables, principalmente cuando se cuenta con acceso a servicios adecuados de saneamiento e higiene.

La EDA, las infecciones respiratorias, el sarampión y la desnutrición severa, son las principales causas de muerte en escenarios de conflicto (2,3); en estos contextos, los niños menores de cinco años registran las más altas tasas de mortalidad (2,3). Existe evidencia referente a los impactos del conflicto armado en la mortalidad infantil referida a EDA; por ejemplo, en la guerra civil de la República Democrática del Congo, la más letal después de la Segunda Guerra Mundial, la tasa de mortalidad en niños era el doble en zonas de combate (4).

Las tasas de mortalidad por causas específicas como la diarrea era de dos y hasta cuatro veces mayor en las zonas de conflicto (4). En Irak, las muertes de niños se incrementaron por la guerra, debido a la baja disponibilidad de agua potable, lo que elevaba las tasas de enfermedades transmisibles, como la EDA. El 70% de las muertes en niños iraquíes se debía a EDA y en medio del conflicto esta tasa se duplicó (4). El conflicto armado en Nepal y su resultante inestabilidad política incrementaron la exposición a enfermedades infecciosas (3,5). Además, en el Norte de Uganda, región azotada por la violencia y el desplazamiento, los niños se vieron principalmente afectados por enfermedades infecciosas como las EDA (3,6).

Las consecuencias indirectas de los conflictos armados son en ocasiones subestimadas, especialmente las referidas a la salud pública de los territorios (7). El objetivo del presente apartado fue explorar las diferencias en la mortalidad debidas a EDA en menores de cinco años en Colombia en el periodo 1998-2015 y evaluar las diferencias de éstas según la clasificación de municipios por intensidad del conflicto armado.

Resultados

En el análisis por grupo de edad (menor de 1 año y entre 1-4 años), las tasas de mortalidad por EDA fueron mayores en niños que en niñas, para todos los periodos estudiados (Figura 1). Este indicador en menores de un año disminuyó notablemente en el tiempo; en niños se redujo un 85,82% entre 1998-2003 y 2010-2015 y en niñas la reducción fue de 88,45% para los mismo años. En el grupo de 1-4 años las tasas de mortalidad por EDA fueron considerablemente inferiores a las presentadas en menores de un año y también se redujeron en los periodos analizados.

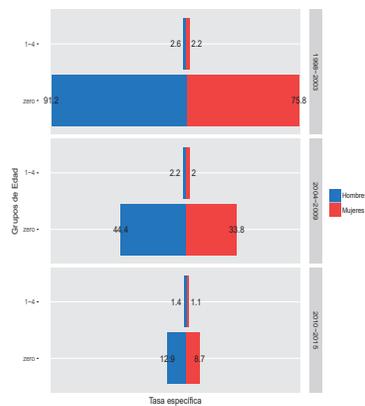


Figura 1. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años por subgrupo de edad en Colombia. 1998-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

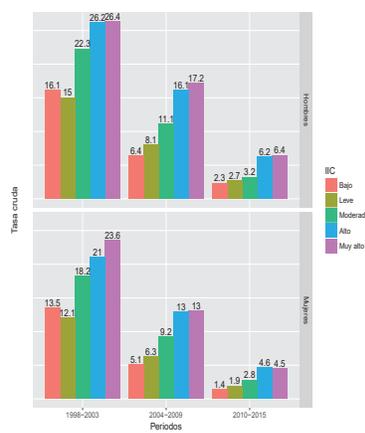


Figura 2. Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años por quintiles del índice de conflicto armado en Colombia. 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015. Colombia
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

En todos los quintiles de intensidad del conflicto se observó disminución a través del tiempo de la mortalidad por EDA en menores de cinco años, y se mantuvieron las mayores tasas de mortalidad entre los niños (Figura 2). Se presentó un claro patrón de gradiente según la intensidad de conflicto en todos los periodos y para ambos sexos, con mayores tasas de mortalidad en el quintil de mayor afectación por el conflicto. Estas brechas de desigualdad muestran que, en niños, para el periodo 1998-2003, la TMI-EDA del quintil con mayor intensidad del conflicto fue 1,64 veces la tasa del quintil 1. Para 2004-2009, la TMI-EDA del quintil 5 fue 2,67 veces que la del quintil 1 y en 2010-2015 esta diferencia relativa fue de 2,78 veces. En niñas, para los mismos periodos analizados, las razones de tasas entre los quintiles extremos fueron de 1,75, 2,56 y 3,13, respectivamente.

En el análisis geográfico de las razones estandarizadas de mortalidad (REM) (Figura 3) se evidenció que para 1998-2003 y 2004-2009, en niños, los municipios ubicados en departamentos de la periferia del territorio nacional como Caquetá, Vichada, Guanía, Chocó, Bolívar, Sucre, La Guajira y Putumayo, presentaron mayores REM con respecto al valor nacional. En niñas se presentó el mismo comportamiento para 1998-2003. Estos municipios corresponden a aquellos con mayor índice de intensidad del conflicto. En el periodo 2010-2015, se apreció como las REM disminuyeron para ambos sexos, expresados en el aclaramiento de los mapas, es decir con el paso de los años, las REM disminuyeron en términos de la REM nacional, en los municipios con alto índice de intensidad del conflicto.

Conclusiones

Los resultados sugieren una estrecha relación entre el conflicto armado y las muertes por EDA en menores de cinco años en los municipios de Colombia, con un claro patrón de gradiente según el índice de intensidad del conflicto. Se destaca que las tasas estimadas fueron para todos los casos y periodos, mayores en niños que en niñas. A su vez, se aprecia un incremento de las desigualdades en la mortalidad por EDA en menores de cinco años durante el periodo de análisis para ambos sexos.

Los análisis realizados permitieron explorar relaciones entre la mortalidad por EDA y el conflicto armado. Para el caso de las enfermedades transmisibles como la EDA, el conflicto armado podría ser un predictor de muertes en menores de cinco años, sin embargo, no es posible generar relaciones de causalidad entre estas variables.

En síntesis, como es de esperarse, la mortalidad por EDA en menores de cinco años fue mayor en aquellos territorios donde el conflicto armado fue más intenso. A la luz de lo expuesto, se recomienda explorar, en los territorios con alto índice de conflicto, las condiciones de saneamiento básico, nutrición y oportunidad y calidad de los servicios de salud que podrían estar relacionándose con las muertes en menores de cinco años.

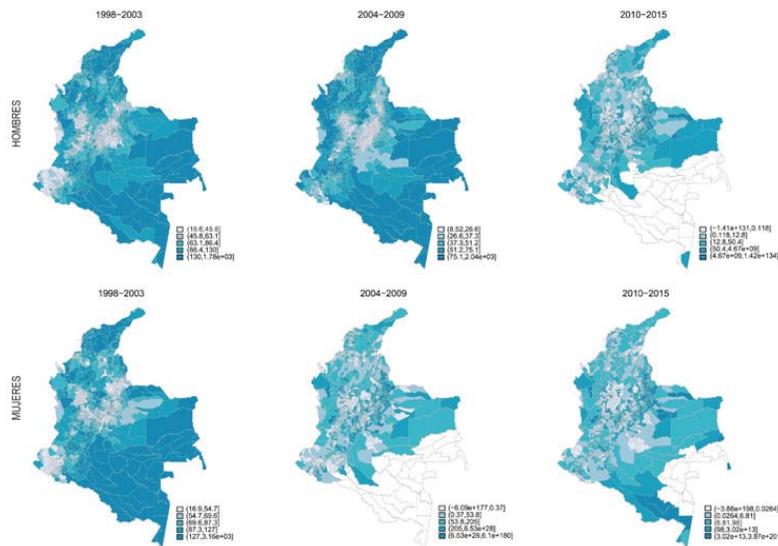


Figura 3. Razones de mortalidad estandarizadas asociadas a EDA por sexo. Colombia 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades diarreicas [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Aug 29]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
2. Toole MJ, Waldman RT. The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. *Annu Rev Public Health. Annual Reviews* 4139 El Camino Way, PO Box 10139, Palo Alto, CA 94303-0139, USA; 1997;18(1):203-311.
3. Zwi AB, Grove NI, Kelly P, Gayer M, Ramos-Jimenez P, Sommerlad J. Child health in armed conflict: time to rethink. *Lancet. Elsevier*; 2006;367(9516):1886-8.
4. Carlton-Ford S. Armed conflict and children's life chances. *Peace Rev. Taylor and Francis Ltd*; 2004 Jun;16(2):185-91.
5. Singh S, Mills E, Honeyman S, Suveldi BK, Pant NP. HIV in Nepal: is the violent conflict fuelling the epidemic? *PLoS Med. Public Library of Science*; 2005;2(8):e216.
6. Emry M. No safe place to call home: Child and adolescent night commuters in northern Uganda. *Women's Comm Refug Women Child*. 2004.
7. Plumper T, Neumayer E. The unequal burden of war: The effect of armed conflict on the gender gap in life expectancy. *Int Organ. Cambridge University Press*; 2006;6(3):723-54.

4.3.4.3. Conflicto armado y malaria en Colombia, 1998-2015

Pablo Chaparro-Narváez

Durante los conflictos, los programas de control de las enfermedades transmitidas por vectores se pueden tornar vulnerables y deteriorar las actividades de lucha contra la malaria, lo que puede resultar en epidemias como sucedió en Etiopía (1) y en Mozambique (2).

La guerra soviética en Afganistán, entre 1979 y 1995 aniquiló el programa de control de la malaria que había sido implementado en las décadas de los sesenta y los setenta, y que llegó prácticamente a erradicar la enfermedad a finales de los años setenta (3). Con el colapso del programa, reapareció la malaria y convirtió a la región en una zona endémica de nuevo (4). Por su parte en Myanmar, los conflictos militares, el frágil sistema de salud junto con el movimiento de población a lo largo de la frontera con China, han dificultado las actividades de control de la malaria (5).

En Colombia aún son escasos los estudios que dan cuenta de la relación entre conflicto armado y malaria. El objetivo del presente análisis fue describir la tendencia de la mortalidad por malaria, teniendo en cuenta las características del municipio de ocurrencia de acuerdo con su historia de conflicto armado entre 1998 y 2015.

Resultados

Malaria por P. vivax

Desde 1998 a 2015, se notificaron 356.972 casos de malaria por *P. vivax*, el 63,7% (227.539) de los casos correspondieron a hombres. En el periodo 2008-2009 se registró el 28,7% (102.358) de los casos, y entre 2010 y 2015 el 71,3% (254.614). El índice parasitario anual (IPA) fue más alto en hombres y para 2008-2009. Por grupos de edad, el IPA en hombres fue más alto en el grupo de los 15 a 44 años, mientras que en mujeres lo fue en el grupo de 5 a 14 años (Figura 1).

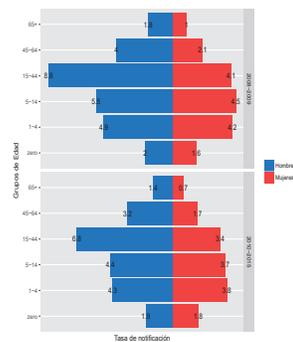


Figura 1. IPA específico para malaria por *P. vivax* según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015. Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

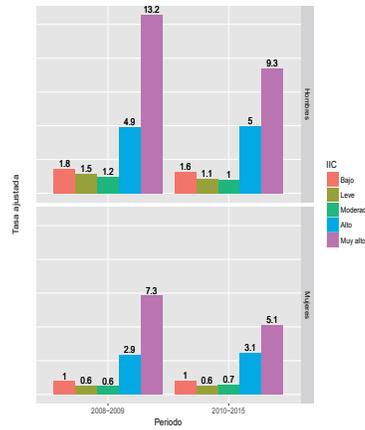


Figura 2. IPA para malaria por *P. vivax* según quintil de IIC y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Por quintiles de IIC no se evidenció una variación significativa en las tasas de notificación para cada uno de los quintiles en los dos periodos analizados; sin embargo, en hombres y en mujeres se observó una leve disminución en la desigualdad relativa (entre los municipios de los quintiles de mayor y menor conflicto). En hombres, la razón de tasas de morbilidad pasó de 7,4 en 2008-2009 a 5,9 en 2010-2015, mientras en mujeres estas razones fueron 7,4 y 5,0, respectivamente (Figura 2).

En hombres, entre 2008-2009, 151 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumentó a 153. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de IPA estandarizado fueron Cáceres, El Bagre, Zaragoza, Segovia, y Tarazá en Antioquia y Pueblo Rico en Risaralda. En mujeres, entre 2008-2009, 124 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumentó a 144. También para 2008-2009 y 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de IPA estandarizado fueron Zaragoza, El Bagre, Cáceres y Segovia en Antioquia y Pueblo Rico en Risaralda (Figura 3).

El patrón geográfico de morbilidad por malaria debida *P. vivax* frente al patrón geográfico de intensidad del conflicto evidenció cierta similitud para hombres y para mujeres. Unos cuantos municipios ubicados en departamentos de Antioquia, Chocó, Risaralda, Córdoba y Guaviare que presentaron alto riesgo de morbilidad, pertenecían al quintil más alto de intensidad del conflicto; sin embargo, municipios de Amazonas con alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más bajo de IIC.

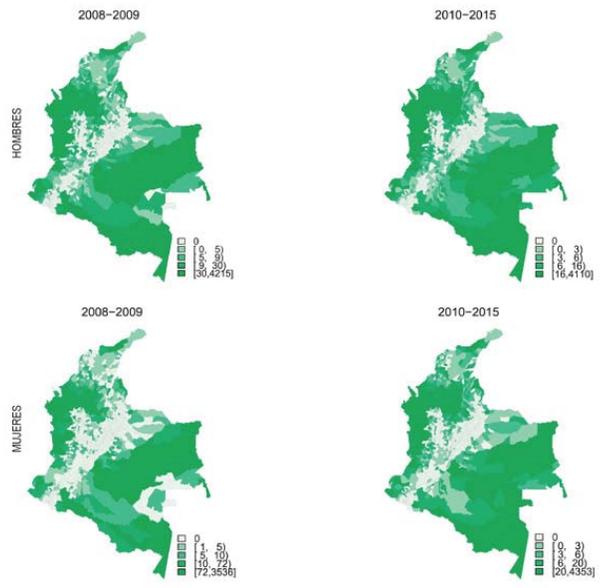


Figura 3. Razón de morbilidad estandarizada para malaria por *P. vivax* según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Malaria por *P. falciparum*

De 1998 a 2015, se notificaron 168.468 casos de malaria por *P. falciparum*, el 60,9% (102.670) correspondieron a los hombres. En el periodo 2008-2009 se registró el 22,5% (37.857) de los casos, y entre 2010 y 2015 el 77,5% (130.611). El IPA fue más alto en hombres que en mujeres para 2010-2015. Por grupos de edad, el IPA en hombres fue más alto en el grupo de 15 a 44 años (2008-2009: IPA 3,2 casos por 1.000 hab.), mientras que en mujeres fue en el grupo de 5 a 14 años (2010-2015: IPA 2,1 casos) (Figura 4).

Por quintiles de IIC se evidenció una variación en las tasas de notificación para cada uno de los quintiles en los periodos analizados, sin embargo, en hombres y en mujeres se observó disminución en la desigualdad relativa (entre los municipios de los quintiles de mayor y menor conflicto). En hombres la razón de tasas de morbilidad pasó de 17,2 en 2008-2009 a 13,9 en 2010-2015, mientras que en mujeres estas razones fueron de 18,9 y 11,2, respectivamente (Figura 5).

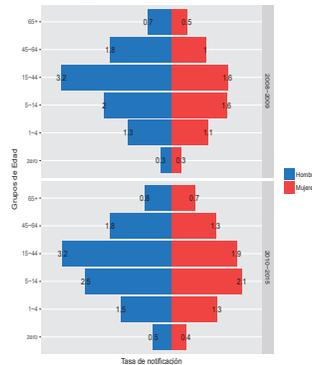


Figura 4. IPA específico para malaria por *P. falciparum* según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

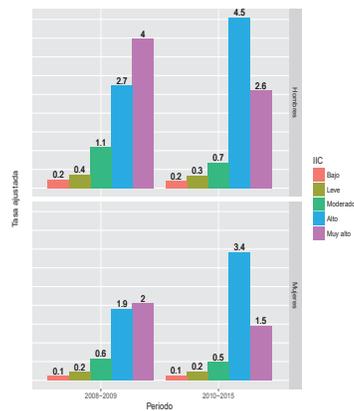


Figura 5. IPA para malaria por *P. falciparum* según quintil de IIC y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

En hombres, entre 2008-2009, 110 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015, el número aumentó a 134. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de IPA estandarizado fueron El Bagre, Vigía del Fuerte y Zaragoza en Antioquia. En mujeres, entre 2008-2009, 75 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015, el número aumento a 108. También para 2008-2009 y 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de IPA estandarizado fueron Vigía del Fuerte, El Bagre y Zaragoza en Antioquia (Figura 6).

El patrón geográfico de morbilidad por malaria debida a *P. falciparum*, frente al patrón geográfico de IIC evidenció cierta similitud para hombres y para mujeres. Unos pocos municipios ubicados principalmente en departamentos de Antioquia, Guaviare y Chocó, que presentaron alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más alto de IIC; en el quintil más bajo de IIC no se registraron municipios con alto riesgo de morbilidad.

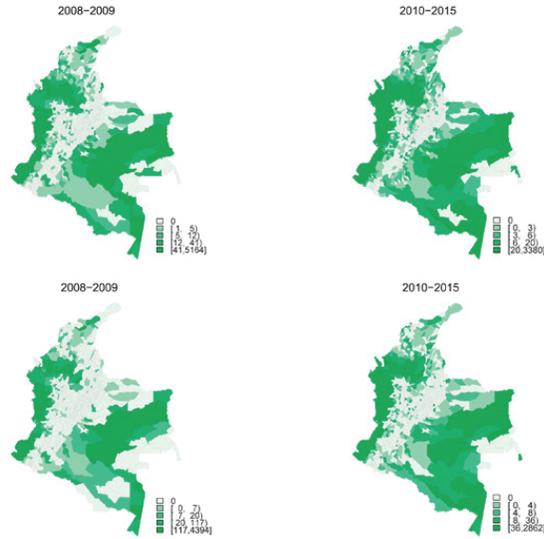
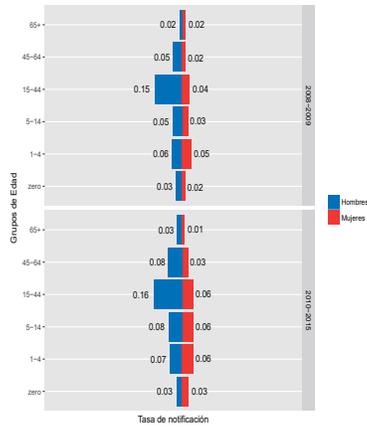


Figura 6. Razón de morbilidad estandarizada para malaria por *P. falciparum* según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



Malaria mixta

De 1998 a 2015, se notificaron 6.433 casos de malaria mixta, el 69,5% (4.468) de ellos correspondieron a hombres. En el periodo 2008-2009, se registró el 20,8% (1.337) de los casos, y entre 2010 y 2015 el 79,2% (5.096). El IPA específico fue más alto en hombres y para 2010-2015. Por grupos de edad, el IPA específico en hombres fue más alto en el grupo de 15 a 44 años (2010-2015: IPA 0,16 casos), mientras que en mujeres fue en el grupo de 1 a 4 años (2010-2015: IPA 0,06 casos) (Figura 7).

Por quintiles de IIC, se evidenció una variación en las tasas de notificación para cada uno de los quintiles en los periodos analizados, en hombres y en mujeres se observó disminución en la desigualdad relativa (entre los municipios de los quintiles de mayor y menor conflicto). En hombres la razón de tasas de morbilidad pasó de 3,7 en 2008-2009 a 3,1 en 2010-2015, mientras que en mujeres estas razones fueron de 3,8 y 3,0 respectivamente (Figura 8).

Figura 7. IPA específico para malaria mixta según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

En hombres, entre 2008-2009, 54 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumentó a 78. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de IPA estandarizado fueron Pueblo Rico en Risaralda, El Bagre y Zaragoza en Antioquia. En mujeres, entre 2008-2009, 40 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015, el número aumento a 60. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de IPA estandarizado fueron Pueblo Rico en Risaralda, El Bagre y Zaragoza en Antioquia (Figura 9).

El patrón geográfico de morbilidad por malaria mixta frente al patrón geográfico de IIC evidenció cierta similitud para hombres y para mujeres. Unos cuantos municipios ubicados en departamentos de Risaralda, Guaviare, Antioquia, Vichada, Chocó, Boyacá y Meta, que presentaron alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más alto de IIC; sin embargo, Tarapacá en Amazonas con alto riesgo de morbilidad, se ubicó en el quintil más bajo de IIC.

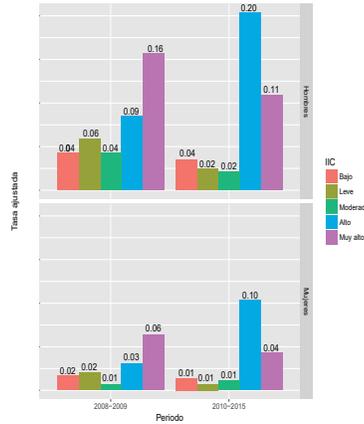


Figura 8. IPA para malaria mixta según quintil de IIC y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

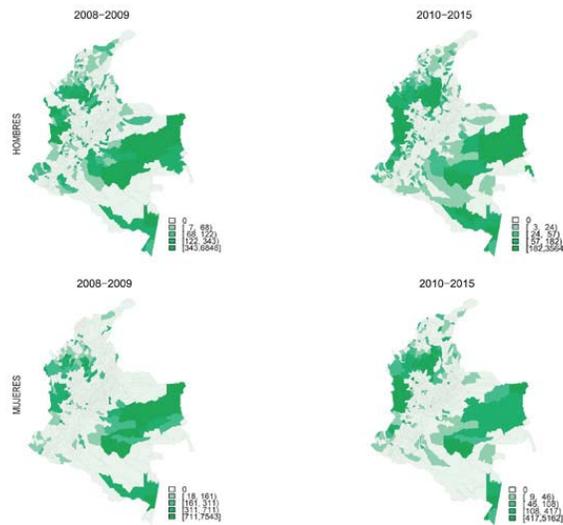


Figura 9. Razón de morbilidad estandarizada para malaria mixta según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Malaria complicada

De 1998 a 2015, se notificaron 3.668 casos de malaria complicada, el 60,0% (2.199) de ellos correspondieron a hombres. En el periodo 2008-2009 se registró el 13,5% (496) de los casos, y entre 2010 y 2015 el 86,5% (3.172). El IPA fue más alto en hombres y para 2010-2015. Por grupos de edad, el IPA en hombres y mujeres fue más alto en el grupo < 1 año (hombres 2010-2015: IPA 0,09 casos; mujeres 2010-2015: IPA 0,057) (Figura 10).

Por quintiles de IIC se evidenció una variación en las tasas de notificación para cada uno de los quintiles en los periodos analizados, en hombres y en mujeres se observó aumento en la desigualdad relativa (entre los municipios de los quintiles de mayor y menor conflicto). En hombres la razón de tasas de morbilidad tanto para 2008-2009 como para 2010-2015 fue de 0,5, mientras en mujeres para los dos periodos fueron de 0,7.

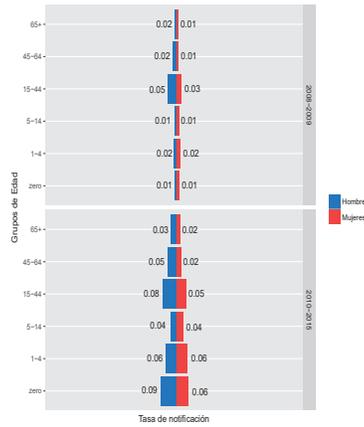


Figura 10. IPA específico para malaria complicada según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

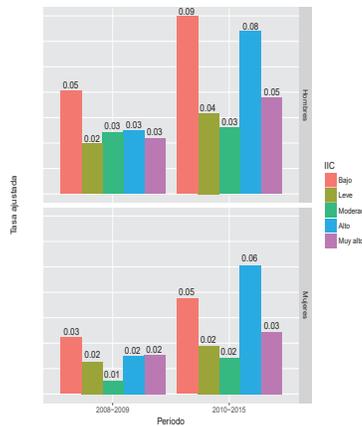


Figura 11. IPA para malaria complicada según quintil de índice conflicto y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

En hombres, entre 2008-2009, 36 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumentó a 91. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de IPA estandarizado fueron Zaragoza en Antioquia, La Jagua de Ibirico en Cesar y Pueblo Rico en Risaralda. En mujeres, entre 2008-2009, 28 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumentó a 60. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de IPA estandarizado fueron Segovia y Zaragoza en Antioquia y Bojayá en Chocó (Figura 12).

El patrón geográfico de morbilidad por malaria complicada frente al patrón geográfico de IIC evidenció cierta similitud para hombres y para mujeres. Unos pocos municipios ubicados en departamentos de Risaralda, Antioquia, Cesar, Chocó y Guaviare, que presentaron alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más alto de IIC; mientras que municipios de Atlántico, Valle del Cauca y Cundinamarca, con alto riesgo de morbilidad se ubicaron en el quintil más bajo de IIC.

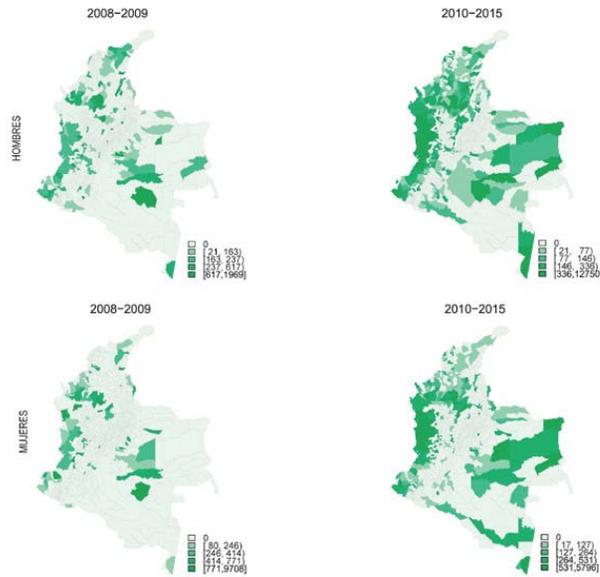


Figura 12. Razón de morbilidad estandarizada para malaria complicada según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

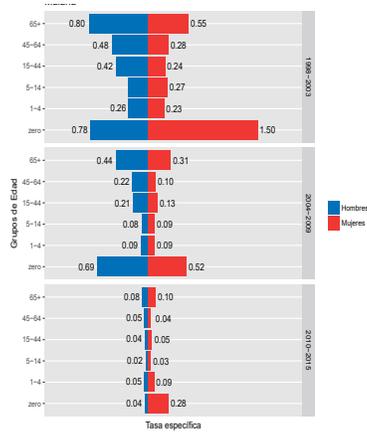


Figura 13. Tasa de mortalidad específicas para malaria según sexo. Colombia 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Mortalidad por malaria

De 1998 a 2015, se registraron 1.420 muertes debidas a malaria, el 56,7% (805) que correspondieron a hombres. De 1998 a 2003, ocurrió el 60,3% (856) de las defunciones, de 2004 a 2009 el 30,2% (429) y de 2010 a 2015 el 9,5% (135). Por grupos de edad, las tasas específicas de mortalidad fueron más altas durante 1998-2003, entre mujeres <1 año y entre hombres de 65 y más años. A partir de 2004-2009, las tasas específicas comenzaron a mostrar reducción y entre 2010-2015 se evidenciaron las tasas específicas más bajas por sexo y grupos de edad (Figura 13).

Por quintiles de IIC se evidenció una variación en las tasas de notificación para cada uno de los quintiles en los periodos analizados, en hombres y en mujeres se observó disminución en la desigualdad relativa (entre los municipios de los quintiles de mayor y menor conflicto). En hombres la razón de tasas de mortalidad pasó de 1,8 en 1998-2003 a 1,7 en 2010-2015, mientras en mujeres estas razones fueron de 3,3 y 1,4, respectivamente.

En hombres, entre 1998-2003, 32 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015 el número bajó a 6. Para 1998-2003, en el quintil 5 de IIC, los municipios con más alta RME suavizadas fueron Bojayá y San José del Palmar en Chocó, Puerto Leguizamo en Putumayo, Barbacoas en Nariño, Vigía del Fuerte en Antioquia y Cubará en Boyacá. En mujeres, entre 1998-2003, 28 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de IPA estandarizado (más alto), en tanto para 2010-2015 el número se redujo a 6. Para 1998-2003, en el quintil 5 de índice de conflicto, los municipios con más alta RME suavizadas fueron Bojayá en Chocó, Murindó en Antioquia, Miraflores en Guaviare y Tumaco en Nariño (Figura 15).

El patrón geográfico de mortalidad por malaria frente al patrón geográfico de IIC evidenció cierta similitud para hombres y para mujeres. Algunos municipios ubicados en los departamentos de Chocó, Antioquia, Putumayo, Nariño, Guaviare y Boyacá, que presentaron alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más alto de IIC.

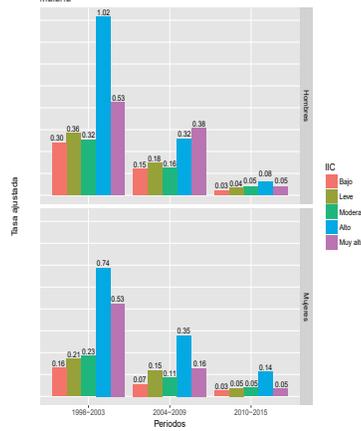


Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada para malaria según quintil de índice de conflicto y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

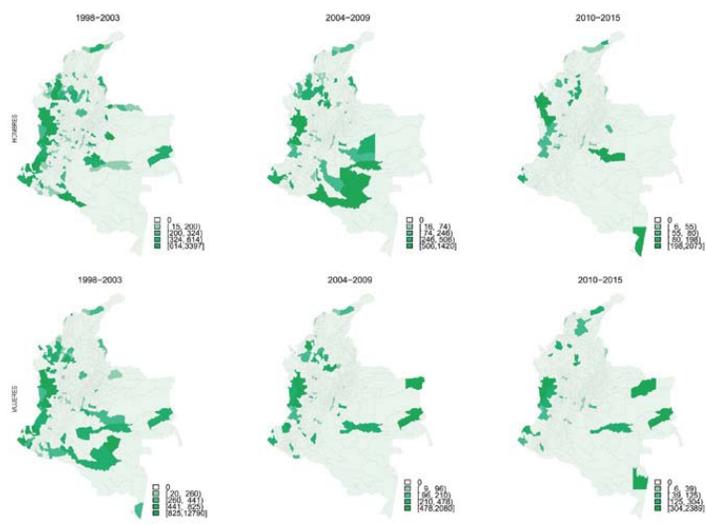


Figura 15. RME para malaria según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Los IPA específicos para malaria por *P. vivax*, *P. falciparum*, mixta y complicada, y las tasas específicas de mortalidad entre 1998-2003 y 2010-2015, mostraron reducción.

La razón de IPA entre municipios con conflicto más intenso frente a las de los municipios con conflicto menos intenso, evidencia reducción para malaria debida a *P. vivax* y a *P. falciparum*; mientras que la razón de tasas de mortalidad muestra una franca reducción en mujeres.

No se demuestra una completa relación entre el patrón geográfico de la morbilidad y la mortalidad por malaria y el índice de intensidad del conflicto, por lo que se requiere investigación adicional para evaluar la posibilidad de dicha asociación.

Referencias

1. KIDOS H. Health Impacts of War in Ethiopia. *Disasters*. 1992;16(4):347-54.
2. CHU, S. Noormahomed A. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Soc Sci Med*. 1988;27(7):712-22.
3. Khatik AA, Venkatesan M, Nadeem MF, Satti HS, Yousaf A, Strouss R, et al. Prevalence and distribution of human Plasmodium infection in Pakistan. *Malar J* [Internet]. 2013;12(1):297. Available from: <http://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-12-297>
4. Booma MI, Parvez SD, Nesbit R, Winkler AMF. Malaria control using permethrin applied to tents of nomadic Afghan refugees in northern Pakistan. *Bull World Health Organ*. 1996;74(4):413-21.
5. Wang D, Cotter C, Sun X, Bennett A, Gooling RD, Xiao N. Adapting the local response for malaria elimination through evaluation of the 1-3-7 system performance in the China-Myanmar border region. *Malar J* [Internet]. 2017;16(1):154. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28137293> [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5282924]

4.3.4.4. Conflicto armado y leishmaniasis en Colombia, 1998-2015

Pablo Chaparro-Narváez

La relación entre brotes de leishmaniasis y conflicto armado ha sido documentada en diversos países (1). Estos brotes han afectado a la población que vive en las áreas de conflicto, refugiados, migrantes y personal militar que patrulla esas zonas. Se han reportado brotes de leishmaniasis cutánea en Afganistán (1995, 2002, 2007-2010), Argelia (2003 y 2004), Colombia (2004-2006), Honduras (2004), Irán (2004) y Siria (2009 y 2010); leishmaniasis visceral en Etiopía (2000) y 2005), Sudán (1999-2003) y Sudán del Sur (2002-2005); y leishmaniasis cutánea y visceral en Iraq (1995, 1996 y 2009) (1).

En la última década, entre los años 2012 y 2013, se reportó un brote de leishmaniasis cutánea en Siria, consecuencia de la guerra y la falta de medidas para combatir la enfermedad, particularmente en las zonas asediadas y médicamente desatendidas (2), mientras que entre los años 2013 y 2014, ocurrió un brote de leishmaniasis en el Líbano, posible resultado de la crisis Siria y la afluencia de refugiados (3).

En el conflicto colombiano, los secuestrados y encarcelados con frecuencia contraían leishmaniasis y por lo general recibían tratamientos no convencionales (4). En el país, los medicamentos para el tratamiento de la leishmaniasis no se encuentran disponibles comercialmente en las farmacias, sino que son comprados directamente por el Ministerio de Salud, quien lo distribuye a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud y estas a su vez a las Secretarías Municipales. Con el aumento en el número de casos de leishmaniasis, la compra resultó insuficiente (5) y en ocasiones las reservas de estos medicamentos se convirtieron en blanco común para la guerrilla (5, 6).

En el departamento de Antioquia se observó que el conflicto armado originó aumento de población desplazada de áreas endémicas de leishmaniasis, junto con movimiento de grupos armados desde o hacia áreas endémicas de la enfermedad. En este departamento, a partir de 1990 se registró un aumento de los casos de leishmaniasis en las regiones donde se incrementó la explotación minera, se generaron corredores de conflicto armado y sitios de salida y de recepción de personas desplazadas (7). Ante la poca producción académica relativa al tema, el objetivo del presente análisis fue describir la tendencia de la mortalidad por leishmaniasis, teniendo en cuenta las características del municipio de ocurrencia de acuerdo con su historia de conflicto armado entre 1998 y 2015.

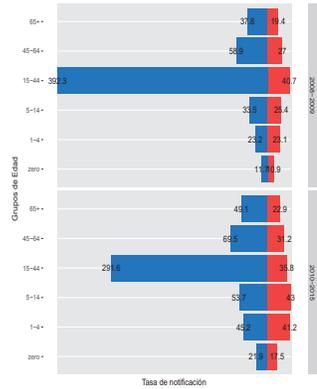


Figura 1. Tasas específicas para leishmaniasis cutánea según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Resultados

Leishmaniasis cutánea

Entre el año 2008 y el año 2015, se notificaron 86.236 casos de leishmaniasis cutánea, el 83,5% (72.017) en hombres. En el periodo comprendido entre los años 2008-2009 se registraron el 27,2% (23.441) de los casos, y entre 2010 y 2015 el 72,8% (62.795). Las tasas específicas de morbilidad fueron más altas en hombres y para 2010-2015. Por grupos de edad, la tasa específica en hombres fue más alta en el grupo de 15 a 44 años (2008-2009), mientras que en mujeres fue en el grupo de 5 a 14 años (2010-2015) (Figura 1).

Por quintiles de IIC no se evidenció una variación significativa en las tasas de notificación para cada uno de los quintiles en los dos periodos analizados, sin embargo, en hombres se observó una leve disminución en la desigualdad relativa (entre los municipios de los quintiles de mayor y menor conflicto), mientras que en mujeres aumentó. En hombres la razón de tasas de morbilidad pasó de 11,0 en 2008-2009 a 10,0 en 2010-2015, mientras en mujeres estas razones fueron de 5,0 y 15,9, respectivamente (Figura 2).

En hombres, entre 2008-2009, 157 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de morbilidad estandarizada (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumentó a 170. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de morbilidad estandarizada fueron La Macarena en Meta; Anorí y Valdivia en Antioquia. En mujeres, entre 2008-2009, 118 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de morbilidad estandarizada (más alto), en tanto para 2010-2015 el número se redujo a 146. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de morbilidad estandarizada fueron Valdivia y Vegachí en Antioquia; clúster San Vicente de Chucurí en Santander; El Carmen de Bolívar y San Jacinto en Bolívar y Pueblo Rico en Risaralda (Figura 3).

El patrón geográfico de morbilidad por leishmaniasis cutánea frente al patrón geográfico de IIC evidenció cierta similitud para hombres y para mujeres. Unos cuantos municipios ubicados en departamentos de Meta, Risaralda, Tolima, Antioquia, Santander, Caldas, Guaviare, Sucre y Bolívar, que presentaron alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más alto de IIC, mientras que Floridablanca en el departamento de Santander, con alto riesgo de morbilidad pertenecía al quintil más bajo de IIC (Figura 3).

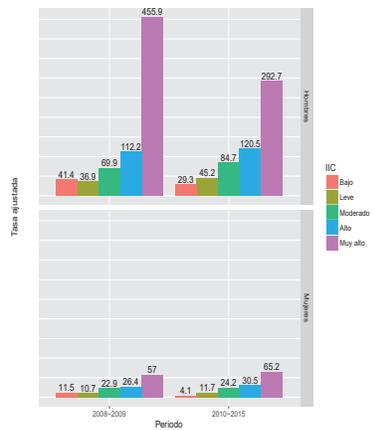


Figura 2. Tasas ajustadas para leishmaniasis cutánea según quintil de IIC y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

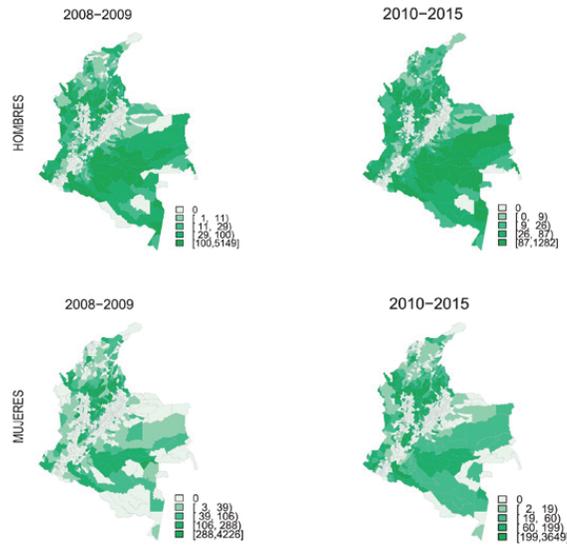


Figura 3. Razón de morbilidad estandarizada para leishmaniasis cutánea según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Leishmaniasis mucosa

De 1998 a 2015, se notificaron 1.125 casos de leishmaniasis mucosa, el 85,1% (957) en hombres. En el periodo 2008-2009 se registró el 17,5% (197) de los casos, y entre 2010 y 2015 el 82,5% (928). Las tasas específicas de morbilidad, fueron más altas en hombres y para 2010-2015. Por grupos de edad, la tasa específica en hombres fue más alta en el grupo de 15 a 44 años (2010-2015), mientras que en mujeres fue en el grupo de 45 a 64 años (2008-2009) (Figura 4).

Por quintiles de IIC, no se evidenció una variación significativa en las tasas de notificación para cada uno de los quintiles en los dos periodos analizados, sin embargo, en hombres se observó un aumento en la desigualdad relativa (entre los municipios de los quintiles de mayor y menor conflicto), mientras que en mujeres no se evidenció mayor variación. En hombres la razón de tasas de morbilidad pasó de 6,6 en 2008-2009 a 6,4 en 2010-2015, mientras que en mujeres estas razones fueron de 2,4 y 6,5, respectivamente (Figura 5).

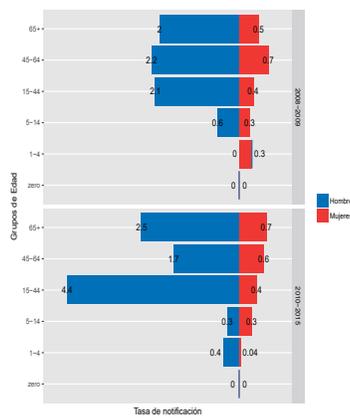
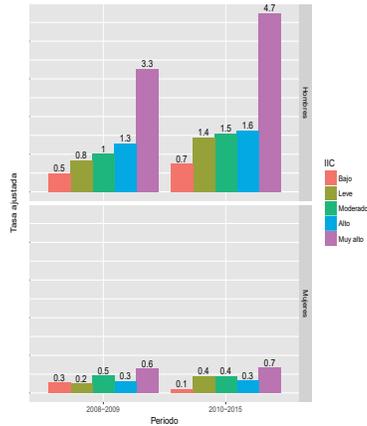


Figura 4. Tasas específicas para leishmaniasis mucosa según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



En hombres, entre 2008-2009, 35 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de morbilidad estandarizada (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumentó a 91. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de morbilidad estandarizada fueron La Macarena, clúster Mesetas y Vistahermosa en Meta; Calamar y San José del Guaviare en Guaviare. En mujeres, entre 2008-2009, 11 municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de morbilidad estandarizada (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumento a 31. Para 2008-2009, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de morbilidad estandarizada fueron Anorí y Remedios en Antioquia (Figura 6).

El patrón geográfico de morbilidad por leishmaniasis mucosa frente al patrón geográfico de IIC evidenció cierta similitud para hombres y para mujeres. Unos cuantos municipios ubicados en los departamentos de Antioquia, Cundinamarca, Vaupés, Norte de Santander, Meta, Guaviare, Sucre, La Guajira, Bolívar, Risaralda, Caquetá y Arauca, y que presentaron alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más alto de IIC; mientras que Tarapacá en Amazonas y Santo Tomas en Atlántico con alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más bajo de IIC (Figura 6).

Figura 5. Tasas ajustadas para leishmaniasis mucosa según quintil de IIC y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

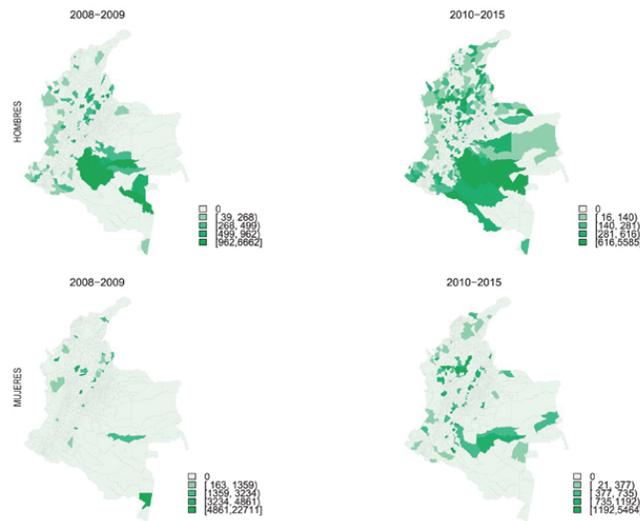
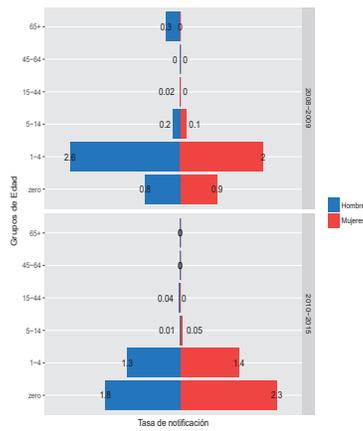


Figura 6. Razón de morbilidad estandarizada para leishmaniasis mucosa según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



Leishmaniasis visceral

De 1998 a 2015, se notificaron 170 casos de leishmaniasis visceral, el 52,9% (90) correspondieron a hombres. En el periodo 2008-2009 se registró el 33,5% (57) de los casos, y entre 2010 y 2015 el 66,5% (113). Las tasas específicas fueron más altas en hombres que en mujeres y para 2010-2015. Por grupos de edad, la tasa específica en hombres fue más alta en el grupo de 1 a 4 años (2008-2009), mientras que en mujeres fue en el grupo <1 año (2010-2015) (Figura 7).

Por quintiles de IIC no se evidenció una variación significativa en las tasas de notificación para cada uno de los quintiles en los dos periodos analizados, sin embargo, en hombres se observó una disminución en la desigualdad relativa (entre los municipios de los quintiles de mayor y menor conflicto), mientras que en mujeres no se evidenció mayor variación. En hombres la razón de tasas de morbilidad pasó de 0,6 en 2008-2009 a 3,1 en 2010-2015, mientras en mujeres estas razones fueron de 0,5 e indeterminada, respectivamente (Figura 8).

Figura 7. Tasas específicas para leishmaniasis visceral según sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

En hombres, entre 2008-2009, tres municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de morbilidad estandarizada (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumentó a cinco. Para 2008-2009 y para 2010-2015, en el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de morbilidad estandarizada fueron Chalan y Ovejas en Sucre y El Carmen de Bolívar en Bolívar. En mujeres, entre 2008-2009, tres municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de morbilidad estandarizada (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumento a cuatro. También, para 2008-2009 como para 2010-2015, el quintil 5 de IIC, los municipios con las más altas razones de morbilidad estandarizada fueron Chalan y Ovejas en Sucre; El Carmen de Bolívar en Bolívar (Mapa no mostrado).

El patrón geográfico de morbilidad por leishmaniasis visceral frente al patrón geográfico de IIC, evidenció cierta similitud para hombres y para mujeres. Unos pocos municipios ubicados en departamentos de Sucre, Bolívar y Cesar, y que presentaron alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más alto de IIC, mientras que Girardot en Cundinamarca y Flandes y Espinal en Tolima con alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más bajo IIC (Mapa no mostrado).

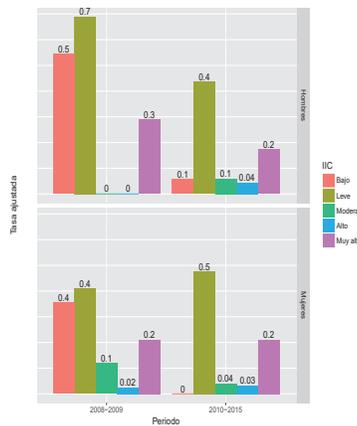


Figura 8. Tasas ajustadas para leishmaniasis visceral según quintil de IIC y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

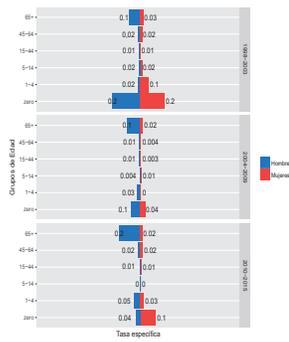


Figura 9. Tasa de mortalidad específicas para leishmaniasis según sexo. Colombia 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Mortalidad por leishmaniasis

De 1998 a 2015, se registraron 131 muertes debidas a leishmaniasis, el 61,1% (131) correspondieron a hombres. De 1998 a 2003 ocurrió el 40,5% (53) de las muertes, de 2004 a 2009 el 22,9% (30) y de 2010 a 2015 el 36,6% (48). Por grupos de edad, las tasas específicas de mortalidad fueron más altas en el periodo 1998-2003, para <1 año, tanto para hombres como para mujeres. Para el periodo 2004-2010 se registraron las tasas específicas de mortalidad más bajas por sexo y grupos de edad. Entre 2010 y 2015 las tasas aumentaron y las más altas fueron para hombres de 65 y más años y para mujeres < 1 año (Figura 9).

En general, las tasas de mortalidad fueron más altas entre hombres y para 2010-2015. Por quintiles de IIC se evidenciaron variaciones en las tasas de notificación para cada uno de los quintiles en los tres periodos analizados, sin embargo, en hombres se observó un aumento en la desigualdad relativa (entre los municipios de los quintiles de mayor y menor conflicto), mientras que en mujeres disminución. En hombres, la razón de tasas de morbilidad pasó de 0,7 en 1998-2003 a 2,9 en 2010-2015, mientras en mujeres estas razones fueron de 7,1 y 0,8, respectivamente (Figura 10).

En hombres, entre 1998-2003, un municipio simultáneamente se encontró en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de morbilidad estandarizada (más alto), en tanto para 2010-2015 el número aumentó a siete. Para 1998-2003, en el quintil 5 de índice de conflicto, el municipio con más alta RME suavizadas fue Tame (Arauca); mientras que para 2010-2015, los municipios con más altas RME suavizadas fueron Miraflores en Guaviare; Rioblanco en Tolima; Remedios y Segovia en Antioquia; Riosucio en Chocó; Arenal y Cantagallo en Bolívar. En mujeres, entre 1998-2003, tres municipios simultáneamente se encontraron en el quintil 5 de IIC (más intenso) y en el quintil 5 de razones de morbilidad estandarizada (más alto), en tanto para 2010-2015 el número se redujo a uno. Para 1998-2003, en el quintil 5 de IIC, los municipios con más alta RME suavizadas fueron Matanza en Santander, El Carmen de Bolívar en Bolívar y Tarazá en Antioquia; mientras que para 2010-2015, el municipio con la más alta RME suavizadas fue Mocoa en Putumayo (Figura 11).

El patrón geográfico de mortalidad por leishmaniasis frente al patrón geográfico de IIC, evidenció cierta similitud para hombres y para mujeres. Unos cuantos municipios ubicados en departamentos de Santander, Sucre, Guaviare, Bolívar, Antioquia, Tolima, Chocó, Putumayo y Arauca, que presentaron alto riesgo de morbilidad pertenecían al quintil más alto de IIC, mientras que Sahagún y Cotorra en Córdoba y Girardot en Cundinamarca, con alto riesgo de mortalidad pertenecían al quintil más bajo de IIC (Figura 11).

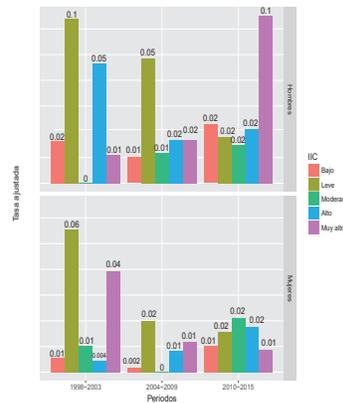


Figura 10. Tasas de mortalidad ajustadas para leishmaniasis según quintil de IIC y sexo. Colombia 2008-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

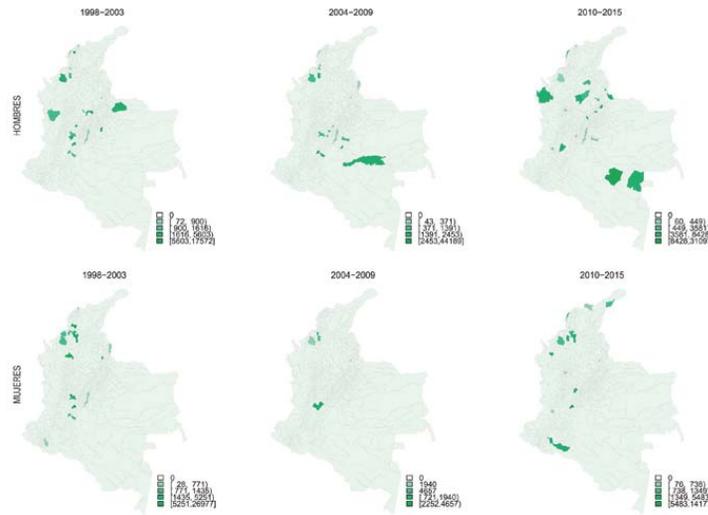


Figura 11. Razón de mortalidad estandarizada para leishmaniasis cutánea según sexo. Colombia 1998-2003; 2004-2009 y 2010-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Las tasas específicas de morbilidad por leishmaniasis cutánea se redujeron, mientras que las de leishmaniasis mucosa aumentaron. Por otro lado, las tasas específicas de mortalidad entre 1998-2003 y 2010-2015, mostraron disminución.

La razón de tasas de morbilidad de municipios con conflicto más intenso frente a las de municipios con conflicto menos intenso evidenció reducción para leishmaniasis cutánea en hombres y aumento para leishmaniasis cutánea y mucosa en mujeres.

Mientras que la razón de tasas de mortalidad debida a leishmaniasis en hombres aumentó, en mujeres disminuyó.

No se demostró una completa relación entre el patrón geográfico de la morbilidad y la mortalidad por leishmaniasis y el índice de intensidad del conflicto, por lo que se requiere investigación adicional para evaluar la posibilidad de dicha asociación.

Referencias

- Berry J, Berrang-Ford L. Leishmaniasis, conflict, and political terror: A spatio-temporal analysis. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016;167:140-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.038>
- Hajjari K, Dandashli A, Wetschaar E. Cutaneous Leishmaniasis in Syria: Clinical Features, Current Status and the Effects of War. *Acta Derm Venereol*. 2015;95(1):62-6.
- Al-Jawehri A, Mosharrafieh U, Jabbar A, Ghosn N, Bazzi AR. Revisiting leishmaniasis in the time of war: The Syrian conflict and the Lebanese outbreak. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2014;29:115-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.04.023>
- Colombiadem. Interview to Agemir Veyraz, from the navy infantry, after his liberation [Internet]. 2006 [cited 2017 Aug 31]. Available from: <http://www.colombiadem.com/voicicias/autorroscas/2003/DetailNoticia19713.asp>
- Seyler C, Villar JC, Szeemsenichij V, Singh S, Baral SD, Mills EJ. Neglected diseases, civil conflicts, and the right to health. *Lancet*. 2007;370(9597):619-27.
- Molano-Braico A. Perversa estrategia [Internet]. Agencia de Prensa Rural. 2005 [cited 2017 Aug 31]. Available from: <http://www.prensarural.org/molano20050409.htm>
- Velaz ID, Zuleta M. Geografía de la expansión de la Leishmaniasis en el conflicto armado en Colombia (Antioquia). *IU-topika*. 2014;7:99-111.

Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo

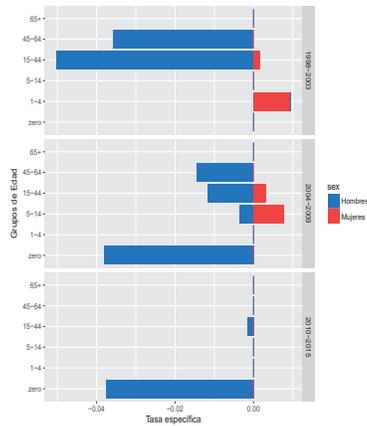
4.3.4.5. Desigualdades en la mortalidad por fiebre amarilla según la intensidad de conflicto armado

Durante las guerras se pueden reducir las coberturas de vacunación, las acciones de control vectorial y la vigilancia epidemiológica, así como empeorar las condiciones de vida que pueden favorecer la aparición de vectores (1). El desplazamiento de población, debido a los conflictos bélicos, puede diseminar enfermedades infecciosas como la fiebre amarilla (FA) y aumentar su incidencia (2,3).

Si bien existen pocos trabajos que evalúan el impacto de los conflictos bélicos sobre la morbimortalidad por FA, la evidencia empírica ha mostrado un efecto negativo de la guerra en otras enfermedades transmitidas por vectores como la malaria o la leishmaniasis (1,4).

En Colombia se ha planteado que durante el brote de FA de 2002 y 2003 en el Catatumbo, Norte de Santander, el mayor de los últimos sesenta años en el país, el conflicto armado pudo haber jugado un papel importante en la diseminación y falta de control de la enfermedad (5,6), además, los grupos armados ilegales impidieron el acceso de los trabajadores de salud pública a las zonas rurales de mayor riesgo e incluso robaron miles de dosis de la vacuna, llevando a que las coberturas en el epicentro del brote no excedieran el 45% y a un desabastecimiento nacional del biológico (7,8).

Teniendo en consideración todo lo anterior, el propósito de esta sección fue explorar las desigualdades entre la mortalidad por el conflicto armado en Colombia, con un análisis de las defunciones en el período 1998-2015, frente a los quintiles del IIC.

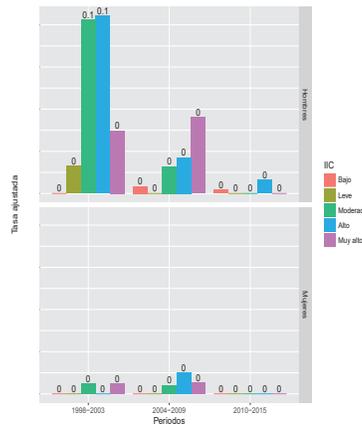


Resultados

Entre 1998 y 2015, se presentaron 54 muertes por FA en Colombia. Los hombres tuvieron mayor mortalidad por FA que las mujeres, el 88% de los casos se presentaron en este grupo, y para 2010-2015 las mujeres no tuvieron muertes, el mayor valor de brecha relativa fue 29,2 en el período 1998-2003, en hombres del grupo de 15 a 44 años. Cabe destacar que a nivel general la mortalidad por FA disminuyó en el tiempo, pues se presentaron 36 defunciones en 1998-2003, 16 en 2004-2009 y 2 en 2010-2015, sin embargo, en el grupo de menores de un año se presentó un aumento en los dos últimos períodos (Figura 1).

Figura 1. Tasas de mortalidad específicas por fiebre amarilla por período, sexo y grupo de edad

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015



Las tasas ajustadas por quintil de intensidad de conflicto mostraron una disminución en hombres de la mortalidad en los diferentes grupos de municipios. Para el grupo de los hombres, en el periodo 1998-2003 y en 2004-2009, los quintiles medios y altos presentaron la mayor mortalidad, se presentó una reducción en todos los quintiles en 2010-2015, la mayor brecha absoluta se mostró en 1998-2003 entre el primer y cuarto quintil con 0,08 muertes por 100.000 hab. En mujeres se destacó que entre 1998-2003 y en 2004-2009 todas las muertes por la patología se manifestaron en los tres quintiles más altos de intensidad (Figura 2). Debido al bajo número de muertes durante el periodo de estudio, no se pudo hacer análisis geográfico.

Figura 2. Tasas ajustadas de mortalidad específicas por Fiebre Amarilla, según quintiles de intensidad de conflicto armado

Fuente: análisis equipo de trabajo OIG basado en datos DANE 1998-2015

Conclusiones

La reducción de la mortalidad por fiebre amarilla en Colombia, se explica por la reducción de la población susceptible y el número de casos por la universalización en el 2000 de la vacunación contra esta patología en menores de un año. De hecho, en los años 2010 a 2012, 2014 y 2015, no se confirmaron casos de fiebre amarilla en Colombia (9).

La predominancia de la mortalidad por fiebre amarilla en hombres concuerda con el comportamiento de los reportes de casos probables por la patología. Desde la década de 1920, los casos de fiebre amarilla en Colombia son solamente de transmisión selvática (9), por lo que los hombres son quienes están más expuestos al vector debido a que realizan más tareas fuera del domicilio, como la tala de árboles (2).

La presencia de mayor mortalidad en los tres quintiles con intensidad de conflicto más alta, concuerda con la distribución geográfica de la enfermedad en Colombia. Departamentos con intensidad media y alta de conflicto como Arauca, Guainía, Meta, Vichada, Caquetá, Putumayo, Santander y Norte de Santander, tienen zonas endémicas de fiebre amarilla (9).

Los resultados aquí presentados resaltan la importancia de un abordaje del control y prevención de la fiebre amarilla, que considere un enfoque diferencial de género y la vulnerabilidad poblacional de muchas de las zonas endémicas debido a la presencia de conflicto armado, que puede perjudicar las acciones de salud pública y favorecer la diseminación de la enfermedad.

Referencias

1. King GG, Dahlborg LL, Merny JA, Zwi AB. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: 2003.
2. Álvarez C, Vargas M, Pardo R, Galán H, Bustos JC, Vargas M, et al. Guía de atención de la fiebre amarilla. Med Lab. Bogotá DC, 2011;17(5-6):247-64.
3. Hotez PI, Bottazzi ME, Franco-paredes C, Ault SK, Periago MR. The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: A review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. Neglected Trop Dis. 2008;2(9):1-11.
4. Berry L, Bertrang-Ford L. Latibermanias, conflict, and political terror: A spatio-temporal analysis. Soc Sci Med [Internet]. Elsevier Ltd; 2016;XXX:1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.038>
5. Vallejo E, SantoDomingo AF, Garzón D, Castro-Díaz L, González C. The armed conflict actors as enhancers of vectorborne diseases in Catatumbo, Colombia. J Am Mosq Control Assoc. 2014;30(2):210.
6. Velanda MP. La re-emergencia de la fiebre amarilla en Colombia, 2003. Universidad de Córdoba, Asociación Colombiana de Infectología; 2004. p. 459-62.
7. Beyrer C, Villar JC, Suwanmanichij V, Singh S, Barst SD, Mills EJ. Neglected diseases, civil conflicts, and the right to health. Lancet. 2017;370(Aug):619-27.
8. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Biaz LC. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. Cien Saude Colet. 2006;11(2):349-61.
9. León Nuliez LL. Informe del Evento Fiebre Amarilla hasta el Periodo Epidemiológico Setiembre, Colombia, 2017. Bogotá DC; 2017.

Salomé Valencia-Aguirre

4.3.4.6. Mortalidad por VIH/SIDA de acuerdo con la intensidad del conflicto armado

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las principales enfermedades emergentes del siglo XXI. Según las estimaciones de ONUSIDA en 2016, en el mundo casi 37 millones de personas convivían con el VIH y un millón murieron a causa de la enfermedad (1). En Colombia para el mismo año, 5.600 personas adquirieron el virus y 2.800 fallecieron (2).

Numerosas investigaciones han mostrado que el conflicto armado incrementa el riesgo de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (3-7). Dentro de los factores que incrementan el riesgo se encuentran: el aumento de la interacción entre los militares y la población civil; mayores niveles de comercio sexual o sexo casual; disminución en la disponibilidad y uso de servicios de salud sexual y reproductiva y otros servicios de salud; crecimiento de los niveles de malnutrición; reducción de las medidas de prevención de transmisión del VIH; desplazamiento de población y mayor número de eventos de violencia sexual (8,9).

Aunque las consecuencias del conflicto armado con relación al VIH aún no han sido totalmente documentadas en Colombia, existen estudios que han abordado el tema: un estudio en población desplazada no reportó casos de VIH, pero identificó que existía un bajo conocimiento de las ITS y el VIH/SIDA, además de un bajo uso de condón (10).

Otro estudio evaluó la relación entre la intensificación del conflicto y el aumento de la incidencia de VIH/SIDA entre 2002 y 2008, sin observar una relación entre la enfermedad y el grado de conflicto, argumentando que este pudo haber debilitado los sistemas de vigilancia epidemiológica; para el caso de los desplazados por el conflicto observa una incidencia menor a la nacional (3).

Dado que los hallazgos previos sugieren la necesidad de ampliar las investigaciones en el marco del conflicto armado y el VIH/SIDA, el objetivo del presente análisis fue estudiar la relación entre la intensidad del conflicto a nivel municipal y la infección por VIH/SIDA en la población colombiana, durante el periodo 1998-2015.

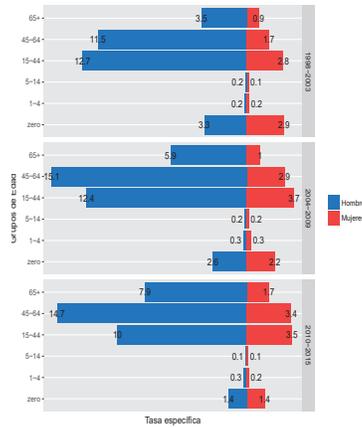
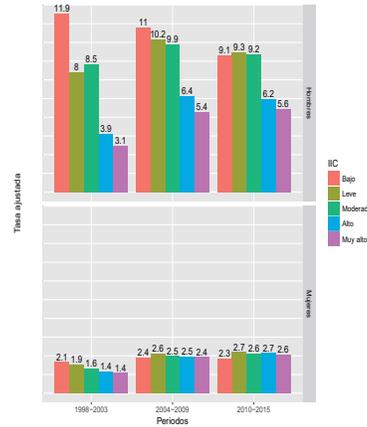


Figura 1. Mortalidad por VIH/SIDA según sexo, edad y periodo
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Resultados

Entre 1998 y 2015 en Colombia, murieron un total de 40.579 personas a causa del VIH/SIDA, donde más de dos tercios fueron hombres. Según grupos de edad, la mortalidad se concentró en los grupos de 15 a 64 años (Figura 1), siendo el grupo de menores de un año el que presentó una mayor reducción de la mortalidad en ambos sexos.

La Figura 2 muestra cómo se distribuyó la mortalidad por VIH/SIDA según los diferentes quintiles de intensidad del conflicto armado. Para los hombres las tasas de mortalidad fueron más bajas en los quintiles de mayor intensidad (Q4-Q5). Las diferencias de mortalidad entre los quintiles extremos disminuyen en el último periodo, debido a un aumento en la mortalidad en los municipios de mayor intensidad de conflicto y una disminución en los de menor intensidad. En las mujeres las tasas aumentaron con respecto al primer periodo, siendo muy homogénea la distribución de la mortalidad entre los diferentes quintiles.



A nivel municipal (Figura 3), el riesgo de mortalidad por VIH/SIDA entre 2004-2009 y 2010-2015, aumentó en relación con el primer periodo 1998-2003. Este incremento fue mayor en las mujeres quienes tuvieron hasta diez veces más riesgo en el último periodo, a diferencia de los hombres quienes alcanzaron más de tres veces el riesgo, respecto del promedio nacional. Para el caso de los hombres, departamentos como Atlántico, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Valle del Cauca tuvieron un alto porcentaje de municipios con elevados riesgos de mortalidad. Para las mujeres este riesgo se concentró en los departamentos de Meta, Tolima, Risaralda, Valle del Cauca, Casanare y Guainía.

Los departamentos de Chocó, Amazonas, Vaupés y Vichada sufrieron un mayor aumento de municipios con riesgos elevados, en el último periodo. Al contrastar el patrón espacial de la mortalidad con el mapa de intensidad del conflicto, no se evidenció concordancia entre los dos mapas. Un alto porcentaje de municipios ubicados en departamentos como Boyacá, Córdoba y Cundinamarca presentaron niveles bajos de mortalidad, pertenecían en su mayoría a lo quintiles más bajos de intensidad del conflicto; los departamentos de Casanare y Meta conservaron valores elevados en ambos mapas, aunque en general el patrón geográfico no mostró mayor mortalidad asociada al conflicto.

Figura 2. Mortalidad por VIH/SIDA por sexo y periodo, según quintiles del índice de intensidad del conflicto armado

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

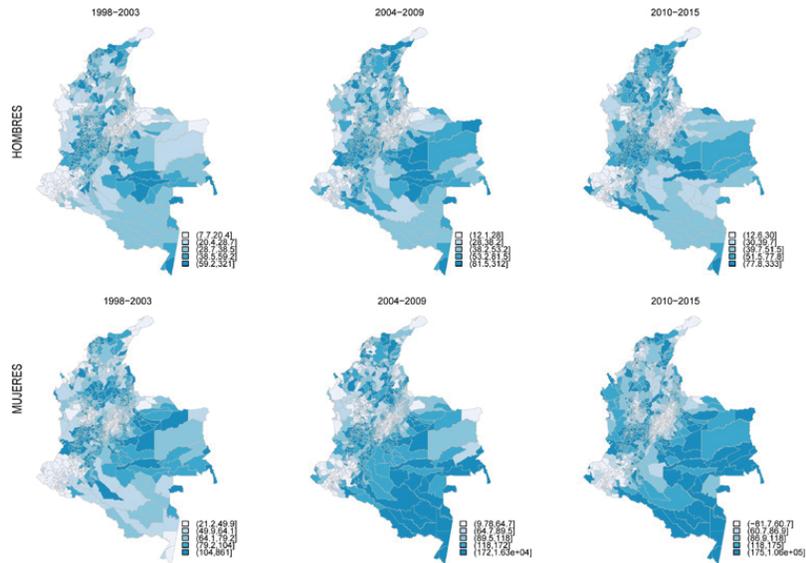


Figura 3. Mapas de razones de mortalidad estandarizadas y suavizadas de VIH por sexo en tres periodos

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Aunque de que los hombres presentaron mayores tasas de mortalidad, el riesgo en las mujeres aumentó con relación al nacional y las zonas que concentraron estos riesgos no guardaron una relación con el índice del conflicto.

La existencia de patrones diferentes entre ambos sexos y las grandes brechas de riesgo a nivel municipal evidencian la necesidad de continuar investigando sobre cuáles son los mecanismos que relacionan al conflicto armado con la mortalidad por VIH/SIDA y sus implicaciones a futuro.

Referencias

1. UNAIDS. GLOBAL AIDS UPDATE [Internet]. 2016. Disponible en: <http://perspectiva.bvsalud.org/portal/resultado?pmid=35080370>
2. UNAIDS. UNAIDS (AIDSinfo) [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 10]. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/colombia/>
3. Malagón JN. Influencia del conflicto armado en el aumento de la incidencia de VIH/SIDA en Colombia, durante el periodo 2002-2008 / Influence of the armed conflict in the increasing of the incidence of HIV/AIDS in Colombia 2002-2008. *Univ med*. 2011;15(1):62-77.
4. C. J. L. Murray, G. King, A. D. Lopez, N. Tomijima, E.G.K. Armed conflict as a public health problem. *BMI*. 2002;Feb 9; 314(7333):314-346.
5. Bradley T, Kerridge, Tabbi D, Saha DSH. Armed Conflict, Substance Use and HIV: A Global Analysis. 2015;2(76):473-483.
6. El bohra J. Understanding sexual violence, HIV / AIDS SECURITY AND CONFLICT: Forced Migr review [Internet]. 2015;Supplement. Disponible en: <http://www.fmreview.org/AIDS/INDONESIA>
7. Levy BS, Sidel VM. Health Effects of Combat: A Life-Course Perspective. *Annu Rev Public Heal*. 2009;30:123-36.
8. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. 2003.
9. Mook WJ, Duar S, Brown IS, Mathys E, O'neeragh HC, Abul-Hassan NK, et al. Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerg Themes Epidemiol* [Internet]. 2004;1(1):6. Disponible en: <http://www.scopus.com/insight/recordurl?tid=2-0-15544343247&partnerid=02046>
10. Pinzon Fernández MK, Mueses Marín H, Galindo Quintero J. Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con el VIH y VIH en población desplazada de Colombia. *Rev Cuba Salud Pública*. 2013;19(3):474-88.

4.3.4.7. Desigualdades en la Tuberculosis de acuerdo con el conflicto armado en Colombia

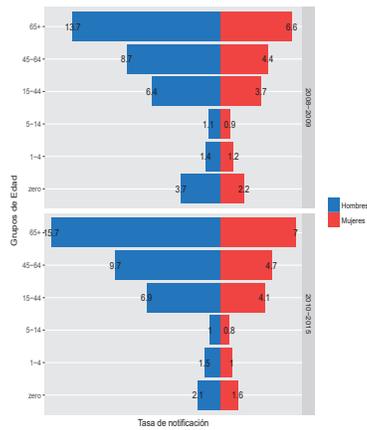
Salomé Valencia-Aguirre

La Tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública a nivel global, ahora asociada a la epidemia del VIH/SIDA. Para 2015, se notificaron un total de 10,4 millones de casos nuevos y 1,4 millones de muertes (1). Según la OMS, se estimaron un total de 12,749 casos nuevos y 2,1 muertes por cada 100.000 hab. (2). Otros estudios han descrito un incremento de enfermedades infecciosas en áreas afectadas por conflicto armado (3-5). La TB es una enfermedad relacionada a condiciones de pobreza tales como el hacinamiento y la malnutrición (6-8), que se han descrito en la población desplazada por el conflicto en Colombia y otras regiones del mundo (9-11) y los hace particularmente susceptibles a la transmisión, diagnóstico tardío y baja adherencia al tratamiento (12).

A nivel mundial se ha estudiado la relación entre la TB y el conflicto armado u otras crisis humanitarias. En una revisión de 51 estudios que buscaban evaluar el comportamiento de la TB en diferentes zonas afectadas por desplazamiento, desastres naturales o conflicto armado, se encontró una proporción elevada de casos de TB -dos veces mayor que la población de referencia-, además hallaron que los territorios afectados por conflictos armados tenían un mayor subregistro de los casos (13). En un estudio realizado en Kenia, encontraron que la prevalencia de TB multiresistente (TB-MR) fue mayor en población refugiada (18%) que en no refugiada (5%) (14).

En Colombia aún no hay evidencia suficiente en relación al impacto directo del conflicto sobre la TB, ya que los registros desagregados para población afectada por el conflicto son recientes.

Un reporte del INS estimó que para 2014 se notificaron 127 casos (1% del total de notificaciones) en desplazados por el conflicto y 57 casos (0,4%) en población víctima de violencia armada (15). En este sentido, la desagregación de los casos por población vulnerable o afectada por el conflicto armado es una buena herramienta para futuras investigaciones. El objetivo de este análisis fue determinar el comportamiento de la mortalidad y morbilidad por TB en relación a la intensidad del conflicto armado en los municipios de Colombia, durante el periodo 1998-2015.

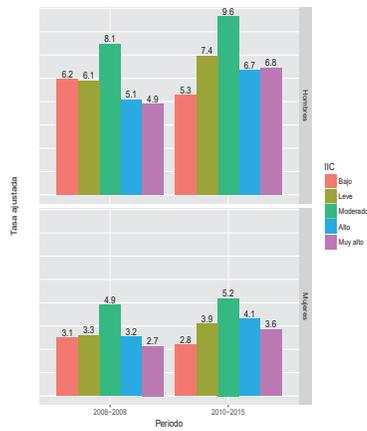


Resultados

Entre los años 2008 y 2015 en Colombia se notificaron un total de 17.873 casos nuevos de TB. Durante ese periodo, la morbilidad por TB fue mayor en hombres; en ambos sexos, fue mayor en los grupos de más edad (45-65 años), para los que la TB aumentó de un periodo a otro (Figura 1).

Para ambos sexos el grupo con mayores tasas de notificación fue el tercer grupo (intermedio en intensidad), además en el último periodo los quintiles de mayor intensidad de conflicto presentaron un aumento de la morbilidad por TB (Figura 2).

Figura 1. Tasa de notificación por TB según sexo, edad y periodo
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



La magnitud del riesgo al enfermarse por TB ha disminuido para ambos sexos principalmente en las mujeres (Figura 3). Municipios de los departamentos como Casanare, Amazonas, Guainía, Vichada y Chocó permanecieron con un elevado riesgo en ambos periodos. Por el contrario, en la mayor parte de los municipios de Córdoba, Magdalena y Sucre, el riesgo se mantuvo bajo. Para el caso de las mujeres, el aumento en los municipios de mayor riesgo fue significativo principalmente en Caldas, Quindío, Guaviare, Vaupés y la Región del Pacífico. En los hombres los mayores aumentos fueron en los departamentos de Antioquia, Cauca y Guaviare.

Al contrastar los mapas de morbilidad con el de intensidad del conflicto se observó que guardan patrones similares, principalmente en el segundo periodo (para ambos sexos). Este patrón es inverso en municipios de los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare y Vaupés, quienes presentaron elevados riesgos de morbilidad con bajos puntajes en el índice del conflicto.

Figura 2. Tasa de notificación por TB por sexo y periodo, según quintiles del índice de intensidad del conflicto armado
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

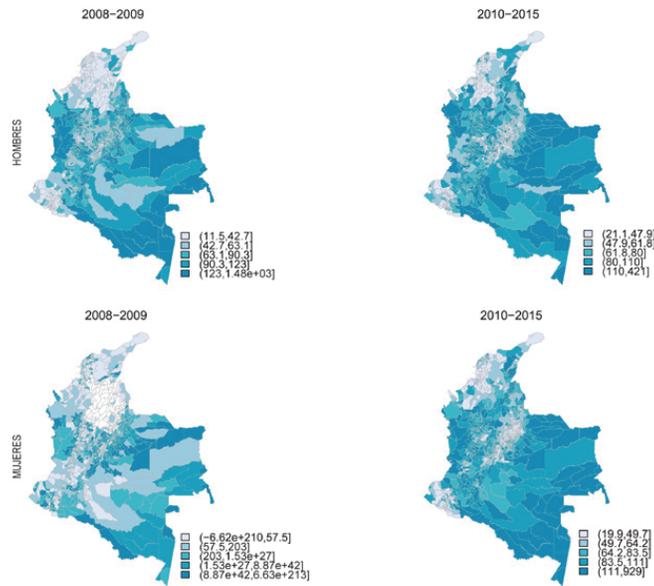
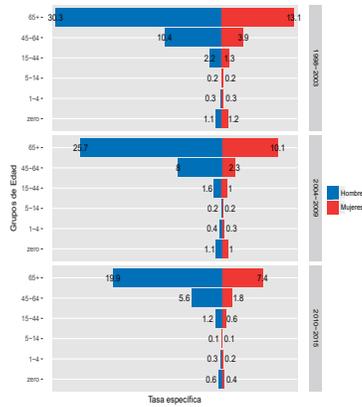


Figura 3. Mapas de razones de notificaciones por TB estandarizadas y suavizadas de TB por sexo en tres periodos
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



En relación con la mortalidad por TB, durante los años 1998-2015 se presentaron un total de 20.425 de defunciones. En ambos sexos el grupo de edad con la tasa más elevada fue para mayores de 65 años, mientras que en menores de un año se redujo en el último periodo (Figura 4).

Figura 4. Mortalidad por TB según sexo, edad y periodo
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

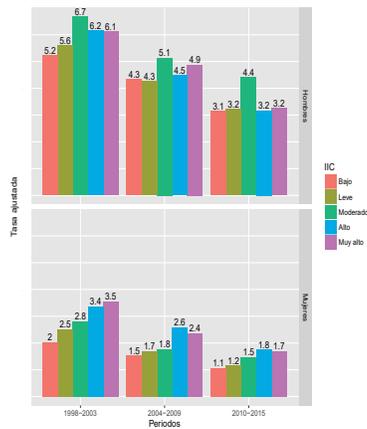


Figura 5. Mortalidad por TB por sexo y periodo, según quintiles del índice de intensidad del conflicto armado

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Al comparar las tasas ajustadas de mortalidad por quintiles del IIC, se encontró una clara diferencia entre los patrones por sexo (Figura 5), las tasas de mortalidad en las mujeres aumentaron a medida que lo hizo la intensidad del conflicto. En el caso de los hombres no se halló un gradiente, siendo el tercer quintil el de mayor mortalidad por TB en los tres periodos.

La distribución espacial de la mortalidad por TB en Colombia mostró que la Región Central, es la que presenta menores riesgos de mortalidad (Figura 6). Además, que a lo largo del tiempo no se han presentado mayores variaciones en la distribución del riesgo, aunque se han reducido a lo largo del tiempo. Dentro de los departamentos que concentraron un elevado porcentaje de municipios con alto riesgo de mortalidad por TB se encontraron: Amazona, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Casanare y Arauca. Por otro lado, en Bogotá, Boyacá, Cundinamarca y municipios de Sucre, Bolívar y Córdoba se presentaron bajos riesgos. El Chocó, Atlántico y Risaralda sufrieron aumento en sus municipios en riesgo.

El contraste de los mapas de mortalidad e IIC guardaron una relación similar (mayor mortalidad-mayor índice) en departamentos como Arauca, Casanare, Guaviare, Vichada y Chocó. De forma similar a la morbilidad por TB, Amazonas y Guainía presentaron municipios con baja intensidad del conflicto, pero con elevadas tasas de mortalidad por TB.

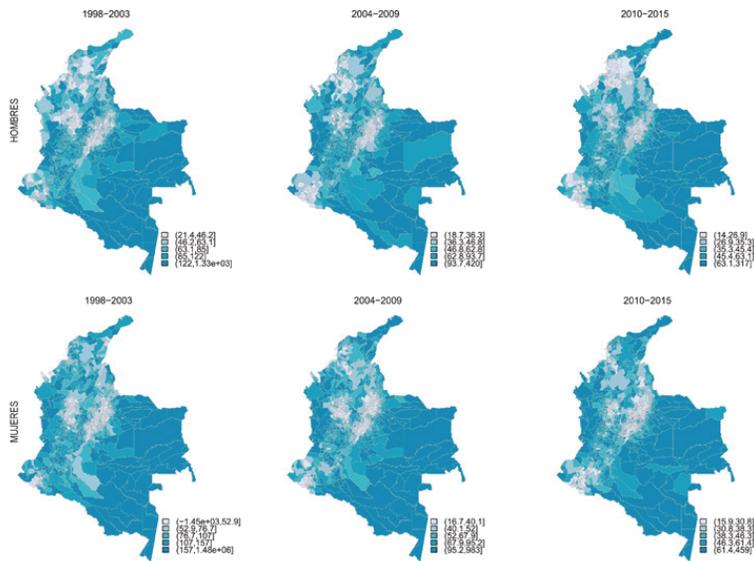


Figura 6. Mapas de razones de mortalidad estandarizadas y suavizadas de TB por sexo en tres periodos

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

A pesar de que existe una disminución en la magnitud del riesgo de morbilidad y mortalidad por TB, la proporción de municipios que superan los valores nacionales se han mantenido e incluso aumentado en el tiempo.

El patrón espacial de la morbi-mortalidad se relaciona con el mapa de intensidad del conflicto, principalmente en los últimos periodos, excepto en departamentos del Sur del país como Amazonas.

La mortalidad en las mujeres presenta un gradiente de mortalidad que aumenta a medida que aumenta la intensidad del conflicto.

Estos hallazgos demuestran que es necesario estudiar de forma más precisa los mecanismos del conflicto que generaron estas variaciones entre ambos sexos y las características de los grupos de municipios que presentaron un patrón más discordante.

Referencias

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2016. Geneva, 2016.
2. World Health Organization. Colombia Tuberculosis profile. Geneva, 2015.
3. Organización Panamericana de la Salud. OIR para los A de la OM de la S. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C, 2003.
4. Rathjake A, Degomme O, Roberts B, Spiegel P. Conflict and Health: seven years of advancing science in humanitarian crises. 2014;8(1):1-6.
5. Gayle M, Legros D, Formenty P, Connolly MA. Conflict and Emerging Infectious Diseases. Emerg Infect Dis. 2007;13(1):1625-31.
6. Gupta D, Das K, Bahamagheh T, Aggarwal AN, Jindal SK. Role of Socio-Economic Factors in Tuberculosis Prevalence. Indian J Tuberc. 2004;51(1):27-31.
7. Geráldez Santos Mde L, Figueireda Vendramini SH, Gaetza CE, Cruz Oliveira SA, Sateira Vilia TC. Poverty, socioeconomic characteristics at tuberculosis. Rev Lat Am Enferm [Internet]. 2007;15 Spec No:762-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1891696/> [PubMed&doi=Citation&list_uids=17934582]
8. Munyoro C V, Májica OJ, León FX, Granada M, Espinal MA. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. Pan Am J Public Heal. 2015;20(1):117-85.
9. Restrepo O, Convensa L, Naranjo C. Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia armada en Bogotá, Colombia. Vulnerability and Exclusion: Life Conditions, Health Situation, and Access. 2008;7(14):145-76.
10. Ballez AM. La población desplazada en Colombia: Examen de sus condiciones socioeconómicas análisis de las políticas actuales.
11. De R, Departamento C, Humanitaria A. Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención.
12. World Health Organization. TUBERCULOSIS CARE AND CONTROL IN REFUGEE AND DISPLACED POPULATIONS: An interagency field manual. 2nd ed. M.A. Connolly MG and SO, editor. Ginebra; 2007.
13. Kimbrough W, Saliba V, Dahab M, Haskew C, Checchi F. The burden of tuberculosis in crisis-affected populations: a systematic review. Lancet Infect Dis [Internet]. 2017 Aug 9;17(8):950-65. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30225-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30225-6)
14. Gilhuu WA, Haaken MF, Juma ES, Geoffrey-Faucett P, Swell DR KD. Surveillance of drug-resistant tuberculosis and molecular evaluation of transmission of resistant strains in refugee and non-refugee populations in North-Eastern Kenya. Int J Tuberc Lung Dis. 2000;4:947-55.
15. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe final tuberculosis, Colombia, 2014 [Internet]. Bogotá D.C; 2014. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe-de-Siempra-Epidemiologico/Tuberculosis%202014.pdf>

4.3.4.8. Incidencia de las hepatitis virales y la intensidad del conflicto armado a nivel municipal en Colombia

Luz Angela Chocontá-Piraguive

Entre 6 a 10 millones de personas se infectan anualmente con virus de hepatitis y cada año mueren 1,4 millones por esta causa; casi la totalidad de las muertes son causadas por las hepatitis B y C (1). De acuerdo con el tipo de virus, la edad de la persona y otros factores, esta afección puede ser desde asintomática, generar un malestar leve, hasta producir graves consecuencias que pueden ser crónicas (como cirrosis o cáncer hepático) o agudas como en el caso de la hepatitis fulminante.

Los conflictos armados, como el que ha afectado a Colombia en las últimas décadas, generan condiciones como el hacinamiento, no disponibilidad de agua potable, escasez de alimentos, falta de saneamiento, además del deterioro en las coberturas de vacunación y barreras para la atención sanitaria que impactan gravemente la salud y el bienestar de la población civil (2). Estas condiciones favorecen la aparición de brotes y epidemias de enfermedades transmisibles, tal es el caso de las hepatitis virales, particularmente de la hepatitis A y E, que se transmiten por la contaminación del agua y alimentos y que son causa frecuente de brotes de diarrea en campos de refugiados. En 2017, por ejemplo, se ha producido uno de los brotes más graves de hepatitis E, en población desplazada por la violencia en Nigeria, producto de los enfrentamientos entre Boko Haram y las Fuerzas Militares; este brote ha cobrado la vida de 34 mujeres embarazadas y para muchas otras ha significado la pérdida de sus hijos (2).

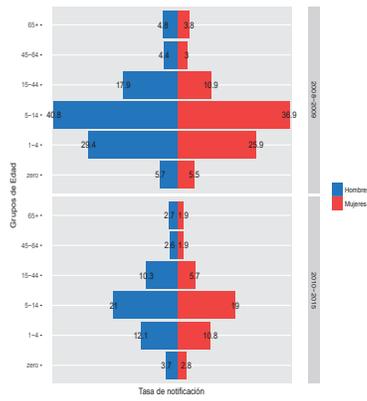
Las guerras también aumentan el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como las hepatitis B y C. En el contexto del conflicto armado la violencia sexual se convierte en arma de guerra. La vulnerabilidad y pobreza de la población afectada puede llevar a que sean víctimas de violencia sexual y prostitución forzada, además la situación de violencia puede afectar a las personas llevándolas a adoptar comportamientos riesgosos, como tener relaciones sexuales no protegidas con múltiples parejas (3).

La transmisión de estas enfermedades también está propiciada por la incapacidad o desinterés de los estados en proveer servicios de salud sexual y reproductiva a las poblaciones vulnerables, enfocándose únicamente en la prestación de servicios de emergencia (4). Esto se ha evidenciado en estudios como el realizado en refugiados afganos en Pakistán, en el que se encontró una alta prevalencia de infección por virus de hepatitis B (5). De acuerdo a lo anterior, es posible que las décadas de conflicto armado en Colombia hayan afectado la epidemiología de las hepatitis virales. El objetivo del presente análisis fue describir las diferencias en las incidencias de casos notificados de hepatitis A, B, C y delta, de acuerdo con la intensidad del conflicto armado a nivel municipal en Colombia.

Resultados

Hepatitis A

Se observó que las tasas de notificación de hepatitis A, más altas ocurren en el grupo de edad de 5 a 14 años, tanto en hombres como en mujeres y que estas tasas han disminuido entre los dos periodos, para todos los grupos de edad y para ambos sexos (Figura 1).



Las tasas de notificación de hepatitis A, por intensidad del conflicto armado (Figura 2) mostraron que para ambos periodos las tasas fueron mayores en los municipios de los cuartiles de menor intensidad del conflicto y las tasas más bajas se presentaron en los cuartiles de mayor intensidad, con muy poca diferencia entre uno y otro. En el periodo 2010-2015, se evidenció una reducción importante en las tasas de notificación, sin embargo, esta disminución no es igual para todos los cuartiles. El cuartil de menor intensidad del conflicto presentó la mayor reducción porcentual (> 50%), tanto en hombres como en mujeres. En contraste los cuartiles en los que menos se redujo la tasa de notificación de hepatitis A, fueron los de mayor intensidad del conflicto, en el cuartil 5 pasa de 14,4 a 11,1 por 100,000 hombres, es decir una reducción de apenas una cuarta parte y en mujeres disminuye aún menos.

Figura 1. Tasa de notificación de hepatitis A por grupo de edad y sexo. Colombia, 2008 a 2019 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

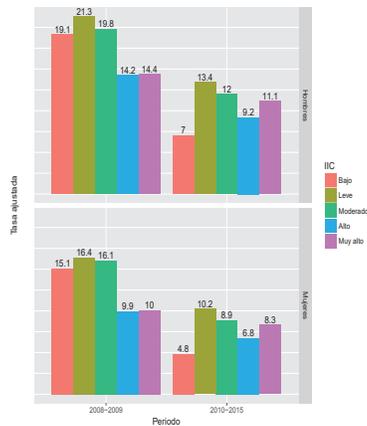


Figura 2. Tasa de notificación de hepatitis A por sexo y edad, de acuerdo a los cuantiles del índice del conflicto armado a nivel municipal en Colombia, para los periodos 2008 a 2009 y 2010 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Si bien las tasas de notificación de hepatitis A han disminuido, en el análisis de REM, por municipio se observó que para el periodo 2010 a 2015, se presentó un aumento en el número de municipios con mayor riesgo de morbilidad respecto al promedio nacional, particularmente en los departamentos de la Amazonía y la Orinoquía y en departamento de Atlántico tanto en hombres como en mujeres (Figura 3). Si bien para el periodo 2010 a 2015, no todos los municipios con altos niveles de conflicto armado tuvieron altas tasas de notificación, muchas de las regiones donde se concentran las mayores REM, son regiones con alta intensidad del conflicto. Esto fue evidente para zonas como el Sur de Bolívar, Magdalena, Cesar, parte del Occidente de Antioquia (incluido el Urabá), Suroriente de Tolima, Nariño, parte del Cauca, Putumayo, Vichada, Meta, Arauca y algunos municipios de Caquetá, Guaviare y Vaupés. En contraste en departamentos como Atlántico, Amazonas, Huila y el Sur de Sucre, se evidenció alto riesgo de morbilidad por hepatitis A, no siendo zonas de alta intensidad del conflicto armado. También se observó el fenómeno inverso en regiones de alta intensidad del conflicto armado como Chocó, Córdoba, bajo Cauca y Nordeste de Antioquia, en donde la intensidad del conflicto era alta pero las REM, se encontraron entre las más bajas.

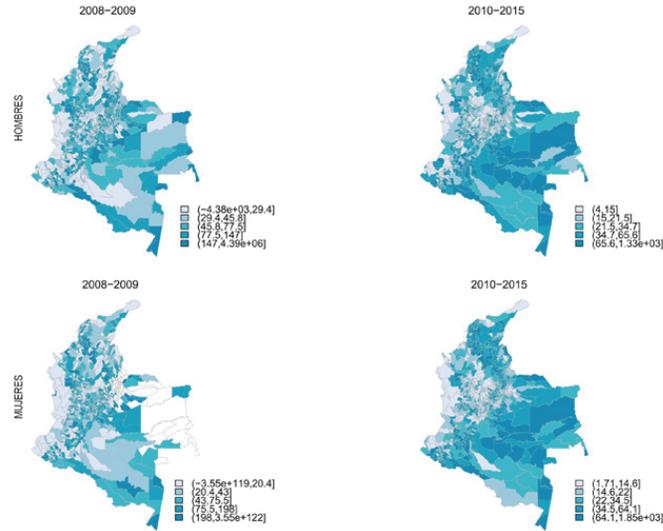


Figura 3. Razón estandarizada de morbilidad por hepatitis A por sexo. Colombia 2008 a 2009 y 2010 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Hepatitis B y delta

En el caso de hepatitis B y delta se observó que las tasas de notificación más altas se presentaron en hombres mayores de 15 años y en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Para el periodo de 2010 a 2015, se evidenció un aumento en la notificación de casos para los mayores de 14 años y una reducción para los menores de cinco (5) años, en ambos sexos y los hombres entre los cinco (5) a los 14 años (Figura 4).

En el análisis de las tasas de notificación por quintil de intensidad del conflicto armado, se observó que las tasas de notificación en hombres para el periodo 2008 a 2009, son similares para todos los quintiles excepto el quintil 3, en el que las tasas son más elevadas (Figura 5). En hombres se observó que para el periodo 2010 a 2015, las tasas de notificación aumentaron para casi todos los quintiles. El aumento proporcional fue mayor para el quintil 1 de menor intensidad y menor para el quintil 5, el de mayor intensidad del conflicto. En las mujeres se observó un gradiente en la tasa de notificación para ambos periodos, a excepción de quintil 1 entre 2008 a 2009, las tasas de notificación incrementaron con el aumento en la intensidad del conflicto. El mayor incremento porcentual se dio para el quintil 2, de baja intensidad del conflicto y el menor para el quintil 4, de mayor intensidad del conflicto.

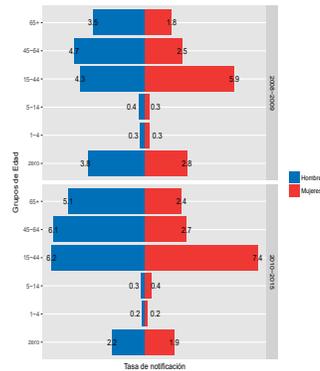


Figura 4. Tasas de notificación de hepatitis B y delta por grupo de edad y sexo. Colombia, 2008 a 2009 y 2010 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

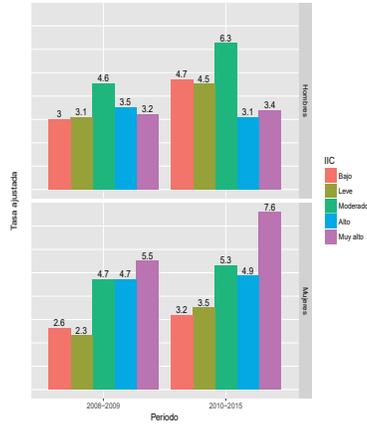


Figura 5. Tasas de notificación de hepatitis B y delta por sexo y edad, de acuerdo con los quintiles del índice del conflicto armado a nivel municipal en Colombia, para los periodos 2008 a 2009 y 2010 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Con relación al análisis de las razones estandarizadas de morbilidad por hepatitis B y delta por municipio, se observó que para el periodo 2008 a 2009 eran diferenciales por el sexo encontrando que en municipios de la Amazonia y Orinoquia estas eran más elevadas en mujeres que en hombres (Figura 6). Para el periodo 2010-2015 se presentó un gran contraste con respecto a 2008-2009 en el análisis para hombres, evidenciando que casi la totalidad de los municipios de los departamentos de Guainía, Vaupés, Amazonas, parte de Guaviare y Putumayo presentaron un mayor riesgo de morbilidad. Al igual que en el caso de hepatitis A, la morbilidad por hepatitis B es mayor en muchos municipios con altos índices de conflicto armado, si bien no todos los que tienen altos índices evidenciaron elevadas razones de morbilidad. Tal es el caso de municipios en los departamentos de Guaviare, Vichada, Arauca, parte de Putumayo y Caquetá, algunos municipios del Meta, Chocó, en Antioquia el Nordeste, parte del Urabá y el Magdalena Medio, Norte de Santander y municipios de Nariño, Cauca, Huila y Tolima. Quindío, Risaralda, Amazonas y Bogotá, D.C. se encontraron entre los departamentos con bajo nivel de conflicto armado pero altas razones de morbilidad por hepatitis B y delta.

Un comportamiento casi paradójico se observó en el análisis para mujeres en el que los municipios del Amazonas, que en 2008-2009, tenían las mayores razones de morbilidad, disminuyeron drásticamente su riesgo pasando a niveles inferiores al nacional y al mismo tiempo las razones de morbilidad aumentaron para municipios de la región de la Orinoquia, principalmente para los de Guainía y parte de Guaviare. Con relación al IIC se observaron altas razones de morbilidad para regiones con alta intensidad del conflicto como el pacífico Sur de Nariño, parte alta del Chocó y en Antioquia el Urabá y región del Magdalena Medio, el Sur de Bolívar, Norte de Santander, Cesar y La Guajira. Gran parte de la Orinoquia y algunos municipios de Guainía, Vaupés y Guaviare. En contraste, en el Amazonas se observó un alto riesgo de morbilidad por hepatitis B para las mujeres.

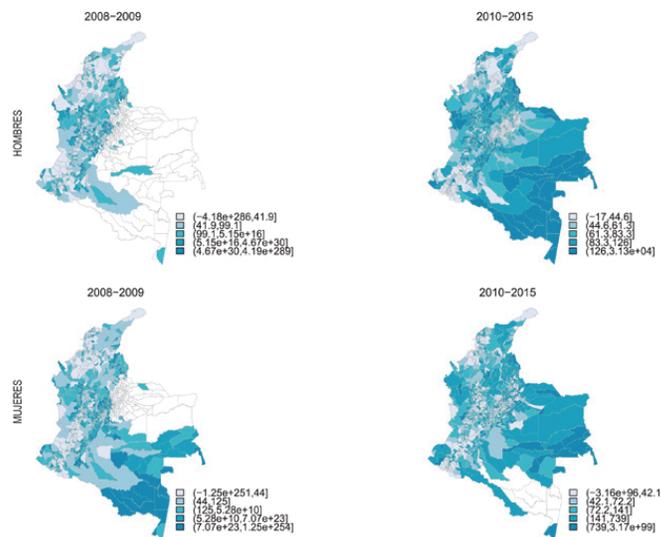


Figura 6. Razones estandarizadas de morbilidad por hepatitis B y delta por sexo, Colombia 2008 a 2009 y 2010 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Hepatitis C

Finalmente, el evento de hepatitis C, es de reciente notificación obligatoria por lo tanto solo están disponibles los datos para el periodo de 2010 a 2015 (Figura 7). Se observó que las tasas de notificación aumentan con la edad a partir de los 15 años y son mayores en hombres y mujeres mayores de 65. Entre los cinco (5) a los 44 años las tasas son mayores en hombres y entre los 45 a 64 mayores en mujeres.

Respecto a la relación entre las tasas de notificación y el IIC se observó que hay una relación inversa en la que en los quintiles de menor intensidad se presentaron las tasas más altas tanto en hombres como en mujeres, en estas últimas fue más evidente un gradiente (Figura 8).

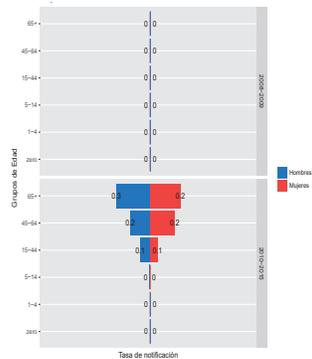


Figura 7. Tasas de notificación de hepatitis C por grupo de edad y sexo. Colombia, 2010 a 2015.

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

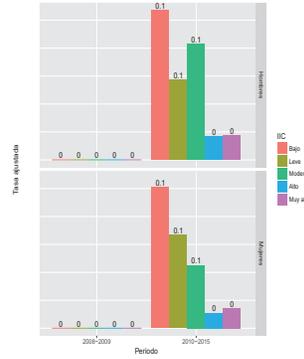


Figura 8. Tasas de notificación de hepatitis C por sexo y edad, de acuerdo con los quintiles del índice del conflicto armado a nivel municipal en Colombia, para el periodo 2010 a 2015.

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Las tasas de notificación de hepatitis A, han disminuido entre los dos periodos de análisis mientras que las tasas de hepatitis B, han aumentado.

En el caso de hepatitis A, los datos no parecen mostrar una relación entre la intensidad del conflicto y las tasas de notificación si bien como se observa en el análisis geográfico muchos de los municipios con mayor riesgo de morbilidad por hepatitis A, corresponden a municipios con alta intensidad del conflicto armado. Estas zonas son también las que actualmente presentan un mayor riesgo de morbilidad por hepatitis B y *delta*, en este caso si se observa un fenómeno de gradiente en las mujeres, en las que aumenta la notificación de hepatitis B y *delta* a medida que incrementa la intensidad del conflicto armado. Para hepatitis C, se observa un fenómeno inverso en el que los municipios con menor intensidad del conflicto tienen las mayores tasas.

Si bien en el análisis agrupado no es evidente una relación entre el índice de intensidad del conflicto y las tasas de ocurrencia de hepatitis, si se han identificado unas zonas geográficas en Colombia, en las que hay un mayor riesgo de hepatitis virales que corresponden a regiones del Sur del país, regiones de frontera y del Nororiente, en las que se ubican municipios afectados por el conflicto armado.

Referencias

1. WHO | Hepatitis [Internet]. World Health Organization; 2016. Available from: <http://www.who.int/hepatitis/en/>
2. Niger: Hepatitis C outbreak in DRC – 186 pregnant women admitted to hospital | Médecins Sans Frontières (MSF) International [Internet]. 2017. Available from: <http://www.msf.org/en/article/niger-hepatitis-c-outbreak-drc-186-pregnant-women-admitted-hospital>
3. Hankins C A, Friedman SK, Zafar T, Strathdee S a. Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *Aids*. 2002;16(August):2245-52.
4. Therese McGinn, Susan J. Pardin, Krause S, Rachel K. Jones. Forced Migration and Transmission of HIV and Other Sexually Transmitted Infections: Policy and Programmatic Responses [Internet]. Available from: <http://hrvinis.le.ac.uk/hivSite/page=48-08-01-08>
5. Kujubali a, Moïn O, Ansari a S, Khanani MR, Ali SH. Communicable disease among displaced Afghans: refuge without shelter. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. Nature Publishing Group; 2009;7(8):609-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609362>

Luz Ángela Chocontá- Piraquive

4.3.4.9. Enfermedades inmunoprevenibles y el impacto del conflicto armado: Toserina

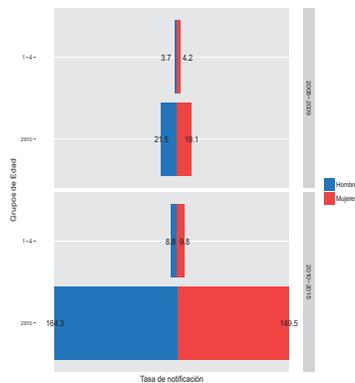
La toserina es una enfermedad inmunoprevenible producida por la infección con *Bordetella pertussis*. El síntoma característico de la enfermedad es la tos paroxística, que en niños pequeños puede llevar a que se produzca apnea y complicaciones derivadas, esto ocurre particularmente en recién nacidos contagiados que no han sido vacunados (1).

El conflicto armado afecta la infraestructura sanitaria volviéndola ineficiente, afectando la capacidad de proveer servicios básicos como la vacunación, conlleva la caída de las coberturas, que se manifiesta en los brotes de enfermedades inmunoprevenibles como la toserina. La aparición de brotes o epidemias de enfermedades que se encontraban previamente controladas por medio de la vacunación es común en el escenario de las guerras, como ocurrió con la toserina en Sierra Leona un año después del inicio del conflicto en 1991, donde se presentaron brotes de esta enfermedad y otras inmunoprevenibles en todo el país (2).

Los países devastados por la guerra o la inestabilidad política se encuentran entre los más vulnerables por la baja cobertura con la vacuna DPT (difteria, pertusis y tétanos) (3). La caída de las coberturas de vacunación, junto con otras consecuencias del conflicto como el hacinamiento y la DNT dificultan la contención de los brotes y el tratamiento de los casos generando verdaderas crisis de salud pública. El objetivo del presente análisis fue, describir las diferencias en las incidencias de casos notificados de toserina, acorde con la intensidad del conflicto armado a nivel municipal en Colombia.

Resultados

Se observó un incremento importante en la notificación de casos de toserina en Colombia entre los periodos 2008-2009 y 2010-2015 para ambos grupos de edad (< 1 año y de 1 a 4 años) y ambos sexos, aunque con mayor intensidad en los menores de 1 año. En los niños, la tasa de notificación pasó de 21,5 casos por 100,000 en el periodo 2008- 2009 a 164,3 casos por 100,000 entre 2010 a 2015 y en las niñas menores de 1 año paso de 19,10 casos por 100,000 a 149,5 casos por 100,000, hab. Este aumento se debió principalmente a los casos reportados en 2012 año en el que se presentó un aumento súbito de casos en varios países de la región de las Américas, incluido Colombia (Figura 1).

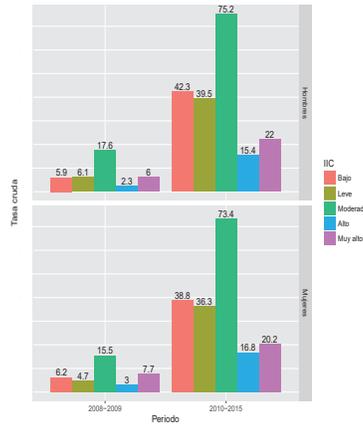


El análisis de las tasas de notificación de casos de toserina a nivel municipal de acuerdo con el quintil del IIC, mostró que para ambos periodos la mayor incidencia de casos se presentó en los municipios del quintil 3 (medio) de IIC. Esto podrá relacionarse con que en este quintil se ubicaron un gran número de municipios de los departamentos de Antioquia, Cundinamarca, Santander, Nariño, Huila, que también son los departamentos que notifican con regularidad, la mayoría de casos de toserina en Colombia.

En general se observó que las tasas de notificación aumentaron y la distribución por quintiles se mantuvo similar para los dos periodos, sin que se observase un patrón de gradiente en el que las tasas de notificación aumentarían a medida que se acrecentó la intensidad del conflicto, por el contrario, para el periodo de 2010-2015 se observó que los quintiles de mayor IIC expusieron las menores tasas de notificación de toserina (Figura 2).

Figura 1. Tasas de notificación de toserina en menores de cinco años en Colombia, 2008 a 2009 y 2010 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo OMS



Al comparar las tasas de notificación a nivel municipal con las tasas nacionales (Figura 3) se observó que para el periodo de 2008 a 2009, los municipios en los que se presentó un mayor riesgo de tosferina en niños se encontraban en Vaupés y Antioquia y para niñas en Vaupés, Vichada, Casanare y Antioquia. En el periodo de 2010-2015 en ambos sexos hay más municipios con mayores tasas de notificación de tosferina que la tasa nacional.

Para el periodo de 2010-2015, los municipios de mayor riesgo se ubicaron en la Orinoquia y la Amazonía y municipios de la Región Central, particularmente el departamento de Antioquia. Algunos de estos municipios, en especial algunos en regiones de frontera, presentaron un alto índice de IIC, sin embargo, no se observó un patrón similar en la distribución de las tasas de notificación y la intensidad del conflicto a nivel municipal.

Figura 2. Tasas de notificación de tosferina en menores de cinco años en Colombia de acuerdo a los quintiles del índice del conflicto armado a nivel municipal en Colombia, para los periodos 2008 a 2009 y 2010 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

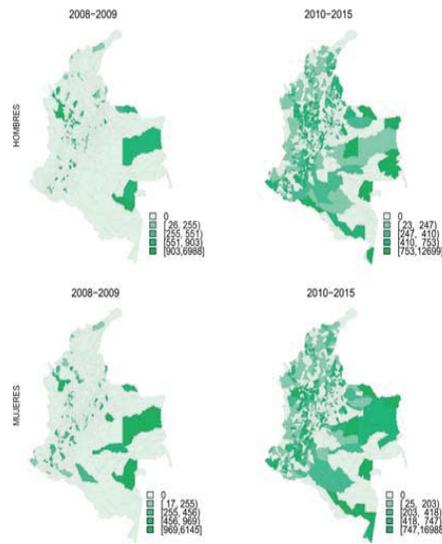


Figura 3. Razones estandarizadas de morbilidad por sexo, Colombia 2008 a 2009 y 2010 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Se observa que las tasas de ocurrencia de tosferina han venido en aumento en Colombia. Si bien los resultados del análisis de la incidencia de acuerdo con la intensidad del conflicto, no parecen indicar una relación en la que pueda atribuirse el comportamiento de la tosferina a la intensidad del conflicto armado, por el contrario los datos del periodo 2010 a 2015, sugieren que la notificación disminuye con la intensidad del conflicto, esto podría deberse a que los municipios con menor intensidad del conflicto armado tienen mejores sistemas de notificación, para corroborar esta hipótesis se requeriría plantear un estudio específico.

Es necesario mencionar la dificultad de evaluar el impacto del conflicto armado en la epidemiología de la tosferina, con datos que apenas cubren los últimos años de un conflicto que inició hace varias décadas.

Referencias

1. WHO | Pertussis. WHO. World Health Organization; 2015.
2. Reed HG, Keely CB. Forced Migration and Mortality [Internet]. Forced Migration & Mortality. National Academic Press; 2001. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25657553>
3. The Countries Most Vulnerable To Dpt In The World - WorldAtlas.com [Internet]. [cited 2017 Aug 30]. Available from: <http://www.worldatlas.com/articles/the-countries-most-vulnerable-to-dpt-in-the-world.html>

4.3.5. Enfermedades no transmisibles

4.3.5.1. Desigualdades de las enfermedades cardiovasculares en el marco del conflicto armado

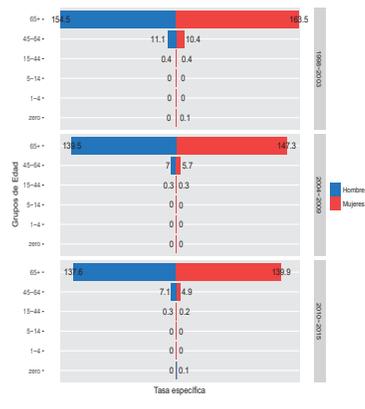
Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en Colombia, cada año provocan alrededor del 30% de las muertes totales en el país (1); las guerras pueden favorecer la aparición de las ECV, su falta de control y la mortalidad por esta causa, toda vez que los conflictos bélicos reducen la posibilidad de un control médico adecuado e inducen situaciones de estrés que producen daño fisiológico directo (2,3).

Si bien en Colombia existen pocos estudios sobre el tema, a nivel internacional se ha encontrado un aumento de la incidencia de ECV, como la enfermedad isquémica del corazón (EIC), durante los conflictos armados, así como una mayor incidencia de estos eventos en edades más jóvenes como lo muestran los casos de la guerra en Bosnia y Herzegovina, y Croacia a inicios de la década de los noventa (4,5).

Los eventos violentos súbitos de las guerras pueden producir un aumento en la ocurrencia de infarto agudo de miocardio, como lo ilustra el caso de los bombardeos durante la Segunda Guerra del Golfo en Kuwait (6). Además, el efecto de las guerras sobre las ECV puede verse años después de la exposición a las mismas, como ocurrió con el aumento de la incidencia de hipertensión (HTA) y EIC, en veteranos de las guerras de Irak y Afganistán (3) o la mayor prevalencia de las ECV, especialmente HTA y accidente cerebrovascular (ACV), en adultos expuestos durante edades tempranas a la Segunda Guerra Mundial (7,8).

Con el fin de explorar las desigualdades en la mortalidad cardiovascular según la intensidad del conflicto armado en el país, se realizó un análisis de las muertes por HTA, ACV y EIC en el período 1998-2015, frente a los quintiles del IIC en los municipios colombianos.



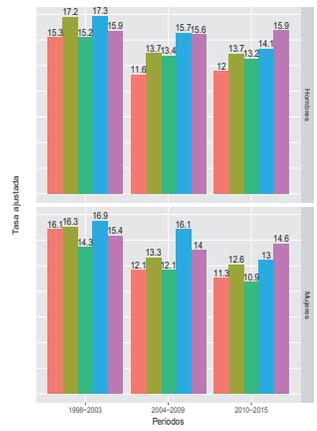
Resultados

Hipertensión Arterial

La mortalidad por HTA se concentró en personas de 65 años y más, con valores de las tasas ligeramente mayores en mujeres. Se observó una pequeña disminución entre el primer y último período evaluado, especialmente en mujeres (Figura 1).

Figura 1. Tasas de mortalidad específicas por cardiopatía hipertensiva por período, sexo y grupo de edad

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015



En ambos sexos la HTA tuvo un gradiente de mayor mortalidad a mayor conflicto en 2004-2009 y 2010-2015, no obstante, las brechas de estos gradientes fueron pequeñas; la mayor brecha relativa fue 1,35 y se presentó en hombres en 2004-2009 entre el primer y cuarto quintil (Figura 2).

El análisis geográfico de REM para HTA mostró que el rango de los quintiles disminuyó, lo que significó una reducción en el tiempo de la mortalidad relativa por HTA frente al país en el período 1998-2003. En los tres períodos hubo alta mortalidad relativa en municipios de Antioquia y Valle del Cauca, territorios de alta intensidad de conflicto; así como en municipios de Cundinamarca, Boyacá, y el Sur de Chocó. Entre el primer y último período evaluado, municipios de Vichada y Arauca, departamentos de alta intensidad del conflicto, pasaron de posiciones de mortalidad relativa bajas al quintil más alto (Figura 3).

Figura 2. Tasas ajustadas de mortalidad específicas por cardiopatía hipertensiva, según quintiles de intensidad de conflicto armado

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDHH 1985-2015.

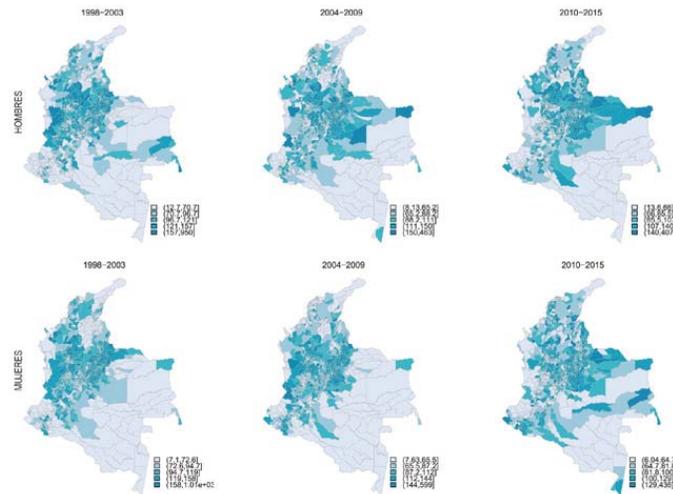
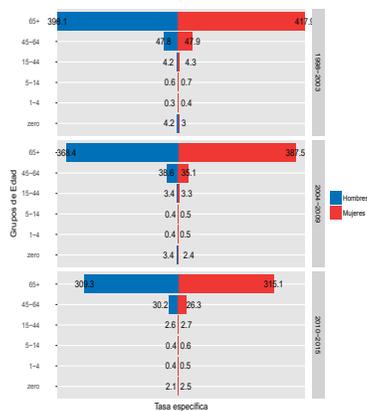


Figura 3. Razones de mortalidad estandarizadas de la mortalidad municipal por hipertensión
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDH 1985-2015



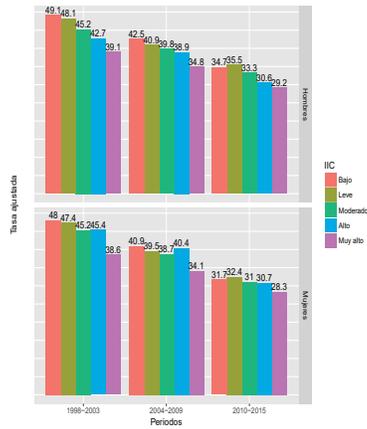
Accidente Cerebrovascular

La mortalidad por ACV se caracterizó por ocurrir principalmente en el grupo de edad de mayores de 64 años, con valores de tasas ligeramente superiores en mujeres; se presentó en ambos sexos, aunque especialmente en mujeres, una disminución de la mortalidad entre el primer y último periodo evaluado (Figura 4).

El análisis de las tasas ajustadas de mortalidad por ACV, frente a quintiles de IIC, mostró en hombres y mujeres una reducción para todos los quintiles, y un gradiente contraintuitivo de mayor mortalidad a menor conflicto, aunque con brechas pequeñas que se redujeron en el tiempo (Figura 5).

Figura 4. Tasas de mortalidad específicas por Accidente Cerebrovascular por periodo, sexo y grupo de edad

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDH 1985-2015



El análisis de REM, mostró una reducción de la mortalidad relativa por ACV frente a la población de referencia en el tiempo. Se presentó una alta mortalidad relativa en territorios de alta intensidad de conflicto, para los tres periodos evaluados en municipios de Antioquia y Valle del Cauca, y en 2010-2015 para municipios de Arauca y Vichada. Municipios de Boyacá, el Sur de Chocó y Cundinamarca también presentaron alta mortalidad relativa en los tres periodos (Figura 6).

Figura 5. Tasas ajustadas de mortalidad específicas por Accidente Cerebrovascular, según quintiles de intensidad de conflicto armado

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDHH 1985-2015.

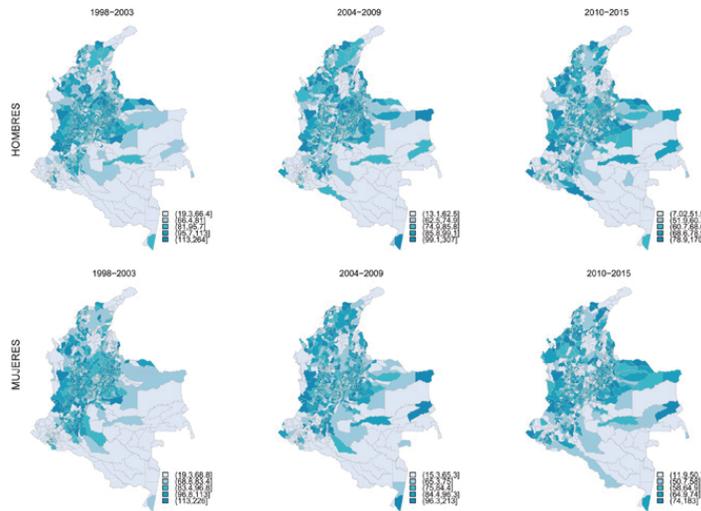
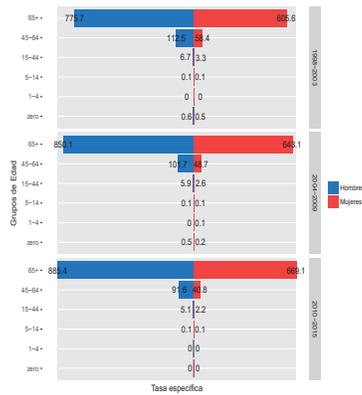


Figura 6. Razones de mortalidad estandarizadas de la mortalidad municipal por accidente cerebrovascular

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDHH 1985-2015



Enfermedad Isquémica del Corazón

La mortalidad por EIC se concentró en edades mayores a 64 años, fue la ECV con mayores valores de sus tasas específicas. Entre el primer y último periodo analizado se presentó un ligero incremento de la mortalidad, principalmente en hombres, este sexo tuvo además los mayores valores de tasas en todos los periodos (Figura 7).

Figura 7. Tasas de mortalidad específicas por enfermedad isquémica del corazón por periodo, sexo y grupo de edad

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDH 1985-2015

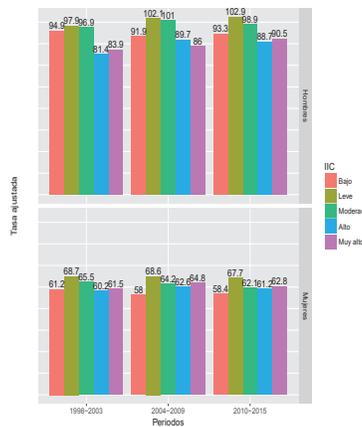


Figura 8. Tasas ajustadas de mortalidad específicas por enfermedad isquémica del corazón, según quintiles de intensidad de conflicto armado

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDH 1985-2015

En las tasas estandarizadas de mortalidad por EIC frente a quintiles de intensidad de conflicto, se presentaron pocas variaciones entre periodos, las mujeres tuvieron pocas diferencias entre quintiles salvo el segundo que siempre mostró valores más altos, en hombres los tres primeros quintiles tuvieron siempre mayor mortalidad (Figura 8).

El análisis de las REM mostró un incremento del rango de quintiles, esto quiere decir un aumento en la mortalidad relativa por EIC, en el tiempo. En los tres periodos se presentó alta mortalidad relativa en municipios Valle del Cauca y Antioquia, así como en Quindío, Risaralda, Caldas, y Tolima. Municipios de Arauca y Vichada, departamentos con alta intensidad de conflicto, pasaron de posiciones de mortalidad relativa bajas en 1998-2003, al quintil de mortalidad más alto en 2010-2015 (Figura 9).

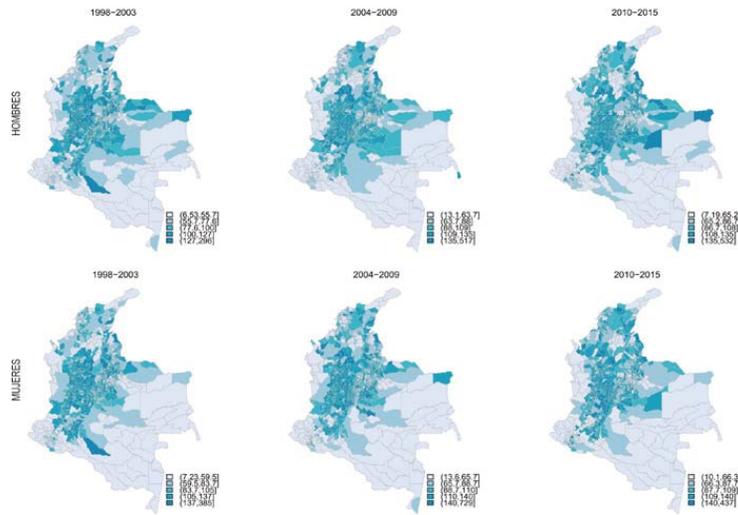


Figura 9. Razones de mortalidad estandarizadas de la mortalidad municipal por enfermedad isquémica del corazón

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDHH 1985-2015

Conclusiones

A diferencia de lo revisado en la literatura, en Colombia para la relación entre conflicto armado y la mortalidad por enfermedad cardiovascular, solamente la hipertensión presenta un gradiente de mayor mortalidad a mayor intensidad de conflicto. Resaltan también las desigualdades por sexos, que dependen del evento analizado, donde sólo en la enfermedad isquémica del corazón se observa mayor mortalidad en hombres frente a mujeres.

Los análisis realizados también permitieron observar las diferencias geográficas de la mortalidad cardiovascular. Pese a la reducción general de la mortalidad relativa, para las tres causas de muerte, los municipios de Antioquia y Valle del Cauca, siempre reportaron riesgos mayores que el nacional, así como en 2010-2015, los municipios de Arauca y Vichada; todos estos territorios con alta intensidad de conflicto.

La relación entre la intensidad de conflicto armado y la mortalidad cardiovascular, se ve influenciada por aspectos como la edad, el sexo y la ubicación geográfica; esto evidencia la necesidad de un enfoque territorial y diferencial para la promoción y prevención en ECV, teniendo en cuenta la vulnerabilidad añadida producto del conflicto armado.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016. Bogotá D.C., 2016.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC, 2003.
3. Stewart JJ, Sonnev JA, Howard JT, Orman JA, Fang R, Morrow BD, et al. Epidemiology and prevention retrospective analysis of long-term outcomes after combat injury. *Circulation*. 2015;131(23):2126-33.
4. Vasilij L, Bergevec M, Kerei A, Stijad M, Ostojic L, Ostojic Z. Acute coronary syndrome frequency in western Herzegovina over the fifteen year period (1987-2001). *Coll Antropol*. 2006;30(4):915-9.
5. Mirić D, Givoni L, Bočić I, Fabijanić D, Martinec D, Čulić V. Trends in myocardial infarction in middle Dalmatia during the War of Croatia. *Mil Med*. 2001;166(5):419-21.
6. Zubaid M, Suresh C, Thallo L, Rashed W. Could Missile Attacks Trigger Acute Myocardial Infarction? *Prehosp Disaster Med*. 2015;30(1):80-8.
7. Pesonen A, Alatalo H, Ra K, Barker DP, Kajantie E, Heinonen K, et al. Cardiovascular health of Finnish war evacuees 60 years later. *Ann Med*. 2005;41(January 2005):66-72.
8. Litval Kemana-boker L, Shaiba-lavsky H, Elat-zanani S, Edri-shur A, Shaiba SM. Chronic health conditions in jewish holocaust survivors born during World War II. *BMJ*. 2015;1(7691):206-12.

4.3.5.2. Desigualdades en la mortalidad por diabetes según la intensidad del conflicto armado

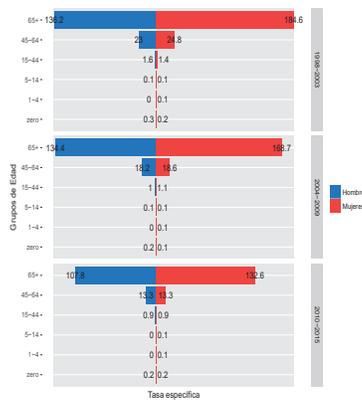
Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo

La diabetes mellitus (DM) sigue siendo un problema importante de salud pública en Colombia, siendo en 2010 la quinta causa de muerte más frecuente en el país y una de las diez principales causas de muerte en 31 departamentos. En 2011, fue la octava causa más importante de mortalidad prematura (1,2).

Las guerras al tener un efecto negativo sobre los servicios e infraestructuras sanitarias, los niveles de estrés psicológico y el acceso a una alimentación saludable, podrían generar un aumento de la morbilidad por DM y un deterioro en el control de la patología (3,4).

Si bien en el país la evidencia sobre el tema es escasa, algunos trabajos en otros países han mostrado una relación entre la exposición a la guerra y la DM. Se ha evidenciado una mayor incidencia de DM tras la exposición a la guerra en diversas poblaciones, como los sobrevivientes a los atentados terroristas del 11 de Septiembre (5), excombatientes de las guerras de Afganistán e Irak (6), israelitas afectados por la Guerra del Líbano de 2006 (7) o personas que en su infancia fueron afectadas por la Segunda Guerra Mundial (8).

Con el fin de indagar sobre las desigualdades municipales en la mortalidad por DM frente al conflicto armado en Colombia, en esta sección se realizó el análisis de las defunciones en los años 1998 a 2015, frente a los quintiles del IIC.

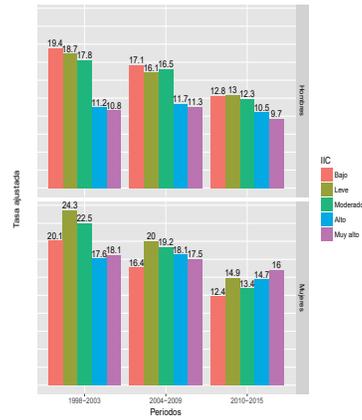


Resultados

Para los tres períodos evaluados la mortalidad por diabetes tuvo la misma distribución por grupo de edad y sexo. Las tasas específicas de mayores de 65 años, fueron más altas que las de los otros grupos, el valor más alto se presentó en mujeres en 1998-2003. En todos los períodos, para este grupo de edad, las tasas fueron mayores en mujeres frente a hombres. Se evidenció un mayor descenso de la mortalidad por diabetes en mujeres en el tiempo (Figura 1).

Figura 1. Tasas de mortalidad específicas por diabetes mellitus por período, sexo y grupo de edad

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015



La distribución de las tasas ajustadas de mortalidad por quintil de IIC, fue diferente por sexo. En hombres se observó un gradiente con menores valores de las tasas a mayor quintil de intensidad y con una reducción de las brechas relativas de 1,80 en 1998-2003 a 1,33 en 2010-2015. En mujeres para los periodos 1998-2003 y 2004-2009, se presentó mayor mortalidad en municipios del segundo quintil más bajo de intensidad, en el periodo 2010-2015, se evidenció un cambio en la tendencia con mayor mortalidad a mayor intensidad de conflicto. En ambos sexos la mortalidad en el tiempo se redujo en todos los quintiles, esta disminución fue menor en municipios de alta intensidad (Figura 2).

El análisis geográfico de las razones de mortalidad estandarizadas, mostró una reducción en el rango de los quintiles en hombres en el tiempo, no así en mujeres. Municipios de Vichada y Meta, en ambos sexos en 2010-2015, y de Antioquia, Santander y el Sur de Bolívar en mujeres en los tres periodos analizados, se encontraron en el quintil de mayor mortalidad frente a la tasa nacional, todos estos territorios se caracterizan por una alta intensidad de conflicto. En 1998-2003 y 2004-2009, para ambos sexos, se encontraron en el quintil de mortalidad relativa más alto municipios del Valle del Cauca, Tolima, Risaralda, Caldas y Quindío, pasando a posiciones de menor mortalidad en el periodo 2010-2015. En Cundinamarca y Boyacá, territorios con baja intensidad de conflicto, se presentó una mortalidad menor frente a la nacional en los tres periodos evaluados (Figura 3).

Figura 2. Tasas ajustadas de mortalidad específicas por diabetes mellitus, según quintiles de intensidad de conflicto armado
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDHH 1985-2015

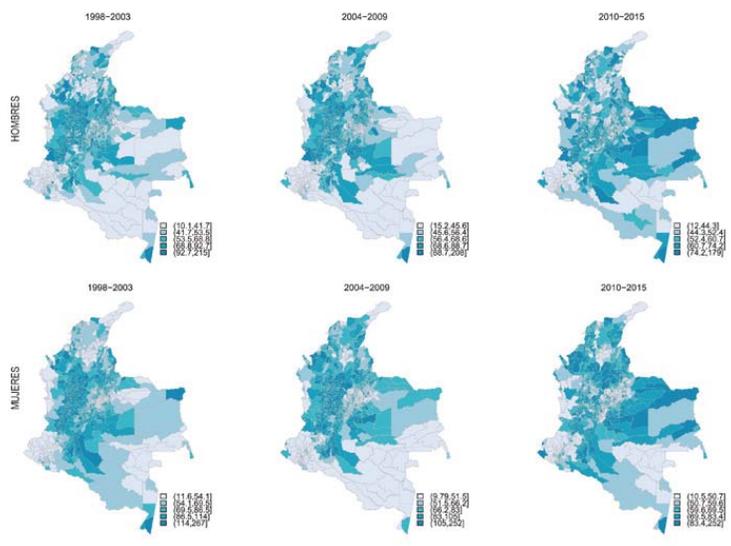


Figura 3. Razones de mortalidad estandarizadas de la mortalidad municipal por diabetes
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS basado en datos DANE 1998-2015, OCNMH y ODDHH 1985-2015

Conclusiones

La mortalidad por diabetes mellitus en Colombia está disminuyendo y se concentra en edades avanzadas es mayor en mujeres, aunque con una disminución de las diferencias frente a hombres.

A diferencia de lo reportado en literatura, no se encontró una mayor mortalidad por diabetes mellitus en municipios de mayor intensidad de conflicto, a nivel general; sin embargo, se observó una mayor disminución de la mortalidad por diabetes mellitus en municipios menos afectados por el conflicto, con la presencia de un gradiente en mujeres para el último período evaluado.

El análisis con RME sugiere que la dinámica de la mortalidad por diabetes mellitus, frente al conflicto difiere a nivel geográfico, pues en varios territorios con alta afectación por este fenómeno se presentó un incremento de la mortalidad por diabetes frente al comportamiento nacional.

Los resultados obtenidos invitan a explorar a mayor profundidad la relación entre la mortalidad por diabetes y el conflicto armado, considerando dinámicas territoriales locales, y diferencias de género, en años venideros.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Primer informe Observatorio Nacional de Salud: aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los Servicios de Salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011. Bogotá D.C. Imprenta Nacional de Colombia; 2013. 49-69 p.
2. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Análisis de mortalidad por enfermedad cardiovascular en Colombia. Segundo informe del Observatorio Nacional de Salud: Mortalidad 1990-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. Bogotá D.C. Imprenta Nacional de Colombia; 2013.
3. Krug EG, Dahlborg LI, Mercy JA, Zwi AB. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC; 2003.
4. Geneva Declaration. The many victims of war: Indirect conflict deaths. Global Burden of Armed Violence. 1st ed. Geneva; 2008. p. 31-48.
5. Miller-arche SA, Jordan HT, Ruff RR, Chamany S, Cone JE, Brackbill RM, et al. Posttraumatic stress disorder and new-onset diabetes among adult survivors of the World Trade Center disaster. *Ann Med (Baltim)* [Internet]. Elsevier. BV; 2014;66(2014):34-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.05.016>
6. Stewart JJ, Sosnov JA, Howard JT, Orman JA, Fang R, Morrow BD, et al. Epidemiology and prevention retrospective analysis of long-term outcomes after combat injury. *Circulation*. 2015;132(23):2126-35.
7. Jung A, Blumenthal O, Shehadeh N, O DG, Hakover Y, Hershkovitz E, et al. Increase in the incidence of type 1 diabetes in Israeli children following the Second Lebanon War. *Pediatr Diabetes*. 2011;13(4):1-8.
8. Lital Keinan-boker I, Shaaha-loraky H, Eliat-zarani S, Edri-shur A, Shaaha SM. Chronic health conditions in Jewish holocaust survivors born during World War II. *MAJ*. 2015;175(april):206-12.

4.3.5.3. Mortalidad por cáncer de cuello uterino y conflicto armado

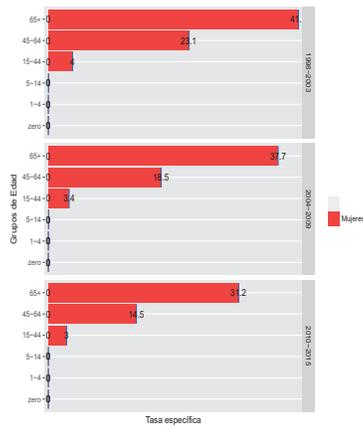
Salomé Valencia-Aguirre

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una causa relevante de muerte por neoplasias a nivel mundial, principalmente en países de renta baja y media. Se estima que cada año 527.624 mujeres son diagnosticadas y 265.000 fallecen (1). En Colombia, se estimaron un total 4.661 nuevos casos y 1.986 muertes, siendo la primera neoplasia en mujeres entre 15 a 44 años (2). El virus del papiloma humano (VPH) es el principal precursor del cáncer de cuello uterino (3-5).

El CCU puede tener una evolución insidiosa y estudiar su relación con el conflicto armado representa un reto en salud pública. En un estudio que exploró la relación entre la guerra y el riesgo de CCU en mujeres de Vietnam, esposas de militares combatientes durante la Segunda Guerra Mundial en Indochina, encontró que el desarrollo de cáncer invasivo se asoció de forma significativa a la movilización de los militares dentro del territorio y el estatus de paridad de la mujer (6). En el caso del CCU, afectaciones generales del conflicto armado tales como la violencia sexual figuran como el mayor riesgo, la reducción del acceso a los servicios sanitarios y a los programas de prevención de CCU, pueden tener un impacto negativo en la salud de las mujeres (7,8).

Aunque en Colombia no se han realizado estudios que describan este fenómeno de forma directa, un estudio en población desplazada por el conflicto en la ciudad de Cartagena de Indias, encontró una baja asistencia a los programas de promoción y prevención, incluyendo la citología (9). En otro estudio realizado también en población desplazada encontraron que una elevada proporción de mujeres se habían realizado citología, pero tenían poco conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y usaban de forma inconstante el condón (10).

El objetivo del presente análisis fue evaluar el comportamiento de la mortalidad por CCU en Colombia según la intensidad del conflicto armado a nivel municipal, durante el periodo 1998-2015.

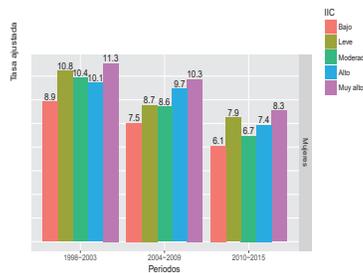


Resultados

En Colombia, un total de 28.938 mujeres fallecieron a causa de CCU entre 1998 y 2015. Se observó una disminución la mortalidad en el tiempo y al comparar los diferentes grupos etários, esta aumentó con relación a la edad, siendo el grupo de las mujeres mayores de 65 quienes presentaron las mayores tasas, más del doble que el grupo de 45 a 64 años (Figura 1).

Al comparar la mortalidad por CCU según los quintiles de intensidad del conflicto (Figura 2) se observó que en los tres periodos el primer quintil (municipios con menor intensidad de conflicto) presentó una menor mortalidad, y el último la mortalidad más elevada. Las diferencias absolutas fueron de aproximadamente 2 defunciones por 100.000 habitantes más en el quintil con mayor intensidad respecto al de menor intensidad.

Figura 1. Mortalidad por CCU según edad y periodo
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



La distribución espacial del CCU en Colombia (Figura 3) mostró un aumento de los municipios que superan su riesgo respecto al nacional. Dentro de los departamentos con un incremento de municipios en mayor riesgo se encuentran: Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Putumayo y Casanare. Además, municipios de los departamentos de Quindío, Caldas, Caquetá, Tolima, Valle del Cauca y Meta, han tenido durante todo el periodo un elevado porcentaje de municipios que superan el riesgo nacional. Bogotá, D.C. Bolívar y Chocó presentaron riesgos bajos durante todo el periodo de estudio.

Al contrastar la mortalidad por CCU con el mapa de intensidad del conflicto se verificó la existencia de mayores regiones del país con un patrón similar; departamentos como Caquetá, Arauca, Magdalena, Meta y Casanare presentaron elevadas tasas de CCU y un índice de intensidad de violencia (IV) elevado en la mayoría de sus municipios. Por otro lado, Cundinamarca y Boyacá presentaron bajos niveles de conflicto y mortalidad. Los departamentos más discrepantes fueron Chocó con bajas tasas de mortalidad y elevadas en el IIV, y municipios de Amazonas, Guainía, Guaviare y Vaupés mostraron elevadas tasas de mortalidad y bajos índices de intensidad de conflicto.

Figura 2. Mortalidad por CCU según quintiles del índice de intensidad del conflicto armado
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

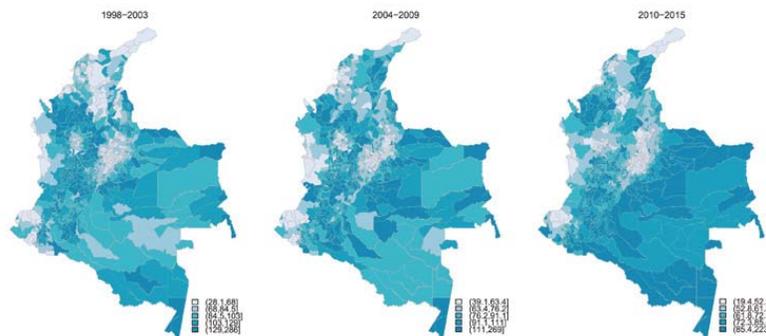


Figura 3. Razones de mortalidad estandarizadas y suavizadas de CCU en tres periodos

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

La mortalidad por CCU ha disminuido a nivel nacional; pero al observar el comportamiento a escala municipal existen importantes diferencias entre municipios. A pesar de que no existe un gradiente claro entre el conflicto armado y el riesgo de CCU, en los mapas se observa un patrón similar.

Además, factores como las elevadas tasas de violencia sexual y la pérdida de servicios esenciales de salud en las zonas más afectadas por el conflicto pueden haber tenido un impacto negativo en la salud de las mujeres, dentro de los que se encuentran un mayor riesgo de infección por VPH, por lo que es necesario continuar vigilando los efectos en salud que a mediano y largo plazo pudo tener el conflicto en las mujeres de Colombia.

Referencias

1. IARC. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 11]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
2. ICD Information Centre on HPV and Cancer (ICPV Information Centre). Colombia. Human Papillomavirus and Related Cancers. Fact Sheet. [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 20]. Disponible en: www.hpvcentre.net/statistics/reports/COI_FS.pdf
3. Bosch FX, Gao Y, Castellsague X. The epidemiology of human papillomavirus infection and its association with cervical cancer. 2006;94:9-21.
4. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol. 2002;55:324-45.
5. Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer Fact sheet. [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
6. my Linh D, Hurnyph, Stephen S, Raab EIS. ASSOCIATION BETWEEN WAR AND CERVICAL CANCER AMONG. Int J Cancer. 2004;110:775-7.
7. C J L Murray, G King, A D Lopez, N Torijima. EGK. Armed conflict as a public health problem. BMJ. 2002;345:9; 324(7833):324-346.
8. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. 2003.
9. Cáceres DC, Izquierdo VE, Mantilla L, Jara J, Velanda M. Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de Cartagena. Biomedica. 2002;22:425-44.
10. Pinzón Fernández MV, Mueses Murin HS, Galindo Quintero J. Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con el VIH en población desplazada de Colombia, 2000. Rev Cuba Salud Publica. 2013;39(3):474-88.

4.3.6. Salud Sexual y reproductiva

4.3.6.1. Tasa de fecundidad según intensidad del conflicto en Colombia

Gina Alexandra Vargas-Sandoval

La tasa de fecundidad, además de ser un indicador demográfico, evidencia el desarrollo social y económico de una población (1) y evalúa las acciones de prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva, desde un enfoque de derechos (2). Durante los periodos de enfrentamiento armado, la fecundidad podría reducirse, las relaciones sexuales transaccionales o coaccionadas se aumentan y se modifican las agendas de fecundidad de las mujeres (3,4).

Estudios previos muestran que, para el grupo de mujeres en edad reproductiva, la fecundidad es menor durante periodos de enfrentamiento armado en comparación con periodos anteriores (5-7) o en el posconflicto (8). Por el contrario, las adolescentes registran aumentos de hasta el 30% en su tasa de fecundidad durante los conflictos (3). Otro estudio encontró diferencias entre adolescentes según el área de residencia. Adolescentes del área rural registraron mayor disminución de la fecundidad que en las áreas urbanas en el posconflicto en comparación con el periodo previo al inicio de la guerra (5).

En Colombia, son escasos los análisis que hayan explorado la asociación entre el conflicto y la fecundidad. Un estudio registró que el riesgo de tener hijos siendo adolescente fue mayor entre las desplazadas en comparación con adolescentes no desplazadas de estrato uno (RR= 1,8) (9). Se conoce que a pesar que la fecundidad de mujeres en edad reproductiva tiende a la disminución desde 1990, en las adolescentes se incrementó un 30% entre 1990 y 2005 (10), periodo que coincide con los años de mayor intensidad del conflicto armado (11-13). La información disponible no es suficiente para entender los impactos del conflicto en la fecundidad en población colombiana. La presente sección tuvo como objetivo describir la tendencia y diferencias de la fecundidad según la intensidad del conflicto y los grupos de edad en Colombia para el periodo 1998-2015.

Resultados

La Figura 1 muestra la distribución de la fecundidad según grupos de edad y quintiles de intensidad del conflicto armado. Para el grupo de 15 a 19 años, se observó reducción de la fecundidad a través de los periodos analizados en todos los quintiles de intensidad del conflicto. Además se observó una relación directa entre la intensidad del conflicto y la fecundidad en adolescentes; es decir, entre mayor intensidad del conflicto, mayores tasas de fecundidad. Este comportamiento fue más evidente en los dos últimos periodos observados.

La diferencia relativa entre el quintil de mayor y menor intensidad del conflicto mostró mayor riesgo para el último quintil de intensidad del conflicto, sin embargo la diferencia se mantuvo similar en todos los periodos observados (1998-2003: RR= 1,2; 2004-2009: RR= 1,3; 2010-2015: RR= 1,3). Por otra parte, la fecundidad de las mujeres entre 20 a 49 años no registró diferencias entre los quintiles de intensidad del conflicto en el primer periodo. Sin embargo, en los dos últimos periodos la fecundidad fue mayor en los quintiles de mayor intensidad del conflicto (quintiles 4 y 5). La diferencia relativa entre el quintil de mayor y menor intensidad del conflicto se mantuvo similar en todos los periodos observados (1998-2003: RR= 1,0; 2004-2009: RR= 1,1; 2010-2015: RR= 1,0).

Al comparar los dos grupos de edad, se observó que las adolescentes registran mayor fecundidad en todos los quintiles de intensidad del conflicto. El riesgo fue aún mayor en el quintil cinco de intensidad del conflicto en cada periodo. Por ejemplo, para el último periodo el riesgo relativo de la fecundidad en adolescentes en comparación con mujeres de 20 a 49 años, fue mayor para el quintil cinco que para el primero (quintil 1: RR= 1,2; quintil 5: 1,5).

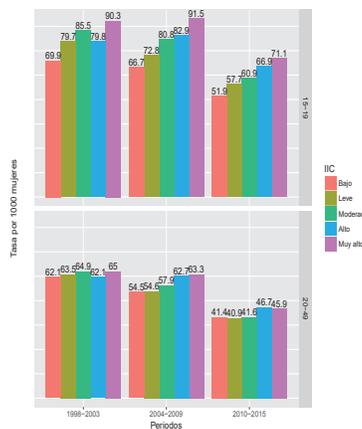


Figura 1. Fecundidad por edad, según quintiles del índice de intensidad del conflicto armado

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

También se observó que al interior de cada quintil, el riesgo se ha venido acentuando con el tiempo. Por ejemplo, para el quintil cinco de intensidad del conflicto, el riesgo relativo de la fecundidad en adolescentes en comparación con mujeres de 20 a 49 años, pasó de 1,3 en el primer periodo a 1,5 en el último periodo.

En el análisis por municipios (Figura 2), los quintiles de la razón estandarizada de fecundidad (REF) evidenciaron una disminución periodo a periodo. Municipios en los que coincidió mayor intensidad del conflicto (quintil 5) y la REF se concentraron en Antioquia y Cesar. En Antioquia, los municipios de El Bagre, Ituango, Turbo y Vegachi. En Cesar, los municipios de Curumaní y Pailitas. De manera contraria, municipios del primer quintil de intensidad del conflicto y de menores REF se localizaron principalmente en Cundinamarca (particularmente Ricaurte, Sibate y Zipacón) y en Boyacá (Tibasosa).

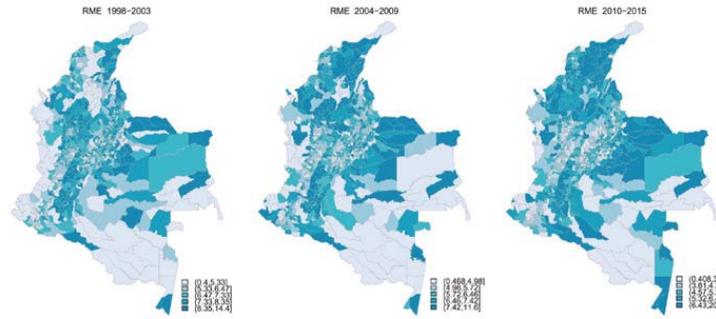


Figura 2. Mapas de REF suavizada según quinquenios. Colombia, 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

De acuerdo con los resultados la fecundidad ha venido en descenso en Colombia tanto en adolescentes como en las mujeres entre 20 a 49 años. Para el caso de la fecundidad en adolescentes, los resultados indicaron una relación directa con el índice de intensidad del conflicto, mostrando mayor fecundidad en tanto se aumentaba el quintil del índice de conflicto. Dicha relación fue consistente a través de los periodos observados.

Para el caso de la fecundidad de mujeres entre 20 a 49 años, no se observa un gradiente tan claro como el que se presenta en los adolescentes, sin embargo, los quintiles de mayor intensidad de conflicto (Q4 y Q5) registraron mayor fecundidad en los dos últimos periodos. Al comparar los dos grupos de edad, las adolescentes registraron mayor fecundidad que las mujeres entre 20 a 49 años al comparlas en el mismo periodo y quintil. Dicho riesgo se acentuó en cada periodo, en tanto aumentaba el quintil de intensidad del conflicto.

Los resultados de este análisis deben tomarse con precaución. Por una parte, se requiere de estudios adicionales multivariados que incluyan otras variables que podrían estar afectando la posible relación entre intensidad del conflicto y la fecundidad, tales como la ruralidad, nivel educativo, acceso a servicios de salud, entre otras. Además, se evidencia la necesidad de desarrollar estudios que permitan considerar si la posible asociación entre exposición al conflicto y mayor riesgo de embarazo se mantiene a nivel individual.

A pesar de dichas consideraciones, este estudio permite generar hipótesis frente a la relación entre intensidad del conflicto y fecundidad. Lo anterior, particularmente para adolescentes en las que la fecundidad aumentó, en tanto también lo hizo la intensidad del conflicto durante los periodos observados. En el análisis geográfico, municipios de mayor intensidad del conflicto y mayores REF en todos los periodos observados se localizaron en Antioquia y Cesar, pero se requiere investigación adicional con el propósito de analizar si las adolescentes fueron más vulnerables al abuso sexual en el marco del conflicto.

Referencias

1. United Nations. World Fertility Report- 2012 [Internet]. 2012. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/database/fertility/wfr2012/MainFrame.html>
2. Srinha Bantel, Susan A. Cohen, Jacqueline E. Darroch, Alanna J. Galati, Chelsea Polis AMS and SS. Sexual and Reproductive Health and Rights Indicators for the SDGs [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 12]. Available from: <https://www.ips.unhcr.org/report/sexual-and-reproductive-health-and-rights-indicators-sdgs>
3. Cotroneo V. The Effect on Fertility of the 2003-2011 War in Iraq. *Popul Dev Rev* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2017 Sep 12];40(4):581-604. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/1728-4457.2014.00001.x>
4. Neal S, Stone N, Ingham R. The impact of armed conflict on adolescent transitions: a systematic review of quantitative research on age of sexual debut, first marriage and first births in young women under the age of 20 years. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 Dec 4 [cited 2017 Sep 12];16(1):225. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/16/225>
5. Woldemariam G. Declining Fertility in Eritrea Since the Mid-1990s: A Demographic Response to Military Conflict and Civil Violence [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2017 Sep 13];4(1):149-68. Available from: http://www.ijciv.org/index.php/ijciv/article/view/63/pdf_22
6. Heuveline P, Poch B. The Phoenix population: demographic crisis and rebound in Cambodia. *Demography* [Internet]. 2007 May [cited 2017 Sep 13];44(2):305-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1758312>
7. Fargues P. Protracted National Conflict and Fertility Change: Palestinians and Israelis in the Twentieth Century [Internet]. Vol. 26, *Population and Development Review*. Population Council; [cited 2017 Sep 13]. p. 441-62. Available from: <https://www.jstor.org/stable/172115>
8. Staverting SE. Genocide, Nuptiality, and Fertility in Rwanda and Bosnia-Herzegovina. [cited 2017 Sep 13]. Available from: http://digitalassets.lib.berkeley.edu/etd/ucb/text/Staverting_berkeley_00286_11856.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. Perfil Epidemiológico de Población Desplazada y Estrato I en Colombia [Internet]. 2002 [cited 2017 Oct 2]. Available from: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/opsp/epira2002/>
10. Ministerio de salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012 – 2021. 2013.
11. Rojas JC. Etapas del conflicto armado en Colombia: hacia el posconflicto. *Latinoamérica Rev Estud Latinoam* [Internet]. 2016 Jan [cited 2017 Sep 15];6(2):227-57. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1666857416300102>
12. Salas Salazar LG. Lógicas territoriales y relaciones de poder en el espacio de los actores armados: un aporte desde la geografía política al estudio de la violencia y el conflicto armado en Colombia, 1990-2012. *Cuad Geogr Rev Colomb Geogr* [Internet]. 2014 Dec 19 [cited 2017 Sep 15];24(1):157-77. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/ing/article/view/47777>
13. Ses tesis sobre la evolución reciente del conflicto armado en Colombia. 2014 [cited 2017 Sep 15]. Available from: <http://cdh.ideaspaz.org/media/webseite/document/S4368ubofice1.pdf>

Gina Alexandra Vargas-Sandoval

4.3.6.2. Morbilidad materna extrema según intensidad del conflicto en Colombia

La morbilidad materna extrema (MME), es un estado en el que la gestante casi muere durante la gestación, parto o puerperio, pero sobrevive gracias a una atención oportuna y adecuada (1). Este evento cobra relevancia porque permite analizar las causas de los resultados maternos adversos, puesto que la MME es más frecuente que la mortalidad materna. En Colombia la vigilancia epidemiológica para la MME se realiza desde 2012 y la notificación del evento aumentó considerablemente en 2014 (2). Para 2016, se calculó una razón de MME nacional de 31 casos por cada 1.000 nv (3).

En el marco de los enfrentamientos armados, las mujeres que presentan MME podrían compartir los riesgos de las mujeres que mueren por el embarazo (4). Sin embargo, es preciso conocer de manera específica, si existe asociación entre enfrentamientos armados y la MME. Los estudios disponibles apuntan a que en países con antecedente de enfrentamientos armados como Nigeria, se encuentran las más altas razones de MME/RMM, calculada entre 11 y 12 casos de MME por cada caso de muerte materna (5). En Colombia, un estudio reportó que mujeres desplazadas en comparación con mujeres no desplazadas, tuvieron el doble de riesgo de no asistir a los controles pre natales durante su gestación (6).

A la fecha, no hay disponibles análisis de la relación entre MME y el conflicto armado en Colombia. La presente sección tuvo como propósito describir la tendencia y las diferencias de la MME, según IIC en Colombia para el periodo 2012-2015.

Resultados

Un total de 39.955 casos de MME fueron reportados al Sivigila durante el periodo observado, siendo el grupo de 20 a 34 años quienes registraron el 63% de los casos. La Figura 1 muestra la razón de MME según grupos de edad para el periodo 2012-2015. Las mujeres menores de 20 años y entre 20 a 34 años presentaron las MME más bajas. El riesgo de MME es mayor para el grupo de 35 años y más, incluso llegando casi al doble cuando se compara con el grupo de 20 a 34 años (RR=1,72) o con las menores de 20 años (RR=1,77).

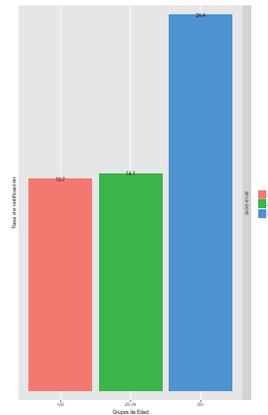


Figura 1. Morbilidad materna extrema por quinquenios, Colombia, 2012-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

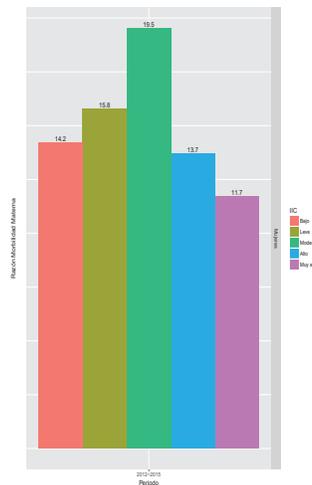


Figura 2. Morbilidad materna extrema, según quintiles del índice de intensidad del conflicto armado. Colombia, 2012-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

En el análisis según IIC, el primer quintil registró el 38,00% de los casos de MME. Sin embargo, las cifras relativas mostraron que el tercer quintil de IIC presentó la razón de MME más alta para el periodo observado, siendo los quintiles de mayor IIC los que menor razón de MME registraron (Figura 2). Por tanto, en este análisis no se evidenció que la razón de MME se asociara con el comportamiento del IIC. Por ejemplo, el quintil de mayor IIC resultó protector de la MME al compararse con el quintil más bajo (RR=0,23). Por otra parte, el riesgo relativo de presentar MME fue más del doble para el quintil tres de IIC, en comparación con el quintil de mayor intensidad (RR=2,40).

El análisis geográfico (Figura 3) mostró que los resultados coinciden parcialmente con lo esperado, es decir municipios con alto IIC que registraron altas razones de MME y viceversa. Municipios del quintil cinco del IIC y que registraron las mayores RE de MME se concentraron en los departamentos de Cauca (clúster Buenos Aires, Corinto, Jambaló, Patía y Toribio) y Meta (El Calvario, La Macarena, Puerto Gaitán y San Juanito). De manera contraria, municipios del primer quintil de IIC que registraron bajas RE de MME, se concentraron en Santander (Barichara, Curití, Jordán, Los Santos, San Gil, San Joaquín, San José de Miranda, Valle de San José y Villanueva) y Boyacá (Boavita, Guacamayas, La Uvita, Panqueba, San José de Pare y Tipacoque).

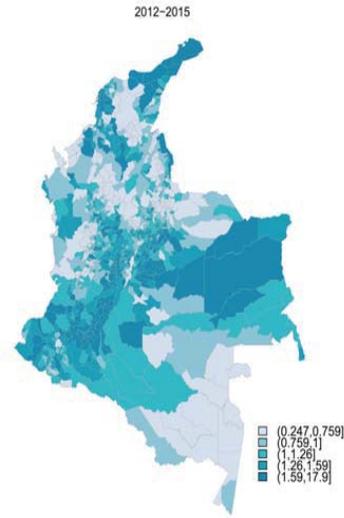


Figura 3. Mapa de razones estandarizadas de morbilidad materna extrema. Colombia, 2012-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Este análisis no mostró una relación esperada entre la intensidad del conflicto y morbilidad materna extrema, sin embargo, algunas consideraciones deben tomarse en cuenta para la interpretación de estos resultados y plantear futuras investigaciones.

Primero, la morbilidad materna extrema podría tener mayor subregistro en municipios con alto índice de intensidad del conflicto, sobre todo en eventos cuya vigilancia es reciente. Por otra parte, la morbilidad materna extrema al ser un desenlace previo a la mortalidad materna, hace que estos hallazgos deban ser contrastados con la sección correspondiente del presente Informe (sección 4.3.6.3), donde se evidencia que los quintiles 4 y 5 de intensidad del conflicto reportan las mayores razones de mortalidad materna. Es posible también que las zonas de mayor intensidad del conflicto, presenten mayor letalidad de la morbilidad materna extrema, lo que explicaría las menores razones de morbilidad y mayores razones de mortalidad materna.

Futuras investigaciones deben abordar si las condiciones en las zonas con alta intensidad del conflicto la letalidad de las gestantes con morbilidad materna extrema es mayor que en zonas con menor intensidad.

Referencias

1. Aneliso Granados OF, Orestegui A, Ángel Alarcón-Miña M. Trabajos Originales Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. [citad 2017 Oct 18]. Available from: <http://www.scoeb.org/pdf/rctog/48143/art03.pdf>
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública morbilidad materna extrema [Internet]. 2016 [citad 2017 Oct 2]. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Sigla/Protocolos/SIGLA/PRO Morbilidad Materna Extrema.pdf>
3. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento morbilidad materna extrema, Colombia, 2016. [Internet]. 2014 [citad 2017 Oct 12]. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe de Evento Epidemiológico/MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 2016.pdf>
4. Urdal H, Che CP. War and Gender Inequalities in Health: The Impact of Armed Conflict on Fertility and Maternal Mortality. [Int Internet]. [Internet]. 2013 Sep [citad 2017 Sep 15];39(4):489-510. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03050629.2013.806133>
5. Jahan S, Begum K, Shaheen N, Khandokar M. Near-Miss/Severe acute maternal morbidity (SAMM): A new concept in maternal care. J Bangladesh Coll Physicians Surg [Internet]. 2007 Jun 12 [citad 2017 Oct 22];21(4):129-33. Available from: <http://journals.sru.ac.bd/indox.php/BJCPS/article/view/143>
6. Organización Panamericana de la Salud. Perfil Epidemiológico de Población Desplazada y Estrato 1 en Colombia [Internet]. 2002 [citad 2017 Oct 2]. Available from: <http://www.diseases-info.net/desplazados/informes/cps/epepx2002/>

4.3.6.3. Mortalidad materna según intensidad del conflicto en Colombia

Gina Alexandra Vargas-Sandoval

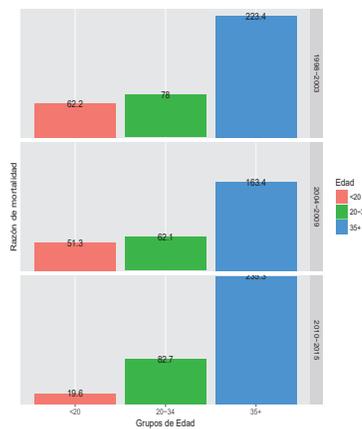
La razón de mortalidad materna (RMM) es un indicador de desarrollo, que en la actualidad cuenta con tecnologías para la prevención; además de ocurrir con mayor frecuencia entre las mujeres más vulnerables [1-3]. Las mujeres, en el marco del enfrentamiento armado, son las más vulnerables a las consecuencias indirectas del conflicto por el aumento de la fecundidad y el menor acceso a servicios de salud, lo que amplía el riesgo de muerte materna [4].

Es escasa la literatura previamente analizada, sobre la relación entre la mortalidad materna y los enfrentamientos armados. Sin embargo, la registrada apunta a que la RMM se aumenta durante los enfrentamientos. Por ejemplo, estudios en Bosnia y Herzegovina hallaron que la RMM aumentó durante el enfrentamiento armado en comparación con periodos previos o posteriores (5-7). En Sri Lanka, las mejoras en la mortalidad materna logradas en años previos a la guerra, se desaceleraron durante el conflicto [8]; adicionalmente, un estudio a gran escala estimó que un conflicto de mediana intensidad se asoció con un incremento del 10% en las RMM [4]. Otros estudios, muestran hallazgos contraevidentes. Por ejemplo, un estudio reportó que la RMM es menor en mujeres refugiadas en comparación con mujeres de las poblaciones receptoras o de procedencia. El estudio explica dicho hallazgo por el acceso a servicios de salud sin costo, o a bajo costo, para la población refugiada [9].

En Colombia la RMM presenta una tendencia a la disminución desde el 2000, y en 2015 la RMM se registró en 53,7 muertes maternas por 100.000 nv [10]. No se tiene conocimiento, sobre la disponibilidad de análisis de la relación entre RMM y conflicto en el país. Sin embargo, estudios han reportado que mujeres desplazadas evidenciaron el doble de riesgo de no asistir a los controles pre natales durante su gestación, en comparación con mujeres no desplazadas [11]. La presente sección tuvo como propósito describir la tendencia y las diferencias de la RMM, según intensidad del conflicto en Colombia para el periodo 1998-2015.

Resultados

En el análisis por grupos de edad, la RMM en menores de 20 años fue la más baja en los tres periodos observados, mientras la más alta se registró en mujeres de 35 y más años (Figura 1). Para las menores de 20 años se reportó una disminución entre el primer y último periodo del 68,5%. Para los grupos de 20 a 34 años y de 35 y más años, a pesar de que la RMM se redujo en el segundo periodo, para el último periodo se registró un aumento con respecto al primer periodo del 6,1% y 5,3%, respectivamente.



Al analizar la RMM según quintiles del IIC (Figura 2) se observaron RMM más bajas para todos los quintiles, periodo a periodo. Los tres quintiles más bajos registraron las RMM más bajas para los tres periodos observados. Se notó una mayor RMM, especialmente para los quintiles de mayor IIC con un claro patrón de gradiente. Este comportamiento fue consistente en todos los periodos observados. Las diferencias relativas en la RMM entre quintiles de IIC apuntan a que en el quintil 5 se tiene el doble de riesgo de mortalidad materna en comparación con el quintil de menor IIC, comportamiento que se mantiene sin mayores variaciones durante los periodos observados (1998-2003: RR=2,02; 2004-2009: RR=1,84; 2010-2015: 2,10).

Figura 1. Razón de mortalidad materna según grupos de edad y quinquenios. Colombia, 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo OMS

En el análisis por municipios (Figura 3) se observó que la RMM disminuye periodo a periodo para la mayoría de los municipios. También se evidenció que había consistencia parcial en municipios con alto IIC y que registraron altas razones de REM y viceversa. Municipios del quintil de mayor IIC en los que se reportaron las mayores REM, se concentraron en Antioquia (Anorí, Dabeiba, El Bagre, Ituango, Murindó, Necoclí, Toledo, Valdivia, Vigía del Fuerte y Zaragoza) y Caquetá (Cartagena del Chaira, clúster Solita, El Paujil, La Montañita, Milán, Morelia, Puerto Rico, San Vicente del Caguán y Solano). En contraposición, los municipios que poseen el quintil de menor IIC, con las RMM más bajas, en comparación con la tasa nacional, durante los tres periodos observados se concentraron en Cundinamarca (Cogua, Lenguazaque, Nemocón y Tocancipá) y Santander (Curití, Floridablanca, Jordán, Mesa de los Santos, Páramo y Villanueva).

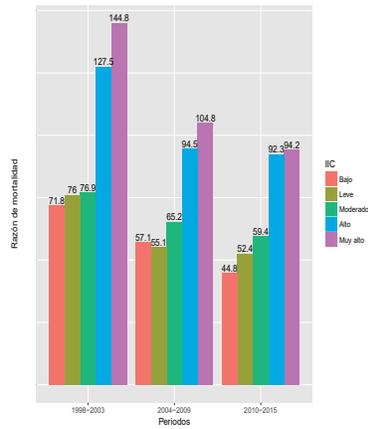
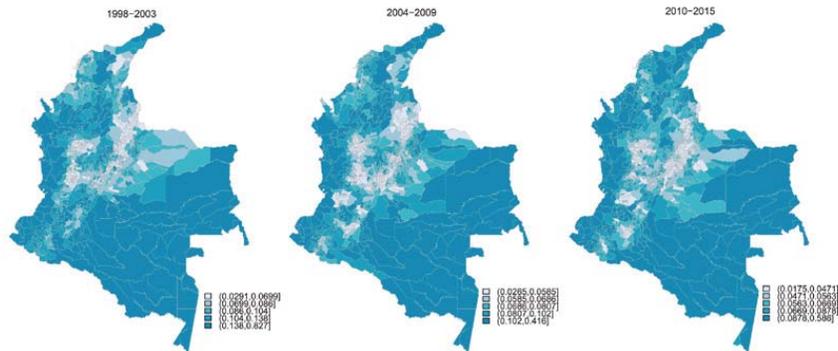


Figura 2. Razón de mortalidad materna según quintiles del IIC, Colombia, 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

La RMM ha venido en descenso en Colombia. Quintiles con el índice de intensidad del conflicto más alto (quintiles 4 y 5) registraron las mayores Razones de mortalidad materna en los tres periodos observados. A pesar que la RMM tiende al descenso, las brechas relativas entre el último y primer quintil de conflicto se mantuvieron similares en los tres periodos de observación.

En el análisis geográfico, los municipios con mayor intensidad del conflicto y mayores REM de mortalidad materna se concentraron en Antioquia y Caquetá.

Este análisis aporta evidencia del conflicto como un determinante de la mortalidad materna en los municipios de Colombia. En este sentido, se requiere de análisis adicionales multivariados que ajusten la relación entre conflicto y mortalidad materna, así como estudios que analicen las barreras y mecanismos propios del conflicto que propician la muerte materna y que son susceptibles de ser prevenidos.

Lo anterior sustentaría una base de conocimiento en un escenario de postconflicto, que permita mitigar las condiciones diferenciales generadas por el conflicto y que propician las muertes maternas.

Referencias

1. OMS | Mortalidad materna. WHO [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Instituto Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 13]. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ona/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe-ONS.pdf>
3. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011 [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 13]. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ona/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe-3-ME-ONS-Definitivo.pdf>
4. Urdal H, Che CP. War and Gender Inequalities in Health: The Impact of Armed Conflict on Fertility and Maternal Mortality. *Int Interact* [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Sep 13];36(4):489-510. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0305629.2013.805133>
5. Haidich I, Rodičević F, Fetzl H, 2. Incidence and causes of maternal death during 20-year period (1986-2005) in Tuva Canton, Bosnia and Herzegovina. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2011 Oct [cited 2017 Sep 13];24(20):2286-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21417593>
6. Šabić F, Maravić S, Radoja G. Perinatal and maternal outcomes in Tuva Canton during 1992-1995 war in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* [Internet]. 2006 Oct [cited 2017 Sep 13];47(5):714-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17042063>
7. F. A. A. G. A. T. The influence of the war on perinatal and maternal mortality in Bosnia and Herzegovina. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2005 Oct 1 [cited 2017 Sep 13];18(10):259-63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16318977>
8. Johnson SA. The Cost of War on Public Health: An Exploratory Method for Understanding the Impact of Conflict on Public Health in Sri Lanka. *Mandell MG, editor. PLoS One* [Internet]. 2017 Jun 12 [cited 2017 Sep 13];12(6):e0166674. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28081118>
9. Hynes M, Sheik M, Wilson HG, Spiegel P. Reproductive health indicators and outcomes among refugee and internally displaced persons in post-emergency phase camps. *BMJ* [Internet]. 2002 Aug 7 [cited 2017 Sep 13];325(7251):955-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12150671>
10. Ministerios de Salud y Protección Social. Análisis de situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016 [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 13]. Available from: <https://www.minisad.gov.co/inec/inec/linea/Wikiarea/ig/ais/ASIS/V5/ED/PS/asis-colombia-2016.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. Perfil Epidemiológico de Población Desplazada y Estrato 1 en Colombia [Internet]. 2002 [cited 2017 Oct 2]. Available from: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informep/ep/eppp/2002/>

4.3.6.4. Parto prematuro según la intensidad del conflicto en Colombia, 1998-2015

Gina Alexandra Vargas-Sandoval

El nacimiento prematuro (menores de 37 semanas de gestación) es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años a nivel mundial, siendo la falta de servicios sanitarios esenciales para la madre o el niño, lo que se asocia con la muerte del recién nacido (1). En el marco de los enfrentamientos armados, la literatura internacional apunta a que el riesgo de parto prematuro se aumenta con la guerra. En Libia, una comparación entre los meses más intensos de la guerra y los meses posteriores, calculó un porcentaje de recién nacidos prematuros (RNP) de 3,6% y 2,5%, respectivamente (2). Otro estudio realizado en mujeres refugiadas en Suecia, indicó un mayor riesgo de parto prematuro, especialmente de nacimiento muy prematuro durante su primer año de residencia en comparación con el año siguiente (3).

En Colombia se estima que menos del 10% de los nacimientos son prematuros, sin embargo, como en el resto del mundo se viene presentando una tendencia al aumento (1,4). A la fecha, no se encuentran disponibles análisis de la relación entre el porcentaje de RNP y conflicto en Colombia. Sin embargo, estudios han reportado que las mujeres desplazadas en comparación con mujeres no desplazadas, reportaron el doble de riesgo de no asistir a los controles pre natales durante su gestación (6). La presente sección tuvo como propósito describir las diferencias del porcentaje de RNP, según la intensidad del conflicto en Colombia para el periodo 1998-2015.

Resultados

La Figura 1 muestra el porcentaje de RNP para cada grupo de edad de la madre y sexo del recién nacido según quinquenio del periodo de observación. Se evidenció que los porcentajes de RNP aumentaron en cada quinquenio en ambos sexos. Entre el primer y último periodo evaluado, se registraron aumentos en el porcentaje de RNP cercanos al 40,0% por grupos de edad de la madre, en ambos sexos. Las madres entre 10 a 14 años, fueron quienes presentaron los mayores porcentajes de RNP en todos los periodos analizados. Aunque el sexo masculino mostró un ligero mayor porcentaje de RNP en todos los grupos de edad de la madre y periodo, las diferencias con las mujeres nunca superaron el 1%.

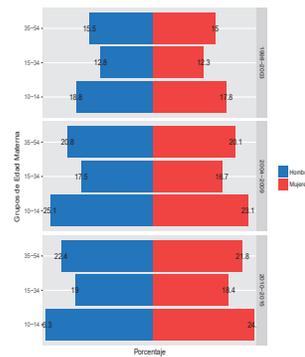
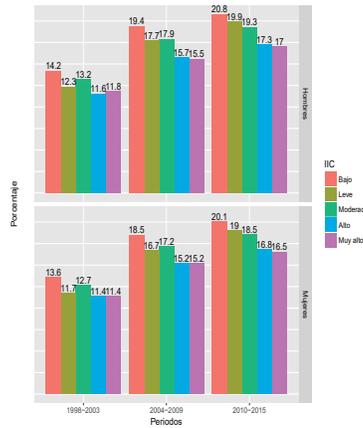


Figura 1. Porcentaje de RNP según sexo del recién nacido, edad de la madre y quinquenios. Colombia, 1998-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



En el análisis por quintiles de intensidad del conflicto (Figura 2), se observó que periodo a periodo, todos los quintiles aumentaron el porcentaje de RNP. En general, se evidenció que en ambos sexos se presentó relación inversa entre del porcentaje de RNP, con el IIC con menores porcentajes de RNP, en los municipios de mayor conflicto. Este patrón de gradiente fue más evidente en los dos últimos periodos (Figura 2). Las diferencias relativas entre la proporción de RNP del primer y último quintil de IIC (quintiles 1 y 5) mostraron que el quintil de menor intensidad tiene un 20% de más RNP (RR=1,2). Dicha desigualdad relativa se mantuvo igual en ambos sexos en todos los periodos observados. No se encontraron diferencias entre sexos según quintil de IIC y periodo.

El análisis geográfico (Figura 3) mostró que los resultados coinciden parcialmente con lo esperado, es decir municipios con alto IIC que registraron altos porcentajes de RNP y viceversa. Municipios con mayor índice de IIC y que mostraron las mayores RE de porcentajes de RNP en ambos sexos se concentraron en Antioquia (Anzá, La Unión y San Andrés de Cuerquia). De manera contraria, municipios del primer quintil de IIC y que registraron las menores RE de porcentajes de RNP en ambos sexos se concentraron en Santander (Mutiscua y Curiti).

Figura 2. Porcentaje de RNP según sexo y quintiles del IIC. Colombia, 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

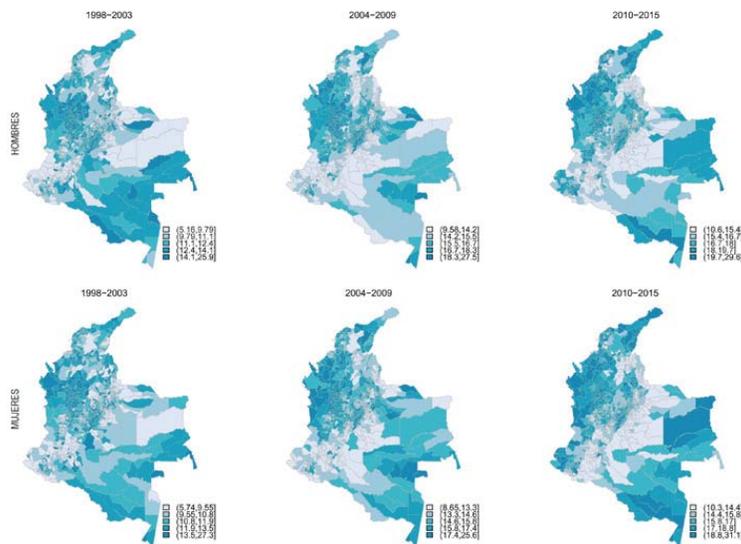


Figura 3. Mapas de Razones estandarizadas de los porcentajes de recién nacidos prematuros según sexo. Colombia, 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

El porcentaje de recién nacidos prematuros aumenta en el periodo observado, siendo similar la variación en todos los grupos de edad de la madre y sin diferencia por sexo del recién nacido. Las mujeres entre 10 a 14 años registraron con mayor frecuencia nacimientos de prematuros.

El porcentaje de recién nacidos prematuros registró una relación inversa con el índice de intensidad del conflicto con brechas en contra de los municipios con menos conflicto, sin embargo, municipios con el quintil cinco del índice de intensidad de conflicto y mayores razones estandarizadas de porcentajes de recién nacidos prematuros, en ambos sexos se concentraron en Antioquia.

Estos resultados requieren cautela en su interpretación. Se requieren estudios a mayor profundidad, toda vez que los resultados indican una relación contraevidente entre la intensidad del conflicto y el porcentaje de recién nacidos prematuros. Son necesarios análisis que discriminen las subcategorías en función de la edad gestacional (prematuros extremos, muy prematuros y moderados), que aportarán información frente a si hay diferencia según intensidad del conflicto por subcategoría. También se requiere conocer cuál es el comportamiento de las pérdidas fetales y mortalidad neonatal de prematuros según intensidad del conflicto, así como estudios que permita controlar posibles variables de confusión que podrían estar asociados a una falacia ecológica en nuestro análisis.

Análisis de otros desenlaces en salud relacionados con partos prematuros en otras secciones del presente Informe, indican una relación directa con la intensidad del conflicto, como en mortalidad infantil y fecundidad en adolescentes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Oct 31]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Bodalal Z, Agnaeher K, Nagellerke N, Strling B, Temmerman M, De-gomme O. Pregnancy outcomes in Benghazi, Libya, before and during the armed conflict in 2011. *Eur J Epidemiol* [Internet]. 2014 Apr 9 [cited 2017 Oct 31];30(9):175-80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24950075>
3. Liu C, Urquia M, Crattingius S, Hjern A. Migration and preterm birth in war refugees: a Swedish cohort study. *Eur J Epidemiol* [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Oct 31];29(2):144-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24420733>
4. Blencowe H, Cousten S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2012 Jun 9 [cited 2017 Oct 31];379(9832):2162-72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682464>
5. Ministerios de Salud y Protección Social. Análisis de situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016 [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 13]. Available from: <https://www.minisad.gov.co/site/vtraj/consultas/biblioteca/gta/MSDS/V5/ES/PSF/asis-colombia-2016.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud. Perfil Epidemiológico de Población Desplazada y Estrato 1 en Colombia [Internet]. 2002 [cited 2017 Oct 2]. Available from: <http://www.dsaaster.info.net/desplazados/informe/vpp/vpp02002/>

4.3.7. Salud mental y conflicto

4.3.7.1. Población expuesta a hechos victimizantes por el conflicto armado en Colombia: análisis a partir de la Encuesta de Salud Mental 2015

Luz Ángela Chocontá-Piraquive
Liliana Castillo-Rodríguez
Liliana Hilarion-Gaitán

En la actualidad se reconoce que la guerra y las catástrofes tienen efectos significativos en la salud mental y el bienestar social (1). Por mucho tiempo, las investigaciones en este campo se centraron en los "veteranos de guerra" evidenciando una relación indiscutible entre la ocurrencia de situaciones traumáticas y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores (2), sin embargo, el análisis de los conflictos demuestra que en la guerra la mayoría de las víctimas son civiles, particularmente mujeres y niños, que además también son víctimas de abusos y violaciones, así como de maltrato físico y psicológico, ampliando el tipo de trauma más allá de lo bélico (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han instado a los países miembros a trabajar en pro de la salud mental de la población (4), mediante la investigación de la dinámica poblacional en situaciones de conflicto armado (5). En su tarea permanente de analizar la salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) bajo la iniciativa de la OPS junto a 27 países de la región (6) lideró la cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM) en el marco del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud (7).

En la última década el país ha sufrido grandes cambios con relación a las orientaciones políticas y normativas, aportes conceptuales y procesos sociales, culturales y políticos que han reconfigurado de manera significativa el campo de la salud mental (8). En este contexto, la ENSM 2015 brinda información actualizada de la salud mental, problemas, trastornos mentales, accesibilidad a los servicios y medicamentos de la población urbana y rural, privilegiando su comprensión desde los determinantes

sociales y la equidad; incluyendo variables que permiten hacer un acercamiento a la población expuesta a hechos victimizantes en el marco del conflicto armado y sus consecuencias en salud mental (9).

En Colombia la población civil sufre los efectos de una crisis humanitaria que la convierte en *víctima silenciosa* del conflicto armado, exponiéndola a situaciones como desplazamiento forzado, masacres, asesinatos selectivos, minas, secuestros, atentados con explosivos, abuso sexual, amenazas, confinamiento, detenciones arbitrarias, desapariciones forzadas, ataques directos, secuestros y reclutamientos forzados con efectos sobre la salud mental y la calidad de vida de los individuos y las comunidades (10,11).

El presente apartado tiene como fin caracterizar la población que ha vivido experiencias traumáticas o estresantes, por presenciar o ser víctima de hechos violentos relacionados con el conflicto armado, además de analizar los factores asociados y describir los desenlaces en salud mental a partir de los datos de la ENSM 2015.

Métodos

Se analizaron los datos de la ENSM 2015, que corresponde a una sub-muestra de la *muestra maestra* de estudios poblacionales para salud del MSPS de la población civil no institucionalizada. También se recolectaron 15.351 encuestas completas distribuidas por grupos de edad así: niños de 7-11 años (2.727); adolescentes de 12-17 años (1.754); adultos de 18-44 años (5.889) y ≥ 44 años (4.981), de las cinco regiones de territorio nacional: Atlántica, Oriental, Bogotá, D.C., Central y Pacífica (12).

Para el presente análisis se consideró una persona expuesta a hechos victimizantes por el conflicto armado en Colombia aquella que en el formulario M138 respondió "sí" a la pregunta: "¿Usted ha presenciado, ha sido víctima o le han contado que alguien cercano suyo ha sido víctima de algún evento o experiencia estresante?", incluyendo desaparición forzada, tortura, secuestro, reclutamiento forzoso, masacre, confrontación entre grupos armados, minas antipersonales o violencia sexual (13). Esta pregunta, realizada a la población adulta, forma parte de la lista de comprobación de riesgo de trastorno de estrés posttraumático (TEPT) versión para civiles (PCL-C), que indagó sobre experiencias estresantes o traumáticas que la persona ha vivido (14).

A partir de la información disponible de la ENSM, se procedió a caracterizar socio-demográficamente este grupo de personas mediante variables como edad, sexo, estado civil, región, área, etnia, nivel educativo, régimen de afiliación, pobreza según el índice de pobreza multidimensional (IPM), la ocupación de la persona al momento de la encuesta, si presenta o no enfermedades crónicas, disfunción familiar, discriminación y preguntas de autopercepción del estado general de la persona en los últimos doce meses y consumo de alcohol.

También se incluyeron variables de exposición a otros tipos de violencia como la derivada de la delincuencia común y la violencia intrafamiliar y otras experiencias traumáticas como haber sido víctima de desastres naturales. Además, se incluyeron tres variables para los desenlaces en salud mental: **1.** Trastornos depresivos que incluye depresión mayor, depresión menor y distimia; **2.** Trastornos de ansiedad que incluye trastorno de ansiedad generalizada (TAG), pánico o fobia social; y **3.** Cualquier trastorno mental que agrupa depresión mayor o menor, distimia, manía o hipomanía, TAG, pánico y fobia social. Otras variables consideradas de importancia no estaban disponibles en el momento en el que se realizó este estudio por tal razón no fueron incluidas.

El análisis incluyó la población mayor de 18 años, ajustada empleando los factores de expansión. Para cada variable se calculó la prevalencia y medidas de asociación (Razón de Odds (OR)) mediante modelos logísticos bivariados y multivariados. La variable de desenlace fue: *haber sufrido de manera directa o indirecta algún evento violento relacionado con el conflicto armado*. Para el modelo multivariado se incluyeron las variables con un nivel de significancia estadística menor a 0,20 en el análisis bivariado; la edad y el sexo también se incluyeron por considerarse relevantes para el modelo. El procesamiento de los datos se realizó en el programa *Stata 13*[®] usando el módulo para encuestas poblacionales.

Resultados

El 6,7% de la población refirió haber sido afectada por el conflicto armado como víctimas directas o habiendo presenciado o sabido de hechos victimizantes que le ocurrieron a familiares o amigos. Las características de la población, según su afectación o no, se encuentran descritas en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la población expuesta a hechos victimizantes por el conflicto armado vs. no expuesta. Colombia, 2015

VARIABLE	AFECTADOS POR EL CONFLICTO	NO AFECTADOS POR EL CONFLICTO	VALOR DE P
Edad	42,41	41,39	0,26
Sexo			0,25
Hombres	52,41%	48,94%	
Estado civil			0,00
Casado-unión libre-pareja	63,51%	56,12%	
Separado-viudo-divorciado	15,34%	12,82%	
Soltero	21,15%	31,07%	
Región			0,07
Central	31,00%	24,75%	
Atlántica	16,13%	20,56%	
Bogotá	12,34%	17,54%	
Oriental	24,36%	19,52%	
Pacífica	16,17%	17,63%	
Área			0,00
Rural	32,69%	22,09%	
Etnia			0,00
Indígena	8,53%	6,05%	
Otros grupos	0,35%	0,48%	
Afrodescendientes	14,43%	9,22%	
Ninguno de los anteriores	76,99%	84,23%	
Educación			0,02
Ninguno/Primaria	38,93%	31,88%	
Secundaria	48,98%	51,51%	
Técnico/Tecnólogo	5,98%	9,32%	
Universitario	6,10%	7,28%	
Régimen			0,14
Contributivo	49,80%	54,26%	
Subsidiado	50,20%	45,74%	
Pobreza			0,00
Hogar con pobreza	18,29%	12,83%	

VARIABLE	AFFECTADOS POR EL CONFLICTO	NO AFFECTADOS POR EL CONFLICTO	VALOR DE P
Actividad			0,48
Trabajando	46,40%	48,04%	
Buscando trabajo	2,94%	3,50%	
Estudiando	18,47%	18,02%	
Oficios del hogar	23,31%	23,24%	
Con discapacidad permanente para trabajar	4,76%	2,64%	
Otra	4,11%	4,55%	
Enfermedad crónica	68,90%	63,35%	0,06
Difunción familiar	29,99%	28,16%	0,54
¿Se ha sentido discriminado alguna vez en la vida?	30,60%	18,77%	0,00
Cualquier trastorno últimos 12 meses	6,70%	4,14%	0,06
Trastorno ansiedad últimos 12 meses	3,88%	2,04%	0,03
Depresión últimos 12 meses	3,08%	1,98%	0,13
Angustia y depresión			0,01
No estoy angustiado (a) ni deprimido	81,99%	88,21%	
Estoy moderadamente angustiado o deprimido	16,87%	10,57%	
Estoy muy angustiado o deprimido	1,14%	1,21%	
Felicidad			0,02
Infeliz	12,84%	8,52%	
Alcohol			0,88
Sin problemas	89,05%	89,58%	
Consumo de riesgo	10,32%	9,67%	
Posible dependencia	0,63%	0,75%	
Autopercepción de seguridad	59,23%	60,15%	0,60
Autopercepción de pobreza	30,52%	38,86%	0,00
Autopercepción estado de salud	75,61%	77,95%	0,08
Estado de salud respecto a personas de su edad			0,11
Mejor	43,67%	46,31%	
Peor	48,39%	48,62%	
Igual	7,95%	5,06%	

VARIABLE	AFFECTADOS POR EL CONFLICTO	NO AFFECTADOS POR EL CONFLICTO	VALOR DE P
Expuesto a desastre natural	5,60%	1,94%	0,00
Violencia intrafamiliar	13,98%	6,20%	0,00
Violencia física	9,35%	2,96%	0,00
Delincuencia común	19,12%	11,48%	0,00

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

No se encontraron diferencias significativas por edad o sexo entre los afectados por el conflicto y la población no afectada. Más del 50% de los afectados por el conflicto pertenecían a las regiones Central y Oriental que corresponden a los departamentos de Antioquia, Caquetá, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila, Boyacá, Meta, Putumayo, Cundinamarca, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Santander, Norte de Santander y Arauca.

En la población afectada por el conflicto fue mayor la proporción de personas del área rural, así como quienes se identificaron como indígenas y afrodescendientes. También se encontró una mayor proporción de personas con bajo nivel educativo (ninguno/primaria) y hogares en estado de pobreza según el IPM, sin embargo, las personas no afectadas por el conflicto refirieron una mayor prevalencia de pobreza auto percibida. En las variables que valoraron el estado de salud general se observó que las personas afectadas por el conflicto reportaron una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$). No se encontraron diferencias en la autopercepción de salud.

Con relación a los desenlaces de salud mental se encontró que las personas afectadas por el conflicto presentaron mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en el último año, que las personas no afectadas.

Las prevalencias de cualquier trastorno mental y depresión en el último año también fueron mayores en las personas afectadas por el conflicto, pero estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. Al valorar el estado de angustia o depresión al momento de la encuesta se encontró que las personas afectadas por el conflicto refirieron sentirse "moderadamente angustiado o deprimido" más frecuentemente que aquellos no afectados. Las personas afectadas por el conflicto presentaron una mayor prevalencia de infelicidad, que las no afectadas y además refirieron haberse sentido discriminados alguna vez en la vida en proporciones mucho mayores que los no afectados.

Para la exposición a otras formas de violencia, se encontró que las personas afectadas por el conflicto también fueron afectadas más frecuentemente, por otros tipos de violencia como la intrafamiliar, la violencia física y la delincuencia común y también fueron las más afectadas por desastres naturales.

En la Tabla 2 se presentan los OR crudos para las variables de análisis. Las asociaciones más fuertes encontradas son las relacionadas con la exposición directa o indirecta a otras formas de violencia o trauma. Con relación a la salud mental, el estado de afectado por el conflicto se asoció con una mayor probabilidad de presentar cualquier trastorno mental o trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses.

Tabla 2. Análisis bivariado de factores asociados a la exposición al conflicto armado. Colombia, 2015

	OR CRUDO	IC (95%)	P
Edad	1,00	0,99 1,01	0,26
Sexo (referencia mujeres)			
Hombre	1,15	0,90 1,45	0,25
Estado civil (referencia soltero)			
Casado/Unión libre/Pareja	1,66	1,27 2,18	0,00
Separado/Viudo/Divorciado	1,76	1,15 2,68	0,01
Región (referencia Bogotá)			
Central	1,78	1,10 2,88	0,02
Atlántica	1,11	0,68 1,82	0,66
Oriental	1,77	1,07 2,94	0,03
Pacífica	1,30	0,81 2,11	0,28
Área (referencia urbano)			
Rural	1,71	1,33 2,19	0,00
Etnia (referencia Ninguno de los anteriores)			
Indígena	1,54	1,12 2,13	0,01
Otros grupos étnicos	0,82	0,11 0,63	0,02
Alfodscendientes	1,71	1,18 2,48	0,01
Educación (referencia universitario)			
Ninguno/Primaria	1,46	0,90 2,37	0,13
Secundaria	1,13	0,70 1,84	0,61
Técnico/ Tecnológico	0,77	0,42 1,38	0,38
Régimen (régimen contributivo)			
Subsidiado	1,20	0,94 1,52	0,14
Pobreza (referencia hogar sin pobreza)			
Hogar con pobreza	1,52	1,16 2,00	0,00
Actividad (referencia trabajando)			
Buscando trabajo	0,87	0,47 1,63	0,66
Estudiando	1,06	0,78 1,45	0,71
Oficios del hogar	1,04	0,75 1,44	0,82
Incapacitado permanente	1,86	0,98 3,53	0,06
Otra	0,93	0,55 1,60	0,81

	OR CRUDO	IC (95%)	P
Enfermedad crónica (Referencia sin enfermedad crónica)	1,28	0,99 1,66	0,06
Disfunción familiar (Referencia sin disfunción familiar)	1,09	0,83 1,45	0,53
¿Se ha sentido discriminado alguna vez en la vida? (Referencia no)	1,91	1,46 2,50	0,00
Cualquier trastorno últimos 12 meses (Referencia sin trastorno)	1,66	1,01 2,72	0,04
Trastorno ansiedad últimos 12 meses (Referencia sin ansiedad)	1,94	1,12 3,35	0,02
Depresión últimos 12 meses (Referencia sin depresión)	1,57	0,90 2,74	0,11
Angustia o depresión (Referencia no estoy angustiado (a) ni deprimido)			
Estoy moderadamente angustiado o deprimido	1,72	1,17 2,51	0,01
Estoy muy angustiado o deprimido	1,01	0,40 2,53	0,98
Felicidad (referencia feliz)			
Infeliz	1,58	1,08 2,32	0,02
Alcohol (referencia sin problemas)			
Consumo de riesgo	1,07	0,75 1,53	0,70
Posible dependencia	0,85	0,26 2,76	0,79
Auto percepción de seguridad (Referencia No)	0,10	0,99 1,00	0,60
Auto percepción de pobreza (Referencia No)	0,98	0,98 0,99	0,00
Autopercepción estado de salud (Referencia No)	0,10	0,99 1,00	0,06
Estado de salud respecto a personas de su edad (Referencia Mejor)			
Peor	1,06	0,82 1,35	0,67
Igual	1,66	1,08 2,56	0,02
Expuesto a desastre natural (Referencia No)	3,00	1,73 5,21	0,00
Violencia intrafamiliar (Referencia No)	2,46	1,65 3,65	0,00
Violencia física (Referencia No)	3,38	1,90 6,00	0,00
Delincuencia común (Referencia No)	1,82	1,30 2,56	0,00

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Los resultados del análisis multivariado se presentan en la Tabla 3. Vivir en la región Oriental del país, se asoció con un riesgo tres veces mayor de ser afectado por el conflicto al comparar con Bogotá, D.C. La asociación también fue alta para las regiones Central y Atlántica; ser afectado por el conflicto armado también se asoció con la exposición a otros tipos de violencia, particularmente con la violencia física cuyo riesgo fue casi tres veces mayor que para aquellos no afectados por el conflicto.

De acuerdo con la pertenencia étnica se evidenció que las personas afrodescendientes tienen un mayor riesgo de ser afectadas por el conflicto, comparadas con aquellas que no manifestaron pertenencia étnica (OR 1,7 IC95% 1,16 a 2,5). También se encontró una asociación entre ser afectado por el conflicto y haberse sentido discriminado alguna vez en la vida (OR 1,8 IC95% 1,34 a 2,42). En relación con el sexo, los resultados muestran que ser hombre aumentó la probabilidad de haber sido afectado por el conflicto armado (OR 1,31 IC95% 1,02 a 1,67).

Tabla 3. Análisis multivariado de factores asociados a la exposición al conflicto armado. Colombia, 2015

	OR CRUDO	IC (95%)	P	
Sexo (referencia mujeres)				
Hombre	1,31	1,02	1,67	0,03
Edad	0,10	0,99	1,00	0,43
Estado civil (referencia soltero)				
Casado/Unión libre/ Pareja	1,51	1,10	2,06	0,01
Separado/Viudo/Divorciado	1,65	1,03	2,64	0,04
Región (referencia Bogotá)				
Central	2,77	1,67	4,58	0,00
Atlántica	1,94	1,12	3,36	0,02
Oriental	3,14	1,81	5,43	0,00
Pacífica	1,62	0,94	2,80	0,08
Área (referencia urbano)				
Rural	1,62	1,21	2,18	0,00
Etnia (referencia Ninguno de los anteriores)				
Indígena	1,27	0,84	1,93	0,22
Otros grupos étnicos	0,55	0,00	0,51	0,02
Afrodescendientes	1,70	1,16	2,50	0,00
Régimen (referencia régimen contributivo)				
Subsidiado	1,33	1,03	1,72	0,26
Enfermedad crónica (Referencia Sin enfermedad crónica)				
Si	1,31	0,98	1,75	0,06
¿Se ha sentido discriminado alguna vez en la vida? (Referencia no)	1,80	1,34	2,42	0,00

	OR CRUDO	IC (95%)	P	
Auto percepción de pobreza (Referencia No)	0,98	0,98	0,99	0,00
Expuesto a desastre natural (Referencia No)	2,40	1,36	4,22	0,00
Violencia intrafamiliar (Referencia No)	1,99	1,33	3,00	0,00
Violencia física (Referencia No)	2,51	1,43	4,41	0,00
Delincuencia común (Referencia No)	1,72	1,16	2,56	0,00

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

El análisis evidencia las diferencias existentes entre quienes han sido afectados por el conflicto armado, ya sea de manera directa o indirecta, y quienes no lo han sido: hombres que viven en las áreas rurales de la región Central y Oriental, pertenecientes a grupos étnicos (principalmente afrodescendientes) fueron los más afectados por la violencia del conflicto.

Con relación a la salud mental de las personas expuestas al conflicto se observa que presentan prevalencias más elevadas de trastornos mentales en general y en particular trastornos de ansiedad; además, refirieron mayores niveles de sentimientos de angustia o depresión e infelicidad. Si bien no se encontró una asociación entre los desenlaces de salud mental y la afectación por el conflicto armado en el modelo multivariado, estos resultados deben tenerse en cuenta por las implicaciones que podría tener en la prestación de servicios de salud a poblaciones vulnerables. Otro hallazgo importante es la fuerte asociación entre la exposición al conflicto y el haber sido discriminado.

Fue relevante para el análisis, la relación de la exposición al conflicto armado con otros tipos de violencia y otras experiencias traumáticas como la afectación por desastres naturales. En el análisis multivariado se encontró una fuerte asociación entre estas variables, reflejando que las personas afectadas por el conflicto también sufren de mayores niveles de violencia intrafamiliar y violencia física fuera del ámbito del hogar no relacionado con el conflicto y también resultan afectados más frecuentemente por las acciones de la delincuencia común.

La asociación entre la afectación por el conflicto armado y los desastres naturales también es interesante, lo que podría sugerir que esta población presenta situaciones de vulnerabilidad por factores sociales, económicos y geográficos que también podría relacionarse con la presencia del conflicto.

Referencias

1. World Health Organization. Mental health: a state of well-being. *Lipstad August* [Internet]. Updated August 2014 [cited 2017 Aug 13]. Available from: http://www.who.int/features/infocus/mental_health/en/WHO
2. Martín I, Ochotorena J. Tratamiento por estrés posttraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*. 2004;16(1):45-9.
3. Carvajal C. Posttraumatic stress disorder: clinical profile. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2002;40(5):521.
4. Rodríguez J, Calder de Almeida J. Desastres y salud mental: la experiencia de Latinoamérica y el Caribe. In: *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, DC: OPS; 2007. p. 160-80.
5. Rodríguez J, Bregonzoli G, Lavez I. Violencia política y salud mental en Guatemala. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 2002;48(1-4):43-9.
6. Gómez-Restrepo C, de Santaruz C, Rodríguez M, N, Rodríguez V, Martínez M, Matallana D, & González LM. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(2-8).
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Nacional de estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud: conceptualización y guía metodológica. 2013. 278p.
8. Gómez-Restrepo C, & de Santaruz C. La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(1):1.
9. Tamayo N, Javier C, Rodríguez R, Santaruz C De, Bautista N, Collazos J, et al. Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia: resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(1):113-8.
10. Médicos Sin Fronteras. Tires venes víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Conflicto armado y salud mental en el departamento de Cauquesá, Colombia. 2010:27.
11. Médicos sin Fronteras. Las heridas menos visibles - Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. Junio. 2013:30.
12. Rodríguez N, Rodríguez VA, Ramírez E, Cediel S, Gil F, & Rondón MA. Aspectos metodológicos del diseño de muestra para la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(2):30.
13. Instrumentos de recolección Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. M13R.
14. Encuesta Nacional de Salud Mental. Documento contextual-bases de datos. 2015.

4.3.7.2. Análisis de testimonios víctimas del conflicto armado en Colombia

Paula Castillo-Santana
Elkin Vallejo-Rodríguez
Andrea García-Salazar
Carlos Castañeda-Orjuela
Karol Cotes-Cañillo

La violencia, producto de los conflictos armados, trae consigo una serie de consecuencias en la salud de la población. La OMS la ha asociado a altos índices de mortalidad infantil, mortalidad en adultos, morbilidad, contagio de enfermedades transmisibles, discapacidad e impactos en la salud mental (1). La asociación entre ser víctima del conflicto armado y las afectaciones en salud mental han sido abordadas desde diferentes perspectivas que evidencian la magnitud de su impacto y permiten plantear diferentes propuestas para su intervención (2).

En Colombia, la Ley 1616 de 2013 define la salud mental como un estado dinámico de los sujetos que les facilita relacionarse con el otro, aportar a su familia, comunidad y desenvolverse en su vida cotidiana, a partir de sus recursos emocionales, mentales y cognitivos (3). La salud mental de los sujetos se expresa en las formas de relacionamiento del individuo con su familia y comunidad, obedece a procesos de carácter histórico, político, social y cultural, por tanto, no sólo depende de aspectos de índole biológico del individuo, sino también de sus condiciones de vida y la garantía de sus derechos (4).

El conflicto armado colombiano se ha caracterizado por la violación sistemática de los derechos humanos de la población, a través de diferentes modalidades de violencia. Los daños producidos a las víctimas son diversos, entre ellos, los morales, emocionales y a la salud, especialmente la salud mental (5). Los daños morales afectan la integridad moral de los individuos y, de acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), se relacionan con la dimensión mental y los valores de los individuos y comunidades (6). Por su parte, el daño emocional recae sobre las experiencias afectivas del sujeto, por lo que se encuentra vinculado con la historia de vida y las vivencias personales (7).

A su vez, las alteraciones en la salud física y mental, la enfermedad, los trastornos y otro tipo de malestares, constituyen expresiones del daño también referidas por las víctimas, que dependen de la historia de vida, el tejido social, familiar, entre otras características que atañen a la personalidad de los sujetos (5,7).

Los daños en el ámbito de la salud mental han sido reconocidos por el Estado colombiano, por ejemplo, en la Ley 1448 de 2011, ley de víctimas y restitución de tierras, se reconoce de manera explícita, desde una apuesta de política pública, que el conflicto armado afecta no sólo físicamente a las víctimas, sino que también interfiere en su proyecto de vida, y las esferas individual y colectiva (8). Las afectaciones del conflicto armado en la salud mental han sido documentadas por diversos organismos multilaterales, entidades estatales, centros de investigación y organizaciones sociales, pero se requieren análisis adicionales de las mismas, por tanto, el objetivo de este apartado fue identificar los principales daños en la salud mental de las víctimas del conflicto armado colombiano, entendiendo por tales daños, los emocionales, morales y las alteraciones a la salud mental, a partir de testimonios de víctimas de hechos del conflicto.

Metodología

Recolección de información

Se realizó un análisis documental, a partir de publicaciones escritas y audiovisuales que contenían testimonios de víctimas del conflicto armado colombiano. En un primer momento se realizó la caracterización de las fuentes y los registros escritos y audiovisuales; y, en un segundo momento, el análisis de los significados y contenidos de los testimonios de las víctimas, retomando algunos elementos propios de la investigación narrativa (9).

Se revisaron 17 fuentes de información pertenecientes a entidades estatales, organismos multilaterales, centros de investigación y organizaciones sociales reconocidas por su trabajo con víctimas del conflicto armado y su trayectoria investigativa en temas relacionados con este. No se incluyó prensa como fuente de información debido a la dificultad para valorar la credibilidad y autenticidad de los testimonios. En la selección de las fuentes y testimonios se buscó diversidad y representatividad de los casos según modalidad de violencia, hecho victimizante, victimario y región.

La revisión de las fuentes se hizo a partir de una caracterización bajo los criterios de tipo de material producido, posibilidad de acceder a los documentos, metodologías de recolección y análisis de la información y período de producción de la fuente documental. Como resultado de este primer ejercicio se seleccionaron cinco fuentes: Centro de Estudios Sociales (CES); Organización SISMA mujer; Movimiento Nacional de Víctimas de Crímenes de Estado (MOVICE); Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP) y Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH).

Una vez seleccionadas las fuentes se realizó una identificación de los documentos producidos por las mismas, en función de si éstas contenían testimonios para ser incluidos en el estudio. Para este proceso se tuvieron en cuenta criterios como la posibilidad de acceder al documento en medio digital o escrito, identificación del actor armado responsable de la afectación, identificación del hecho o modalidad de violencia cometida y fecha del hecho posterior al 1 de enero de 1985.

Se revisó el contenido de los documentos seleccionados para identificar los testimonios de las víctimas del conflicto armado que dieran cuenta de afectaciones en sus vidas, más allá de la descripción de los hechos victimizantes. Los criterios de selección para la inclusión de los testimonios fueron: una extensión de seis o más líneas, si era escrito, o de más 45 segundos, si era audiovisual; testimonios desde la voz de las víctimas; testimonios recogidos por la fuente que los cita; y claridad sobre el victimario, región y período de ocurrencia del hecho victi-

mizante o modalidad de violencia. Los testimonios escritos se retomaron tal como aparecían en la fuente y los audiovisuales fueron transcritos literalmente.

Se incluyeron testimonios de todas las modalidades de violencia y hechos victimizantes. Para las modalidades de minas anti-persona, atentados terroristas, reclutamiento ilícito, secuestro y toma de rehenes, el número de testimonios incluidos fue menor a diez, pese a la inclusión de algunos que no cumplieran con los criterios de inclusión, pero que daban cuenta de las afectaciones en las víctimas y contaban con la extensión requerida para el análisis.

Finalmente, para cada uno de los testimonios seleccionados se identificó el sexo de la víctima, el lugar de ocurrencia de los acontecimientos victimizantes, la modalidad de violencia y la ocupación de la víctima. Se identificó si el documento abordaba un enfoque diferencial étnico o de género y para cada testimonio se caracterizaron tres variables de tiempo: momento de ocurrencia del hecho victimizante, fecha de recolección del testimonio y fecha de publicación del texto.

Análisis

El análisis de los testimonios se realizó sobre la base de algunos planteamientos del análisis de contenido, en cuatro fases. En la primera, se llevó a cabo el análisis de datos textuales cuyo propósito fue revelar el contenido manifiesto de las narrativas de las víctimas. Se realizó el cálculo de las frecuencias y secuencias de palabras de la totalidad de testimonios utilizando el lenguaje de programación R. Como resultado, se obtuvo un listado de palabras con sus respectivas frecuencias de aparición. Este listado inicial fue sometido a varias revisiones por parte de los investigadores para realizar las transformaciones, reemplazos (por ejemplo, verbos en infinitivo, plurales a singulares) y eliminaciones de palabras que fueron innecesarias (conjunciones, algunos artículos, interjecciones y preposiciones). Se obtuvo un listado y una nube de palabras que conformaron el corpus de los testimonios, además de listados de secuencias de dos y tres palabras (n-grams).

En la segunda fase se realizó la definición de tema, a partir de la conceptualización temática realizada por los investigadores y la revisión de la nube de palabras y las secuencias de palabras. Dentro del tema daños, se definieron cuatro categorías: emocionales, morales, familiares y alteraciones a la salud. Una vez definidas las categorías, cada investigador revisó separadamente los listados de frecuencias y secuencias de palabras en su totalidad para conformar las agrupaciones de palabras por categoría. Posteriormente, se unificaron las agrupaciones generadas por cada investigador creando una única agrupación de palabras por categoría, previa verificación del acuerdo entre investigadores sobre cada palabra (las palabras incluidas en una categoría deberían tener el acuerdo de por lo menos dos investigadores). Las palabras sin consenso, se sometieron nuevamente a revisión por parte de los investigadores.

En la tercera fase se desarrolló el análisis de contenido cualitativo el cual permitió desentrañar el contenido latente de los testimonios. Esta fase tuvo como eje trazador la identificación de subcategorías, al interior de las categorías ya definidas. El análisis fue realizado por cada investigador para lo cual cada uno construyó matrices de análisis con las categorías y subcategorías emergentes. Se tuvo en cuenta que las categorías y subcategorías tuvieran la suficiente densidad conceptual [1] y que hubiesen alcanzado el punto de saturación. Por último, se realizó la cuarta fase de triangulación a partir de las matrices elaboradas por cada uno de los investigadores, lo que permitió la comparación de los hallazgos, esto con el fin de aportar a la validez de los resultados y proponer una organización de los mismos en la escritura del documento, en función de las categorías y subcategorías identificadas (Figura 1).



Figura 1. Fases del análisis de testimonios de víctimas del conflicto armado colombiano

Fuente: análisis equipo de trabajo ONI

victima cuyo padre fue asesinado "Se le detiene a uno la vida... Yo he tratado de seguir con mi vida normalmente y creo que ese momento en que reconozco que se detiene la vida para mí sucede más adelante... Yo creo que el dolor no se va, se transforma. Con lo que tiene que ver con el asesinato, la tortura, no hay un día en mi vida en que no piense en mi papá... eso me marcó la vida. Siento que antes podía ser doloroso, angustiante, ahora tengo como más manejo sobre esos sentimientos pero el dolor no se va y creo que no se va a ir..." [382].

El miedo es otra de las emociones que sobresale en los testimonios de las víctimas. En este escenario afectivo, el silencio como respuesta al miedo aparece como la única manera de protegerse frente a la constante amenaza que representa la presencia de los actores armados o el recuerdo de las atrocidades de la guerra "llegaban los uniformados y el carro blanco, seguro ya vienen por otros... y la gente no podía hablar, no decía nada, tenía miedo, era la época de Trujillo bajo el terror y la amenaza, se llevaron a nuestro amigo y pastor el Padre Tiberio y lo torturaron, lo asesinaron... hoy persiste el miedo y el silencio" [301]. El silencio esconde el miedo y la impotencia de las víctimas al no poder hacer algo diferente a permitir todo tipo de actos violentos y vulneraciones a cambio de preservar la vida "y como estaban en mi pueblo en época de conflicto pensaban que podían hacer lo que ellos quisieran. Y nosotros pues callados no decíamos nada; pues como no conocíamos hasta donde podía una reclamar..." [1761].

El miedo desde la voz de las víctimas organiza la vida social, familiar e individual y su efecto persiste a través del tiempo: "Nos tocó duro en esa época pues el temor de eso, de que nos exigían... la vacuna que dicen y luego que ya no se podía ni andar de noche, ya le pusieron horario a la hora que tenían que los carros estar quietos, ya no andar por la vía" [71]. Otra forma de experimentar el miedo son las sensaciones de amenaza, incertidumbre e inseguridad, no sólo relatadas cuando se es retenido, torturado o cuando se está en medio de un combate; su efecto deja una estela que mina cada espacio de lo cotidiano "no salgo sino de mi casa al trabajo, debo impedir que mis hijos salgan a la calle, mi hija no va a las convivencias del Colegio ¿Qué seguridad

le puedo garantizar? y las vacaciones son por esta razón cada cinco años... También sé que mi teléfono está chuzado" [378].

Es así como las características o particularidades de los daños emocionales, el dolor y el miedo constituyen los elementos más reiterados en los testimonios de las víctimas; no obstante, más allá de esto es necesario subrayar que las huellas que deja el conflicto armado en las experiencias afectivas de cada sujeto; la temporalidad, la profundidad y la forma como se comunican o expresan los mismos, es siempre privativa de cada sujeto (Tabla 1).

Daños morales: sobre tratos crueles y el valor de la vida

Además de lo emocional en los testimonios de las víctimas se descubren algunas palabras que hacen referencia a la identidad y valía personal y social ("arraigo", "identidad", "dignidad" y "respeto"), vinculadas en algunos casos a palabras como: ("perdió", "tocar" y "dejar"). Asimismo, se encontraron palabras que aluden a acciones en contra de las víctimas ("intimidar", "humillar", "discriminar" y "estigmatizar") o calificativos hacia las víctimas ("perro"). Este tipo de expresiones que fueron puestas de manifiesto en el corpus de testimonios y según el CNMH hacen referencia a daños de tipo moral (s) (Figura 2).

Como parte de estos daños, las víctimas manifiestan que el valor de la vida y de todo aquello que otorga una condición de humanidad a los sujetos, es cuestionado en el marco del conflicto armado de dos maneras, por los hechos victimizantes y por lo que viene después del hecho. La muerte, la tortura, la violación, las heridas visibles y no visibles se desestiman y en algunos casos se admiten como si fueran hechos naturales "Y más triste aún que fuera de que los asesinan tan vilmente los dejan tirados allá como si fueran quien sabe qué, eso lo enferma a uno, eso es algo que todos los días le taladra a uno la mente" [373]. El daño moral también se configura en el trasegar de las familias, individuos y comunidades después de vivir uno de estos hechos, este trasegar se torna determinante para recuperar o reparar su sentido de valía y humanidad "...sufrimos, pero es que uno ser desplazado es más triste. Uno vivir encerrado como un ma-

rrano" [615], "nunca nos vimos guindándole a nadie, teníamos nuestros animalitos, de eso vivíamos, sabroso... ya llegaban todas las quinceñas y yo pedir, no joda, eso sí me partía el alma" [113].

Desde los testimonios de las víctimas el carácter deshumanizante de la guerra también se imprime en el cuerpo de las mujeres, quienes soportan la privatización de sus cuerpos, el señalamiento, la burla y todo tipo de maltratos configurando un daño moral al ser convertidas en objetos que se intercambian, que sirven para el placer de un otro, como algo que debe ser castigado y disciplinado o usado para atacar al adversario "se aprovechan de la inocencia de las niñas indígenas desplazadas... Muchos proxenetas pagan la dote para casarse con ellas, las llevan a otros sitios donde las prostituyen y después las devuelven diciendo que no sirvieron como esposas" [221]; "Que me iban a dejar viva sólo para que recordara que nunca debía meterme con guerrilleros. Que todo eso me pasaba por guerrillera, por ser una prostituta cochina" [143]; "Me cambiaron de ropa y al hacerlo se burlaban de mí y proferían comentarios obscenos, diciéndome que seguramente mis partes íntimas le gustarían a alguno de sus oficiales" [2571].

La justificación de las diversas violaciones y vulneraciones hacia las mujeres y su sustento en ideas sobre lo que se espera de ellas, su rol y la forma como deberían actuar, también están presentes entre quienes tienen injerencia en los procesos de justicia y reparación lo que desemboca en la persistencia del daño moral y una revictimización: "el psiquiatra que la atendió dijo a la menor que no tenía mucho que reclamar porque claramente se deducía que ella había incitado la relación sexual (ni siquiera se refirió a violación), por estar a las 10 de la noche en la calle y entrar a orinar a una discoteca donde no se permiten menores de edad y hay hombres mayores" [2843].

Los testimonios en otros casos dan cuenta de los señalamientos de los que son objeto personas, grupos y comunidades enteras de pertenecer, amparar o colaborar con el enemigo, los mismos que dejan una marca en las víctimas, incluso después de abandonar el contexto en el que éstas emergen "ya en el pueblo,

ya estaba un poco invisible, porque la guerrilla decía que eran, no podían ver que uno tuviera algo, porque decían que uno le mandaba víveres a los paracos, y sí eran los paracos decía que uno era guerrillero, pero nunca me imaginé que eso me pudiera pasar a mí...Pues yo no digo que soy desplazada; y uno dice soy desplazada, ah ¿tú que eres? ¿Guerrillera? o eres ¿paraco?, lo miran a uno por sobre el hombro" [751]. Para las víctimas los lugares de reasentamiento, representan escenarios en los que el señalamiento se acompaña con la estigmatización, donde se margina y aísla a las personas signadas como guerrillero o paramilitar "Y es que cuando uno llega a regiones en las que se dan cuenta de que es por desplazamiento, la mayor parte de la gente no lo mira como una persona de bien, o muchas veces no miran el problema por el que usted de pronto se vino, sino ya a uno lo miran como una cosa aparte de lo que es la sociedad" [402].

Desde los testimonios, las huellas que dejan las acusaciones y señalamientos menoscaban la honra y dignidad de las víctimas y sus familias, ocasionan un hondo sufrimiento que se fortalece en el silencio y el olvido por parte de la institucionalidad, frente al cual las propias víctimas se empoderan "el señor Álvaro Uribe Vélez [expresidente de Colombia], habló por televisión y sostuvo que los jóvenes de Soacha no se habían ido a recoger café sino con propósitos delincuenciales, que no habían muerto al día siguiente sino un mes más tarde. Eso es lo que empieza a activarnos como madres. El hecho de que además de asesinar a nuestros hijos, los quisieran hacer pasar públicamente como delincuentes" [381].

Las dinámicas, actores y hechos propios del conflicto armado impactan las creencias, valores, dignidad y honra de las víctimas, vulneran sus derechos, cuestionan todo aquello que otorga la condición misma de humanidad y profundiza la discriminación; situaciones que a su vez, se ven acentuadas por escenarios posteriores a los hechos victimizantes en los que se señala, se margina y se deslegitiman los sentires de individuos, familias y comunidades ya vulneradas y violentadas por la guerra (Tabla 1)

Alteraciones en la salud: huellas corporales, mentales y referencias a enfermar.

En el corpus de testimonios fue posible identificar algunas palabras que podrían sugerir síntomas, signos o conductas asociadas a una alteración en la salud ("insomnio", "depresión", "dormir", "trauma", "locura", "dragado" y "nervios"), o a enfermedades particulares ("diabetes"). Igualmente se identificaron expresiones asociadas a morir ("matar" y "muerte") (Figura 2).

De este modo, los testimonios ponen de manifiesto cómo los hechos del conflicto armado se han grabado en los cuerpos de sus víctimas, rostros desfigurados, miembros cercenados, dolores y sangrados constantes, entre otros, son referidos "la violación me dejó fracturada el lado derecho de mi cadera. Perdí a mi bebé, me sacaron el útero y mi rostro quedó desfigurado" [143]. Sin embargo, no todo lo que se hace visible en el cuerpo corresponde a un efecto directo de la tortura, la violación, las acciones bélicas y otros hechos de la guerra. El sufrimiento emocional también toma forma en el cuerpo de las víctimas y se expresa en padecimientos físicos "...entonces lo mío es diabetes por depresión y el glaucoma todo eso va incluido es a consecuencia de lo de la desaparición de mi hijo" [362], "se volvió muy taciturna y comenzó a manifestar los achaques del paso del tiempo pero con mayor rapidez e intensidad, se enfermaba más frecuentemente, tuvo úlceras, se volvió algo adicta al tabaco, y esto la llevó a que se manifestará mucho más rápido un cáncer que le generó la muerte" [375]. Además de las dolencias y malestares físicos, afectaciones mentales son nombrados en las narrativas de las víctimas ("sufrir algo en el cerebro" y "nervios").

La muerte por su parte, es evocada en los testimonios de las víctimas bajo diferentes representaciones. No sólo se habla de la muerte como el fin de la vida, sino como algo que se nombra para hablar del profundo dolor y sufrimiento a partir de expresiones como "estar muerto en vida". La muerte como idea recurrente, puede llegar en algunos casos a materializarse en actos suicidas o en acciones que reflejan una batalla contra la propia vida "llegaban borrachos, drogados, nos sacaban al patio, nos apuntaban con armas cortas y largas, y nos cogían a la fuerza

hasta encerrarnos en el cuarto que ellos quisieran... ellos escogían, una vez me tocó con tres hombres al mismo tiempo (...) Pero pasó un año y no pude más, estaba que me suicidaba y decidí escaparme (...) me subí a un carro transportador y me volé... pero hubiera preferido morir en esa casa" [146]; "Porque yo en la muerte de mi último hijo, en la masacre, yo misma me iba a matar, a mí no me daba por comer, todo era llanto (...) cuando yo vine a reaccionar, yo estaba en el hospital, ¿Qué me pasó?, "Usted se estaba muriendo", me decían: Usted tiene que comer, usted tiene que sobrevivir, con ese peso en el que está usted se va a morir [...] usted llorando, no comiendo y apenas tomando café" [369].

Referencias desde los testimonios de las víctimas a enfermedades, padecimientos o alteraciones en la salud, develan como estos estados pueden leerse como consecuencias directas de los hechos propios de la guerra, mientras que en otros, las huellas del daño emocionales manifestado en el cuerpo de las víctimas se expresan en una lucha con la propia vida, algunas de ellas con la muerte como desenlace final (Tabla 1)

Los daños a la familia

Dentro del análisis del contenido manifiesto fue posible evidenciar menciones a la familia y sus integrantes ("papá", "mamá", "hijo" y "familia"), adicionalmente un grupo de palabras se asoció a las rupturas y dificultades que sufren muchas familias debido a las afectaciones propias del conflicto armado ("desintegrar" y "desunión") (Figura 2).

La ruptura y desintegración familiar es precipitada en muchos casos por la muerte o el desplazamiento de uno o varios de sus integrantes "me mataron mi hermano, mi sobrina, mi hijo; mi mamá de verlo muerto le dio el infarto y también murió, murió mi papá, acabaron con la familia" [1562]. En algunos casos la falta de recursos o las presiones del contexto, posteriores a estos hechos, terminan dificultando la reconfiguración de las dinámicas familiares; se pierden las tradiciones, las celebraciones y todo aquello que era característico de las familias se conserva sólo en la memoria de algunos de sus miembros "... o sea nadie

puede hablar del cumpleaños, ni que cumple, ¿cómo? si ese día enterré a su hijo. [...] Son una cantidad de eventos que se han ido eliminando de la familia porque las circunstancias no lo han permitido y porque no hemos podido superarlo" [365].

En otros escenarios, hijos, madres o padres se ven enfrentados a asumir nuevos roles al interior de sus familias; los niños deben madurar rápidamente para fungir de cuidadores de sus hermanos o incluso de sus propios padres; madres que deben asumir el rol de papá y mamá a la vez; o padres que por las nuevas circunstancias de vida, el desempleo o las secuelas propias de la guerra quedan imposibilitados para cumplir con sus roles tradicionales "dejó cinco hijos y ayudar a mi mamá en este proceso que fue muy difícil al principio... y hemos sacado adelante a nuestros hermanos y aquí estamos... yo salí, yo fui a Bogotá, porque igual me tocó trabajar de empleada, como muchas, para poder ayudar a mi mamá a sacar adelante a mis hermanos" [41].

Las transformaciones y reajustes a los que se enfrentan las familias van a la par de los cambios en los proyectos de vida de sus integrantes, proyectos que en algunos casos deben ser postergados, mientras se resuelve la situación inmediata de la familia, esto se refleja en el testimonio de un joven que perdió la oportunidad de laborar en una empresa debido a los cambios que supuso un hecho victimizante "yo estudiaba en colegio industrial, en la hoja de vida que yo llevaba ahí, posiblemente salía directo a empresa, o sea, por la calificación que tenía, porque estaba nombrado como de los mejores eléctricos del colegio, y el profesor de taller de nosotros me decía eso a mí, "usted el cupo lo tiene asegurado en una empresa", porque de ahí ya salían estudiantes directo a empresas por la preparación que tenía; no joda, esa vaina sí me puso a mi patas para arriba" [116].

Es así como los daños que causa la guerra, no sólo dejan su huella en lo individual, las familias sufren su rigor, lo que causa rupturas en las relaciones y vínculos; y genera transformaciones en sus dinámicas y tradiciones (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen de los daños, según categorías identificadas y sus principales hallazgos, en testimonios de víctimas del conflicto armado en Colombia

CATEGORÍA	PRINCIPALES HALLAZGOS
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> Vivencias afectivas singulares Desbordan las capacidades individuales Dolor (pérdida, duelo y sufrimiento) Miedo (silencio, vida social y sensación de amenaza)
Morales	<ul style="list-style-type: none"> Negación de la humanidad Afectaciones a las mujeres y sus cuerpos Revictimización Señalamientos y estigmatización Honra y empoderamiento
Alteraciones en la salud	<ul style="list-style-type: none"> Afectaciones corporales directas de hechos victimizantes Afectaciones corporales producidas por daños emocionales Muerte
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> Rupturas familiares Reasignación de roles familiares a los sobrevivientes Proyecto de vida.

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

Conclusiones

Los daños causados por el conflicto armado adquirieron diferentes dimensiones; una de ellas es la emocional, donde desde las vivencias propias de cada individuo, emociones como el dolor y el miedo se expresaron de maneras diversas. Otra dimensión identificada, corresponde a los daños morales, que parten de desconocer la vida y todo rasgo de humanidad; algunos de ellos expresados particularmente en el cuerpo y vida de las mujeres. Estos daños, en ocasiones, fueron exacerbados por funcionarios del Estado llevando a la revictimización, situación que, en algunos casos, llevó al empoderamiento de las víctimas. Los daños a la salud se presentaron como otra dimensión, en la cual las personas vieron afectada su salud corporal por daños directos del conflicto y también por daños emocionales. Finalmente, los daños familiares configuraron otra dimensión, donde se rompen las estructuras familiares y se reasignan roles al interior de la familia, lo que en ocasiones lleva a que se pospongan proyectos de vida con tal de atender las necesidades familiares.

Dentro de los resultados de este análisis no fue posible identificar de forma clara diferencias en las afectaciones sufridas por las víctimas según el hecho victimizante o la modalidad de violencia, lugar de ocurrencia de los hechos y actor armado que perpetró el hecho, incluso para sexo y etnia no fue clara la diferencia. Si bien la Ley busca acciones diferenciales desde el enfoque étnico y de género, el análisis aquí realizado no evidenció diferencias respecto a las afectaciones, pues estas dependen del fuero interno de cada individuo y de las redes sociales y comunitarias del mismo, tal y como lo asevera el Ministerio de Salud y Protección Social. Finalmente, es claro que los resultados acá presentados no pueden evidenciar toda la complejidad de los daños que han experimentado las víctimas, por lo que se presentó una abstracción de esa compleja y enorme realidad.

La falta de atención en el desarrollo de procesos judiciales, es entre otros, un elemento de suma importancia al comprender la precaria recuperación de las víctimas en los planos emocional, moral y de salud. En el camino de esas falencias, se desarrolla el silencio que en las víctimas se ha convertido en una respuesta al terror frente al hecho y la recordación del mismo. Con el fin de reparar a las víctimas es necesario fortalecer el acompañamiento, asesoría y demás actividades que debe realizar el Ministerio Público y las autoridades policivas. En ese mismo sentido, es necesario que las acciones estatales continúen con procesos de autoreconocimiento por medio de los protocolos de atención en salud psicosocial, en donde lo acontecido deje de ser silenciado y occultado.

Referencias

1. Dikouti O, Gaha-Sagiri D. The World Bank. Demographic and Health Consequences of Civil Conflict. World Dev Rep 2011 [Internet]. 2010;47. Available from: http://wdr2011.worldbank.org/sites/default/files/pdfs/WDR_Background_Paper_Sage_and_Dikouti.pdf?filetype=original&fr-ment=ua&hgh=60&wci=800
2. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. Soc Sci Med [Internet]. 2003;56(11):17-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1616 de 2013. 2013. p. 1-17.
4. Solís A, Arelis S. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana. J Chem Inf Model. 2012;53(9):1689-99.
5. Centro Nacional de Memoria Histórica. Basta ya Colombia: memorias de guerra y dignidad. segunda. Bogotá D.C. Imprenta Nacional; 2013.
6. AVRE C. Aspectos Psicosociales de la Reparación Integral. 2006. p. 1-46.
7. Medina C, Quintero V, Bello MN, Herrera N, Linarez R, Ugrasim R, et al. Mujeres guerra. Víctimas y resistentes en el Caribe colombiano. 2011.
8. Congreso de la República de Colombia. Ley 1448 de 2011. Ley de víctimas y restitución de tierras. Vol. 2011. 2011.
9. Valle M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. primera. Madrid: Editorial Síntesis; 1999. 430 p.

Cuadro anexo 1. Listado de testimonios citados

NÚMERO DE TESTIMONIO	SEXO	REGIÓN	NÚMERO DE TESTIMONIO	SEXO	REGIÓN
101	Hombre	Pacífico	143	Mujer	Amazonía
681	Mujer	Andina	2571	Mujer	No identificada
1752	Mujer	Andina	2843	Mujer	Andina
3210	Hombre	Andina	751	Mujer	Caribe
188	Hombre	Andina	402	Hombre	Pacífico
65	Mujer	Andina	381	Mujer	Andina
111	Mujer	Caribe	362	Mujer	Andina
382	Mujer	Andina	375	Mujer	Andina
301	Hombre	Andina	152	Hombre	Andina
1761	Hombre	Andina	369	Mujer	Pacífico
71	Hombre	Pacífico	1562	Mujer	Andina
378	Hombre	Andina	365	Mujer	Caribe
373	Mujer	Andina	41	Mujer	Caribe
615	Hombre	Andina	116	Hombre	Caribe
113	Hombre	Caribe	146	Mujer	Amazonía
221	Mujer	Caribe			

Luz Angela Chocontá-Piraquive

4.3.8. Efectos en los servicios de salud

4.3.8.1. Coberturas de vacunación y la intensidad del conflicto armado en Colombia

La vacunación es una de las más importantes intervenciones en salud pública y uno de los principales servicios que ofrece el Estado colombiano a sus ciudadanos. Dentro de las principales consecuencias del conflicto armado, se encuentra la afectación en la prestación de servicios de salud de manera directa e indirecta. Los ataques directos a las misiones médicas, han sido frecuentes en el desarrollo del conflicto colombiano, presentándose restricciones o prohibiciones para la prestación del servicio; robos de medicamentos e insumos; asesinatos de pacientes y retenciones ilegales; amenazas y extorsiones al personal de salud y ataques directos a la infraestructura sanitaria (1). Un ejemplo de esto son las denuncias que en el año 2015, realizó la Defensoría del Pueblo del departamento de Bolívar relacionadas con acciones de grupos armados ilegales que impidieron las intervenciones de vacunación y prestación de servicios médicos a la población de áreas rurales del Sur del departamento, lo que afectó las coberturas de vacunación (2).

Las coberturas de vacunación pueden usarse como un indicador del desempeño de los programas de salud pública y pueden reflejar las consecuencias en salud, del conflicto armado en Colombia, las bajas coberturas reflejan la incapacidad del Estado para proveer servicios esenciales (3). Las ventajas del uso de las coberturas de vacunación para monitorizar el sistema de salud tienen que ver con el impacto que tienen en la morbilidad e infantil. Además, debido a que las cohortes de vacunación cambian año a año, las coberturas son un indicador sensible a cualquier alteración que afecte la prestación del servicio (3).

Algunos estudios de países como Afganistán, Etiopía y Sri Lanka han evaluado el impacto de la guerra o el conflicto armado en las coberturas de vacunación. En Etiopía se ha descrito que, a pesar de la violencia que azota el país, las coberturas de vacunación contra sarampión son aceptables, sin embargo, en el análisis de hogares se encuentra que los refugiados tienen mejores coberturas que el resto de la población (4).

Un análisis de las coberturas de DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos) y BCG (Bacillus Calmette-Guérin) en Afganistán, mostró una mejoría general en las coberturas a nivel nacional pero importantes desigualdades entre las regiones asociadas a la inseguridad generada por el conflicto (5). En Sri Lanka se analizaron las coberturas y oportunidad de la vacunación con DPT, BCG y OPV (vacuna antipoliomielítica oral) en un distrito altamente afectado por el conflicto, si bien las coberturas de los niños del lugar no fueron significativamente diferentes a las coberturas en otras regiones, sí se encontraron desigualdades en la oportunidad de la vacunación (6).

El objetivo de este análisis fue describir el comportamiento de las coberturas de vacunación de acuerdo con la intensidad del conflicto armado a nivel municipal. Para esto se tomaron como trazadoras las coberturas con las vacunas DPT, BCG y SRP (sarampión, rubeola, paperas).

Resultados

Se observó que para los tres biológicos las máximas coberturas se alcanzaron en el periodo de 2004-2009, todas mayores al 90%, posterior a lo que se ha presentado una reducción a niveles de 1998-2003, e incluso inferiores como se observó para la vacuna BCG (Figura 1).

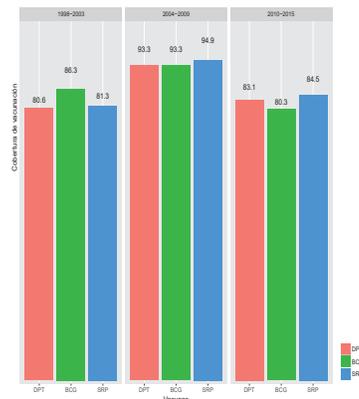


Figura 1. Coberturas de vacunación de DPT, BCG y SRP en menores de un año. Colombia 1998 a 2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Con relación al comportamiento de las coberturas de acuerdo con el quintil de intensidad del conflicto se observó un fenómeno de gradiente para las tres vacunas. Para la vacuna DPT, es notable este comportamiento de gradiente en el que la cobertura es menor en los quintiles de mayor IIC. Esto se evidenció para todos los periodos, incluso para el periodo entre 2004-2009, a pesar de las altas coberturas se pudo verificar que persiste esta desigualdad, los quintiles de menor intensidad (Q1 a Q3), presentan coberturas superiores al 90% mientras que en los quintiles de mayor intensidad las coberturas son del 88,5% y 88%, respectivamente.

Un fenómeno similar se presentó para la cobertura de BCG en los tres periodos, aunque el gradiente se observó de manera particular para el periodo de 2004-2009. Para el periodo 2010-2015 cayó la cobertura en todos los quintiles a niveles inferiores a los alcanzados en el periodo 1998-2003. Para la cobertura con SRP el fenómeno de gradiente no fue tan evidente pero se registró que los municipios en los quintiles de menor intensidad presentaron las mejores coberturas, mientras que los quintiles de mayor intensidad expusieron las más bajas en cada periodo. Las mejores coberturas con SRP también se reflejaron para el periodo de 2004-2009 y en este caso las desigualdades por quintil de intensidad del conflicto son menores que para las otras vacunas.

Para el periodo comprendido entre los años 2010-2015, las coberturas de vacunación con SRP disminuyeron, pero se mantuvieron superiores a las alcanzadas entre 1998-2003. Al estimar la brecha relativa entre los quintiles de mayor (Q5) y menor (Q1), IIC para cada periodo, se observó que para la cobertura con DPT esta diferencia relativa era del 16% entre 1998 a 2003, bajó al 4% entre 2004 a 2009 y luego en el periodo de 2010 a 2015 volvió en aumentó al 16%. Las desigualdades en la cobertura con SRP, se comportaron de manera similar con una brecha que pasa de 24% entre 1998 a 2003 al 4% entre 2004 a 2009 y luego aumentó al 13% entre 2010 a 2015.

En el caso de la BCG la brecha relativa de cobertura entre los quintiles extremos fue más amplia, pasando del 28% entre 1998 a 2003 al 19% entre 2004 y 2009, para luego aumentar al 34% en el periodo de 2010 a 2015.

Al comparar el cambio en las coberturas de los quintiles de mayor y menor intensidad del conflicto entre 1998 a 2003 y 2010 a 2015, se observó que para DPT las coberturas para ambos quintiles aumentaron de manera similar, alrededor del 5%. En el caso de BCG las coberturas no aumentaron sino que disminuyeron y esta reducción fue mayor (-11%) en el quintil de mayor intensidad del conflicto que en el quintil de menor intensidad (-7%). La cobertura con SRP en el quintil de menor intensidad del conflicto fue prácticamente igual para los dos periodos, pero para el quintil de mayor intensidad la cobertura con SRP aumentó un 10%.

En el análisis geográfico de las razones de cobertura de vacunación (Figuras 3, 4 y 5), mostró que en el caso de las coberturas con DPT, a lo largo de los tres periodos han venido aumentando los municipios con coberturas mayores al promedio nacional particularmente al Norte del país, sin embargo, para los departamentos de la Amazonía y Orinoquía se observó que persisten en las peores posiciones con respecto al promedio del país (Figura 3). Para la vacuna BCG se registró que la razón de coberturas mejoró para muchos municipios particularmente de la Costa Pacífica y el Suroriente, mientras que las regiones de Amazonía y Orinoquía continuaron rezagadas (Figura 4). Un fenómeno similar se presentó para la cobertura con SRP; se evidenció una mejoría en las razones de vacunación en la Costa Pacífica, municipios de Casanare, Arauca y en las regiones Atlántica y Pacífica, sin embargo, en los departamentos de Amazonas, Vaupés, Guainía, Guaviare y Meta las coberturas se mantuvieron muy por debajo del promedio nacional (Figura 5).

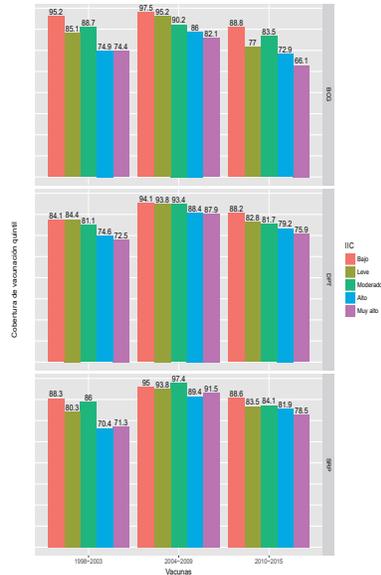


Figura 2. Coberturas de vacunación de DPT, BCG y SRP en menores de un año de acuerdo con los quintiles del índice de conflicto armado a nivel municipal en Colombia, 1998 a 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Con relación a la IIC en los municipios para todas las vacunas se observó que en el periodo 1998-2003, las coberturas en algunas zonas de mayor IIC tendieron a ser más bajas que el promedio nacional, como en municipios de Arauca, Vichada, Guainía, Vaupés, Casanare, Meta, Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Chocó. Por el contrario, Guaviare siempre se mantuvo en las posiciones de mejor cobertura con respecto al promedio nacional a pesar de también tener altos niveles de IIC.

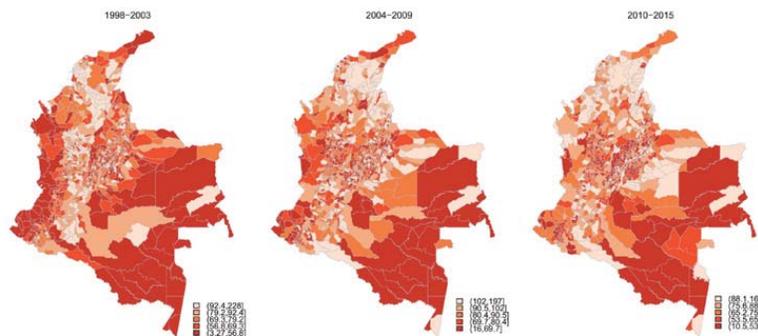


Figura 3. Razones estandarizadas de coberturas de vacunación de DPT por sexo, Colombia 1998- 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

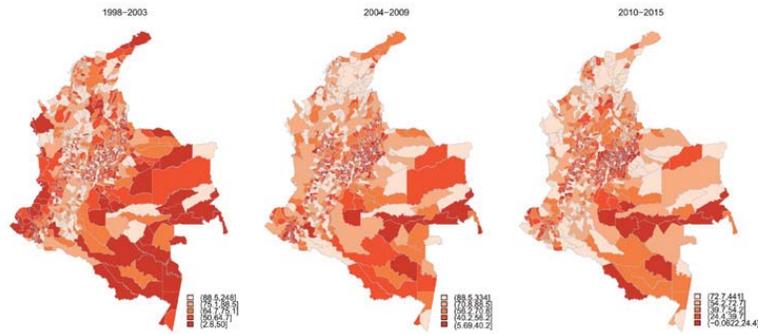


Figura 4. Razones estandarizadas de coberturas de vacunación de BCG por sexo, Colombia 1998- 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

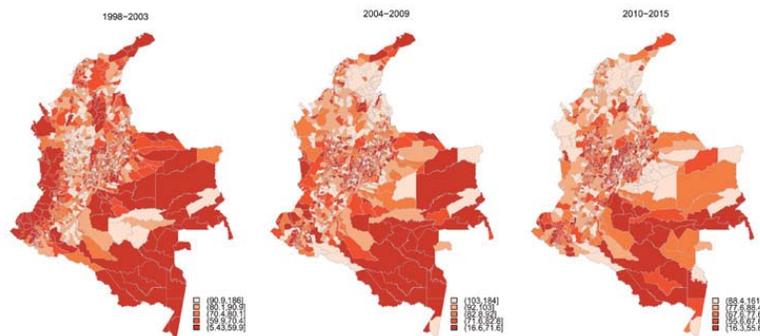


Figura 5. Razones estandarizadas de coberturas de vacunación de SRP por sexo, Colombia 1998- 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusiones

El análisis muestra que los municipios con mayores niveles de intensidad del conflicto armado presentan peores coberturas para todas las vacunas, si bien en los mapas se observa como muchos municipios presentan aparente mejoría en su posición en las razones de vacunación, con respecto al promedio nacional, que puede deberse a la disminución de las coberturas observada entre los últimos dos periodos de análisis.

Hay que tener en cuenta que las coberturas administrativas de vacunación pueden verse afectadas por la calidad de los datos, en este caso por el denominador que corresponde a las proyecciones poblacionales del DANE, encuestas realizadas en Colombia han encontrado coberturas superiores a las administrativas (7). Independientemente de los niveles de coberturas se observa que las desigualdades entre los municipios más y menos afectados por el conflicto son importantes y persisten a lo largo del tiempo. Estos hallazgos son relevantes por sus implicaciones en la planeación de los servicios de salud en los municipios más afectados por el conflicto armado. Hay que tener en cuenta que este análisis sólo contempla las coberturas, pero es probable que la oportunidad de la vacunación también se vea afectada.

Referencias

1. Urrego Mendoza DZ, Mendoza DZ. Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas de médicos como memoria de supervivencia. *Rev la Fac Med [Internet].* 2015 Aug 25 [cited 2016 Dec 22];63(3):377-88. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/45209>
2. Defensoría E.N no permite jornadas de vacunación en sur de Bolívar [Noticias RCN [Internet].] Edited 2016 Dec 30. Available from: <http://www.noticiasrcn.com/nacional-regiones-caribe/defensoria-eln-no-permite-jornadas-vacunacion-sur-bolivar>
3. Bos E, Babson A. Using Immunization Coverage Rates for Monitoring Health Sector Performance [Internet]. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2000. Available from: <http://documents.worldbank.org/HEALTH/FRITONANDPOPULATION/Resources/2816271095698140167/0es-Using-immunization-whole-pdfs/5c3c9https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13800/2886308a010UsingImmunizationWholeTextSequence2>
4. Workneh S. Ethiopia : effects of civil war on nutrition , mortality , and vaccination coverage using CE-DAT database from 2000-2008. Berlin; 2009.
5. Mashaal T, Nakamura K, Kizaki M, Seino K, Takano T. Impact of conflict on infant immunization coverage in Afghanistan: a countrywide study 2000-2003. *Int J Health Geogr [Internet].* 2007;6:23. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=189486&tool=pmcentrez&render=type=abstract>
6. Parameswaran A, Wijesinghe P. Was there a disparity in age appropriate infant immunization uptake in the theatre of war in the North of Sri Lanka at the height of the hostilities? a cross sectional study in resettled areas in the Kilinochchi District. BMC Int Health Hum Rights [Internet]. 2012;12(1):26. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3534508&tool=pmcentrez&render=type=abstract>
7. Narváez J, Osorio MB, Catafede-Orjuela C, Alvis Zakick N, Cediel N, Chocón-Piragué LA, et al. Is Colombia reaching the goals on infant immunization coverage? A quantitative survey from 80 municipalities. *Vaccine.* 2017;35(13):1567-8.



5

Costos del conflicto armado en Colombia

Nelson Alvis-Zakuk
Diana Díaz-Jiménez
Liliana Castillo-Rodríguez
Carlos Castañeda-Orjuela

Desde la Guerra Fría, el número de conflictos armados en el mundo ha decrecido considerablemente (1), sin embargo, en los últimos años, el conflicto en Siria y el incremento de la violencia en países como Irak, Afganistán, Nigeria y Ucrania ha resultado en el mayor número de muertes, en el periodo posterior a la Guerra Fría (2). Durante las últimas décadas, cerca de un tercio de los países africanos han sufrido conflictos sociales que han desencadenado elevados costos económicos, especialmente los debidos a pérdidas humanas (3). Un caso notable es el de Ruanda, donde alrededor del 10% de la población murió en el genocidio de 1994 y cerca de tres millones de personas buscaron refugio en otros países (3).

La guerra y otras formas de conflicto tienen profundos efectos a nivel económico y en la salud de las poblaciones (4); un país en guerra crece alrededor de 2,2 puntos porcentuales menos de lo que lo haría en ausencia de ésta (5). El conflicto genera muertes y discapacidad entre los que se encuentran en el campo de batalla y civiles no combatientes, produciendo serias consecuencias no sólo en el nivel de ingresos de los países, sino en salud, desplazamiento de poblaciones y transmisión de enfermedades (6,7).

Uno de los impactos indirectos en la salud de las poblaciones afectadas por el conflicto es la alta exposición o proliferación de enfermedades vectoriales como la malaria, leishmaniasis, dengue, entre otras (8,9). En este sentido, las poblaciones desplazadas producto de los movimientos migratorios generados por los conflictos, pueden transferir infecciones desde su entorno de origen a nuevas áreas de asentamiento, donde estas infecciones eran previamente desconocidas o se encontraban controladas, incrementando también el riesgo de brote por enfermedades transmisibles (8,10). Asimismo, las poblaciones desplazadas pueden experimentar una mayor morbilidad al exponerse a nuevas enfermedades para las que aún no han desarrollado inmunidad (11).

Los conflictos armados, al configurarse como el resultado de problemas políticos, sociales, culturales y económicos, generan muertes, enfermedad y discapacidad y por tanto, se consideran como un serio problema de salud pública que implica considerables costos. En los últimos años el cálculo de los costos económicos de conflictos armados ha sido tema de especial atención. Se encuentran los trabajos de Stiglitz y Bilmes (2008) de los costos en Estados Unidos por la Guerra de Irak (12) y de Bruck y de Groot y Schneider (2011), sobre los costos de la participación de Alemania en la Guerra en Afganistán (12).

Los economistas llevan varias décadas intentando estimar costos asociados a la violencia, resultando diversas metodologías para su cálculo (13,14). Como lo plantea Villamarín (2011) (14), existen diferentes perspectivas de estimación de los costos de la violencia. Entre estas se encuentran diferentes enfoques: el contable; los modelos de crecimiento económico; las preferencias declaradas; las preferencias reveladas; la satisfacción con la vida y el valor de la vida. El *enfoque contable* intenta estimar los costos directos e indirectos de la violencia; los directos se refieren a la pérdida de capital físico y los indirectos son los que no implican una asignación directa de recursos, y representan un costo de oportunidad, éstos últimos son más difíciles de estimar (15). Un segundo enfoque es el relacionado con los *modelos de crecimiento*, que buscan medir cómo incide la violencia en las fluctuaciones económicas.

Otro enfoque es el de *preferencias declaradas*, en el que se estima el efecto que tiene la violencia en el bienestar de los individuos. De otro lado, el enfoque de *preferencias reveladas*, a través de precios de mercado se infiere el valor de la violencia. En el enfoque de *satisfacción con la vida* se utiliza información de la satisfacción de los individuos para calcular las consecuencias de la violencia sobre su estatus socioeconómico. El último enfoque es el relacionado con la *valoración de la vida* para estimar los costos de la violencia; en este se calcula el valor colocado por cada individuo a las potenciales ganancias en esperanza de vida relacionadas con el nivel de violencia (14).

Además de estos enfoques, existe una variedad de técnicas que han sido adoptadas para costear los conflictos armados, incluyendo procedimientos contables, modelos estadísticos de series de tiempo, corte transversal o datos de panel, estudios de cómo los mercados responden a los conflictos armados y técnicas que dimensionan la carga de enfermedad y económica relacionada con el conflicto (16). Respecto a esta última, son escasos los estudios que miden los costos generados por muerte prematura en zonas principalmente rurales con escasa presencia del Estado y donde son más prevalentes las enfermedades transmitidas por vectores.

A pesar de la magnitud de las consecuencias en la salud que generan los conflictos armados, éstos no han recibido la suficiente atención desde la perspectiva de la investigación en salud pública como ha ocurrido con otras causas de enfermedad y muerte (6). Por su parte, autores internacionales como Lindgren y Humphreys, argumentan que medir los costos relacionados con los conflictos armados resulta necesario e importante para determinar cómo las políticas públicas funcionan para aminorar el conflicto y los costos (15,17,18).

El conflicto armado en Colombia ha dejado miles de víctimas y ha generado grandes pérdidas económicas. Por esto, resulta importante conocer impacto económico de la mortalidad por algunas enfermedades transmisibles, que son más prevalentes en zonas de alto conflicto. Además, es necesario explorar la literatura científica relacionada con la estimación de costos del conflicto armado, con el fin de explorar las metodologías utilizadas y la magnitud de los costos calculados en las últimas décadas en Colombia. Teniendo en cuenta lo anterior, el presente capítulo se divide en dos secciones, una primera sección, que describe los costos relacionados con el conflicto armado mediante una revisión sistemática de la literatura y una segunda en la que se estima la carga económica de enfermedades transmitidas por vectores (Chagas, malaria, leishmaniasis y fiebre Amarilla) en zonas de conflicto, mediante la valoración económica de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP).

Referencias

- Goldstein JS. *Winning the war on war: The decline of armed conflict worldwide*. Penguin; 2011.
- Pettersson T, Wallensteen P. *Armed conflicts, 1946-2014*. *J Peace Res*. 2015 Jul;14(5):415-30. doi:10.1177/0022343115595927
- Lopez H, Wodon Q. *The Economic Impact of Armed Conflict in Rwanda*. *J Afr Econ*. 2005 Apr;13(4):586-602. doi:10.1093/jae/16/21
- Levy BS, Sidel VW. Documenting the Effects of Armed Conflict on Population Health. *Annu Rev Public Health*. 2016 Mar;18:371-205-18. doi:10.1146/annurev-publhealth-032315-021913
- Collier P. On the economic consequences of civil war. *Oxf Econ Pap*. 1995;57(1):1-68-83.
- Murray CL, King G, Lopez AD, Temijina N, King EG. *Armed conflict as a public health problem*. *Bull Wkly Dis Rep*. 2002;34(7):333-346.
- Hoeffler A, Reynal-Querol M. *Measuring the costs of conflict*. Washington, DC: World Bank; 2003.
- International Committee of the Red Cross. *War and Public Health: A Handbook* [Internet]. 1996 [cited 2017 Aug 15].
- Ghobarah HA, Huah R, Russell B. *Civil wars kill and maim people—long after the shooting stops*. *Am Publ Wkly Dis Rep*. 2002;34(7):333-346.
- International Committee of the Red Cross. *War and public health handbook*. 19 Avenue de la Paix 1202 Geneva, Switzerland; 1996.
- Médecins Sans Frontières. *Refugee Health*. 1997. 383 p.
- Stiglitz J. *The \$3 trillion war*. *New Perspect Q*. 2008;25(2):61-4.
- Cohen MA. *Valuing crime control benefits using stated preference approaches*. 2007.
- García AV. *Prevenir y calcular una estimación de los costos de la violencia homicida en Colombia*. CERAC-CENTRO DE RECURSOS PARA EL ANÁLISIS DE CONFLICTOS; 2011.
- Álvarez S, Røttberg A. *Cuantificando los efectos económicos del conflicto: una exploración de los costos y los estudios sobre los costos del conflicto armado colombiano TT - Quantifying the economic effects of conflict: An Exploration of the Costs and the Studies on the Costs*. *Colomb Int*. 2008;6(7):14-17.
- Smith RP. *The economic costs of military conflict*. *J Peace Res*. 2014 Mar;6(5):245-56. doi:10.1177/0022343113496095
- Humphreys M. *Economics and Violent Conflict*. Cambridge, MA: Confl Prev. Instab. <http://www.preventconflict.org/portals/economics/porta-home.php>; 2003.
- Lindgren G. *The Economic Costs of Civil Wars*. *Pap North Am Int Conf Econ Secur*. 23th to 25th June, Dep Peace Confl Res Uppsala Univ Sweden; 2005.

Nelson Alvis-Zakzuk
Diana Díaz-Jiménez
Liliana Castillo-Rodríguez
Juan Varela-Valero
Carlos Castañeda-Orjuela

5.1. Revisión de literatura de los costos del conflicto armado en Colombia

Según Grossman (1995) y Azam (1995) los conflictos armados y las guerras ocurren si los incentivos por rebelión son lo suficientemente grandes en relación con los costos (1-3). Detrás de los intereses políticos, culturales y sociales que configuran un conflicto armado, los intereses económicos ocupan un papel dominante.

La literatura cuantitativa sobre el conflicto armado y las guerras es extensa a nivel mundial. En Colombia aumentó en los últimos años por algunas razones, entre las que se encuentran, mayor cantidad y calidad de la información referente al conflicto (bases de datos) (4,5); aplicación de aproximaciones teóricas como la teoría de juegos, modelos de crecimiento, modelos matemáticos de ciencia política, teoría de redes, entre otras (5).

Por más de seis décadas, el conflicto armado colombiano ha generado costos económicos para el país y la sociedad (6). Costos directos, relacionados con los gastos en defensa y seguridad, asociados a la destrucción de infraestructura, costos de capital físico y costos del capital humano, aquellos relacionados con la pérdida de productividad por muerte prematura o discapacidad. También, se destacan los cambios en comportamientos individuales, asociados al aumento de la disponibilidad a pagar por mantener la vida, en el caso de secuestros y extorsiones (7). Esto último deja un campo de estudio microeconómico amplio, sobre el que aún falta por profundizar.

Entre los años ochenta y mediados de los noventa, los diferentes grupos narcotraficantes, guerrilleros y paramilitares se asentaron en territorios política, económica y militarmente estratégicos (8,9). Esto visibilizó los efectos del conflicto armado que, en contraste con décadas anteriores, eran menos evidentes (9), incentivando la investigación de la valoración económica del conflicto armado en Colombia. El objetivo del presente apartado fue revisar sistemáticamente la literatura relacionada con la cuantificación y estimación de los costos económicos del conflicto armado en Colombia.

Los resultados son útiles en la medida que se evidencia la cantidad de estudios y métodos utilizados hasta la fecha para estimar costos del conflicto. Además, permiten identificar los vacíos de información existentes en este tipo de investigaciones.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica sobre documentos publicados que describieran los costos relacionados con el conflicto armado en Colombia; como criterios para inclusión y exclusión se definieron los siguientes:

- Se incluyeron artículos publicados en idioma inglés o español.
- La búsqueda fue abierta respecto al rango de fechas de las publicaciones.
- Se incluyeron artículos que describieran los costos del conflicto armado, relacionados con los gastos del Estado en defensa y seguridad, costos del secuestro, costos del conflicto armado como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), costos asociados al desplazamiento forzado, entre otros costos relacionados con el conflicto armado en Colombia.
- Debido a la relevancia de algunos documentos, se incluyeron libros que estimaban los costos del conflicto armado en Colombia.
- Se excluyeron documentos que no estuvieran publicados en revistas científicas o que fueran literatura gris.

Al realizar las búsquedas se identificaron estudios que intentaban explicar la relación entre el crecimiento económico del país y el conflicto armado. Aunque esto no representaba el objetivo principal de la revisión, debido a la importancia de este tipo de estudios se decidió incluirlos y describir sus principales características.

La búsqueda se llevó a cabo en cuatro fases. En la primera de identificación, se realizaron las búsquedas en las siguientes bases de datos: PubMed, Sciencedirect, Jstor, Scielo y Lilacs, utilizando los descriptores ((cost) AND (armed conflict)) AND (colombia)) y (costos) AND (conflicto) AND (colombia). Después de la búsqueda inicial, tres revisores (Diana Díaz, Liliana Castillo, Nelson Alvis) exploraron independientemente los títulos y resúmenes de los artículos previamente identificados, con el fin de valorar su inclusión de acuerdo con los criterios establecidos. Las discrepancias se resolvieron en consenso entre los revisores. En un tercer momento, se revisaron los textos completos de los artículos seleccionados en la fase anterior y, por último, se revisaron y extrajeron los datos respectivos de costos de los estudios seleccionados que cumplieron los criterios de inclusión. De forma alternativa, se realizó una búsqueda en Google Scholar utilizando los mismos descriptores en inglés y español, seleccionándose artículos adicionales que no fueron captados en las bases de datos revisadas.

Los estudios se identifican con el apellido del autor principal y al año de publicación. Como variables de análisis se definieron: título del artículo, autores, referencia, periodo de tiempo de estudio, año de publicación, tipo de estudio (descriptivo, correlacional), variables de costos, definición operativa de las variables, costos (en valores) y fuente del costo. Para la presente revisión, se definieron como estudios descriptivos aquellos que buscaran explorar los costos relacionados con el conflicto armado; y como estudios correlacionales los que intentaban medir económicamente relaciones entre el conflicto armado y el crecimiento económico, expresado en PIB o su respectiva variación porcentual. Los datos de costos y de las modelaciones econométricas fueron extraídos, almacenados y analizados en Microsoft Excel® 2013.

Debido a que cada estudio mostraba sus resultados para diversos momentos del tiempo, fue necesario llevar a un año base todos los costos reportados en los artículos incluidos en la revisión, lo que permitiría realizar comparaciones entre los costos

reportados en las publicaciones. Para llevar a cabo el proceso de deflatación de los costos, se utilizó el Índice de precios al consumidor (IPC) reportado por el Banco de la República de Colombia (año base 2008) (10).

Todos los costos fueron deflactados a precios del 2015, con el fin de aislar el efecto de la pérdida de valor del dinero en el tiempo, asociado al aumento generalizado del nivel de precios. El procedimiento consistió en multiplicar el costo reportado en los estudios incluidos por el IPC del 2015 y dividirlo entre el IPC del año en que se encontraba cada costo. Para algunos casos, los costos extraídos en las publicaciones se especificaban para un periodo de tiempo en el que se tenía en cuenta más de un año; para estos casos se utilizó el año final del periodo como referencia para deflactar los costos.

Los principales hallazgos de la presente revisión se presentaron por categorías de costos y se agruparon por periodos de tiempo, dependiendo los años reportados por cada estudio. Además, los costos se resumieron en valores mínimos, máximos, promedios y totales (sumatoria de los costos del periodo) para cada periodo y categoría. Se describen en los resultados algunas características de los estudios y la comparación entre estos.

Resultados

Se encontraron 419 publicaciones en las bases de datos consultadas y 34 estudios en una búsqueda secundaria en Google Scholar. De los anteriores se revisaron títulos y resúmenes y posteriormente se seleccionaron 68 estudios para revisión a texto completo. De éstos, 50 no cumplieron con los criterios de inclusión previamente definidos. En total se incluyeron 18 estudios que describían costos relacionados con el conflicto armado en Colombia o realizaban alguna aproximación econométrica a la explicación del impacto del conflicto en el crecimiento económico (Figura 1). Nueve estudios fueron de tipo descriptivo (9,11-18) y el resto correlacionales (19-27).

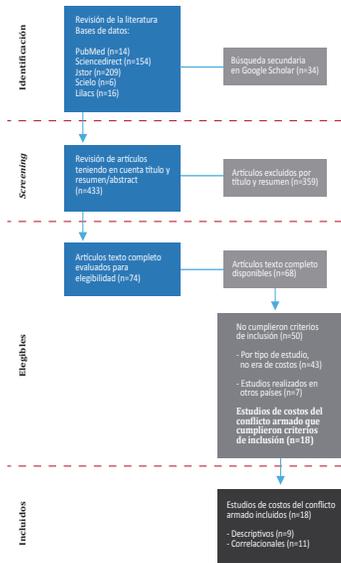


Figura 1. Flujograma de búsqueda sistemática de la literatura de costos del conflicto armado en Colombia
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

A pesar de que el conflicto armado en Colombia lleva varias décadas en desarrollo, sólo a partir de los años noventa se encontraron investigaciones científicas publicadas respecto a los costos y los efectos del conflicto en la economía colombiana. Los estudios más antiguos encontrados en la presente revisión fueron publicados en 1995 (11,19) y el año donde se encontraron publicaciones más recientes fue 2016 (18) (Tabla 1).

Respecto a las categorías de costos revisadas y teniendo en cuenta los enfoques utilizados tradicionalmente para clasificar los costos del conflicto armado, los estudios incluidos se consolidaron en tres grandes grupos: costos directos, indirectos y modelos de crecimiento. La mayoría de las publicaciones estimaron costos directos: tres estudios reportaron gastos del Estado en defensa y seguridad (14,17,18); cuatro investigaciones describieron costos relacionados con el secuestro (12-14,17); dos, los costos asociados con los procesos de desmovilización (14,17); y un trabajo exploró los costos ocasionados por la lucha contra el narcotráfico (14). En las Tablas 2 y 3, se presentan los costos seleccionados de los estudios incluidos en la revisión, discriminados por variables de análisis y periodos de tiempo.

Para los costos indirectos, estudios realizados por Pinto (2004-2005), estimaron pérdidas de capital humano asociadas a la violencia armada (secuestro y al uso de minas antipersona) (13,14). Los estudios de modelos de crecimiento, donde se valoró las relaciones entre conflicto armado y variaciones del PIB se resumen en la Tabla 4. Entre estos estudios, dos autores realizaron modelos de regresión (22,24,27), tres usaron en sus métodos mínimos cuadrados (20,21,26) y tres autores especificaron otros tipos de modelos (16,23).

Según Otero (18), Colombia está entre los 15 presupuestos del mundo con mayor gasto en guerra. Diversos autores se han dado a la tarea de estimar los costos totales del conflicto armado. Para el periodo 1991-1996, Trujillo, E. (1998) (12) estimó los costos netos del conflicto armado en \$17,69 billones de pesos, lo que representaría el 2,21% del PIB de 2015. Igualmente, para 1999-2003, Pinto (2005) (14) estimó los costos generados por la violencia armada en Colombia, totalizando para el periodo

\$27,40 billones de pesos, cercanos al 3,43% del PIB 2015 (Tabla 1). Aunque el conflicto armado ha generado considerables costos a la economía colombiana, ha creado oportunidades en diversos sectores económicos, como es el caso de la industria de vigilancia privada, la que desde 1991 hasta 2001 pasó a representar del 0,56% al 1,14% del PIB, respectivamente (15).

El Estado colombiano ha invertido, en diversos periodos, recursos para la lucha contra el secuestro; para 1999-2003, destinó para este fin \$391 mil millones de pesos (14), cifra que disminuyó para 2007-2012 a \$189 mil millones (17). La Figura 2 presenta la distribución porcentual de los costos asociados al secuestro en Colombia, que se extrajeron del estudio de Pinto, M (13).

Al analizar las pérdidas de capital humano relacionadas con el secuestro, entre 1999-2003 se perdieron en promedio \$30,16 mil millones de pesos, valorando el tiempo que demoraban en cautiverio los secuestrados (14). Además, las pérdidas de capital humano relacionadas con la muerte prematura a secuestrados y aquellas asociadas a las muertes de personal militar, sumaron para este mismo periodo \$125,52 mil millones (14) y \$1,23 billones, respectivamente (Tabla 2 y 3).

El conflicto armado en Colombia ha generado destrucción, especialmente en la infraestructura de oleoductos, torres eléctricas, e infraestructura ferroviaria, vial y aérea. Entre 1986-1997, los costos generados por grupos al margen de la Ley asociados a atentados al oleoducto Caño Limón-Coveñas, totalizaron \$2,39 billones de pesos, lo que correspondía al 0,30% del PIB de 2015 (12). A su vez, para el periodo 1999-2003, los costos asociados a la destrucción de infraestructura fueron de \$1,83 billones de pesos (14) (Tabla 3).

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión de la literatura

AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN (Referencia)	PERIODO DE ANALISIS	FUENTE DE INFORMACIÓN
DESCRIPTIVOS		
Granada, C, 1995 (11)	1990-1994	Ministerio de Defensa, Policía Nacional, Presidencia de la República, Ministerio de Minas y Energía
Trujillo, E, 1998 (12)	1991-1996	Policía Nacional, Fundación País Libre, Consejería para la Defensa y Seguridad, Ecopetrol, Presidencia de la República, Consejería para la Paz
Pinto, M, 2004 (13)	1996-2003	Fondelibertad, Red de Solidaridad, DAS, Fiscalía, Gaula, Dirección Antisecuestro Policía Nacional
Pinto, M, 2005 (14)	1999-2003	Telecom, ISA, Ecopetrol, Ministerio de Transporte, Invias, DNP, Fondelibertad, Fedegan, Ministerio de Defensa, INPEC, Policía Antinarcóticos
Valencia, G, 2006 (15)	1990-2006	PNUD, Callejón con Salida, (2003), citado por Cuartas, 2004, p. 31
Álvarez, S, 2008 (9)	NA*	Revisión primaria y secundaria de estudios de costos del conflicto armado en Colombia para establecer estado del arte. *NA: No especifica periodo de búsqueda.
Villamarín, A, 2011 (16)	1990-2005	DANE
Castellanos, I, 2013 (17)	1998-2014	Fuerzas Militares de Colombia, Policía Nacional, Ministerio de Defensa, Comisión de Búsqueda de Personas Desaparecidas, ICBF, Fondo de Programas Especiales para la Paz de la Presidencia de la República, Agencia Colombiana para la Reintegración de Personas y Grupos Alzados en Armas
Otero, D, 2016 (18)	1964-2016	DANE, Banco de la República, Bureau of Economic Activity, Ministerio de Hacienda
CORRELACIONALES		
Rubio, M, 1995 (19)	1950-1993	Policía Nacional, Contraloría, DAS, Ministerio de Defensa, Fiscalía
Parrá, C, 1998 (20)	1950-1996	Policía Nacional, Instituto Nacional de Salud, DANE, DNP, Encuesta Nacional de Hogares
Vargas, I, 2003 (21)	1988-2001	DANE, Banco de Datos de Derechos Humanos y Violencia Política de la Fundación CINEP, DNP Encuesta Nacional de Hogares
Querubín, P, 2003 (22)	1990-1999	SIIN, Policía Nacional, Fundación Social, Policía Nacional, CDEE Unidos
Arias, A, 2004 (23)	1952-1997	DNP, Ministerio de Hacienda, Contraloría General de la República, DANE
Cárdenas, M, 2007 (24)	1951-2005	DANE
Durán, I, 2011 (25)	1988-2008	DNP, CERAC
Santa María, M, 2013 (26)	2003-2011	DANE
Villa, E, 2014 (27)	1988-2009	DANE, Departamento de Policía Nacional, CERAC, DNP

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Tabla 2. Resumen de costos directos e indirectos asociados al conflicto armado en Colombia (Parte 1)

AUTOR	VARIABLE	PERIODO	DEFINICIÓN OPERATIVA	COSTOS EN MILLONES DE PESOS DE 2015			
				Mínimo+	Máximo+	Sumatoria+	Promedio
Trujillo, E (1998) (12)	Costos totales del conflicto armado	1991-1996	Costos netos del conflicto armado	-	-	\$ 17.688.490	-
Pinto, M (2005) (14)		1999-2003	Costos generados por la violencia armada en Colombia	\$ 4.513.054	\$ 6.109.498	\$ 27.400.357	\$ 5.480.071
Castellanos, J (2011) (17)	Gasto del Estado en defensa y seguridad	2000-2002	Gastos en negociaciones de paz	-	-	\$ 33.944	-
		2007-2010	Compra de armamento y otras tecnologías	\$ 533.490	\$ 1.480.377	\$ 3.740.065	\$ 935.016
		2007-2010	Conformación y mantenimiento de unidades militares contraguerrilla	\$ 681.717	\$ 734.527	\$ 2.861.256	\$ 715.314
		2010-2011	Inversión en la compra de armamento y otras tecnologías para la lucha contra la guerrilla	\$ 475.229	\$ 533.490	\$ 1.008.719	\$ 504.359
		2002-2011	Gasto en inversión del sector central del Ministerio de Defensa Nacional en la última década	\$ 1.131.951	\$ 4.240.102	\$ 20.176.354	\$ 2.017.635
		2002-2011	Costo en armamento y otras tecnologías	\$ 453.542	\$ 1.480.377	\$ 7.254.452	\$ 725.445
		2003-2012	Recursos para material de campaña para batallones de alta montaña	\$ 1.551	\$ 23.733	\$ 86.087	\$ 8.609
		2002-2011	Costo de conformación y mantenimiento de unidades militares contraguerrilla	\$ 68.299	\$ 846.698	\$ 5.546.041	\$ 554.604
		2007-2012	Recursos asignados a la Agencia Colombiana para la Reintegración de Personas y Grupos Alzados en Armas	\$ 178.398	\$ 223.193	\$ 1.206.871	\$ 201.145
		Otero, D (2016) (18)		1964-2016	Gastos en defensa y seguridad	\$ 1.644.216	\$ 30.934.777
Pinto, M (2005) (14)		1999-2003	Exceso de gasto en defensa y seguridad ocasionado por la violencia armada	\$ 2.664.304	\$ 2.931.307	\$ 14.043.033	\$ 2.386.490
Trujillo, E (1998) (12)		1991-1996	Dinero pagado por secuestros	\$ 175.589	\$ 269.721	\$ 1.303.234	-
Castellanos, J (2011) (17)		2007-2012	Recursos del Estado en la lucha contra el secuestro	\$ 19.852	\$ 54.216	\$ 189.710	\$ 31.618
		1999-2003	Gastos del estado colombiano en la lucha contra el secuestro	\$ 51.887	\$ 104.958	\$ 391.113	\$ 336.556
		1999-2003	Pago de rescates	\$ 8.354	\$ 38.723	\$ 132.509	\$ 36.502
Pinto, M (2005) (14)	Costos del secuestro	1999-2003	Pérdida de capital humano asociado con el tiempo de cautiverio de secuestrados	\$ 5.489	\$ 66.031	\$ 150.819	\$ 30.164
		1999-2003	Pérdida de capital humano asociado con muerte temprana de los secuestrados	\$ 16.372	\$ 36.093	\$ 125.517	\$ 25.103
Pinto, M (2004) (13)		1996-2003	Recursos ejecutados por el estado en lucha contra el secuestro	\$ 41.512	\$ 105.406	\$ 529.416	\$ 84.612
		1996-2003	Costos totales del pago en rescate de secuestrados	\$ 8.354	\$ 101.706	\$ 392.540	\$ 49.067

*La sumatoria de este costo corresponde a los estimados para los años 1964, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2016.
 +Mínimo: valor inferior de costos reportados en el periodo. Máximo: Valor superior de costos reportados en el periodo. Sumatoria: suma total de costos del periodo.
 Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

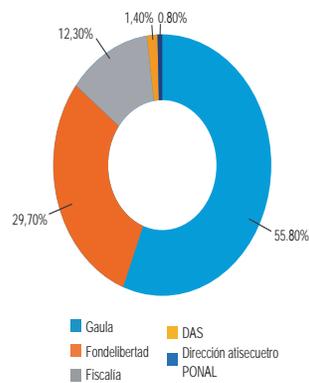


Figura 2a. Distribución porcentual de los costos asociados al secuestro en Colombia, 1996-2003. Porcentaje de participación del gasto asociado al secuestro por entidad
 Fuente: cálculos realizados por el equipo de trabajo ONS a partir de Pinto, M (2004) (13)

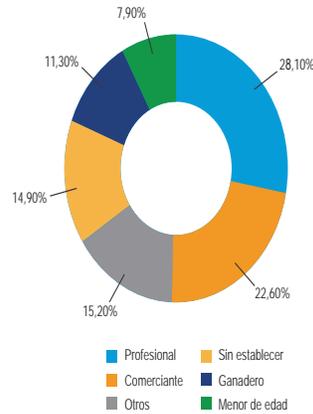


Figura 2b. Distribución porcentual de los costos asociados al secuestro en Colombia, 1996-2003. Porcentaje del total de dinero pagado por rescates, por categorías
 Fuente: cálculos realizados por el equipo de trabajo ONS a partir de Pinto, M (2004) (13)

Tabla 3. Resumen de costos directos e indirectos asociados al conflicto armado en Colombia (Parte2)

AUTOR	VARIABLE	PERIODO	DEFINICIÓN OPERATIVA	COSTOS EN MILLONES DE PESOS DE 2015			
				Mínimo+	Máximo+	Sumatoria+	Promedio
Pinto, M (2005) (14)	Costos asociados a desmovilización	1999-2003	Recursos destinados por el Estado colombiano al proceso de reincorporación a la vida civil de los desmovilizados individuales	\$ 45.345	\$ 82.047	\$ 275.906	\$ 55.181
		2007-2011	Recursos para impulsar el trabajo de los desmovilizados. Formación para el trabajo	\$ 681	\$ 9.207	\$ 15.522	\$ 3.104
		2002-2012	Presupuesto invertido por ICBF en los menores desvinculados de grupos al margen de la Ley	\$ 1.414	\$ 9.794	\$ 70.771	\$ 6.434
		2004-2012	Recursos que el ICBF invirtió en la población menor desplazada	\$ 2.086	\$ 21.797	\$ 109.744	\$ 12.194
Pinto, M (2005) (14)	Costos generados por el uso de minas antipersona	1999-2003	Pérdida de productividad de tierras	\$ 6.408	\$ 103.941	\$ 233.022	\$ 46.604
		1999-2003	Pérdida de capital humano	\$ 9.972	\$ 67.207	\$ 169.100	\$ 33.820
Pinto, M (2005) (14)	Costos ocasionados por la lucha contra el narcotráfico	1999-2003	Pérdida de productividad	\$ 8.708	\$ 164.801	\$ 438.608	\$ 87.722
		1999-2003	Costos por pérdida de capital humano ocasionados por condenas por la Ley 90/96	\$ 108.346	\$ 247.322	\$ 847.137	\$ 169.427
Pinto, M (2005) (14)	Costos por pérdida de capital humano	1999-2003	Gasto del Estado en la política antidrogas	\$ 846.341	\$ 1.188.047	\$ 5.147.589	\$ 1.029.538
		1999-2003	Pérdida capital humano en la Fuerza Pública generada por la violencia armada	\$ 126.856	\$ 298.566	\$ 1.230.890	\$ 246.178
Pinto, M (2004) (13)	Costos por pérdida de capital humano	1996-2003	Costos por la pérdida de capital humano asociada con el tiempo de cautiverio	-	-	\$ 228.782	\$ 27.598
		1996-2003	Costos por la pérdida de capital humano asociada con muerte temprana de secuestrados	-	-	\$ 213.715	\$ 26.714
Trujillo, E (1998) (12)	Costos asociados a destrucción de infraestructura	1986-1997	Costos de los atentados al oleoducto Caño Limón- Coveñas	-	-	\$ 2.391.246	\$ 199.270
		1992-1997	Costos de los atentados a oleoductos	-	-	\$ 17.519	\$ 2.919
Pinto, M (2005) (14)	Costos asociados al desplazamiento forzado	1999-2003	Costos generados por atentados contra el oleoducto Caño Limón- Coveñas; contra torres eléctricas y de telecomunicaciones; infraestructura ferroviaria, vial y aérea	\$ 125.680	\$ 709.922	\$ 1.833.364	\$ 366.673
		1999-2003	Recursos invertidos por el Estado colombiano para la atención al desplazamiento forzado	\$ 84.956	\$ 224.141	\$ 769.794	\$ 153.959
Pinto, M (2005) (14)	Costos abigeato y extorsión	1999-2003	Costos generados por el abigeato y la extorsión contra el sector ganadero	\$ 266.511	\$ 402.901	\$ 1.623.257	\$ 324.651

+Mínimo: valor inferior de costos reportados en el periodo. Máximo: Valor superior de costos reportados en el periodo. Sumatoria: suma total de costos del periodo. Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Tabla 4. Características de los estudios correlacionales de explicación del crecimiento económico vs. conflicto armado en Colombia. Variable dependiente: PIB

TIPO DE MODELO	AUTOR	VARIABLES INDEPENDIENTES	RESULTADOS	
Modelo de regresión	Regresión lineal-Modelo Solow-Swan	Villa, E. (2014) (27)	- Población - Número de secuestros- Homicidios - Víctimas del conflicto - Actos terroristas - Capital - Gasto del estado en defensa y seguridad	El PIB departamental tiene una reducción respecto al conflicto y el crimen en promedio de -0,04 y -0,36pp
	Regresión de diferencias en diferencias	Querubin, P. (2003) (2)	- Homicidios - Actos terroristas - Número de secuestros	Aumento de 10pp en la tasa de homicidios, de secuestro y en la de acciones de grupos guerrilleros disminuiría 0,37, 0,13 y 0,07 pp el PIB per cápita, respectivamente.
	Modelo Vectores Auto-regresivos	Cárdenas, M. (2007) (24)	- Productividad total de los factores - Homicidios - Cultivos ilícitos	Un choque positivo en el crecimiento de los cultivos ilícitos y en la tasa de homicidios reduciría permanente el PIB per cápita en 0,3 pp.
Mínimos cuadrados	Generalizados	Santa María, M. (2013) (26)	- Conflicto - Transferencias	El conflicto armado ha restado 0,97pp al crecimiento del PIB municipal
	En tres etapas	Vargas, J. (2003) (21)	- Homicidios - Inversión - Educación - Desigualdad en el ingreso	Cada punto porcentual de crecimiento en la intensidad del conflicto en un año significa 0,0105 pp menos en crecimiento del PIB per cápita.
	Ordinarios	Parra, C. (1998) (20)	- Demanda agregada - Costos de capital - Educación - Homicidios	Si la tasa de homicidios se redujera 75%, la Inversión Privada no Residencial como Porcentaje del PIB podría elevarse del 9,45% observado en 1994, a 13,5%.
Otros modelos	Modelo de ciclos de negocios reales RBC	Arias, A. (2004) (23)	- Consumo - Inversión	Un aumento de gasto militar de 1% del PIB genera un efecto acumulado positivo sobre el producto per cápita (US\$215), mayor que el efecto sobre la inversión (US\$10) y el consumo (US\$9).
	Modelo de Sozres	Villamarín, A. (2011) (16)	- Probabilidad de supervivencia - Mortalidad	La pérdida de bienestar asociada a reducción en esperanza de vida por homicidios representaría 7,3% del PIB real de 2005.

pp: puntos porcentuales
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Conclusión

Esta revisión es un aporte al conocimiento de la cantidad de la evidencia existente respecto a estudios de costos del conflicto armado en Colombia. En general, los estudios de costos incluidos tendieron a medir los costos relacionados a daños en la infraestructura física, gasto en defensa y seguridad, secuestro, extorsión, pérdida de productividad, entre otros.

A nivel internacional, desde hace aproximadamente cincuenta años, la ciencia económica ha venido proponiendo teorías para estudiar cómo influyen las guerras, conflictos, crímenes y delitos en el desarrollo económico. En Colombia, a pesar que el conflicto armado lleva más de cinco décadas, fue a partir de los años noventa donde se comenzaron a estudiar sus efectos en la economía (15). Esto, probablemente, debido a la falta de información para realizar investigaciones y al mejoramiento, en décadas posteriores, de la calidad y disponibilidad de datos. Además, fue después de los años ochenta, donde el componente económico adquiere relevancia en el análisis del conflicto armado.

El conflicto armado implica costos económicos cuantificables que permiten conocer la cantidad de recursos que hubieran podido ser invertidos en otros sectores de la economía en ausencia de éste (9). En Colombia, similar como ha ocurrido en otros países, se ha producido ineficiencia política, debido a que una gran proporción de recursos que podrían usarse en actividades productivas, se redireccionaron hacia el ejercicio de la violencia política (15), siendo el Estado colombiano, mediante el incremento desmedido del gasto militar, uno de los agentes que mayor cantidad de recursos direcciona a estas actividades (28).

Los estudios presentados en la presente revisión sistemática constituyen evidencia relevante en términos de estimación de costos directos e indirectos del conflicto armado, como la destrucción de capital físico y humano. Además, de los estudios que muestran los efectos del conflicto armado en el crecimiento del PIB.

A pesar de la literatura existente, aún falta por llenar vacíos investigativos, especialmente en estudios correspondiente a casos individuales del conflicto, fundamentalmente los relacionados con conocer los costos económicos de las poblaciones que residen directamente en zonas de conflicto, o en aquellas que fueron más golpeadas por este flagelo.

Referencias

1. Collier P. On the economic consequences of civil war. *Oxf Econ Pap*. 1995;5(1):168-83.
2. Azam J-P. How to pay for the peace? A theoretical framework with reference to African countries. *Public Choice*. 1995;83(1):173-84.
3. Grossman H. "Institutions", in K. Hartley and T. Sander (eds). *Handbook of Defence Economics*, Vol. 1. Amsterdam: Elsevier Science B.V.
4. Restrepo JA, Saugan M, Vargas JF. The dynamics of the Colombian civil conflict: A new data set. 2003.
5. Sánchez Torres F. Las cuentas de la violencia. Bogotá: Grup Editor Norma. 2007.
6. Arias MA, Camacho A, Balboa AM, Mejía D, Rodríguez C. Costos económicos y sociales del conflicto en Colombia: ¿Cómo construir un posconflicto sostenible? UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-CEDE. 2014.
7. Echanda Castilla C. El conflicto armado colombiano en los años noventa: cambios en las estrategias y efectos económicos. *Colomb Int*. 2000;49-50:117-34.
8. Vélez M. FARC-ELN: evolución y expansión territorial. Documento Cede. Bogotá. 2000.
9. Álvarez S, Rettberg A. Cuantificando los efectos económicos del conflicto: una exploración de los costos y los estudios sobre los costos del conflicto armado colombiano TT - Quantifying the economic effects of conflict: An Exploration of the Costs and the Studies on the Costs. *Colomb Int*. 2006;6(7):14-37.
10. Banco de la República. Índice de precios al consumidor (IPC) | Banco de la República (banco central de Colombia).
11. Granada C, Rojas L. Los costos económicos del conflicto armado en Colombia: 1990-1994. *Arch Macroecon*. 1995.
12. Trujillo E, Badel M. Los costos económicos de la criminalidad y la violencia en Colombia: 1991-1996. *Arch Macroecon*. 1998;76.
13. Pinto M, Altamar J, Lahuerta Y, Cepeda L, Mera A. El secuestro en Colombia: Caracterización y costos económicos. *ARCHIVOS DE ECONOMÍA, DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN*; 2004.
14. Pinto M, Vegara A, Lahuerta Y. Costos generados por la violencia armada en Colombia: 1993-2003. *DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN*; 2005.
15. Valencia G. La economía frente al conflicto armado interno colombiano, 1990-2006. *Rev Coyunt Económica*. 2006;68.
16. García AV. Prevenir y calcular una estimación de los costos de la violencia homicida en Colombia. *CEMAC-CENTRO DE RECURSOS PARA EL ANÁLISIS DE CONFLICTOS*; 2011.
17. Castellanos J. ¿Cuánto nos cuesta la guerra? Costos del conflicto armado colombiano en la última década. Bogotá D.C: Editorial Politécnica Gran Colombiano; 2013.
18. Otero D. Gastos de guerra en Colombia 1964-2016: 179.000 millones de dólares perdidos. Bogotá D.C: Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz - Inedepaz. 2016.
19. Rubio M. Crimen y crecimiento en Colombia. *Coyunt económica*. 1995.
20. Parra C. Determinantes de la inversión en Colombia: evidencia sobre el capital humano y la violencia. *Arch Macroecon*. 1998;84:1-34.
21. Vargas JF. Conflicto interno y crecimiento económico en Colombia. Bogotá Teses peg. Univ los Andes. 2003.
22. Querebún P. Crecimiento departamental y violencia criminal en Colombia. *UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-CEDE*; 2004.
23. Arias AJ, Ardila L. Gasto militar y actividad económica. El caso colombiano. *Coyunt Económica*. 2004;1.
24. Cárdenas M. Economic growth in Colombia: a reversal of fortune? *Fe-desarrollo*. 2007.
25. Durán Padón IM. Conflicto armado y crecimiento económico municipal en Colombia. *Universidad Nacional de Colombia*; 2011.
26. SantaMaría Ma, Rojas N, Hernández G. Crecimiento económico y Conflicto Armado en Colombia. *Arch Econ*. 2013;400(Dirección de Estudios Económicos, DNEP).
27. Villeta E, Restrepo J, Muzozco M. Crecimiento económico, conflicto armado y crimen organizado, evidencia para Colombia. *Universitas Económica*. 2014;1.
28. Posada C. Modelos económicos de la criminalidad y la posibilidad de una dinámica prolongada. *Planeación y Desarrollo*. 1994;Vol. XXV.

5.2. Carga económica de las enfermedades transmitidas por vectores en zonas de conflicto

Liliana Castillo-Rodríguez,
Diana Patricia Díaz-Jiménez,
Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

Las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) son consideradas relevantes en el marco del conflicto armado al relacionar la ocurrencia de estas con la presencia e intensidad del conflicto armado en los territorios (1-3). Factores como el desplazamiento poblacional por la violencia, la migración y explotación de las selvas, el narcotráfico, la resistencia de los vectores a los químicos usados en los programas de control, los fenómenos climáticos, las deficiencias en la vigilancia epidemiológica, la precariedad en las condiciones socioeconómicas de la población en riesgo y problemas de orden público, entre otros, han contribuido al aumento de la morbimortalidad de estas patologías (1,4,5).

Si bien se ha planteado la relación entre las ETV y el conflicto, hasta el momento no se conocen estudios que hayan estimado la carga de enfermedad de estos problemas de salud. De allí la importancia del presente apartado que busca estimar los AVPP de las ETV asociadas al conflicto armado en Colombia, así como los costos de la productividad asociados a dicha pérdida.

Métodos

Se realizó una valoración de los AVPP y las pérdidas económicas en productividad a partir de las muertes reportadas en las bases de mortalidad del DANE para el periodo 1998-2015, que tenían como causa básica de muerte en la CIE-10 los eventos de enfermedad de Chagas (B57), leishmaniasis (B55), fiebre amarilla (A95) y malaria (B50-54). Se excluyeron las muertes de los municipios que no contaban con información de la variable sexo, municipios sin información o con residencia en el extranjero.

Los AVPP por todas las causas de muerte incluyendo las enfermedades vectoriales, se calcularon tomando como referencia la tabla de vida (Tabla 1) del estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD por sus siglas en inglés) (6), según el grupo quinquenal de edad. Se calculó la diferencia entre la expectativa de vida y el grupo de edad donde ocurrió la muerte y se realizó la corrección de mitad de periodo para evitar sobreestimar la pérdida, asumiendo que en cualquier rango de edad la muerte ocurrió, en promedio, en la mitad del periodo. La fórmula para la estimación de los AVPP fue:

$$AVPP_i = EV_i - (i + k)$$

Donde:

- AVPP = años de vida potencialmente perdidos para la edad i
- i = grupo de edad en el que se evalúa la pérdida
- EV = Expectativa de Vida del grupo de edad
- k = factor de ajuste de mitad de ciclo (para los menores de 1 año = 0,5; entre 1-4 años = 2; para los demás grupos de edad 2,5)

Tabla 1. Expectativa de vida y AVPP a mitad de periodo por grupo de edad

GRUPO DE EDAD EN AÑOS	EXPECTATIVA DE VIDA	AVPP POR PERSONA A MITAD DE PERIODO
< 1	86,59	86,09
1- 4	85,77	83,77
5- 9	81,81	79,31
10- 14	76,83	74,33
15- 19	71,86	69,36
20- 24	66,91	64,41
25- 29	61,97	59,47
30- 34	57,02	54,52
35- 39	52,10	49,60
40- 44	47,20	44,70
45- 49	42,35	39,85
50- 54	37,58	35,08
55- 59	32,89	30,39
60- 64	28,29	25,79
65- 69	23,79	21,29
70- 74	19,41	16,81
75- 79	15,26	12,76
80-84	11,45	8,95
85-89	8,15	5,65
90- 95	5,53	3,03
95- 99	3,71	1,21
> 100	1,00	1,00

Fuente: Estudio de Carga Global de Enfermedad (6)

Para las ETV incluidas en el presente análisis, los AVPP fueron calculados por municipio según los quintiles del índice de intensidad del conflicto (IIC) construidos en el capítulo 4, para los que se estimó la tasa de AVPP por 1.000 hab., con base en las proyecciones poblacionales del DANE 1985-2020 (7).

Para la valoración de los costos de la pérdida de productividad por mortalidad prematura se estimaron los Años Productivos de Vida Potencialmente Perdidos (APVPP) para cada caso de las enfermedades mencionadas y posteriormente los costos asociados a esta pérdida. Los APVPP se valoraron teniendo en cuenta el periodo de tiempo productivo de las personas en Colombia, que va desde los 18 hasta 57 años para mujeres y hasta 62 años para los hombres (8). El cálculo de los APVPP se estimó con la siguiente fórmula:

$$APVPP_i = \begin{cases} Ep - 18, & \text{si } em \leq 18 \\ Ep - (iegm + k), & \text{si } em > 18 \end{cases}$$

Donde:

- APVPP = Años productivos de vida potencialmente perdidos del individuo i
- Ep = edad de pensión (según sexo del individuo)
- em = edad de muerte (ajustada por mitad de periodo)
- iegm = Edad de inicio del grupo de edad de muerte (por ejemplo, para una muerte entre 20-24, iegm es 20)
- k = factor de ajuste de mitad de ciclo (para los menores de 1 año = 0,5; entre 1-4 años = 2; para los demás grupos de edad 2,5)

La pérdida de productividad para las muertes ocurridas antes de los 18 años se valoró a partir del inicio de la edad productiva (18 años); es decir, el periodo de tiempo entre la edad de la muerte y los 18 años no fue considerada para la estimación de los costos.

El costo de los APVPP se estimó en pesos colombianos de 2016, ajustados con una tasa de descuento temporal del 3% según el año donde ocurría la pérdida. Se modelaron dos escenarios: el mejor escenario (menor pérdida, o piso) en el que cada APVPP se valoró al Salario Mínimo Anual (SMA) de 2016 (\$9'307.642 al año) (9); y el peor escenario (mayor pérdida, o techo) correspondiente a la productividad promedio del país evaluado como el producto interno bruto per cápita (PIB pc) de 2016 (\$17'696.729) (10), de la siguiente manera:

$$C_{APVPP_i} = \sum_{e_m}^{e_p} C_{APVPP_{ij}}$$

Donde:

- C_{APVPP_i} = Costos de pérdida de productividad del individuo i
- e_m = edad de la muerte según grupo de edad
- e_p = edad de pensión
- $C_{APVPP_{ij}}$ = Costo del APVPP del individuo i en el periodo j

La estimación de los costos de la pérdida productividad, se realizó considerando el año de inicio de la pérdida y los APVPP, descontados a valor presente para cada caso mediante el siguiente factor de descuento:

$$Fd_{per} = \frac{1}{r} \left[1 - \frac{1}{(1+r)^T} \right]$$

Donde:

- Fd_{per} = factor de descuento para una serie de periodos
- r = tasa de descuento anual (3%)
- T = total de periodos a descontar

Los análisis de los AVPP, APVPP y costos de pérdida de productividad se realizaron por sexo y grupo de edad, para los años 1998 a 2015 divididos en tres periodos de seis años cada uno (1998-2003, 2004-2009, 2010-2015). Estas estimaciones se presentan por quintiles según el IIC (bajo, leve, moderado, alto y muy alto) y según el municipio de ocurrencia de la muerte. De igual forma, se realizó un análisis de las desigualdades mediante la estimación de brechas relativas, además de un análisis geográfico de las tasas de AVPP por municipio según el IIC. El procesamiento de los datos se realizó en el programa R y MS Excel®.

Resultados

Mortalidad prematura

Para el periodo de análisis 1998-2015, se estimó un total de 104'929.457 AVPP por todas las causas de muerte, de los que 146.098 fueron por ETV (0,14%). En los AVPP derivados por ETV, el 59,7% se presentaron en hombres y el 40,3% en mujeres. En ambos sexos el periodo de mayor pérdida de AVPP por todas las causas y por ETV fue 1998-2003 y el de menor pérdida 2010-2015.

En todos los periodos las mayores tasas de AVPP por ETV ocurrieron en los grupos de edades extremas y las menores en el grupo de niños entre 5 y 14 años, con una tendencia al aumento de la tasa en los grupos de mayor edad y una disminución en los menores. Por sexo, las mujeres presentaron menores tasas de AVPP que los hombres excepto las menores de un año (Figura 1).

En el primer periodo de análisis, la ETV con mayor tasa de AVPP fue la malaria en el grupo de menores de un año con tasas de 1,28 y 0,66 AVPP por 1.000 hab., en niños y niñas, respectivamente. En contraste, en el último periodo las mayores tasas en ambos sexos se presentaron en el grupo de edad de 65 y más años correspondientes a la enfermedad de Chagas con tasas de AVPP por 1.000 hab., de 0,49 en hombres y 0,31 en mujeres (Figura 1).

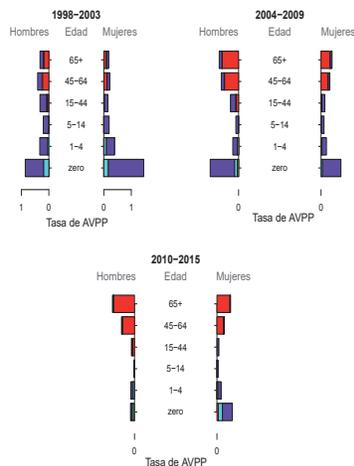


Figura 1. Tasa de AVPP de enfermedades vectoriales por grupos de edad según sexo. Colombia 1998-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Según el IIC, se evidenció que las tasas de AVPP por 1.000 hab., por las ETV incluidas en el análisis y para todos los quintiles disminuyeron a través del tiempo. Para los dos sexos, se observó un gradiente de la tasa de AVPP por 1.000 hab., reflejando una mayor pérdida de AVPP por ETV en la medida que el IIC era mayor, siendo más evidente en los hombres. También hay una desigualdad relativa para ambos sexos, al comparar los quintiles con más alto IIC y el de más bajo IIC, con tendencia a la disminución en los periodos analizados (Figura 2). En ambos sexos, las mayores tasas de AVPP se presentaron en los municipios del quintil alto de conflicto (Q4). Las brechas son menores en los quintiles extremos, mientras que en las mujeres se presentó una tendencia a la disminución, en los hombres estuvo alrededor de dos en todos los periodos analizados.

En el análisis geográfico se observó que las estimaciones de la tasa de AVPP por 1.000 hab., tuvieron diferencias por sexo, aumentando ligeramente en hombres y disminuyendo en las mujeres (Figura 3). Teniendo en cuenta que las ETV presentaron una distribución geográfica en zonas de menor altura sobre el nivel del mar, se evidenció que en la zona montañosa de los Andes las tasas de AVPP por ETV es cero. En el primer periodo, los hombres presentaron mayores tasas de AVPP en municipios de departamentos con IIC alto como Chocó, Putumayo, Antioquia, Arauca y Boyacá; sin embargo, al final del periodo de análisis, las mayores tasas de AVPP se presentaron en municipios de los departamentos de Santander, Boyacá, Amazonas, Meta y Cundinamarca que presentan bajo IIC. En las mujeres las mayores tasas de AVPP fueron coincidentes con municipios ubicados en departamentos con IIC moderado y alto en los tres periodos analizados.

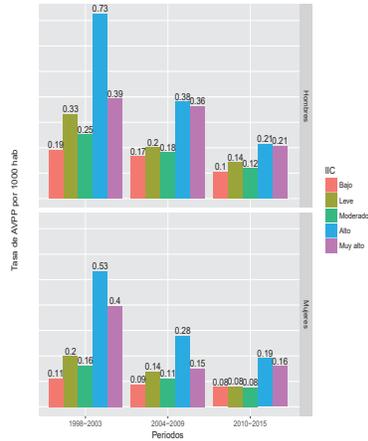


Figura 2. Tasa de AVPP para enfermedades vectoriales por índice de intensidad del conflicto según sexo. Colombia 1998-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

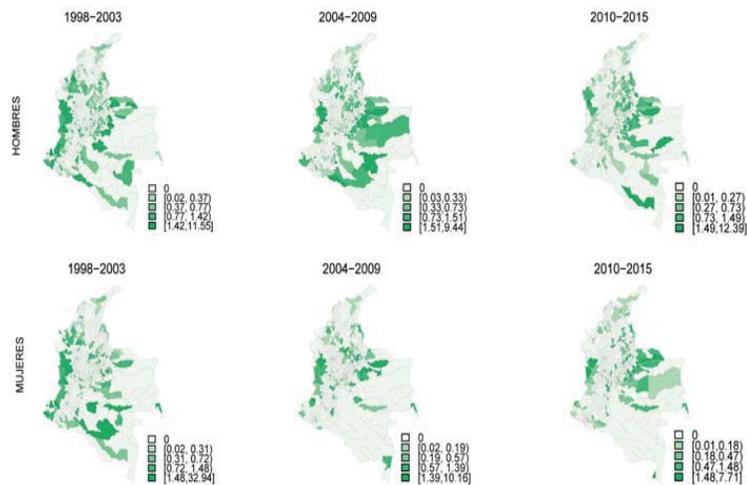


Figura 3. Tasa de AVPP para enfermedades vectoriales por año y sexo. Colombia 1998-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Pérdida de productividad

Con respecto al total de las muertes por ETV en Colombia (3.780) para el periodo 1998-2015, el 64,2% (2.429) ocurrieron en la edad productiva, valoradas como una pérdida de productividad. Se calcularon un total de 52.901 APVPP para todo el periodo, de los que el 64% se presentó en hombres.

En el análisis de pérdida de productividad se observó que en ambos sexos los costos en edad productiva de los eventos vectoriales fueron en descenso con respecto al primer periodo de análisis. Los costos anuales promedio por periodo siempre fueron mayores en hombres, con una valoración de la pérdida en un rango entre \$35,89 miles de millones (valor piso) y \$68,25 miles de millones (valor techo) en el primer periodo, pasando a entre \$7,92 y \$15,06 miles de millones en el último periodo. Por su parte, en mujeres los costos promedio de la pérdida de productividad pasaron de entre \$20,28 y \$38,57 miles de millones a entre \$4,52 y \$8,59 miles de millones en el último periodo (Figura 4).

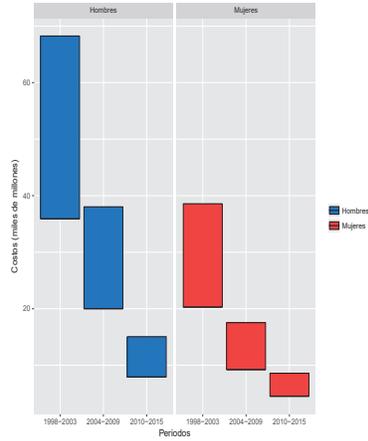


Figura 4. Costos de la mortalidad en eventos vectoriales en edad productiva por periodos y sexo. Colombia 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

En ambos sexos se observó en el tiempo una reducción de los costos promedio en el periodo de análisis, para todos los quintiles de intensidad del conflicto. Se evidenció que, con excepción del cuarto quintil, los mayores costos de pérdidas de productividad se presentaron en el quintil de menor IIC (Figura 5). Al comparar el periodo 1998-2003 con 2010-2015, en hombres la variación promedio del rango de costos fue del -77,57% con la mayor variación en costos en el quintil dos (-82,94%), mientras que en mujeres la variación promedio fue de -77,61% y el quintil con mayor variación fue el cuarto (-79,13%) (Figura 5).

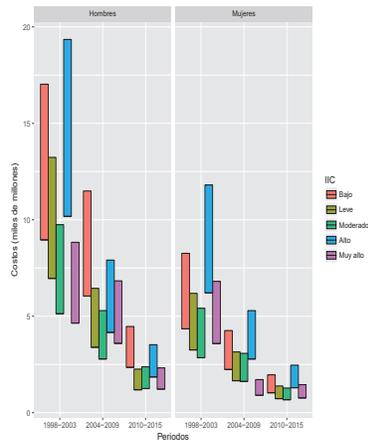


Figura 5. Costos de la mortalidad en eventos vectoriales según índice de intensidad del conflicto, sexo y periodo. Colombia, 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2015
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Conclusiones

En el periodo 1998-2015, Colombia perdió entre \$587 y 1.116 miles de millones de pesos en muertes evitables en edad productiva debido a las ETV, un promedio anual de entre \$32,62 y 62,01 miles de millones, lo que representa entre el 0,004 y el 0,007% del PIB anual en pérdidas de productividad...

En Colombia existen diferentes análisis sobre los costos de la mortalidad y el análisis de AVPP por diferentes eventos en salud (12,13), así como estudios que han estimado la afectación que tiene el conflicto en la producción económica del país a partir del análisis de la pérdida del PIB (14-16), o pérdida de capital humano asociado con las muertes prematuras (17).

Los grupos de edad más afectados han cambiado en el tiempo y son diferentes según la ETV considerada. Por ejemplo, en el periodo inicial, la malaria tuvo una mayor afectación en AVPP en los menores de un año, lo que se explica porque en las zonas donde la transmisión de malaria es elevada, los lactantes y niños menores de cinco años son especialmente vulnerables...

En ambos sexos las mayores pérdidas de vida productiva se concentraron en los quintiles de mayor intensidad del conflicto, lo que implica una clara desigualdad. Municipios de departamentos de Chocó, Arauca, Casanare, Caquetá y Guaviare, con altos valores en el IIC, comparten condiciones sociales comunes como la pobreza y falta de presencia del Estado...

En el caso de la malaria, por ejemplo, su reemergencia se ha asociado a causas diferentes al conflicto (21), sin embargo, hay evidencia de que el conflicto armado puede limitar el acceso a la atención en salud y la muerte por malaria, al ser evitable, es un trazador de acceso a los servicios (23,24).

Para el caso de las ETV con menores pérdidas asociadas a la mortalidad como en leishmaniasis, es probable que la mortalidad haya disminuido debido a la disponibilidad de medidas de control y prevención; mientras que en fiebre amarilla la reducción de la muerte puede estar asociada a vacunación.

Referencias

1. Ministerio de la Protección Social- Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Geografía y salud en Colombia: Atlas de la Salud [Internet]. [cited 2017 Oct 10]. p. 44-5. Available from: https://www.minsalud.gov.co/estadisticas/documentos/documento4346.pdf
2. Ministerio de la Protección Social- Instituto Nacional de Salud- Plan Nacional de Vigilancia y Control de la malaria en Colombia 2009-2006 [Internet]. [cited 2017 Oct 13]. p. 8. Available from: http://www.corsosnhsu.org/documentos/Anexo144COLMKE2009.doc
3. PECC-Universidad de Antioquia. Avances en la investigación de enfermedades olvidadas y desatendidas [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 25]. p. 8-9. Available from: http://www.pecc-antioquia.org/ite/imagenes/documentos/MemoriasReunionesSimposioPECC.pdf
4. Sarmiento MC. Enfermedades transmisibles en Colombia: cambios ambulatorios. Rev Salud Pública [Internet]. 2010;12(1):82-93. Available from: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/3707
5. Zambrano P. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública- Leishmaniasis. Inst. Nac. Salud [Internet]. 2014;7. Available from: http://www.in.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/originales/Protocolos_SIVIGIA/PRO_Leishmaniasis.pdf
6. Global Burden Diseases Study 2015 (GBD). Life tables by country Colombia [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2015. Available from: 13 de junio de 2017
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020.
8. Senado de la República de Colombia. Ley 797 de 2003 [Internet]. 2003. Available from: http://www.secretariatenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0797_2003.html
9. Ministerio del Trabajo. Decreto 2552 de 2015. [Internet]. Presidencia de la república. 2017 [cited 2017 Oct 6]. Available from: http://wpp.presidencia.gov.co/informacion/normativa/normativa/2015/Decreto2015050670_2552_DE_10_DE_DICIEMBRE_DE_2015.pdf
10. Banco de la República. Producto Interno Bruto, Colombia [Internet]. Banco de la república. 2017 [cited 2017 Oct 6]. Available from: http://www.banrep.gov.co/ptb
11. Instituto Nacional de Salud-Observatorio Nacional de Salud. Años de Vida Potencialmente Perdidos por todas las causas de muerte y muerte evitable en Colombia para el periodo 1998-2011. In: Tercer informe OMS. Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Bogotá, D.C., 2014. p. 83-95.
12. Guzmán Alvis WJ, de la Hoz Restrepo E. Trends of mortality caused by infectious diseases in Cartagena de Indias, Colombia, 1989-2008: a measure of the epidemiological transition. Rev salud publica (Bogotá, Colombia) [Internet]. 2014;16(1):25-52. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25660665
13. Moreno C. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por homicidios en Colombia - 1985 - 2006. Rev Panam Salud Pública. 2011;30(4):342-53.
14. Villa E, Moxosso M, Restrepo J. Crecientismo, Conflicto Armado y Crimen Organizado: Evidencia para Colombia. Universitas Económica. 2012;12(8).
15. Durán Pabón MA. Conflicto armado y crecimiento económico municipal en Colombia. Univ Nac Colomb [Internet]. 2011;7-14. Available from: http://www.digital.unal.edu.co/5276/
16. Quimbío Borrero P. Crecientismo Departamental y Violencia Criminal en Colombia [Internet]. Vol. 7191. Documento CEDE 2003-12. [cited 2017 Apr 15]. Available from: https://economia.uanrd.edu.co/composicionbiblioteca/478/view/46/Documentos_CED0511/crecientismo-departamental-y-violencia-criminal-en-colombia
17. Pirota Barrago J, Vergara Balboa Á, Luján Torres F. Costos generados por la violencia armada en Colombia: 1999-2003. Arch Econ- DNP. 2005;277.
18. World Health Organization. A global brief on vector-borne diseases [Internet]. World Health Organization. 2014. p. 9. Available from: www.who.int/docs/default-source/country-info/items/who-wb-2014-06-10-abstract-en.pdf?sfvrsn=1/0665/111008/1/WHO_DOC_WHO_2014_1_eng.pdf
19. Polanco Lopez De Mesa V. Patterns of treatment for childhood malaria among caregivers and health care providers in Turbo, Colombia. Iatreia. 2012;25(2):93-104.
20. Carmona-Fonseca J. La malaria en Colombia, Antioquia y las zonas de Urbabaja Cauca: Patrones para interpretar la alta transmisión antioqueña. Parte 1. Iatreia [Internet]. 2003;16(4):317. Available from: http://www.scielo.org/pdf/iat/v16n4/v16n4a3.pdf
21. Zúñiga Dueñas LP, López Quiroga Á, Torres Torres F, Catafalsa-Porras O. Posible transmisión oral de la enfermedad de Chagas en trabajadores del sector de los hidrocarburos en Casanare, Colombia, 2014. Biomédica. 2017;37:118-32.
22. Poveda C, Rojas W. Evidencias de la asociación entre brotes epidémicos de malaria en Colombia y el Fenómeno El Niño: oscilación del Sur. Rev Acaol Colomb ciencias. 1997;21(May):421-9.

250



Política de atención en salud para las víctimas del conflicto armado en Colombia y enfoques diferenciales 2011-2017

Novena informe OIG, consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia 251

6.1. Introducción

Elkin Vallejo-Rodríguez
 Andrea García-Salazar
 Fabio Escobar-Díaz
 Karol Cotes-Cantillo
 Nohora Rodríguez-Salazar

La respuesta estatal en Colombia para enfrentar los impactos del prolongado conflicto armado inició a mediados de la década de 1990, siendo uno de los puntos de partida el documento Compes 2804 de 1995, con el que se estableció el programa nacional de atención integral a la población desplazada por la violencia (1). Sin embargo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha tenido importantes limitaciones para garantizar servicios de salud ajustados a las necesidades de las víctimas. Medidas como la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado y la incorporación o extensión de algunas prestaciones en materia de salud mental (2), aunque muy importantes, fueron insuficientes para ofrecer atención integral y diferencial a todas las víctimas del conflicto armado interno.

Con la Ley 1448 de 2011 se dio un trascendental avance en materia de política pública para las víctimas, modificando la estructura institucional existente con el propósito de aplicar medidas de atención, asistencia y reparación integral desde el punto de vista judicial, administrativo, social y económico, tanto individual como colectivo, medidas que pretenden hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición. Además, tiene un importante abordaje diferencial al reconocer que hay poblaciones en riesgo o vulnerables que han recibido de forma diferente los impactos de la violencia generada por el conflicto armado y que la atención debe considerar estas particularidades en comunidades específicas, como por ejemplo, los grupos indígenas o afrocolombianos, desde una mirada étnica, y las mujeres, desde un punto de vista de género.

El objetivo de este estudio fue caracterizar y comprender el desarrollo de la política pública de atención en salud dirigida a las víctimas del conflicto armado en Colombia, en términos de su proceso de implementación a nivel nacional y territorial desde 2011, hasta la actualidad. El capítulo inicia con los principales elementos conceptuales sobre la definición de política pública utilizada, la implementación de políticas y los enfoques diferen-

ciales de género y etnia. Así mismo se describen las estrategias metodológicas que fueron empleadas para el análisis de la implementación y la construcción de los contextos de políticas. Seguidamente se presentan los resultados donde se evidencia el contexto de la política a nivel general y desde los enfoques de género y etnia, luego se incluyen los resultados de implementación a partir del análisis de caso en Guacoche, Antioquia y Bogotá-Soacha. Finalmente se presentan unas conclusiones generales del presente abordaje.

6.2. Aspectos conceptuales

6.2.1. Las políticas públicas

La palabra política es un término polisémico que hace referencia al uso del poder en una sociedad y también a las respuestas del Estado ante los asuntos públicos definidos como problemáticos (3). El concepto de política pública ha sido objeto de numerosas definiciones (4), lo cual refleja la heterogeneidad de enfoques o posturas teóricas provenientes de diferentes disciplinas de las ciencias sociales. Por ejemplo, se ha definido como procesos de mediación social que asume los desajustes que pueden ocurrir entre uno y otros sectores de la sociedad o entre alguno de estos y la sociedad global (5). Hay definiciones, por supuesto más pragmáticas como la de considerar las PP como programas de acción gubernamental en un sector espacio geográfico específico (6).

Las políticas públicas son llevadas a cabo por las autoridades gubernamentales o por quienes están investidos de una connotación pública y, generalmente, consisten de un entramado de decisiones que conllevan un amplio curso de acción a través del tiempo (7). Integran decisiones que se traducen en acciones llevadas a cabo a través de acuerdos e instrumentos dirigidos a prevenir una situación definida como problemática (4).

6.2.2. Implementación de políticas públicas

En el análisis de las políticas públicas, hasta los años setenta predominaba la idea de que las decisiones aprobadas por las autoridades públicas eran efectivamente realizadas o llevadas a cabo y que sus resultados eran por tanto coherentes con los esperados por los tomadores de decisión (8)(9)(10). Sin embargo, el fracaso de las mismas posicionó este tipo abordaje. La implementación de las políticas comprenden aquellas acciones efectuadas por actores individuales o grupales públicos y privados con miras a la realización de objetivos previamente definidos (10). Existen dos estructuras teóricas más conocidas en este tipo de análisis. Por un lado se encuentra el enfoque *top-down* o prospectivo, orientado por una perspectiva racional y lineal donde se establece una división entre la formulación y la ejecución de la política pública y entre lo político y lo técnico (9). El segundo enfoque, conocido como *bottom-up* o retrospectivo, en donde los implementadores de las políticas públicas juegan un papel muy importante como participantes activos en proceso complejo político donde pueden influir en la forma en que se ejecuta la política e incluso redefinir sus objetivos (9).

Ambos enfoques son útiles para entender el proceso de implementación de una política. El modelo prospectivo se ajusta mejor para estudiar este proceso en áreas políticas dominadas por una legislación específica, con fondos limitados, o donde la situación tiene algún nivel de estructuración. El segundo, es más relevante en situaciones donde políticas diferentes se dirigen a un problema particular, y donde una de ellas está interesada primordialmente en la dinámica de situaciones locales diferentes (11). Las relaciones entre las agencias centrales, regionales y locales influyen en la política. Así, la capacidad del nivel central, o nacional, para controlar los niveles inferiores del sistema puede variar ampliamente dependiendo, por ejemplo, de factores como el origen de los recursos y quien los controla, la legislación que estipula la autoridad y niveles de responsabilidad y la capacidad del gobierno para reforzarlos a través de evaluaciones, auditorías, incentivos, etc.; es decir, las características de las relaciones entre el centro y la periferia en diferentes sectores como el de la salud, influirán en el destino de las políticas (9).

El contexto juega un papel fundamental en la investigación de la implementación. El contexto puede ser social, cultural, económico, político, legal, ambiental (físico) e institucional, demográfico y epidemiológico. Para el caso de salud, la estructura de los sistemas de salud en cuanto a los roles de los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, entidades privadas y ciudadanos, son importantes en el momento de la implementación. Estos factores contextuales no solo influyen en la implementación sino que interactúan entre sí y cambian en el tiempo. Además, se destaca el hecho de que la implementación ocurre como parte de sistemas complejos adaptativos. Esto implica que la investigación requiere del uso de múltiples métodos y diferentes fuentes de información para entender el problema de la implementación que usualmente no estática ni lineal (12).

6.2.4. Enfoques diferenciales por etnia y género

6.2.4.1. Enfoque diferencial

El enfoque diferencial parte del reconocimiento de las condiciones particulares de los individuos, entre las cuales se encuentran su etnia, posición socioeconómica, discapacidad, género y las variables del ciclo vital. Se convierte así el enfoque diferencial en una herramienta que a partir del derecho a la equidad busca procurar el goce efectivo de derechos a toda la población, por el camino de la superación de las condiciones de desigualdad, discriminación y exclusión de algunos grupos poblacionales.

La Ley 1448 de 2011 integra el enfoque diferencial en su artículo 13, y lo define a partir de la resolución 0758 de 2014, convirtiéndolo en un principio orientador de los procesos, medidas y acciones que desarrolla, lo cual permite atender las particularidades de la población (51), acorde a sus características específicas, éste "(...) i. Busca garantizar la igualdad efectiva en el acceso a las medidas de atención, asistencia y reparación integral. ii. Deben responder a las particularidades y grado de vulnerabilidad de las víctimas. iii. Contribuyen a eliminar esquemas de discriminación y marginación que pudieran ser causa o contribuyeron a la ocurrencia de hechos victimizantes" (13). Como principio rector de la política pública de atención y reparación integral a las

víctimas integra una mirada diferenciada a mujeres, personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas, niñas, niños y adolescentes, entre otros sujetos que se consideran vulnerables, con esto es posible identificar el impacto diferenciado a la población.

6.2.4.2. El enfoque de género: El paradigma de una sociedad incluyente

El género "(...) hace referencia al significado social de la diferencia biológica entre los sexos. Este significado se asocia con la construcción social de esferas de actividad masculinas y femeninas, cuya diferenciación se traduce en asimetrías institucionalizadas entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos" (14), y la manera en que esta relación desigual limita la vida de los individuos.

En el siglo XX se da lugar a importantes encuentros multilaterales que buscan la reivindicación de los derechos de la mujer, como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, suscrita en la ciudad de Belem Do Para, Brasil, el 9 de junio de 1994; y la Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en el año 1995, que incluyó a la proclama sobre los "derechos de la mujer" la categoría género con el fin de explicar las desigualdades que devienen de la diferenciación del rol del hombre y el rol de la mujer, ésta motivó la integración del enfoque de género en la política de las naciones para superar la desigualdad en empleo, la explotación sexual, la discriminación, y demás prácticas violentas que atacan a la mujer, y en un espectro más amplio a lo femenino (15,16). En Colombia, dichas desigualdades han fomentado diversos actos de violencia, discriminación y exclusión de la mujer, por lo que la Política Pública de Equidad de género para las mujeres del año 2012 tiene como objetivo subsanar dicho impacto a la mujer.

Aparejado con la dinámica internacional, la Constitución Política Colombiana de 1991 se sumerge en el paradigma de una sociedad heterogénea, dejando de lado la visión de nación que

contemplaba únicamente la estandarización de la población, ahora lo étnico, pasando por lo religioso y lo cultural ingresan en el terreno del diálogo. La mujer y sus derechos se sitúan en paridad con aquellos de los hombres, y se establece el principio constitucional de la no discriminación contra las mujeres. Estas acciones en positivo otorgan el espacio a las mujeres para conformar una emergente realidad enmarcada en reivindicaciones en torno al libre desarrollo de la personalidad, la libertad de reproducción y la autonomía sexual (17).

6.2.4.3 Enfoque diferencial étnico

El enfoque diferencial parte de un paradigma claro: las personas están expuestas a diferentes escenarios y dimensiones de vida, razón por la cual se deben tener en cuenta estas diferencias para que las acciones, entendidas como políticas públicas, del Estado sean acordes a las necesidades particulares de estos grupos diferenciales. En este marco, el enfoque diferencial étnico parte de integrar, de forma particular, a las poblaciones étnicas (Rom, Indígenas, Afro, Raizal y palenquera) y desde una perspectiva decolonial (18) se intenta, al menos en el papel, desentrañar las lógicas subyacentes de la discriminación y estigmatización histórica que han sufrido desde las épocas de la conquista y la colonia estos grupos.

Lo étnico dentro del enfoque diferencial remite, entonces, a lo que desde el Estado colombiano se ratificó con la ley 21 de 1991, según la cual se adopta el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (1989) donde se exhorta al estado a que en materia de salud, los servicios sean, en lo posible, de corte comunitario; igualmente el manejo de los mismos debe hacerse de forma concertada y participativa con los pueblos interesados teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (19). El reconocimiento de un sistema epistemológico particular propio de las poblaciones étnicas remite a buscar, desde la interculturalidad, maneras de generar diálogos de saberes de corte horizontal que permitan la complementariedad entre dos sistemas médicos culturales (20).

El enfoque diferencial étnico en el marco del conflicto armado interno colombiano busca dar cabida a las afectaciones particulares que han sufrido estas poblaciones desde el reconocimiento de los sujetos colectivos y las maneras de atención y rehabilitación que esto supone. Así, desde esta perspectiva, se entiende en esta investigación el enfoque diferencial étnico como una apuesta de política pública dirigida a develar y destruir las estructuras subyacentes de discriminación, racismo y exclusión que han afectado a las poblaciones étnicas, con el fin de generar cambios en la forma de entender y atender a estas poblaciones para que se fortalezcan y reconozcan las formas de ser, pensar y actuar de estos grupos con el fin de reconocer sus derechos, todo orientado a la pervivencia física y cultural de los mismos (21-23).

6.3. Metodología

Para el cumplimiento del propósito de este estudio, se adoptó una perspectiva cualitativa, mediante el uso de fuentes documentales y entrevistas semiestructuradas. La revisión de fuentes documentales es un método de investigación que apunta a describir y comprender información textual que ha sido producida por personas y grupos como respuesta a diferentes necesidades (24).

Se usó la llamada pirámide Kelseniana como criterio de inclusión de documentos normativos, según la cual existe una jerarquía jurídica en cuya cima se encuentra la constitución y hacia abajo se descende a las leyes y resoluciones legislativas, emitidas por el Congreso, y luego los decretos y resoluciones, los cuales son producidos por la rama ejecutiva del Estado. De este modo se excluyen dentro de los documentos jurídicos los reglamentos técnicos, los códigos, las acciones institucionales y otras actividades que se dirigen al andamiaje técnico del Estado las leyes constituyen la estructura a partir de la cual se crean las resoluciones legislativas (25). Mediante las entrevistas semiestructuradas, el habla es sometida al análisis para contar con una aproximación la experiencia de las personas sobre un fenómeno determinado (26).

Con este método se hizo un acercamiento a la experiencia de la implementación de la política de atención en salud a las víctimas del conflicto armado en los niveles nacional y territorial. Teniendo en cuenta el carácter semiestructurado de las entrevistas, estas contaron con una guía de preguntas orientadoras. Con la previa autorización de los participantes, fueron registradas por medio de una grabadora digital. Posteriormente, se transcribieron y se sometieron al proceso de análisis de acuerdo a los objetivos de este estudio en relación con los contextos y la implementación de la política, aspectos que se describen a continuación.

6.3.1 Contexto de la política

La necesidad de construir un contexto de la política pública es fundamental dentro de cualquier ejercicio de análisis de política pública independientemente del enfoque o marco teórico que se utilice (27). Para la construcción de los contextos de la política, a nivel general, étnico y de género, de acuerdo a las precisiones conceptuales mencionadas anteriormente se acudió a la revisión de fuentes documentales. El contexto general está conformado por el impacto del conflicto armado interno sobre las víctimas en Colombia, la evolución normativa de la respuesta estatal y el SGSSS.

Para la caracterización del impacto de la guerra se emplearon datos estadísticos disponibles en los sistemas de información construidos para este fin como la Red Nacional de Información de Víctimas, de acuerdo a todos los hechos victimizantes por año y por región, entre otras variables. Con respecto a la evolución normativa, se identificó la legislación con la cual el Estado colombiano no sólo ha reconocido a las víctimas sino también ha definido las respuestas políticas, incluida la atención en salud desde los años 90. En este aspecto también fueron consideradas las sentencias más importantes de la Corte Constitucional que han exigido decisiones políticas de fondo a favor de la atención a las personas que han sido afectadas por el conflicto armado.

Se describe además la respuesta específica desde el SGSSS dirigida a las víctimas, revisando la normatividad pertinente en términos de las prestaciones progresivamente ampliadas en los planes de beneficios, con la cual se comprende las limitaciones que ha tenido el sistema de salud colombiano para su atención, en los términos exigidos por la Corte Constitucional. El enfoque diferencial se integra a partir de ese proceso político y legislativo influenciado por la Corte, se observa una apuesta por reconocer las consecuencias diferenciales de las acciones en comunidades específicas, catalogadas como poblaciones en riesgo o vulnerables. Para el contexto general que acompañó este ejercicio de análisis se definió incluir aspectos generales de corte histórico que dieran cuenta de la relación de diferentes sujetos sociales como las comunidades étnicas y las mujeres con el conflicto armado, al igual que sus mecanismos de superación para sobrellevar las afectaciones y los daños.

6.3.2 Implementación de la política

Para el análisis de la implementación de la política de atención en salud para las víctimas del conflicto armado en Colombia, se consideraron los siguientes aspectos para comprenderla desde el escenario nacional y desde los escenarios territoriales:

- Objetivos, metas y mecanismos de seguimiento de la política
- Recursos humanos y económicos
- Normatividad que reglamente la política
- Instituciones nacionales y territoriales responsables de la implementación y articulación entre ellas
- Participación de las víctimas en su diseño e implementación
- Papel de los actores del SGSSS como las EPS e IPS
- Incorporación del enfoque diferencial (etnia y género) en la política

Específicamente, para conocer el desarrollo de la implementación a nivel territorial, se seleccionaron tres entidades territoriales que se caracterizan por el alto número de víctimas registradas en el Registro Único de Víctimas (RUV). Además, en su selección se tuvo en cuenta las posibilidades de acceso a estas entidades gracias a la colaboración del MSPS. Para el caso de Guacoeche, este corregimiento ubicado en Valledupar, fue seleccionado por ser el lugar donde

se está haciendo la primera implementación del componente étnico del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para las Víctimas (PAPSIVI). Es importante precisar que con la selección de los casos no se pretende hacer una generalización para todas las entidades territoriales del país, sino conocer su experiencia alrededor de la puesta en marcha de la política. La Tabla 1 muestra los casos seleccionados:

Tabla 1. Entidades territoriales y registro de víctimas

ENTIDAD TERRITORIAL	VÍCTIMAS REGISTRADAS EN RUV
Bogotá D.C.	354.497
Soacha (Cundinamarca)	43.720
Antioquia	1.173.399
Guacoeche ¹	2.000 (sujeto colectivo)

Fuente: RUV. Consulta agosto de 2017

En estas entidades se realizaron entrevistas a actores clave como los funcionarios de las direcciones territoriales de salud, de la Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas (UARIV) que hacen presencia departamental o municipal y de organizaciones étnicas. Para los componentes de etnia y género, se acudió a los profesionales responsables de estos enfoques y que estuvieron disponibles para participar en este estudio, además se entrevistaron a víctimas tanto en Antioquia como en Guacoeche. Lo anterior se complementó con la búsqueda y análisis de información documental para conocer y contextualizar la implementación en cada uno de los territorios. En el nivel nacional se realizó una entrevista al coordinador del Grupo de Atención y Reparación de Víctimas (GARV) del MSPS y los coordinadores de género y de la estrategia psicosocial de la UARIV.

1. Si bien en el RUV no hay una cifra oficial para Guacoeche debido a que el registro no llega al nivel de corregimiento, el valor que se proporciona es el que se maneja en el censo del corregimiento y es el oficial para el proceso PAPSIVI étnico. En líneas posteriores se profundizará sobre la definición de sujeto colectivo y sus implicaciones.

6.4. Resultados

6.4.1 Contextos de la política de atención a víctimas

6.4.1.1. Contexto general

6.4.1.1.1. Impacto del conflicto sobre las víctimas

Se ha estimado que el conflicto armado en Colombia, entre 1958 y 2012, ha generado la muerte de cerca de 220.000 personas. Sin embargo, estos datos son aproximaciones que no alcanzan a dimensionar el anonimato, la invisibilidad y la imposibilidad de reconocer a todas las víctimas de esta guerra que se habla degradado profundamente, debido al uso de todas las modalidades de violencia contra la población civil (28). De acuerdo con el Centro Nacional de Memoria Histórica, la mayoría de víctimas mortales han sido civiles (81,5%) y el resto militares o combatientes (18,5%).

Este dato refleja en enorme impacto que tenido el conflicto sobre los no combatientes a pesar de que el país tiene un significativo subregistro debido no sólo a las limitaciones del Estado desde el punto de vista técnico y logístico sino también a eficaces estrategias de ocultamiento y de invisibilización de acciones desplegadas por los actores armados (28). Con respecto a la totalidad de víctimas, los datos generados por Registro Único de Víctimas (RUV), muestran la siguiente tendencia entre 1985 y 2017:

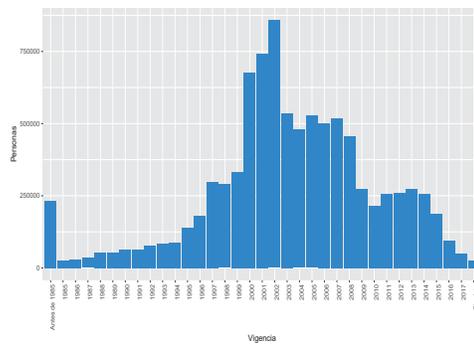


Figura 1. Víctimas del conflicto armado en Colombia, total nacional, 1985- 2017
Fuente: Registro Único de Víctimas. Fecha de corte agosto 1 de 2017

El desplazamiento forzado ha sido el hecho victimizante que más ha afectado a las personas, con una cifra superior a los 7 millones de personas, de acuerdo con los datos del RUV, seguido del homicidio², la amenaza y la desaparición forzada:

Tabla 2. Personas afectadas por el conflicto armado, por hecho victimizante

HECHO	PERSONAS
Desplazamiento	7243838
Homicidio	989318
Amenaza	358392
Desaparición forzada	167554
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	111146
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	96034
Secuestro	36015
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	22493
Minas antipersonal/Munición sin explotar/ Artefacto explosivo	11083
Tortura	10580
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	8326
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	5350
Sin información	49

Fuente: Registro Único de Víctimas. Fecha de corte agosto 1 de 2017

2. El RUV tiene un registro de víctimas mortales totales de 989.318, el cual incluye las directas (268.208) y las indirectas (721.110)

6.4.1.1.2. Evolución de la respuesta política para las víctimas

Desde mediados de los años 90, con el CONPES 2804 de 1995, el Estado integró al Plan de Desarrollo y de Inversiones 1995-1998, un conjunto de estrategias de atención a la población desplazada por la violencia. Posteriormente, la Ley 387 de 1997 definiría a la persona desplazada como aquella que ha sido forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su sitio de residencia y sus actividades económicas debido a la vulneración o la amenaza sobre su integridad física, su seguridad o su libertad personal debido al conflicto armado, violaciones masivas de los derechos humanos o infracciones al Derecho Internacional Humanitario (1). Aunque esta Ley excluía otros hechos victimizantes y no consideraba la perspectiva diferencial.

A pesar de este avance, el Estado continuaba fallando en garantizar la protección a las víctimas. Así, la Corte Constitucional jugó un papel fundamental en la protección de estos grupos con la sentencia T-602 de 2003, en la cual se indicaba que la población desplazada debía contar con atención diferencial por parte del Estado, junto con el reconocimiento de la vulnerabilidad manifiesta que se relaciona de manera directa con el hecho del desplazamiento. Un año después, en la sentencia T-025 de 2004 se declaró el estado de cosas inconstitucional debido a los reiterados incumplimientos de las instituciones gubernamentales en salud, educación y otros servicios fundamentales a las víctimas del desplazamiento forzado, elementos que mostraban la precaria respuesta estatal frente a la magnitud del desplazamiento. Los pronunciamientos de la Corte presionaron al Estado colombiano a cumplir con lo estipulado por las leyes existentes o a crear otras, en aras de contar con respuestas efectivas para configurar unas medidas contundentes de atención a las víctimas de desplazamiento.

La Ley 975 de 2005 conocida como la Ley de Justicia y Paz surgió en el marco de la desmovilización de los grupos paramilitares aunque aplicaría también a cualquier actor armado ilegal dentro del conflicto armado colombiano. Esta norma define a la víctima como "... la persona que individual o colectivamente haya sufrido daños directos tales como lesiones transitorias o perma-

rientes que ocasionen algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual y/o auditiva), sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo de sus derechos fundamentales. Los daños deberán ser consecuencia de acciones que hayan transgredido la legislación penal, realizadas por grupos armados organizados al margen de la ley” (29).

Esta re- definición del sujeto víctima contempla no sólo el desplazamiento sino otras transgresiones producto del conflicto armado, sin embargo, la Ley no cambió ni reformó la estructura institucional de tal manera que se respondiera a las sentencias de la Corte Constitucional para la protección de todas las víctimas, ni garantizaba su derecho a la verdad, a la justicia y a la reparación. Después de la Ley de Justicia y Paz, en el Congreso de la República se presentaron algunos proyectos legislativos que pretendían avanzar hacia la protección de las víctimas como fueron el proyecto de Ley 157 de 2007 y el 01 de 2009 pero no lograron superar los debates necesarios para su aprobación.

Posteriormente, el proyecto de Ley 107 de 2010 presentado a la Cámara de Representantes, “Por la cual se dictan medidas de atención y reparación integral a las víctimas de violaciones de los Derechos Humanos e infracción al Derecho Internacional Humanitario”, se convertiría en la Ley 1448 de 2011, recogiendo planteamientos de las iniciativas legislativas precedentes y las sentencias previas de la Corte, junto con la T-045 de 2010, pronunciamiento que reitera la atención diferencial y específica para las víctimas del conflicto debido al daño sufrido y a su situación de vulnerabilidad. Con esta sentencia la Corte afirma que la prestación de servicios de salud a las víctimas del conflicto armado no podía limitarse a los planes de beneficios del SGSSS ya que no contemplaban atención psicológica y psiquiátrica de mediana y alta complejidad así como la implementación de un enfoque psicosocial. Para la corte estos elementos son necesarios para garantizar servicios integrales de salud a las víctimas (30).

6.4.1.1.3. Sistema General de Seguridad Social en Salud

Mediante la Ley 100 de 1993 fue creado el SGSSS de Colombia el cual definió un modelo de aseguramiento universal y obligatorio, conformado por un régimen contributivo y uno subsidiado. Las sentencias T-025 de 2004 y T045 de 2010 han insistido en las debilidades del SGSSS para la atención a las víctimas del conflicto armado, la primera se concentra en señalar la necesidad del acceso efectivo al SGSSS, mientras que la segunda exige acciones particulares en el marco del enfoque psicosocial en materia de salud a las víctimas que no se limite a los planes básicos de los regímenes, y que se debe caracterizar por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Es con la Sentencia T-045 de 2010 que se llama la atención sobre la necesidad de contar con servicios de atención en salud mental que incorporen un enfoque psicosocial debido a que las afectaciones que tienen las víctimas tienen particularidades relacionadas con sus contextos sociales y culturales que deben ser consideradas. Con la Sentencia se resaltaron las falencias que tiene la atención en salud mental en el SGSSS, predominantemente orientado al componente clínico, donde no se tiene en cuenta la relación sujeto- mundo, por lo que según señala la corte es necesario “(...) romper la idea clásica de la atención psicológica o psiquiátrica de consultorio circunscrita al mundo cotidiano” mediante la despatologización del individuo”.

Con el Acuerdo 029 de 2011, se actualizaron y se unificaron los planes de beneficios para ambos regímenes, permitiendo por tanto extender los servicios de salud mental en urgencias, ambulatorias y hospitalización, a los afiliados sin capacidad de pago, como han sido la mayoría de víctimas de conflicto armado (69). Sin embargo, estas medidas no fueron suficientes y el SGSSS, continuaba con el problema de garantizar una atención en salud adaptada a las necesidades de las mismas (28).

6.4.1.2. Contexto étnico

Colombia cuenta entre su población con un porcentaje importante de indígenas (3,5%), quienes se agrupan en 64 pueblos ubicados en todo el territorio nacional. Los departamentos de Guajira y Cauca concentran la mayor cantidad de población indígena, con 180.000 y 117.527 personas respectivamente (31). Desde su apuesta en la Constitución Política por una Nación pluriétnica y multicultural, el país reconoce la diversidad en la construcción de país, diversidad que incluye a lo afro, pues esta población es incluso mayor, en términos numéricos, que la población indígena, pues las personas afro representan el 16% de la población colombiana y si bien el mayor número de estas se ubica en la región pacífica, al igual que con las poblaciones indígenas, podemos encontrar afro en todos los departamentos del país.

Las comunidades étnicas han sido víctimas de proceso de violencia de todo tipo desde el momento mismo de la conquista y la colonia, de acuerdo con Jimeno los pueblos indígenas ven la violencia causada por el conflicto armado como otro “capítulo” de una larga lista de episodios de violencia que empezó con la conquista y colonización española; violencias que estuvieron y están sustentadas por imaginarios de discriminación y racismo, aunado a situaciones de desigualdad social (32). Este constructo etnohistórico de la violencia contra las poblaciones étnicas es importante de mencionar como antecesa al contexto de la política, pues evidencia que estos grupos han sido históricamente víctimas de violencias de diversa índole, muchas veces ejercida desde la oficialidad del Estado, configurando un contexto de vulnerabilidad y discriminación. En este apartado se presenta un recuento enmarcado en el conflicto armado Colombiano iniciado a mediados del siglo pasado, pues es en este escenario de violencia política contra las etnias de este país (33) donde se presentan las mayores afectaciones y las dinámicas de política pública que se han dado.

Hablar, desde una perspectiva etnohistórica, de la violencia y las afectaciones causadas por el conflicto armado a poblaciones étnicas, nos remite a la década de los setenta del siglo XX, pues fue en este decenio que se inició el proceso de construcción y fortalecimiento político de las comunidades étnicas y sus organizaciones como sujetos sociales y políticos que increpan al estado por sus derechos (34). El movimiento de lucha de los pueblos étnicos tiene su origen, al menos en términos organizativos, en la conformación de los movimientos de lucha por la tierra que congregaban a campesinos, indígenas y afrodescendientes, situación que empezó a cambiar cuando desde los movimientos indígenas se identificó que la lucha campesina por el territorio, no compartía los mismos valores asociados al territorio que desde lo étnico se otorgaban a este, pues desde esta perspectiva la lucha por el territorio estaba ligada a la lucha por la pervivencia física y cultural (35).

La violencia que se ejercía sobre las poblaciones étnicas derivada del conflicto armado es posible entenderla como “violencia política”, pues era ejercida como un medio de lucha política y social encaminada a modificar, substituir o destruir un modelo de Estado o de sociedad o en su defecto para reprimir a un grupo humano por su afinidad social, política, gremial, racial, ideológico o cultural. La expresión de este tipo de violencia en Colombia se da mediante violaciones a los DD.HH. al Derecho Internacional Humanitario, acciones bélicas y violencia política social (36). Esta violencia fue sufrida por los pueblos indígenas en la década del 70 del siglo XX y estuvo asociada a las élites terratenientes y gamonales (33).

La violencia que se desarrolló en las décadas de los setenta y ochenta del siglo XX, produjo un número importante de víctimas y dejó ver claramente dos asuntos: 1. Los indígenas eran vistos (y vendidos) como “anclas” que frenaban el navío desarrollistas Colombiano y por tanto era menester para un gobierno excluyente, producto del Frente Nacional, erradicar a estas poblaciones y velar por los intereses de las élites; 2. Los pueblos indígenas estaban abiertamente en contra de estas acciones legales e ilegales de parte del gobierno y de grupos interesados y

harían cualquier cosa para defender su derecho como pueblos a la territorialidad (33). Paralelamente, en esta época se da inicio a incipientes grupos paramilitares al servicio de los gamonales regionales quienes en compañía de la fuerza pública amenazan y asesinan dirigentes campesinos e indígenas, situación que desde las comunidades indígenas del Cauca, principalmente, se afrontó desde dos lugares: a través de la organización colectiva pacífica que buscaba la interlocución con el Estado y con los diferentes actores armados; por otro lado, algunas facciones minoritarias de población indígena prefirieron responder a través del uso de las armas, dando origen al movimiento armado guerrillero indígena Manuel Quintín Lame (MIQL) (37).

El MIQL se enfrentó a varios problemas, por un lado, el rechazo de este tipo de acciones por las organizaciones indígenas consolidadas CRIC y ONIC quienes consideraban que este accionar sólo iba a generar consecuencias negativas para los comuneros y al mismo tiempo deslegitimaba los procesos organizativos emprendidos por el sujeto colectivo político indígena. Adicionalmente, las fuerzas del Estado y los grupos ilegales armados (guerrilla y paramilitares) asumieron una postura mucho más agresiva y violenta frente a las poblaciones indígenas y sus organizaciones (32,37). El MIQL se vio entonces escasamente apoyado y debilitado lo que llevó a que se insertara en el proceso de negociación dirigido por el presidente Virgilio Barco (1986-1990) luego de la toma y retoma del Palacio de Justicia. Este proceso derivó en la Constituyente de 1991 y en el fortalecimiento de la Unión Patriótica, partido de Izquierda, que si bien no era el único existente, sí fue el que congregó más posiciones y movimientos³.

Por otro lado, la década de los ochenta vio el recrudecimiento de la violencia en el país por cuenta del auge de los cultivos ilícitos de coca y marihuana como mecanismo para financiar a grupos ilícitos. Estos grupos iniciaron una arremetida violenta contra los territorios de las poblaciones étnicas (indígenas y afro) para apoderarse de los mismos y sembrar en estos los cultivos ilícitos mencionados.

Esta situación llevó a que se exacerbaran los conflictos por la tierra, pues las comunidades étnicas hicieron frente a estos embates y defendieron su territorio de forma enfática lo que llevó a que los grupos ilegales emprendieran acciones violentas con el fin de desplazar a estas poblaciones de sus lugares de origen (33).

6.4.1.2.1 Una nueva luz: La constitución de 1991

El fin de la década de los ochenta marcó un cambio significativo con la Constitución Política de 1991, la cual fue resultado de una Asamblea Nacional Constituyente que incluyó por primera vez a las poblaciones étnicas indígenas y afro, situación que derivó en el reconocimiento de Colombia como un país pluriétnico y multicultural. Este reconocimiento permitió que estas poblaciones, entre otras, tuvieran elementos normativos dentro del bloque de constitucionalidad para sustentar sus demandas y exigencias por sus derechos, además de denunciar los actos de violencia que los han afectado hasta la actualidad. La década de los noventa y principios del siglo XXI representó un aumento de la violencia general en el país, atentados, tomas guerrilleras, auge paramilitar, secuestro, reclutamiento forzado, entre otros hechos, determinaron un aumento considerable de víctimas. Según el RUV en 1990 las víctimas fueron 63.109 y cada año se vio un aumento de las mismas hasta llegar en el 2002 a contar 848.225 víctimas. Este escenario afectó de forma directa los territorios indígenas, pues debido al fortalecimiento paramilitar y el inicio directo de las disputas territoriales con la guerrilla de las FARC y el ELN en varias zonas del país, dejó estos territorios mucho más expuestos a los efectos y consecuencias de la violencia a los pueblos indígenas y afro, asentados en estas zonas (33).

3. Para ver un recuento histórico-político completo del génesis, desarrollo y disolución del MIQL ver: "Guerra propia, guerra ajena Conflictos armados y reconstrucción identitaria en los Andes colombianos El movimiento Arma-do Quintín Lame" del CNMH.

Frente al aumento de acciones violentas y gracias a la Constitución de 1991 se fortalecieron los procesos de exigencia y denuncia de las comunidades frente a instancias internacionales. Además se manifestó la nula inclusión de estas poblaciones y sus demandas en el proceso de paz desarrollado entre la guerrilla de las FARC y el gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002). Los pueblos indígenas decidieron actuar frente a esta situación desde tres lugares principales: Las mingas de resistencia, que muchas veces terminaban en paros; el fortalecimiento de la guardia indígena; la apertura de un territorio de paz ofrecido a la sociedad civil (33). Las acciones adelantadas hasta la actualidad por esta población han sido el motor que ha generado respuestas estatales, acciones que han tenido efectos positivos respecto a la supervivencia física y cultural de estos pueblos.

6.4.1.2.2 Grupos étnicos y hechos victimizantes. ¿Quiénes sufren el conflicto?

En Colombia, según datos del RUV, hay registradas 8.405.265 víctimas⁴, entre las cuales hay un total de 1.070.014 de víctimas que se reconocen como pertenecientes a una etnia indígena, afro o Rom, lo que representa un 12.7% del total. Dentro de este universo de víctimas étnicas el grupo que aporta el mayor número de víctimas es el negro o afrocolombiano con 823.743, seguido por el grupos de indígenas con 210.128.

Respecto a los hechos victimizantes catalogados por la UARIV, las poblaciones étnicas se ven afectadas, en mayor proporción, por el desplazamiento forzado, pues del total de víctimas étnicas, 942.527 (88%) refieren ser víctimas de este hecho; los homicidios se ubican en el segundo lugar con 43.109 reportes, seguidos por las amenazas con una total de 41.559 reportes. Por su parte, las afectaciones asociadas a actos terroristas, combates, atentados y hostigamientos, presentan 19.540 reportes. En la tabla siguiente se pueden ver las cifras por cada uno de los hechos victimizantes estipulados para el RUV desagregado por cada una de las poblaciones étnicas reconocidas en Colombia⁵.

Tabla 3. Víctimas étnicas según hecho victimizante

HECHO	INDÍGENA	ROM	RAIZAL	AFRO	PALENQUERO	TOTAL
Desplazamiento	182828	29394	7147	721985	1173	942527
Homicidio	8227	1551	2836	30998	97	43109
Amenaza	6121	445	294	34530	164	41559
Acto terrorista/atentados/com-bates/hostigamientos	5676	133	331	13359	41	19540
Perdida de bienes muebles o inmuebles	3867	130	541	11383	49	15970
Desaparición forzada	2006	333	256	6783	29	9407
Delitos contra la libertad y la in-tegridad sexual	349	60	28	2365	8	2810
Secuestro	358	48	108	1526	32	2072
Tortura	164	22	20	548	4	758
Minas antipersona/munición sin explotar/artefacto explosivo	314	5	34	364	3	720
Vinculación de NNA	175	15	6	233		429
Abandono o despojo forzado de tierras	38	7	3	267		315
Total	210128	32143	11604	823743	1600	1079216

Fuente: RUV, 2017

4. Consultado el 2 de junio de 2007 en : <http://mi.unidadvictimas.gov.co/RUV> 5. Idem

Frente a las cifras que se presentan en el RUV, existen posiciones diversas, pues si bien, en términos generales se reconoce el avance del proceso, se ha evidenciado que aún existe un gran subregistro respecto al número de víctimas, principalmente étnicas, pues por condiciones de corte geográfico, administrativo, social, cultural, político y económico, muchas víctimas deciden no hacer parte del RUV (38).

Uno de los puntos que más ha llamado la atención en el marco de la implementación de las políticas, planes y programas producto de la Ley 1448 de 2011 y sus reglamentaciones, es el relacionado con el registro desde una perspectiva colectiva, pues si bien los decretos son específicos respecto a los daños y afectaciones para víctimas en general, se evidencia una perspectiva importante de corte colectivo. Las afectaciones de corte colectivo abren un escenario para la atención diferencial a víctimas étnicas, de ahí que pensar en las afectaciones y daños, así como en los procesos de atención, asistencia y reparación a grupos étnicos, sea de vital importancia al momento de analizar la política pública de atención a víctimas.

6.4.1.2.3 ¿y las víctimas étnicas? Acciones de política para grupos étnicos víctimas del conflicto armado.

Luchas pasadas, presentes y futuras.

Frente a las afectaciones a poblaciones étnicas, producto del conflicto armado interno colombiano, el Estado ha actuado de forma diferente según el momento histórico, las dinámicas propias del conflicto armado y el régimen político imperante. Las décadas previas a la Constitución de 1991 estuvieron marcadas por ataques constantes del Estado a las poblaciones étnicas consideradas en gran medida como guerrillera (33,37). Con la Constituyente, donde participaron representantes de los pueblos étnicos de Colombia, las exigencias de estos pueblos aumentaron y tuvieron mayor eco, ejemplo de esto es lo que sucede con la ley 70 de 1993, por la cual el Estado colombiano reconoce la existencia de comunidades negras y otorga a estas la titulación de territorios ancestrales de comunidades negras como figura de territorialización.

La aparición progresiva de normativas jurídicas, que como se ha sostenido, fue producto de los procesos organizativos de las comunidades étnicas, tuvo efectos también en lo referente al conflicto armado, pues fue precisamente en la presidencia de Ernesto Samper (1994-1998) que se reconoció, por primera vez en Colombia, la existencia de personas en condición de desplazamiento por causa del conflicto armado (37). Este reconocimiento estatal se reconoce como un hito histórico, pues luego de tres décadas de conflicto interno el estado se cuestionó a sí mismo sobre la presencia de personas afectadas por el conflicto y cuál sería la mejor estrategia para afrontar dicha situación socialmente problemática. Este proceso desembocó en la creación de un incipiente aparato institucional dirigido a la formulación de políticas públicas destinadas a mejorar la situación (39).

De la mano con este reconocimiento, se promulgó la Ley 241 de 1993, la cual extendía las ayudas y atenciones a víctimas de atentados terroristas a las personas que resultaran afectadas por ataques guerrilleros y/o masacres ejercidos bajo banderas políticas o ideológicas. Es claro que estas apuestas de política marcaron un inicio en la atención a personas afectadas por el conflicto, aun así, estas aproximaciones terminaron siendo un intento de homogenizar y desconocer las especificidades del desplazamiento forzado asimilándolas a víctimas de atentados y desastres naturales, lo que llevó a que durante este periodo los programas poco respondieron a las necesidades de la población víctima. De igual manera, no se adoptaron medidas dirigidas a prevenir los desplazamientos masivos. (37).

Por su parte, las comunidades étnicas seguían desde sus organizaciones nacionales y regionales mostrando al país y al mundo la necesidad de ser tenidos en cuenta en la construcción de alternativas y soluciones al conflicto armado, más aun cuando ellos, como sujetos colectivos, se veían afectados en sus posibilidades de pervivencia. Además, estas organizaciones estaban tratando de ser reconocidos como sujetos de especial protección en el marco del conflicto armado, pues al igual que lo ocurrido en los inicios del movimiento campesino por la recuperación de tierras, los indígenas y los afrocolombianos no se sentían representados por los nacientes movimientos de personas desplazadas.

Con la ley 387 de 1997 se dio un reconocimiento explícito a las personas desplazadas buscando atender a esta población según sus necesidades; adicionalmente, se buscó disminuir el número de personas afectadas por esta situación. Frente a esto, las demandas de las poblaciones étnicas fueron nuevamente desconocidas dejando de nuevo ocultas sus necesidades particulares en una masa homogénea de personas desplazadas (33,39). En el año 1999 se presenta el plan de acción para la prevención y atención de desplazamiento forzado, el cual por primera vez de forma explícita proponía su accionar desde los enfoques territorial y poblacional, abriendo un camino para pensar en acciones específicas dirigidas a los grupos étnicos afectados por el conflicto armado.

Por su parte, las comunidades étnicas resistían y luchaban con apoyo de organizaciones nacionales e internacionales no étnicas pero que tenían la suficiente experiencia en el campo para apoyar los procesos organizativos étnicos. En este marco de lucha y resistencia étnica se emitió en el año 2004 la sentencia T-025, considerada revolucionaria pues la Corte Constitucional afirmó que "se había venido presentando una violación masiva, prolongada y reiterada de los derechos fundamentales de la población desplazada. Debido a que esta situación no era atribuible a una institución específica sino que respondía a un problema de orden estructural que afectaba la política pública sobre desplazamiento forzado, la Corte declaró que existía un ECI (Estado de Cosas Inconstitucional) en materia de desplazamiento forzado en Colombia. En ese fallo, por primera vez en la historia del país, se reconoció la condición de víctimas a la población desplazada y con ello sus derechos inalienables a la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición" (37,40).

A pesar de lo dictaminado en la sentencia T-025, la Corte Constitucional evidenció que el avance en materia del estado de cosas inconstitucionales era insuficiente, de ahí que la misma corte profiriera los autos de seguimiento 004, 005 y 092 de 2009 con el fin de exhortar al Estado desarrollar acciones dirigidas a garantizar los derechos de los grupos de víctimas catalogados de especial atención, mujeres, NNA y poblaciones étnicas pues al ser grupos vulnerables debido a condiciones estructurales, el

conflicto armado y la desatención estatal tenían mayores efectos negativos en la pervivencia de estos grupos. Los autos de seguimiento partieron de entender las graves afectaciones y los impactos diferenciales causados en los pueblos indígenas y las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras, por situaciones como el desplazamiento, lo que genera vulneraciones a sus derechos individuales y colectivos. Lo anterior, se aúna a las vulneraciones y marginalizaciones históricas sufridas por estos grupos (41,42). A lo anterior, se suman riesgos producidos por intereses de agentes legales e ilegales por proyectos mineros, agroindustriales, portuarios y la siembra de cultivos ilícitos (43).

La apuesta más reciente del Estado es la ley 1448 de 2011, que desde su espíritu deja en un punto central la atención a poblaciones étnicas víctimas del conflicto, a tal punto que se instauraron unos decretos ley específicos para dictaminar la atención de estas poblaciones, reconociendo no solo la particularidad de las afectaciones a las mismas, sino también que la atención debe ser acorde a las necesidades y particularidades culturales, sociales, históricas y políticas de estos grupos.

La ley 1448 marcó un nuevo enfoque de atención a víctimas étnicas, que de la mano con lo propuesto por las organizaciones indígenas, devino en el fortalecimiento de las propuestas étnicas que buscan atención, principalmente en salud, desde un modelo propio separado del SGSSS. Así, dicha Ley recoge algunos elementos propuestos por el sistema de salud propio e intercultural (SISPI), y al mismo tiempo la Ley alimenta y fortalece las reclamaciones de las comunidades étnicas.

6.4.1.2.4 La salud de las víctimas étnicas.

Un conflicto que extingue pueblos

Dentro de las dimensiones afectadas por el conflicto armado, la salud es una de las que sufre mayores afectaciones (44). Para las comunidades étnicas esta dimensión adquiere un significado mucho más vinculante, pues la salud está ligada al bienestar, a la forma en la cual las comunidades significan su relación con las diferentes dimensiones de vida cotidiana desde diversos niveles

de relación que van desde lo individual hasta lo territorial (20,45). La atención a las poblaciones étnicas debe centrarse en lo que se ha denominado derecho propio o derecho mayor, que hace referencia a "los mandatos que han guiado a los grupos étnicos y que fueron dados por sus antepasados desde la creación misma" (45). Estos mandatos, o guías de vida determinan la forma en la que se debe vivir para llegar al bienestar, que no es más que lo que desde cada comunidad se referencia como "buen vivir" donde el eje central es la armonía del individuo, la familia, la comunidad y el territorio.

El conflicto armado interno colombiano ha generado unas afectaciones particulares en las poblaciones étnicas y dentro de estas las afectaciones a las estructuras que sustentan y dan forma a sus construcciones culturales sobre salud han sido unas de las más profundas; el daño a estructuras propias de estos pueblos asociadas al territorio y los sabedores ancestrales que tuvieron efectos directos en poner a algunas de estas comunidades en peligro de extinción física y cultural (46,44)(41,42).

Dentro de los daños catalogados por el MSPS, (42) las comunidades étnicas se enfrentan a una serie de procesos de violencia que desembocan en que sus estructuras culturales se ven afectadas; así, el asesinato, desaparición o desplazamiento de un sabedor ancestral o médico tradicional puede conllevar la ruptura de relaciones culturales, sociales y políticas, además deja a las comunidades sin un elemento central dentro de su itinerario terapéutico (47)(48). De igual forma, el territorio, central en los procesos de salud-enfermedad en estas comunidades, se ve afectado, pues por procesos de confinamiento y desplazamiento, las poblaciones étnicas pierden su contacto con sus espíritus, sus plantas medicinales, sus espacios de sanación (20), situación que puede llevar a que estos grupos, eventualmente desaparezcan (41,44,49).

Las afectaciones a las poblaciones étnicas requieren, dado su particularidad, una atención adecuada a sus construcciones culturales, donde se reconozca y fortalezca su saber-hacer propio respecto a los procesos de salud, enfermedad y rehabilitación (50,51).

Frente a esta necesidad de atención intercultural, grupos como los indígenas han propuesto un sistema de salud propio e intercultural (SISPI) pues consideran que desde el SSGSS, junto con el auge del conflicto armado, es poco lo que se ha adelantado en una atención en salud adecuada y que fortalezca lo propio (45). Esta propuesta tuvo una gran acogida en la arena política, a tal punto que algunos de los planteamientos de la misma se retomaron para generar los Decretos Ley 4634 y 4635 de 2011, que acompañan la Ley de Víctimas y dictan la manera como se debe realizar la atención a estas poblaciones, pues la misma debe partir de un proceso de consulta previa donde son las comunidades las que deciden el tipo de afectaciones que han sufrido, el nivel de afectación de las mismas (individuales y colectivas) y la manera en que se deben generar los procesos de restablecimiento, restitución, retorno o reubicación y garantía de no repetición.

6.4.1.3.1 Enfoque de género en la política pública colombiana: Su creación, reconocimiento y utilidad

En Los primeros pasos de una política dirigida a la reivindicación de la mujer

En los albores del siglo XIX, en conjunto con la construcción de un nuevo modelo de gobierno, se integrarían características o exigencias particulares al rol de la mujer las cuales pertenecerían al modelo de gobierno napoleónico implementado en la recién creada nación colombiana (52), éste se expresaba en una suerte de interdicción que no le permitía a la mujer poseer bienes y su libertad estaba atada a la figura masculina del esposo o el padre (53). Este esquema de roles se renovaría en el siglo XX, con la consecución del voto femenino y la ciudadanía en el año 1954, pero a pesar de haber dotado a la mujer de la ciudadanía, lo que acarrea un lugar en el espacio del poder y de lo público (26), en Colombia a la mujer se le continuaría demandando ocupar el espacio privado y doméstico.

En la construcción de la política pública colombiana en general se reconoce el enfoque de género en dos espacios particulares (45,57,58), uno es en las políticas dirigidas a atender aquellos temas relacionados exclusivamente con las mujeres, a saber son

la maternidad, el establecimiento de su poder político, el feminicidio, entre otros; y por otra parte se encuentra el requerimiento de integrar el enfoque de género como una perspectiva de acción, de manera general en toda la política, lo que incluye a la Ley 1448 de 2011. Proceso que se conoce como transversalización que en su desarrollo descrito por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) da lugar a comprender "(...) la desigual distribución de poder entre hombres y mujeres, permite también develar las distintas dinámicas sociales y políticas que han generado las relaciones de subordinación y dominación que se derivan de ella" (54). Este proceso implica reconocer que todas las acciones humanas se encuentran permeadas por una estructura que de manera dicotómica define y estructura las relaciones entre aquello hombre/ mujer y femenino/masculino, abrogando a cada una características específicas y excluyentes (55).

El reconocimiento de la necesidad de una política con enfoque de género: La etapa de las reivindicaciones

La necesidad de integrar el enfoque de género deviene de reconocer las afectaciones particulares (52) a la mujer o a lo femenino, esto con el ánimo de asegurar un espacio social equitativo y armónico para toda la población (53). Para inicios del siglo XXI el gobierno nacional en aras de la inclusión crea en el año 2010 la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Es por ese reconocimiento que surgen leyes como la Ley 1257 de 2008, que busca generar un espacio normativo de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres; la Ley 1542 de 2012, que elimina la característica de querrelables a la violencia intrafamiliar; y la Ley 1761 de 2015, o Ley Rosa Elvira Cely con la cual se crea el tipo penal de feminicidio, esto en el marco del reconocimiento de las afectaciones particulares a las mujeres.

Las afectaciones particulares a las mujeres en el marco del conflicto armado no habían sido contempladas en la esfera de la política pública sino hasta los llamados que organismos internacionales y la Corte Constitucional hicieron en el año 2004 con la sentencia T 025, en donde se reconoce el estado de cosas

inconstitucionales que pasan por la identificación de la vulneración de los derechos fundamentales a las mujeres desplazadas por el conflicto armado en el país. Es en este punto que se gestan una serie de acciones específicas para contrarrestar los riesgos de género, y la restitución de derechos a las mujeres víctimas de crímenes sexuales en el marco del conflicto armado colombiano, situación indagada por la Corte Constitucional, que finalmente reconoce un impacto desproporcionado ampliamente documentado por instituciones estatales y organismos internacionales. Este avance da lugar al posicionamiento de un enfoque de género basado en temas como la maternidad, al instituir de manera frecuente en el discurso la importancia de la protección a la mujer cabeza de familia (46); la restitución del tejido social; las vulneraciones relacionadas con la denominada por la Corte Constitucional "condición femenina" las cuales son violencia sexual, esclavitud, reclutamiento, amenazas, despojo, desplazamiento, discriminación, pérdida del compañero o pareja (56).

La política de víctimas, comprendida por la Ley 1448 de 2011, el Decreto 4633 de 2011 y el CONPES 3784, realizan lo necesario para llevar a cabo la transversalización, esto implica "(...) que en el diseño e implementación de las políticas, planes y programas sectoriales y territoriales se considere el efecto diferenciado que tienen las acciones que se realizan y los impactos esperados sobre hombres y mujeres" (57), esto se realiza a través de estrategias para el reconocimiento de afectaciones particulares a las mujeres; y la integración en la política de las acciones que las mujeres realizan en el espacio de lo político, lo comunitario y lo familiar para la reconstrucción del tejido social. La transversalización del enfoque de género (34,54), es una estrategia de inclusión que tiene por objetivo transformar la desigualdad en espacios de empoderamiento que finalmente le permitan ser un sujeto social con oportunidades y reconocimiento de capacidades igual que los hombres (54), esto se conoce como el enfoque diferencial de derechos, el cual también comprende las diversas intersecciones en las que se encuentran las mujeres (etnia, orientación sexual, clase, ubicación geográfica).

6.4.1.3.2 ¿Por qué es útil el enfoque de género?:

Descripción, análisis y manifestaciones de la violencia de género

Las afectaciones particulares a la mujer se reconocen bajo el esquema de la violencia de género, esta se define por las Naciones Unidas como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vía pública como en la vida privada" (15). Estos actos se desarrollan en estructuras sociales marcadamente patriarcales, es decir, donde se ha naturalizado el dominio del hombre sobre la mujer (58), en aspectos que van desde lo económico hasta la autodeterminación, tal como lo define Carolina Moser citada en el trabajo de Ruta Pacífica (59), se plantean tres categorías de violencia, a saber: económica, política, y social, las cuales se revelan a nivel individual, comunitario y estructural.

Otra manifestación de la violencia de género, son las acciones contra las identidades categorizadas como femeninas, el sufrimiento de estas victimizaciones son la heteronormatividad y el patriarcado, donde todo aquello que no se adhiera a los roles que surgen de la dicotomía masculino/femenino se considera transgresor y en consecuencia debe ser intervenido (60). Es en este escenario que aquellas identidades contra hegemónicas son violentadas, acalladas e invisibilizadas, razón por la cual en el RUV ha iniciado la caracterización a la población LGBTBI en aras de incluir sus afectaciones, donde los delitos contra la integridad sexual, las amenazas y el desplazamiento arrojan las cifras más altas (61). Entre los silencios de la violencia de género, se encuentran las afectaciones a los hombres, que fuerzan a modificar aquello "masculino", tal es el caso de los hombres víctima de mina antipersonal que en algunas ocasiones debido a la mutilación de sus genitales experimentan afectaciones que abarcan lo fisiológico y su psiquis. Aparejado a esto se encuentran los silencios en hombres víctima de violencia sexual, silencios más frecuentes que los de las mujeres (55).

El contexto de valores patriarcales permite que se perpetúe y legitime esta violencia (58) lo que dificulta su eliminación, a la vez que permite la existencia de un contexto violento colmado de desigualdades representado en la diferencia de roles, las dificultades para el acceso laboral, las diferencias salariales y deserción escolar, problemáticas que representan la exclusión y violencia contra las mujeres, finalmente de todo aquello que represente lo femenino, esta realidad se presenta de manera amplia en todas las regiones de Colombia, y en todos los niveles socioeconómicos (30). La OMS entre otras instituciones de orden internacional y nacional, señalan que dicha violencia es un problema de salud pública y que afecta directamente los derechos humanos (58).

A la vulnerabilidad que parece esencial en el rol social de las mujeres (52), se le suma en el caso de Colombia, el conflicto armado, lo que genera altos índices de violencia sexual, maltrato y reclutamiento forzado de mujeres (52-64). La violencia contra la mujer finalmente, se desarrolla de manera cíclica, dentro y fuera del conflicto armado colombiano, siendo este la perpetuación del continuum de violencias (64) y las relaciones de poder desiguales (62), a esto le sigue reconocer que la violencia de género no es connatural al conflicto sino que se presenta y perpetúa en lugares donde ésta hace parte de la realidad, en palabras de una funcionaria del Centro Nacional de Memoria Histórica "(...) esas violencias se acentúan en unos contextos ya violentos para esas personas, digamos que el conflicto armado no inaugura la violencia de género sino que ya existía de alguna manera" (Entrevista, Centro Nacional de Memoria Histórica, Bogotá, 2017).

6.4.1.3.2 Violencia de género en el conflicto armado colombiano

En el marco del conflicto armado colombiano, las mujeres han sido sujeto de tipos de violencia específicos, entre los que se destacan los delitos contra la libertad e integridad sexual, el desplazamiento, las amenazas, desapariciones y asesinatos selectivos, hechos que generaron en las víctimas afectaciones particulares a su salud mental, sexual y física.

Es clave señalar que el registro de estos eventos se encuentra incompleto, con un amplio subregistro (59,64-66), lo cual se debe en parte a los esquemas de impunidad y silenciamiento que desarrollaron los actores armados, y también a que el aparato estatal que no puso en funcionamiento de manera oportuna las rutas de atención requeridas (67-70).

Los actos cometidos, representan la relación de poder entre hombres y mujeres, es decir, esta violencia es expresión de las desigualdades que afecta a las mujeres por el hecho de ser mujeres (62,71). Un ejemplo de lo anterior, es el reclutamiento de niñas y adolescentes en las filas de grupos al margen de la ley para que cumplan labores domésticas o de explotación sexual, reforzando la idea de los roles de género impuestos por una perspectiva patriarcal (72). De acuerdo con Gloria Cardona, referente de género del MSPS, las afectaciones se han dado de manera diferencial "(...) digamos que las que se ejercen directamente está el tema de la violencia sexual, pero no solamente la violencia sexual, entonces está la cohabitación forzada, la esclavitud doméstica; las afectaciones en el reclutamiento para las mujeres también son distintas, sus condiciones son distintas, y todo el tema de los derechos sexuales y reproductivos" (Entrevista, Gloria Cardona, MSPS, Bogotá, 2017).

Existe un amplio registro de delitos contra la libertad e integridad sexual en el marco del conflicto armado, de los cuales el 85% fueron mujeres, alrededor de esta realidad se concreta la idea que los cuerpos de las mujeres se convirtieron en objeto de la guerra, agresiones que no pretenden únicamente atacar la individualidad sino que buscan diezmar física y moralmente a la comunidad a la que pertenece, de esta manera la violencia de género se convierte en un arma de guerra (72). Estos hechos son proclives de acontecer en escenarios de desigualdades naturalizadas como es el caso de Colombia, donde según cifras de la ENDS 2015, 31,9% de las mujeres ha sido víctima de violencia física; el 50,1% de los hombres "considera que una buena esposa obedece a su esposo siempre", junto con un 41,3% de los hombres que manifiesta que "los hombres de verdad son capaces de controlar a su pareja" (73).

No es extraño entonces que en las narraciones las mujeres víctimas de conflicto señalen haber sufrido algún tipo de violencia anterior al conflicto armado (24), así se establece un ciclo de esta violencia en el cual algunas mujeres manifiestan que no existe diferencia entre una vida en medio del conflicto armado y la vida cotidiana (24).

Del conflicto armado se desprende la impunidad y el silenciamiento de la violencia en general, y se perpetúa la violencia de género gracias al actuar de los actores armados y el casi nulo actuar del estado de derecho donde la "(...) violencia particularmente invisible o particularmente naturalizada que en algunos casos socialmente se considera menos grave la violencia ejercida sobre ciertas personas o ciertos tipos de violencia, porque son violencias estigmatizantes" (Entrevista, Centro Nacional de Memoria Histórica, Bogotá, 2017).

6.4.1.3.3 Cifras de violencia de género en el conflicto armado

En el marco del conflicto armado los delitos que cuentan con mayor peso para las mujeres son las amenazas y los delitos contra la libertad e integridad sexuales, que contiene la violación, actos sexuales abusivos, el proxenetismo, y la libertad sexual que radica en el poder de decisión sobre la propia conducta sexual. Es necesario tener en cuenta el subregistro asociado a las cifras de violencia sexual, en tanto esto podría modificar el peso estadístico de las cifras.

Los hechos victimizantes acorde al RUV, en los que sobresalen las víctimas mujeres son Amenaza con un total de 188.227 mujeres sobre 175.100 hombres; los Delitos contra la libertad y la integridad sexual registran 21.803 casos contra mujeres en comparación con 1.783 hombres; las cifras de desplazamiento arrojan un total de 3.614.892 mujeres desplazadas, frente a 3.432.163 hombres. La observancia exclusiva en la cifra no permite comprender la estructura de la violencia, ni las afectaciones que deja, por lo que se hace necesario recurrir a otras herramientas, entre las que se destacan las narraciones, y otro esquema de metodologías cualitativas que se tienen en cuenta en el presente ejercicio de análisis (59,74).

El desplazamiento afecta a las mujeres de manera particular debido a que es un desprendimiento del tejido social y del proyecto de vida, acorde a lo expuesto por la Sentencia T-025 de 2004 la vulnerabilidad relacionada con el desplazamiento se debe a que la mayoría de población viene de un contexto rural, además señala la importancia de incorporar el enfoque de género para comprender "la especial fuerza" con que el desplazamiento afecta a las mujeres (75). La alta cifra de mujeres desplazadas, expone el extenso número de mujeres que debe hacerse cargo de la economía del hogar, esto junto con el cuidado de los hijos, situación que genera contextos de marginalidad debido a la precaria situación que las personas en situación de desplazamiento ostentan, (76), el contexto del desplazamiento sumado a la mayor carga de obligaciones dadas a la mujer en el rol de madre y cuidadora, genera amenazas para la subsistencia de la mujer y mayores barreras para su desarrollo en diferentes roles, riesgos que reconoce la sentencia el Auto 092 de 2008 de la Corte Constitucional.

6.4.2 Análisis de la Implementación de la política de atención en salud para las víctimas

La política se está implementando desde un nivel nacional o general y hacia unos niveles territoriales. Las tres entidades territoriales tienen una serie de características sobre las cuales se implementa la política de atención en salud para las víctimas. Antioquia es el departamento con mayor número de víctimas del conflicto, y donde se desarrollaron todos los hechos victimizantes, y debido a su heterogeneidad geográfica representa un reto para la atención en salud; Bogotá D.C y Soacha, han tenido una fuerte dinámica de desplazamiento forzado que los ha configurado como altos receptores de estas víctimas. La implementación en el escenario nacional se ha examinado de acuerdo a las acciones del MSPS para configurar el contenido del PAPSIVI en términos conceptuales, metodológicos y operativos para ser desarrollados por las entidades territoriales de manera directa o por medio de operadores contratados para su implementación. La implementación se ha entendido con base en unos ejes centrales que permiten desarrollar el ejercicio descriptivo y analítico.

Estos ejes son: *Cambios institucionales y estructura de la política; El talento humano en la implementación de la política; Recursos económicos; Participación de las víctimas en la implementación de la política; Papel de las entidades territoriales, de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); Intersectorialidad.* Aunque la mayoría de estos ejes son comunes a los estudios de caso, surgieron algunos elementos particulares a cada uno y que están ausentes en el análisis de la implementación general. Respecto al enfoque diferencial étnico y de género se presentan también sus características dentro del proceso de implementación de forma independiente debido a su naturaleza transversal.

6.4.2.1. Implementación general de la política en Colombia

6.4.2.1.1. Cambios institucionales y estructura de la política

La implementación de la política de atención en salud para las víctimas, así como el reconocimiento de la población víctima se enmarca en un conjunto de acciones estatales que parten de la Ley 1448 de 2011; dentro de estas acciones surgieron las propias del sector salud como es el PAPSIVI, como respuesta política a la problemática relacionada las debilidades del sistema de salud para atender a las necesidades diferenciales y particulares de las víctimas.

De manera innovadora con la Ley 1448 se crea la UARIV, entidad encargada de direccionar las medidas de atención, reparación y asistencia integral a las víctimas del conflicto armado colombiano articulando a las entidades que hacen parte del Sistema Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV) y coordinando las acciones para la participación efectiva de las víctimas. Es una entidad del orden nacional que tiene autonomía administrativa y está adscrita al Departamento de la Prosperidad Social (DPS) El SNARIV está constituido por las entidades públicas nacionales y territoriales e incluso organizaciones privadas, responsables de la formulación o ejecución de planes, programas y proyectos tendientes a la atención y a la reparación integral de aquellas, de acuerdo los términos de la Ley.

Entre estas entidades se encuentran todos los ministerios, el DNP, la Fiscalía General de la Nación, La Registraduría Nacional del Estado Civil, los Departamentos, los Municipios y los Distritos, y las Mesas de Participación de Víctimas del nivel nacional y territorial. Este panorama de inclusión de todo el orden estatal sería otra novedad en el panorama de la política, donde por primera vez se hace un llamado a todas las entidades estatales para la concreción de soluciones a la problemática social del conflicto armado, bajo este esquema se incorpora la intersectorialidad acompañada de la corresponsabilidad, lo que equivale a la necesidad de un diálogo entre las diferentes entidades estatales para el desarrollo efectivo de las medidas.

Este nuevo mapa de política implica el establecimiento de un protocolo de Tecnologías de la Información, así como la incorporación del Registro Único de Víctimas (RUV), con el fin que los lineamientos del nivel central puedan ser replicados en las entidades territoriales, y seccionales. El RUV permite identificar y focalizar a las víctimas del conflicto armado, con el fin de dar inicio a la ruta de atención a la población víctima, éste se integra con el portal VIVANTO que es una herramienta tecnológica propiedad de la UARIV a la cual el funcionario accede vía web. En esta se encuentra la información de la víctima depositada en el RUV, en el Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD), Sistema de Información de Víctimas (SIV) y Sistema de Información Registro de Atención a Víctimas (SIRAV). Posterior a la validación de la información ingresada a VIVANTO, el funcionario debe iniciar el proceso de consulta de las demás herramientas tecnológicas de la UARIV para direccionar y remitir a la víctima según las solicitudes que realicen. Otra herramienta es el tablero PAT que permite a la administración local del nivel territorial estructurar su plan anual de política pública de víctimas.

La Ley 1448, en su interés por disponer de elementos de atención en materia de salud, conmina al Gobierno Nacional, a través del MSPS a desarrollar, el Programa de Atención de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), definir su estructura, sus funciones, su operatividad y articulación con las entidades territoriales y demás entidades estatales para el cumplimiento de sus objetivos. La Ley también formuló un con-

junto de criterios que debía contener este programa como la proactividad, la atención individual, familiar y comunitaria, la gratuidad, la atención preferencial, la duración, el ingreso y la interdisciplinariedad.

Para el diseño e implementación del PAPSIVI, el MSPS hizo también ajustes institucionales para responder a los desafíos que exigía la Ley de Víctimas. En esta vía, creó el Grupo de Asistencia y Reparación a Víctimas del Conflicto Armado (GARV) que depende de la Oficina de Promoción Social. Desde allí se conformó un equipo de trabajo que ha tenido desde entonces la responsabilidad de estructurar el programa y llevarlo a la realidad territorial, para realizar esta labor se contratan anualmente varios operadores que desarrollan las labores directamente en el territorio, entre estos se encuentran FUNDOF, Corporación Acción Ciudadana, FUNDESVI, entre otros, también existen grupos insertados en las direcciones territoriales de salud de los departamentos que se encargan de la misma labor. Específicamente, el grupo está estructurado y organizado con el fin de dialogar con las entidades territoriales, de hacer los desarrollos técnicos y hacer el seguimiento y monitoreo del programa, y realizar el seguimiento a las sentencias relacionadas, provenientes de tribunales administrativos, la Corte Constitucional y también la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

El PAPSIVI comenzó su implementación en el año 2012, proceso caracterizado por constantes ajustes manifestados en las diferentes versiones de sus lineamientos conceptuales y metodológicos, los cuales se explican por la enorme complejidad que ha significado incorporar una política pública para todo el país en torno a la atención en salud a las víctimas bajo una perspectiva psicosocial en donde la institucionalidad del Estado no contaba aún con la experiencia para llevar a cabo tal propósito. Tradicionalmente, las organizaciones sociales no gubernamentales habían prestado los servicios de atención psicosocial a las víctimas, pero a nivel territorial y no en escala nacional.

Por tanto, iniciar este proceso de atención en todo el país planteó un enorme reto para el sector salud y su institucionalidad; en consecuencia, debían generarse unos parámetros que orien-

taran a los profesionales para el desarrollo de la política de atención en salud con enfoque psicosocial en los territorios.

La rehabilitación es una medida de reparación que consiste en un conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas. El PAPSIVI, en este sentido, siendo parte de las medidas de asistencia y de rehabilitación tiene como objetivo garantizar la asistencia en salud, la recuperación física, mental y psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos (DDHH) e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) en el marco del conflicto armado en Colombia (77). Sus objetivos específicos son (78):

Favorecer la recuperación o mitigación de daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las vícti-

mas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH

Garantizar la atención integral en salud con enfoque psicosocial y la rehabilitación física y/o mental a la población víctima del conflicto armado

Desde el punto de vista conceptual, el PAPSIVI se orienta de acuerdo a seis enfoques: derechos humanos, psicosocial, curso de vida, diferencial, transformador y de acción sin daño. Estos enfoques, como métodos de análisis, guían la actuación del Estado para comprender a las víctimas como sujetos de derechos, su contexto e incorpora una reflexión ética a dichas actuaciones; adicionalmente, cuenta con cuatro dimensiones que orientan las acciones, estas son la ontológica, ético-política, epistemológica y metodológica; el programa se estructura de la siguiente manera (77):

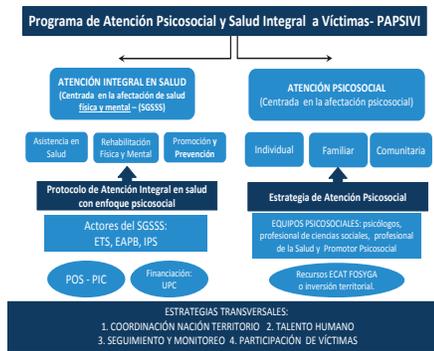


figura 2. Estructura PAPSIVI
Fuente: MSPS

El componente relacionado con la atención integral en salud opera en el contexto del SGSSS con los planes de beneficios individuales y de intervenciones colectivas. Las acciones tanto de las entidades territoriales, como de las EAPB y las IPS deben satisfacer las necesidades en salud de la población víctima. En este componente, el Decreto 4800 de 2011 en su artículo 88 planteó el diseño, ajuste e implementación del protocolo de atención integral de salud a víctimas, desde entonces se hicieron diferentes versiones de este protocolo y la definitiva comenzó a divulgarse recientemente. Su contenido establece 125 indicaciones o recomendaciones sobre los servicios de atención física y mental a las víctimas del conflicto por parte de los actores del sistema de salud (79).

EL MSPS estima que el protocolo completará su implementación total en todo el país en cinco años aproximadamente; se ha iniciado su aplicación en los departamentos de Nariño, Antioquia y Chocó. El reto de la implementación del protocolo se encuentra en la formación del talento humano, de acuerdo al coordinador del GARV "no es solamente socializar el protocolo porque no es clínico o sea no es algo que ya los profesionales de salud saben porque en la universidad se los dijeron, sino porque aquí hay una acción diferencial que es poderlos formar y capacitar en qué es el conflicto armado, que el conflicto armado genera unas afectaciones particulares en las personas y que esas afectaciones particulares a veces sin generar una relación causal hacen que las personas desarrollen algunos diagnósticos o que esos diagnósticos se vuelvan crónicos" (Entrevista, A. Cepeda – MSPS, 2017).

De acuerdo al MSPS, basándose en el concepto del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), se considera que con el protocolo actualmente no se requieren servicios adicionales de salud ni un plan de beneficios diferente para la atención a las víctimas, pero sí una reorganización de la prestación de estos servicios. La posición del MSPS es: "si la organización de los servicios hace que se demande financieramente más, ahí ya tendría que en la actualización del protocolo contemplarse por ejemplo una UPC diferencial, pero hasta no tener la evidencia de que eso se requiere, pues no podríamos tomar la decisión" (Entrevista, A. Cepeda – MSPS, 2017).

Es decir, no se descarta algún cambio en este sentido hacia el futuro y depende de las exigencias de recursos adicionales al plan de beneficios en salud que aparezcan con la implementación del protocolo, teniendo en cuenta la posible carga financiera para las EPS en la organización y prestación de estos servicios. No obstante, el MSPS manifiesta que si se requieren recursos adicionales para la contratación del talento humano y su capacitación en el componente de atención psicosocial, los cuales son insuficientes en la implementación del PAPSIVI.

La atención psicosocial es el otro componente del Programa, ésta opera fuera del SGSSS, cuenta con un marco conceptual, metodológico y operativo que consta de 70 orientaciones metodológicas que definen la actuación de los profesionales contratados en los territorios con la responsabilidad de garantizar este tipo de atención a las víctimas en las modalidades individual, familiar y comunitaria. Estas orientaciones definen el desempeño de los equipos de atención psicosocial y han sido fruto de revisiones y retroalimentaciones permanentes: "En 2014 iniciamos el proceso, en 2015 implementamos esas orientaciones metodológicas, se llaman así precisamente porque su fin último es orientar al profesional para que todos tengamos unos mínimos de actuación frente a la atención psicosocial. En el 2015 se validaron, en el 2015 también hicimos un proceso de retroalimentación de las orientaciones; en el 2016 se continuó con su implementación y en el 2016 también a partir de todos los encuentros que tuvimos con las víctimas del conflicto armado y las organizaciones nos dimos cuenta que teníamos que entrar a profundizar unos hechos victimizantes en particular por las complejidades que genera en el psiquismo de las personas, unas torturas, desaparición forzada, reclutamiento ilícito y violencia sexual" (Entrevista, A. Cepeda – MSPS, 2017).

Este componente tiene una estructura ya definida a nivel territorial: "tiene que haber un asesor de gestión y un asesor psicosocial, tiene que haber un profesional de salud, y en cada municipio van a haber tantos profesionales como se requiera dependiendo del número de víctimas, porque hay municipios donde dicen, hay 100 víctimas, o hay municipios donde hay mil víctimas, pues yo

tengo que disponer talento humano dependiendo también de la carga que hay en cada territorio” (Entrevista, A. Cepeda – MSPS, 2017).

De acuerdo al MSPS, el asesor psicosocial acompaña técnicamente todos los procesos de atención psicosocial; el de gestión se encuentra encargado de articular el componente psicosocial con las secretarías de salud, con las EPS, con las IPS, con las mesas municipales y departamentales para lograr que se ajuste a la institucionalidad local y promover la coordinación en el territorio. Por último, el asesor de salud es responsable de apoyar la eliminación o reducción, junto con las EPS, IPS y secretarías de salud, de las barreras de acceso a los servicios de salud.

Bajo este esquema, la priorización y focalización de las víctimas es una acción previa a la ejecución territorial de la política, la cual se desarrolla bajo los siguientes criterios: **1.** Población incluida en el RUV; **2.** Población víctima reconocida por sentencia judicial, Autos y Ordenes Judiciales; **3.** Población étnica. Específicamente en la priorización y focalización de los Módulos Étnicos se hace necesaria la coordinación interinstitucional de la UARIV y el MSPS. Posterior a esto se realizan las labores de acercamiento y reconocimiento, que son desarrolladas en territorio por el promotor psicosocial. Con el objetivo de cumplir adecuadamente con el desarrollo de la estrategia se incorporan actividades de seguimiento al PAPSIVI que se relacionan con 6 procesos que cuentan con la información necesaria para realizar el seguimiento y monitoreo, estos son: **1.** La verificación de la identificación de las personas atendidas; **2.** La verificación del estado de afiliación; **3.** Registro de las atenciones psicosociales; **4.** Registro de los planes de manejo del Plan de Atención en Salud Integral; **5.** Registro de las atenciones de salud en el marco de la Atención en Salud Integral, ese reporte lo realiza la IPS a través de los RIPS; **6.** Registro de las gestiones realizadas con entidades e instituciones. En conjunto con estas medidas, el MSPS cuenta con el aplicativo Papsivi, herramienta articulada con SISPRO que informa de la atención psicosocial, orientaciones a otros servicios y salud integral dada a las víctimas del conflicto armado (77).

El talento humano en la implementación de la política

El desarrollo del PAPSIVI ha expuesto las debilidades en la formación de talento humano en cuanto a la atención a las víctimas del conflicto armado (77). En este sentido, el coordinador del GARV del MSPS que “en ninguna universidad del país nos formaron ni nos ayudaron a desarrollar competencias para la atención a las víctimas del conflicto armado, ni desde el componente asistencial ni el componente social, o sea ninguna de los componentes nos prepararon en la universidad para eso, entonces hace que estructuralmente ya tengamos un déficit, y es que hoy no tenemos los profesionales dispuestos o con las competencias para atender acciones diferenciales que han generado o más bien para atender las afectaciones consecuencias de los hechos de violencia que tuvieron que vivir las víctimas del conflicto armado” (Entrevista, A. Cepeda – MSPS, 2017).

El MSPS ha promovido la cualificación o fortalecimiento del talento humano vinculado en el componente de atención psicosocial del PAPSIVI. En cuanto a la atención integral en salud desde un enfoque psicosocial, también ha estimulado la preparación de los profesionales de las entidades territoriales y de la parte asistencial de las IPS como el personal médico, de enfermería, trabajo social y psicología. En este propósito, el Decreto 4800 de 2011, artículo 169, establece que las entidades responsables de la asistencia, atención y reparación deben capacitar progresivamente a los funcionarios y personal encargado en el enfoque psicosocial, de acuerdo a los lineamientos del MSPS.

El MSPS cuenta con unos lineamientos para el desarrollo del talento humano en la atención a personas víctimas del conflicto armado cuyo propósito es promover la calidad de la atención con enfoque psicosocial a personas víctimas mediante la cualificación del talento humano vinculado a las instituciones que conforman el SNARIV. Se han diseñado un conjunto de líneas de acción y estrategias que comprender la formación, la seguridad laboral, la protección de la integridad personal y el cuidado emocional (80).

En la actualidad, el programa cuenta con alrededor de 850 profesionales de atención psicosocial en los territorios y son responsables de aplicar los lineamientos conceptuales metodológicos y operativos del PAPSIVI. Ellos están vinculados laboralmente de acuerdo a los tres mecanismos con los que el programa se está implementando en los escenarios territoriales: a. transferencia directa de recursos a las ET para que ellas contraten los equipos de atención psicosocial y presten este servicio, b. convenios de asociación con organizaciones responsables de la conformación de los equipos y desarrollo del componente de atención, y c. Recursos propios de las ET para la ejecución de estas actividades del PAPSIVI.

6.4.3.1.4. Recursos económicos

La Ley 1448 de 2011 estipula que la financiación de los servicios del PAPSIVI deben ser pagados con recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)⁶, excepto que estén cubiertos por otra entidad aseguradora del sistema de salud (81). Estos recursos hacen parte del plan de financiación estipulado por la misma Ley durante su vigencia establecida en 10 años y con el cual se pretende garantizar su sostenibilidad, progresividad y gradualidad. Así, se concretó este plan con el documento CONPES 3712 de 2011 (82) y cuya composición de gastos fue ligeramente modificada con el CONPES 3726 de 2012 (83). Este plan de financiación que realiza la estimación de los costos de la Ley 1448 de 2011, tuvo dos desafíos muy importantes, la estimación precisa del universo de víctimas debido a la falta de registros exactos por parte de las instituciones oficiales y las medidas contempladas que aún se encontraban en una fase de diseño o ajuste (82).

6. El FOSYGA fue sustituido, desde el 1 agosto de 2017, por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de acuerdo a lo dispuesto por la Ley 1753 de 2015.

Los costos totales en asistencia en salud, por consiguiente, fueron estimados para el periodo 2012 – 2021 en 15.682 millones de pesos a precios de 2011. Se identificaron 830 mil hechos victimizantes cometidos entre 1985 y 2010, de las cuales 618 mil corresponden a desplazamiento forzado, 134 mil a otros hechos victimizantes y 78 mil que fueron víctimas de desplazamiento y de otro hecho simultáneamente (82). Posteriormente, mediante el Conpes 3726 de 2012 se hizo un ajuste en la composición de los costos y la cifra para asistencia en salud se redujo a 15.392 millones. Se argumenta que esta disminución se debe a que los servicios en atención psicosocial no son demandados por todas las víctimas, de acuerdo a las estimaciones realizadas por el MSPS (83). Por otro lado, la tabla 2 muestra las medidas de reparación individual que se encuentran bajo la responsabilidad del MSPS, sus indicadores, líneas de base y metas para los diez años de la vigencia de la Ley 1448 de 2011.

Tabla 4. Indicadores y Metas Plan de Atención Integral a Víctimas – MSPS

MEDIDA	INDICADOR	PERIODICIDAD	LÍNEA DE BASE	METAS			
				2012	2013	2014	2021
REPARACIÓN INDIVIDUAL REHABILITACIÓN	Victimas con plan de atención psicosocial que reciben dicha atención	Semestral	0 2011	9.388	74.323	139.258	3.000.000
	Victimas que acceden a medidas de rehabilitación física y/o mental en relación al hecho victimizante	Annual	0 2011	9.388	74.323	139.258	3.000.000
RUTA DE ASISTENCIA SALUD	Victimas con afiliación al SSSS	Trimestral	88% 2010	92%	93%	94%	100%
	Mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado que reciben atención en salud	Trimestral	ND	100%	100%	100%	100%

Fuente: Conpes 3726 de 2012

En la actualidad, sin embargo, el PAPSIVI tiene algunas limitaciones presupuestales debido a que la fuente de recursos proveniente del ECAT (FOSYGA) ha sido insuficiente para todas las necesidades que proceso requiere. De acuerdo al coordinador del GARV del MSPS: *“hemos logrado que las entidades territoriales dispongan recursos propios que ustedes también saben que es difícil hacer eso, pero lo hemos logrado, o sea este año hemos logrado casi equiparar los recursos que está disponiendo a nivel nacional con los recursos que está disponiendo a nivel territorial”* (Entrevista, A. Cepeda – MSPS, 2017). Así, la tabla 6 refleja que efectivamente algunas entidades territoriales departamentales están disponiendo de sus propios recursos para contribuir con la financiación del programa:

Tabla 5. Asignación presupuestal sector salud para PAPSIVI 2013- 2017

AÑO	ECAT – FOSYGA	PROYECTO DE INVERSIÓN	ENTIDAD TERRITORIAL	TOTAL	PERSONAS ATENDIDAS
2013	20.000.000.000			20.000.000.000	107.195
2014	25.000.000.000			25.000.000.000	
2015	15.000.000.000	4.926.164.474	1.733.471.968	21.659.636.442	91.182
2016	15.000.000.000	8.000.000.000	1.782.901.273	24.782.901.273	107.608
2017	16.000.000.000	6.370.000.000	13.274.380.132	35.644.380.132	119.961*
TOTAL	91.000.000.000	19.296.164.474	16.790.753.373	127.086.917.847	425.946

Fuente: MSPS. (*) Meta para 2017

En cinco años de implementación del PAPSIVI se han asignado un poco más de 127 mil millones de pesos, recursos que provienen del ECAT (cifra que se ha reducido desde el año 2015), recursos de la Nación y de las mismas entidades territoriales. Actualmente, también se están analizando posibles alternativas para contar con más recursos como podría ser el sistema general de regalías y el sistema general de participaciones.

6.4.3.1.5. Participación de las víctimas en la implementación de la política

La Ley de Víctimas, por medio del artículo 192, exige al Estado colombiano la garantía de la participación efectiva de las víctimas en el diseño, implementación, ejecución y seguimiento al cumplimiento de la Ley y de los diferentes planes, programas y proyectos que sean creados con ocasión de la misma, en los niveles nacional, departamental y municipal, como es el caso del PAPSIVI. Para lograr esta garantía, la Ley creó las mesas de participación de víctimas, que debe integrar mujeres, niños o niñas, adolescentes, adultos mayores víctimas, organizaciones defensoras de sus derechos y organizaciones de víctimas.

El decreto 4800 de 2011 definió la participación efectiva de las víctimas como el ejercicio que éstas hacen del derecho a la participación a través del uso y disposición real y material de los mecanismos democráticos y los instrumentos previstos en la constitución y las leyes. Esta norma compromete a todas las entidades del SNARIV a garantizar el derecho de las víctimas a informarse, intervenir, presentar observaciones, recibir retroalimentación y coadyuvar voluntariamente en el diseño de los instrumentos de implementación, seguimiento y evaluación de las disposiciones previstas en la Ley 1448 y los planes, programas y proyectos implementados por las autoridades para materializar su cumplimiento. Tanto la UARIV como las gobernaciones, alcaldías y distritos deben asegurar los recursos técnicos, logísticos y presupuestales necesarios para la creación y el sostenimiento de las mesas de participación en todos los niveles, nacional, departamental y municipal. Las mesas de participación de primer grado eligen a sus voceros, víctimas designadas como interlocutores, en las mesas de segundo grado y éstas, a su vez, a los de tercer grado. Las decisiones que se tomen en el nivel nacional son informadas en el nivel departamental y luego al nivel municipal.

Teniendo en cuenta lo establecido tanto en la Ley de Víctimas como en el Decreto 4800 de 2011, el MSPS ha configurado sus acciones con las víctimas desde la creación del PAPSIVI.

Así, ha organizado reuniones desde el año 2013 con las mesas departamentales y municipales. Según el MSPS *“el primer año el 2013 fue presentarle la propuesta del programa a ver si ellos estaban de acuerdo o no y pues estuvieron de acuerdo, de ahí en adelante son procesos de seguimiento al programa y con eso que estamos haciendo pequeños ajustes o ajustes significativos al programa, y eso nos ha permitido como estar en diálogo constante con las víctimas que en últimas pues son nuestro interlocutor natural frente al proceso porque el programa es para ellos y ellos son los que nos tienen que decir si realmente esto está sirviendo o no está sirviendo”* (Entrevista, A. Cepeda – MSPS, 2017).

En 2013 se hicieron alrededor de 25 jornadas de socialización del PAPSIVI a nivel departamental. Se recogieron diferentes propuestas de gran importancia que fueron validadas en el Plenario Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas. Gracias a este proceso participativo se contó con un concepto favorable para iniciar la implementación del programa en las entidades territoriales. Un año después, en 2014, se realizó el Plenario Nacional de Seguimiento a la Implementación del PAPSIVI en donde se programó el desarrollo de 30 jornadas departamentales de seguimiento a este programa, de la mano con las mesas departamentales de participación de las víctimas. Con estas jornadas se ajustaron algunos procesos técnicos relacionados con la caracterización y la metodología para la atención psicosocial.

Durante el año 2015, se continuó con la realización de 22 jornadas departamentales de seguimiento a la implementación del PAPSIVI con las mesas de participación en estos niveles de territoriales, y también se llevó a cabo el Plenario Nacional de Seguimiento. Durante estas actividades se consolidó la propuesta metodológica para la atención psicosocial en sus diferentes modalidades. En 2016 y durante el año 2017, y con base en los compromisos adquiridos en el Plenario Nacional, se han desarrollado jornadas de socialización en 219 municipios del país con el apoyo de las mesas municipales de participación efectiva de las víctimas.

6.4.3.1.6. Papel de las entidades territoriales, de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

El MSPS inició en 2012 el proceso de alistamiento para la asistencia técnica a las ET con el fin de que se prepararan institucionalmente para el PAPSIVI. En ese año participaron funcionarios de las secretarías departamentales de salud de 17 entidades territoriales. Actualmente, y considerando los tres mecanismos de implementación de la política (transferencia directa, convenios de asociación y recursos propios de las ET), el PAPSIVI se encuentra en 27 entidades territoriales departamentales y cerca de 210 municipales. Frente al papel de las ET, el funcionario del MSPS comentó que *“tenemos diferentes mecanismos particularmente porque hay entidades territoriales que administrativamente, técnicamente y operativamente operan muy bien, pero hay otras que por cincuenta mil razones no tienen la capacidad para operar, entonces en esas otras que no tienen la capacidad para operar, además porque esa es la vigencia y entonces si no se hace a tiempo entonces no van a tener el tiempo suficiente los profesionales, (...) entonces para garantizar los mínimos tiempos de operación en el territorio como Ministerio hemos sacado unos convenios de asociación con unas organizaciones que nos han permitido disponer los profesionales en el territorio”* (Entrevista, A. Cepeda – MSPS, 2017). La tabla 3 muestra los diferentes mecanismos de asignación de recursos para la implementación del PAPSIVI a las ET.

Tabla 6. Mecanismos de asignación de recursos a ET

MECANISMO DE ASIGNACIÓN	ENTIDAD TERRITORIAL DEPARTAMENTAL	
Transferencia directa a ET	Nariño Magdalena Córdoba	Norte de Santander Atlántico Arauca
Convenio de Asociación MSPSP y organizaciones	Antioquia Valle del Cauca Bolívar Cesar Sucre Cauca Santander Meta	Caquetá Huila Cundinamarca Putumayo La Guajira Casanare Guaviare
Recursos propios de la ET	Bogotá D.C. Quindío Boyacá	Guainía Vaupés

Fuente: MSPSP

6.4.3.2 El enfoque de género en la implementación de la política

En la implementación de la política pública de víctimas, el enfoque de género es considerado una perspectiva que alimenta el desarrollo de las estrategias y acciones en política bajo la comprensión de las relaciones sociales que le atribuyen roles específicos a hombres/mujeres y a masculino/femenino (53). Relatado por los funcionarios de la UARIV, el enfoque de género es la "perspectiva para analizar las relaciones que hay entre hombres y mujeres y cómo esto supone en materia de las víctimas de conflicto armado ciertas brechas y ciertas desigualdades en sus relaciones de poder (...) como una perspectiva para analizar (...) ese contexto, y obviamente nuestra población que son víctimas de conflicto armado" (Entrevista, equipo de enfoque de género UARIV, Bogotá, 2017), esto busca generar atención incluyente que contemple las diversas identidades de género no hegemónicas.

La directriz a nivel nacional señala que el enfoque debe ser implementado por entidades estatales y territoriales, para lo cual se requiere capacitar a sus funcionarios en cómo desarrollar el enfoque en acciones concretas, buscando superar la idea que dichas acciones van dirigidas únicamente a las mujeres, tal es el caso de la atención en violencia sexual donde lo que se encuentra es atención diferencial "[...]teniendo en cuenta que para el hombre es mucho más complejo poder llegar a notificar ese tipo de cosas, también hemos hecho procesos de sensibilización" (Entrevista, Gloria Cardona MSPSP, Bogotá, 2017).

La apropiación del enfoque de género: el funcionario y la acción sin daño

En el desarrollo del enfoque de género, lo que se encuentra expresado en los documentos debe contar con metodología que lo lleve a la práctica, esto se realiza en el MSPSP, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, con la creación de unos protocolos y fichas metodológicas que guíen al funcionario. En este ejercicio se reconoce que existen eventos específicos que requieren orientaciones específicas para la atención "[...] por ejemplo para materializar un enfoque de género en mujeres víctimas de violencia sexual (...) hay orientaciones específicas para decir [identificar] si (...) es víctima de violencia sexual (...) o (...) víctima de desaparición forzada (...) que es homosexual y es víctima del conflicto armado también hay una orientación metodológica que le dice al profesional cómo materializar esa acción" (Entrevista, A. Cepeda - MSPSP, 2017), estas herramientas buscan poner en marcha el enfoque en conjunto con acciones que reivindiquen la acción sin daño.

La apuesta del MSPSP es el fortalecimiento del enfoque de género, por medio de capacitaciones que buscan eliminar los estereotipos de los roles de género, así lo relata Gloria Cardona: "Entonces digamos que lo que empezamos a mirar es que posicionar los derechos de las mujeres en cuanto a lo que significa todas esas normas y valores a las cuales todo el tiempo nos han estigmatizado, ha sido una de las primeras cosas que hemos empezado a trabajar en los territorios" (Entrevista Gloria Cardona, MSPSP, Bogotá, 2017), de igual manera se trabaja en la inclusión desde el lenguaje.

El acompañamiento en los procesos administrativos, como son la indemnización, el registro, las ayudas económicas, entre otros, requieren la inclusión del enfoque de género junto con el psicosocial, de manera tal que la víctima pueda ser comprendido en su contexto y necesidades, en la narración de algunas víctimas se reconoce que ha faltado la sensibilidad en la atención de estos casos, así lo relata una mujer víctima del conflicto armado "[...] tener tacto para hablamos (...) yo fui a hacer vueltas para eso de la reparación yo me acuerdo que me ridiculizaron pero de la formas más impresionante (...) horrible fue horrible, yo lloraba como una Magdalena pero no porque no me hubieran recibido eso, como que por ridiculizarme (...) cuanto gente podrá haber que les dicen eso y no vuelven, después de un trato de esos, ese maltrato" (Entrevista, Movimiento de víctimas, Antioquia, 2017). Al integrar los enfoques se supera la barrera de atención que puede representar el mismo funcionario, y se realizan acciones que permiten brindar bienestar a las víctimas a mediano y largo plazo.

Al indagar acerca de las causas por las cuales se dificulta la implementación del enfoque de género, Gloria Cardona explica que "el enfoque de género si tú me preguntas para mí (...) se lleva en el cuerpo, si, no solamente en tu trabajo, tú lo llevas en todos los tipos de tus relaciones, entonces es muy complicado cuando tú sabes que esa persona está también desde una cultura patriarcal que por el hecho de ser hombre hacen ese tipo de posturas, y también tú te vas a encontrar que es pura voluntad política" (Entrevista Gloria Cardona, MSPSP, Bogotá, 2017), esta forma de comprender el accionar del funcionario, obedece a la lógica según la cual la historia de vida de los individuos se instala en sus acciones profesionales.

Es necesario reconocer que la labor de los funcionarios implica un desgaste emocional, que "[...] hay que decir que a veces la gente que lo hace bien pues termina súper sobre cargada, termina con unas afectaciones impresionantes, y abandonada como por el sistema (...) el tema del cuidado está todavía muy poco trabajado en las instituciones, trabajan muy poco en eso, o sea si tú te cansas y te abrumas mucho pues te vas no sirve" (Entrevista Centro de Memoria Histórica, Bogotá, 2017), esto arroja una

premisa hasta hace poco desconocida, es el cuidado del personal sanitario que atiende a las víctimas, tema que es necesario fortalecer en las instituciones.

Intersectorialidad

A partir de la Intersectorialidad ha sido posible ligar acciones y compartir experiencias de las entidades estatales, esto se replica en mesas técnicas que según lo relata Gloria Cardona se componen de "[...] Medicina legal, Ministerio de Justicia, Consejería para la equidad de la mujer, Ministerio de Salud, DANÉ, lo que hicimos fue empezar hablar del tema y llegar a decir si tenemos que montar esto en Sistemas de Información, qué es lo que tiene que incluir un Sistema de Información para que la gente sepa cómo registran la información (...) TIC le empieza a decir a los sistemas de información, "vamos a dejar de hablar de sexo como si fuera de femenino y masculino y hay que empezar a llamar eso como se llama", hombre o mujer, intersexual" (Entrevista Gloria Cardona, MSPSP, 2017), se presenta entonces un espacio de diálogo que permite concretar acciones interinstitucionales para focalizar de manera diferencial la oferta que los servicios de salud.

Las víctimas y su lugar en la implementación

Para las mujeres víctimas es importante señalar la relación que encuentran con la violencia del conflicto armado y algunos desenlaces en salud, es por esto que desde el Ministerio de Salud se ha trabajado en el seguimiento a ciertas enfermedades (cáncer de cuello uterino, cáncer de seno) que afectan en mayor número a las mujeres, en tanto se observó "[...] unos diagnósticos por ejemplo que son muy comunes en mujeres víctimas de violencia sexual que está relacionada con los dolores más terribles (...) tú encuentras obesidad, obesidad mórbida, encuentras todo el tema relacionado con diabetes, dolores no específicos, migraña, hemorragias que no encuentran la causa, abortos espontáneos (...)]" (Entrevista Gloria Cardona, MSPSP, 2017). Es importante crear espacios de atención que le den cabida a las manifestaciones de las víctimas, así lo manifiesta una lideresa del movimiento de víctimas en Antioquia "[...] lo que paso es que

no hemos podido demostrar que en nosotros se agudizan estas problemáticas, estos casos (...) con relación al hecho victimizante y nosotros bloqueamos nuestra mente con el dolor que nos quedó entonces eso no lo valoran médicamente (...)” (Entrevista Lideresa, Movimiento de víctimas, Antioquia, 2017).

Las bajas tasas de denuncias, obedecen a las dinámicas del silencio forzado y estratégico, para lo cual el Ministerio Público en coordinación con organizaciones feministas ha desarrollado diversas jornadas de denuncia y declaración colectiva “(...) por ejemplo Magdalena Medio, la organización femenina popular lleva a funcionarios de la fiscalía y a funcionarios del Ministerio público, reunió 80 mujeres, 60 mujeres, que saben que son víctimas de violencia sexual porque han trabajado con ellas hace mucho tiempo” (Entrevista Centro de Memoria Histórica, Bogotá, 2017). Estos esfuerzos y estrategias que reconocen el trabajo de las organizaciones de víctimas ha permitido empoderar a las organizaciones que encuentran respuesta a sus requerimientos. Las múltiples violencias del conflicto armado: Silencios y olvidos

Debido a la dificultad en la denuncia y la denuncia oportuna, existe un periodo de tiempo que distancia el hecho de la atención, prolongando así el camino del restablecimiento del bienestar, y para el personal médico no es posible muchas veces ligar las enfermedades o malestares con el hecho victimizante, ejemplo es “(...) pues claro si yo le hago el examen a la mujer ya con una visión forense, voy a encontrar que no tiene útero, pero como yo eso lo relaciono con el hecho de que fue una esterilización forzada para mirar que es una víctima, pues obviamente tendría que mirar las circunstancias, de dónde viene” (Entrevista Gloria Cardona, MSPS, Bogotá, 2017), es necesaria entonces la atención oportuna con una mirada integral que incluye observar la historia de vida, contexto.

La precariedad en la atención a población víctima se relaciona no sólo con el acceso a zonas de conflicto, sino también con la idoneidad del personal sanitario y policivo, con una mayor precariedad para la atención en eventos de abuso sexual, puesto que “(...) en la atención, pues hay unos obstáculos como estructuras, es decir, no existe ni la infraestructura, ni el personal,

por ejemplo yo tendría como víctima la posibilidad si me atiende un hombre o una mujer, y en los casos es que no existe esa posibilidad (...) como de privacidad porque tú le tienes que primero preguntar al celador (...) en las zonas más pequeñas además es más complejo, porque en el pueblo, en la vereda, etc, lo que yo le conté al personero, lo que le conté al médico que está ahí, pues ya puede ser que todo el mundo lo sabe, entonces el tema de la intimidad, no hay intimidad” (Entrevista Centro de Memoria Histórica, Bogotá, 2017), es así como el ejercicio de la denuncia se convierte en un acto de riesgo para la integridad moral, física, familiar e incluso colectiva, en tanto la ruptura de dicha intimidad puede desencadenar amenazas en quien denuncia, por lo que se elige el silencio.

La atención en salud con enfoque de género: La transversalización para superar las desigualdades

A partir del reconocimiento de las desiguales afectaciones entre hombre/mujer y femenino/masculino, las políticas en salud se han dado a la tarea de diseñar e implementar acciones que contemplen el enfoque de género, no en la prestación de un servicio exclusivo para hombres o mujeres sino en la incorporación de acciones de caracterización de las afectaciones y en protocolos de atención que sensibilicen al personal sanitario en eventos como violencia sexual, violencia intrafamiliar, entre otros.

En el conflicto armado las acciones relacionadas con violencia de género que se hacen presentes, van dirigidas a minar la psiquis, moral y patrimonio de los individuos, hechos que desencadenan afectaciones sobre el cuerpo y la psicología de las víctimas, especialmente mujeres, por lo que es necesario “(...) desarrollar los lineamientos para el acceso preferencial de mujeres víctimas en atención psicosocial individual, familiar y comunitaria y la prestación de servicios de salud integral, incluida la atención en salud mental” (62). El reconocimiento de la Corte Constitucional de la vulnerabilidad de la mujer da lugar al desarrollo de acciones dirigidas a eventos propios de la mujer, es el caso de la atención a la mujer madre.

La violencia sexual es uno de los hechos mayormente ejercidos por los actores armados en contra de las mujeres, el cual es silenciado derivando en un subregistro notable, que no permite evidenciar e identificar las afectaciones concretas que recaen sobre la víctima, disminuyendo la capacidad institucional en la respuesta, y generando situaciones de re-victimización y el silenciamiento, afectando su salud mental.

La interseccionalidad, entendida como la conjunción de características identitarias (etnia, nivel socioeconómico, educación) habla de lo particular de la afectación según el contexto al que esté atado el sujeto. Ha sido necesario que el Estado se ocupe de fortalecer la oferta institucional por medio de resoluciones que ratifiquen la asistencia oportuna, celeridad y no estigmatización de los procesos de salud con enfoque de género, teniendo en cuenta la interseccionalidad. Tal es el caso del Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual, que al considerar la violencia sexual una emergencia médica, permite que la atención sea realizada en un margen de 72 horas posterior al ataque, a la vez que obliga al personal sanitario a informarle a la víctima acerca del riesgo de infecciones de transmisión sexual, VIH, y la opción de la anticoncepción de emergencia.

Retos

En el ejercicio de análisis y de campo destacó que las entidades territoriales, e instituciones, siguen validando el orden heteronormativo, se hace evidente cuando ante la pregunta ¿qué acciones con enfoque de género se realizan? responde que la identificación de hombres y mujeres, la atención a madres gestantes, y que en algunos casos no se realiza atención con enfoque de género debido a que el presupuesto y/o la priorización son otros, así lo relata una funcionaria de la Secretaría Municipal de Salud de Soacha “(...) toda actividad que se haga se recoge en un listado especial que yo viene con diferenciación (...) nosotros ahí tenemos que medir condición especial si es gestante, madre cabeza de hogar, la parte de hechos victimizantes” (Entrevista funcionaria SMS Soacha, 2017) “en palabras de la funcionaria de FUNOF “desde el PAPSIVI nosotros no tenemos metas de

cuántos grupos de mujeres hacemos, o cuántos grupos de niños hacemos... no, la meta está dada también de acuerdo a la necesidad del territorio” (Entrevista funcionaria Funof Soacha, 2017).

Es vital la superación de los estereotipos de género que pueden culpar a las mujeres de eventos como la violencia sexual, es en estos donde se desarrollan ideas de culpa por parte de la víctima, y es labor del funcionario asistirle para que comprenda que el evento surge de un contexto violentador (72), para esto son necesarias unas condiciones mínimas puesto que las mujeres “(...) quieren darle un espacio a eso que le sucedió, porque además lo que piden es entender qué pasó, es decir, cuando yo entiendo que esto que me pasó no me pasó a mí por ser lo que estaba en la calle, porque hice algo malo, sino porque pasa, que el actor armado ejercía la violencia sexual, o ejercía la cohabitación forzada de manera sistemática, pues yo puedo entender que esto hace parte de una lógica más extensa” (Entrevista Centro de Memoria Histórica, Bogotá, 2017). Dicho ejercicio de comprensión es el lugar de inicio del reconocimiento del daño, y la liberación de la propia responsabilidad, es parte de un ejercicio de perdón individual que de no realizarse compromete el bienestar de la víctima.

La población LGTBI se encuentra inmersa en el enfoque pero es claro que la discriminación sigue presente en tanto “(...) mucho pero mucho más distancia tenemos para entender cómo sería una atención adecuada para población LGBT” (Entrevista Centro de Memoria Histórica, Bogotá, 2017), la incidencia del enfoque debe ir de la mano de acciones afirmativas a favor de esta comunidad, así lo plantea la UARIV “(...) lo que hemos logrado hacer con la ayuda del centro de Memoria Histórica (...) es empezar a ver cómo efectivamente el desplazamiento tiene un matiz diferente para cada una de las personas del sector LGBT, entonces qué pasa especialmente cuando una mujer trans tiene que disfrazar una violencia sexual que fue contra ella de los grupos armados” (Entrevista, equipo de enfoque de género UARIV, Bogotá, 2017).

6.4.3.3 El enfoque étnico en la implementación de la política: ¿Una apuesta étnica?

Desde lo propuesto por la norma se reconocen tres grupos étnicos: indígenas, afrocolombianos y ROM, los cuales deben ser atendidos y reparados según sus construcciones cosmogónicas y cosmológicas propias. A esto se suma que las afectaciones que estos grupos han sufrido por causa del conflicto armado han afectado directamente sus posibilidades de supervivencia física y cultural (41.42). Adicionalmente, para las comunidades étnicas se reconocen una serie de afectaciones que trascienden las identificadas para la población general: "las afectaciones a sujetos colectivos" constituyen un tipo de afectación o daños que consiste en una desestabilización de las estructuras culturales propias de estos grupos. Según la tipología, los daños se clasifican de la siguiente manera:

Tabla 7. Tipos de daños a sujetos colectivos

TIPO DE DAÑO	DESCRIPCIÓN
Daños colectivos	Comprenden todas aquellas acciones de violencia que vulneran tanto sus derechos como sus bienes colectivos, alterado de manera directa sus sistemas de creencias, de organización social, de organización política y económica, la producción material y espiritual de sus culturas, y en algunas comunidades el uso de la lengua propia.
Daños individuales con incidencia colectiva	Se producen cuando el daño sufrido por una víctima individual pone en riesgo la estabilidad social, cultural, organizativa y política de estas comunidades así como su continuidad y permanencia cultural y física a lo largo del tiempo.
Daños a la integridad cultural	Se manifiestan cuando a causa del conflicto armado se genera la pérdida o el deterioro de la reproducción cultural y su conservación, imposibilitando desarrollar y transmitir inter-generacionalmente sus saberes ancestrales y prácticas rituales afectando sus derechos territoriales, sus derechos al patrimonio cultural y simbólico, a sus formas de organización, producción y representación propias, así como los elementos materiales y simbólicos sobre los que se sustenta la identidad étnica cultural.
Daños al territorio y el medio ambiente	Este daño se comprende cuando por razón del conflicto armado se afectan los ecosistemas naturales, la sostenibilidad y sustentabilidad de los territorios colectivos
Daño a la autonomía e integridad política y organizativa	Se configuran cuando acciones de violencia generan: <ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo de las Consultas previas se hagan de manera inapropiada o se omitan cuando estas fueran necesarias de acuerdo con la ley. • El ejercicio de prácticas vulneratorias, como lo son la entrega de prebendas, cooptaciones o manipulaciones. • Actos de irrespeto por parte de actores armados hacia la autoridad tradicional indígena.
Daño por racismo y discriminación racial	Las afectaciones que estos daños ocasionan se ven reflejados en la pérdida o deterioro del arraigo cultural y, en algunas ocasiones, en la negación de la pertenencia étnica.

Fuente: Elaboración equipo ONIS con base en documentos guía ruta de atención a comunidades indígenas y negras, afrocolombianas raizales y palenqueras (84,85)

A partir de estos daños se configura la atención, pues al estar estos estrechamente relacionados con los modos de ser, pensar y actuar de estas poblaciones, las acciones que se realicen deben estar acorde a los fundamentos culturales que cohesionan a estos grupos (86). Partiendo de esto, el enfoque diferencial étnico se presenta como central al momento de implementar procesos de atención dirigidos a población étnica. Así, el MSPS, en un ejercicio de implementación del PAPSIVI étnico diseñó unas rutas de atención dirigidas a estas poblaciones, con el fin de configurar un escenario de implementación del PAPSIVI acorde a sus necesidades y particularidades.

Las rutas de atención son la forma en que se está materializando la atención diferencial a las poblaciones étnica, y es precisamente a partir de estas que el MSPS, como ente encargado de la construcción de las rutas y por ende de la concreción de lo dispuesto en los decretos ley está dirigiendo el proceso de rehabilitación y reparación a estos grupos. Es desde acá que la negociación con las organizaciones y/o comunidades adquiere un papel importante.

Dentro de las comunidades étnicas, principalmente indígenas, existe cierta estructura política organizativa con características jerárquicas, donde las organizaciones nacionales como la ONIC o AICO encabezaban las negociaciones con el gobierno en el escenario de la mesa permanente de concertación con los pueblos indígenas; al interior de esta mesa, es la subcomisión de salud la encargada de negociar y dar aval "y en el 2016 empezamos a llevar esa propuesta técnica a los escenarios naturales de las diferentes comunidades, con indígenas está el espacio permanente de concertación y ellos a su vez tienen una subcomisión de salud, en esa subcomisión de salud nosotros llevamos la ruta 2 veces, y de hecho la próxima semana tenemos sub comisión ya como para que ellos le pongan el chulo a la propuesta técnica y poder empezar a implementarla, claro los tiempos de ellos y nuestros tiempos no siempre coinciden entonces ahí eso hace que uno vea eso como que no avanzamos, pero pues es que también hay que verlo a la luz de los tiempos de ellos" entrevista Alejandro Cepeda MSPS, 2017).

Los decretos ley étnicos hacen especial énfasis en la participación de las comunidades en el marco del enfoque diferencial, lo cual ha sido tenido en cuenta por el MSPS, aun así, los procesos de concertación con las comunidades étnicas son complejos. Como ejemplo de esto, el consejero de salud de la ONIC manifestó que existen algunas situaciones complicadas respecto a la implementación de las rutas de atención indígenas. Desde lo expuesto por el consejero es necesario que primero se "protocolice" la ruta de atención desde la subcomisión y si bien desde el MSPS se plantea que este proceso está cerca y solo falta que "le pongan el chulo", desde la perspectiva del consejero aun el trabajo está lejos de llegar a su final puesto que se considera que aún hay elementos que deben discutirse para que la implementación sea una realidad, tales como lo relacionado con los procesos de sanación colectiva tradicional.

Es necesario que esto se dé porque sin el visto bueno de la subcomisión es imposible la implementación en los territorios "Pues mire, la verdad que ese es un asunto que no hemos podido entender al gobierno, es que el gobierno ya dijo y ya lo están implementando en algunas partes, entonces yo le decía pero si es que ese trabajo se hizo el año pasado, pero falta el tema de protocolización, nosotros si tenemos claridad de que mientras no se protocolice pues entonces el gobierno no puede implementar eso en las comunidades indígenas" (Entrevista consejero ONIC, 2017.) Es de aclarar que no estamos afirmando que la organización de nivel nacional indígena sea una barrera, al contrario, creemos que es un espacio que permite procesos mucho más negociados, pero que al mismo tiempo suponen un reto al Estado para acercarse a escenarios mucho más dialógicos.

Respecto a las poblaciones afro y Rom la situación ha sido algo diferente. Los afros, por cuestiones que no son objeto de discusión en este informe, no han logrado generar una organización nacional representativa de toda la diversidad étnica, por tanto los ejercicios de negociación y concertación se han dado directamente en lo local, con los concejos comunitarios "Con afro, ustedes saben que el espacio nacional no ha sido fácil, lo han demandado, se ha caído, hasta ahorita estamos mirando a ver si hay la posibilidad de sentarnos con ellos, pero como no hay

un espacio nacional pues nosotros nos arriesgamos con la propuesta técnica a ir a los consejos comunitarios, y con ellos mirar la posibilidad de concertar de negociar con ellos la propuesta y de avanzar. Empezamos con las comunidades, el módulo afro ya empezamos este año la implementación y estamos ya avanzando" (Entrevista Alejandro Cepeda MSPS, 2017).

Para lograr una adecuada implementación, el MSPS ha buscado capacitar constantemente a las direcciones territoriales de salud y a los equipos que están en campo implementando el PAPSIVI para que se haga una implementación acorde al enfoque diferencial étnico. Adicional a esto, las capacitaciones tienen como objetivo socializar las rutas de atención y las guías metodológicas para su implementación con el fin de tener homogeneidad en el proceso de implementación. "Los que están en territorio. Por ejemplo en la capacitación que tuvimos nosotros en agosto, ahorita la semana antes, uno de los días se destinó al tema étnico desde el Ministerio también, todo el jueves se destinó para poder identificar y revisar qué es el concepto del enfoque diferencial, qué es eso del enfoque étnico en el marco del análisis diferencial, y ahí se empezaron como a resolver dudas en términos del enfoque, hoy por hoy como se operativiza, a través de las guías, porque las guías son las que tienen la mirada diferencial" (Entrevista SDS de Bogotá, 2017).

6.4.3.4. Estudios de caso

Los estudios de caso permiten identificar cómo las disposiciones de la política logran ajustarse o no a los contextos locales, situación que ha sido explicada y analizada desde planteamientos como el policy transfer (87)(88). Es precisamente mediante el análisis situado que es posible ver las convergencias y las divergencias entre el deber ser la política y el ser de la implementación, con el fin de identificar las razones detrás de estas situaciones.

Tabla 8. Caracterización de las entidades territoriales

LUGAR	RECEPTOR/EXPULSOR	PARTICULARIDADES	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN VÍCTIMA	FOCALIZACIÓN/PRIORIZACIÓN
Antioquia	Ambos	* Alto número de población víctima * Características geográficas que hacen al departamento de Antioquia en territorio con importante utilidad estratégica para los diferentes actores armados	6.456.299	1.642.778 (por ocurrencia)	Desplazamiento, masacres, amenazas y órdenes judiciales. (entrevista)
Guacoeche (Valledupar)	Expulsor	Corregimiento caracterizado por la presencia de población afro con consejo comunitario activo	2.000	2.000	Confinamiento, desplazamiento forzado y demás afectaciones culturales, sociales y comunitarias
Bogotá D.C	Receptor	Solidez institucional y económica	7.980 mil	690 mil	4 localidades priorizadas
Soacha	Receptor	Déficit en servicios públicos, vivienda, educación, salud y recreación	512 mil	51 mil	Municipio priorizado

6.4.3.4.1 Guacoeche: el primer paso a la implementación de un PAPSIVI étnico

El departamento del Cesar ha sido uno de los departamentos que más a ha sufrido las afectaciones causadas por el conflicto armado interno colombiano; incluso Valledupar, la capital del departamento, no fue ajena a la violencia y sus gentes también se vieron afectadas de diversas maneras por el conflicto armado (89). Dentro de la división político-administrativa de Valledupar se pueden contar 26 corregimientos, uno de ellos es Guacoeche, lugar donde la violencia golpeó con tal fuerza, que hasta hoy es posible rastrear los daños que sufrió la población tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

La violencia, especialmente la producida por paramilitares, golpeó fuertemente el corregimiento de Guacoeche y a los Guacoecheros. Las personas de Guacoeche recuerdan de forma clara los 10 años que estuvieron bajo el yugo de los paramilitares. En el mes de abril de 1997 llegaron al corregimiento varios paramilitares y empezaron a reunir a la población en la plaza central del corregimiento, allí darían inicio los 10 años de terror que vivió esta población: "yo fui, como se dice, yo tengo 78, entonces yo caí cuando hicieron la cosa aquí y el primero que caí fui yo, y traían niñas de 6 años, de 3, en un tractor, nos cogieron en la plaza ahí, mataron el esposo de esta muchacha que ella dijo ahora, y eso fue yyy y eso fue una cosa grave aquí, eso fue por todas partes lo que la gente hizo, pero aquí más que todo" (Entrevista Dario, Guacoeche, 2017)

El hecho que marcó el inicio del confinamiento que sufrió la comunidad de Guacoeche fue el asesinato el 6 de abril de 1997 del señor Argemiro Quiroz. Según lo narrado por su esposa, la señora Emma, el asesinato del señor Argemiro fue el punto de quiebre entre un antes y un después; este asesinato se dio de una forma tal que pretendió dar un mensaje claro, la era de los paramilitares en Guacoeche había comenzado y cualquier persona que se interpusiera a ellos iba a correr la misma suerte de Argemiro. Don Argemiro era el líder más fuerte y reconocido de Guacoeche y por ende su asesinato rompió con diversas estructuras colectivas de organización y liderazgo, las cuales fueron reemplazadas por el poder y la intimidación de los paramilitares. "el daño de esa violencia que hubo en Guacoeche fue para el pueblo, fue una cosa mortal, porque mataron a mi Miró Quiroz que era un hombre, que no es porque sea mi esposo, qué usted puede preguntarle a cualquiera como era él con su pueblo, con su comunidad, que también fue un hombre de servicio y de amor por su pueblo (...) pero fue muy golpeado y el pueblo tuvo los años que no parecía Guacoeche, como lo era Guacoeche, alegre, de estar uno en unión, de estar ahí en esa época uno no podía uno reunirse, no podía uno nada...Y el pueblo tuvo mucho maltrato de la violencia, especialmente con ver humillado esa parte, 6 de abril en el 97, el pueblo se volvió que usted no tiene ni idea" (Entrevista Emma, Guacoeche, 2017)

La era de terror en Guacoeche que se instauró con la llegada de los paramilitares, duró 10 años, hasta el 2007, tiempo en el que los hechos de violencia contra los Guacoecheros se convirtieron en la constante. El corregimiento entró en un periodo donde los lazos comunitarios y familiares se rompieron, muchas personas, entre ellos los hijos de Argemiro y Emma, se desplazaron a vivir a Valledupar o a otras ciudades con el fin de escapar de la violencia. Para ese momento Guacoeche había sucumbido ante los vejámenes de los paramilitares, los espacios de reunión y socialización se habían perdido, todo funcionaba a partir de las ordenes de los paramilitares y su régimen de terror.

Pero Guacoeche y los Guacoecheros no desfallecieron del todo, con la salida de los paramilitares por el proceso de desmovilización, se inició el camino para la reconstrucción de Guacoeche. Se empezaron a retomar y a fortalecer de nuevo los espacios culturales y sociales, lo liderazgos comunitarios empezaron a emerger de las cenizas dando forma al consejo comunitario "Los cardonales", estancia que permitió que el corregimiento y la comunidad afro del mismo entraran en diálogo con las entidades de orden nacional y local para empezar con los procesos de justicia, reparación y rehabilitación. " mire Guacoeche un pueblo que pa salir, ir donde mí, que: "Mama dame una gallina" y que vamos, todo eso se perdió de hacer reuniones con la gente en el río, en las casas, todo eso se perdió; y ya ha vuelto a recuperarse todo eso con el ánimo de que la gente, que ellos se fueron y yo misma he dicho: "Guacoeche no se puede acabar por gente que vienen a hacer daño, hay que seguir la misma voluntad de vida, de hacer reuniones, de invitarse a un cumpleaños", así se ha ido...Guacoeche está firme, eso sí que a veces llega gente y así, que quién será ese, porque queda la desconfianza" (Entrevista Emma, Guacoeche, 2017); "bueno, ya nosotros existíamos como consejo comunitario pero era poquito lo que se venía haciendo, nosotros empezamos a darle duro, algunas de las personas que antes dé, ejercíamos liderazgo volvíamos arrancaños y... yo para la época no era presidente del consejo comunitario pero en las caracterizaciones que hicimos con la Unidad de Víctimas siempre en mis intervenciones déje ver ese punto de la falta de liderazgo en la juventud nuestra y luego se da la posibilidad del cambio de junta directiva del consejo comunitario al cual yo

aspiro, pero yo quise ser condescendiente con el discurso que siempre maneje de la juventud y traté de conformar la lista con jóvenes" (Entrevista Argemiro Quiroz Jr, Guacoche, 2017)

Guacoche ha ido, paso a paso, reconstruyendo su estar, reconstruyendo su forma de vida y perdonando, pero no olvidando; aunando esfuerzos con diferentes instituciones, el corregimiento ha entrado en una etapa de vigorización y prueba de ello es que es el primer territorio en Colombia donde se está implementando el PAPSIVI étnico con énfasis en la reparación a sujetos colectivos pues como se vio, las afectaciones a los Guacocheiros se enmarcaron, en gran medida, en daños de tipo colectivos, daños que cubrieron todas las posibilidades de daños anunciadas en la tabla 7.

La escogencia del corregimiento para hacer el pilotaje de la implementación obedeció a que, por un lado este ha sido uno de los más golpeados por la violencia; por otro lado, desde la salida de los paramilitares y el resurgimiento de los liderazgos locales representados por el consejo comunitario, se dio un acercamiento con la institucionalidad donde se empezaron a exigir al gobierno medidas dirigidas a la reparación y rehabilitación de la población, más aun entendiendo que al ser una comunidad afro las medidas debían ser diferenciales y adaptadas a la realidad de este grupo. Otra situación que facilitó que esta comunidad se escogiera para dar inicio a la implementación del PAPSIVI étnico estuvo relacionada con que las comunidades étnicas han estado reclamando al Estado atención desde hace mucho tiempo y en especial la comunidad afro de Guacoche, lo que facilitó el proceso en este corregimiento *"arrancamos con un modelo, un piloto, con la población afro, entendiendo que es un poco más fácil, da más tiempo para trabajar la ruta con la población indígena y va ser un piloto que va dar muchas enseñanzas. No fue difícil llegar a ellos porque las víctimas están habidas de atención, están esperando eso del estado, con muchas necesidades y con mucha sensación de olvido, entonces los líderes inmediatamente se alertaron, alertaron a otros líderes, a la comunidad, se alegraron muchísimo"* (Entrevista Jannethe, SDS, 2017)

Cambios institucionales y estructura de la política

A diferencia de lo sucedido a nivel nacional, a nivel territorial, al menos en el departamento del Cesar, los cambios institucionales no fueron muy fuertes. Desde la secretaria departamental de salud el proceso de implementación del PAPSIVI étnico está a cargo de la oficina de participación y promoción de la salud y de la dimensión de gestión diferencial de poblaciones vulnerables, a través de la directora de esta oficina es que se hace el seguimiento y monitoreo a las actividades que se desarrollan en el marco del PAPSIVI étnico. Algo que llama la atención es que los cambios institucionales en la SDS del Cesar, se dieron, según comenta la coordinadora, debido al Plan Decenal de Salud Pública, que en una de sus dimensiones incluía a las víctimas *"inicialmente solo inició en participación social en salud, desde el 2008 empecé a trabajar en lo que es promoción social, y bueno con todos estos cambios de normatividad dentro del plan territorial bajo el esquema de Plan Decenal de Salud Pública asumimos el reto de esas seis componentes dentro de la dimensión y dentro de ellos, pues víctimas"* (Entrevista coordinadora SDS, Valledupar, 2017)

El reconocimiento de las víctimas y de las diferencias que al interior de este grupo se presentan, llevó a que en los territorios donde se encontraban grupos diferenciales étnicos se empezaran a desarrollar y/o fortalecer los procesos diferenciales que se venían adelantando, en el caso del Cesar se fortaleció el trabajo de la oficina encargada de la gestión de las poblaciones vulnerables como encargada de direccionar las políticas relacionadas con estos grupos poblacionales. Es de mencionar que en el departamento del Cesar no solo se desarrolla el PAPSIVI étnico, en otros municipios se está implementado el PAPSIVI general dirigido a poblaciones víctimas genéricas.

En el departamento del Cesar la secretaria departamental de salud es la encargada de hacer el seguimiento a todos los procesos de implementación del PAPSIVI, el cual en el departamento se operacionaliza a través de dos operadores Fundación Social Obras de Amor, Esperanza y Vida (FUNDESIV) y FUNOF. La implementación del PAPSIVI se viene dando en el Departamento

desde el año 2013, si bien para ese momento no había unas directrices claras desde el ministerio, no se puede decir que no se estaba haciendo nada. Esta implementación inicial del PAPSIVI en el Cesar se percibe, desde lo mencionado por la coordinadora, como un ejercicio que produjo buenos resultados y que abrió la puerta a que el tema de víctimas y la atención a las mismas adquirieran la centralidad que merece. Adicionalmente, con esta implementación inicial se logró que los funcionarios, y por ende la institucionalidad del departamento, se sensibilizara abriendo la posibilidad a que se trabajara de forma mucho más fuerte con población víctima *"Pienso que el programa también ha sido como la oportunidad para que los actores institucionales se sensibilicen, vean que no es solamente el tema de hablar por la radio, por los medios masivos sobre el tema del conflicto, si no es mirar la víctima de una manera diferente como un ser humano y con todas sus afectaciones"* (Entrevista coordinadora SDS, Valledupar, 2017)

Los cambios institucionales en la Secretaría Departamental de Salud del César han estado mucho más dirigidos a cambios en la forma de entender y significar la situación socialmente problemática, cambios que se han reflejado en una atención mucho mayor a las víctimas y a las necesidades de estas, con el fin de formular e implementar políticas, planes y programas acorde a las realidades de ellas *"Hacia el año 2013, iniciamos la primera fase de PAPSIVI con unos resultados pues bastantes buenos, digo yo, a pesar de que toca ajustar metodologías, estrategias e ir en el camino corrigiendo y aprendiendo, considero que fue el programa que por primer vez sacó a la luz lo silenciado y lo silenciado me refiero a muchas personas con afectaciones psicociales, mentales, en salud física que estaban invisibilizadas frente al tema de determinante social, como fue el momento del conflicto armado en el país. También fue un programa que nos alertó sobre los retos y la necesidad inminente de dar continuidad a un proceso, porque a pesar que se inició con un número de víctimas atendidas, creo expectativas en otras y aún tenemos municipios, mesas de víctimas, y víctimas que están esperando, que están esperando ser atendidas; requieren ser atendidas..."* (Entrevista coordinadora SDS, Valledupar, 2017)

Los cambios institucionales se vieron reflejados en una mayor atención a las poblaciones víctimas, entre ellas las étnicas, esta situación desembocó en que para este año (2017) se iniciara en el departamento, puntualmente en el corregimiento de Guacoche, la implementación del primer ejercicio del PAPSIVI étnico. En términos generales, esta implementación respondió a la necesidad percibida en el territorio por parte de las comunidades étnicas, pues ellos sentían que si bien los decretos ley 4633 y 4634 habían determinado un accionar del Estado específico para estas poblaciones, poco era lo que desde la implementación del PAPSIVI se había hecho, por tanto el objetivo del PAPSIVI étnico se puede condensar así: Contribuir a la recuperación física, espiritual y cultural reconstruyendo los vínculos, tejido social y cohesión sociocultural y fortalecer los recursos y estrategias de afrontamiento que afiancen la autonomía y participación de las víctimas pertenecientes a las comunidades étnicas como sujetos de derechos a través de prácticas culturales e interculturales (84,85).

El PAPSIVI étnico, entonces, se avoca a la recuperación, a la re-construcción de las diferentes dimensiones de vida cotidiana y ritual que configuran varios elementos de cohesión cultural propios de las comunidades étnicas. Todo esto en un marco de reconocimiento de derechos individuales y colectivos, entendidos desde una perspectiva intercultural.

Reconocer el importante paso que se está dando desde el MSPS y desde la Secretaría Departamental de Salud del Cesar con la implementación del PAPSIVI étnico en Guacoche es algo importante, pues esta implementación trasciende lo meramente discursivo y opta por iniciar un proceso real, lleno de aprendizajes, aciertos y retos para el futuro. Es una apuesta que marcará, sin duda alguna, un camino para que procesos similares se inicien en diferentes regiones del país.

El talento humano en la implementación de la política en Guacoeche

Uno de los puntos centrales dentro de la implementación del PAPSIVI étnico tiene que ver con el talento humano, con el equipo de personas que desde la SDS del Cesar hasta el equipo de profesionales y gestores de campo desarrollan actividades propias del PAPSIVI étnico. Desde la construcción de las guías del MSPS se diseñó un modelo de grupo de profesionales por territorio encargados de la implementación. Para el caso étnico dicho grupo se modificó según los requerimientos y necesidades de las comunidades, así para las poblaciones afro el grupo debe ser el siguiente:

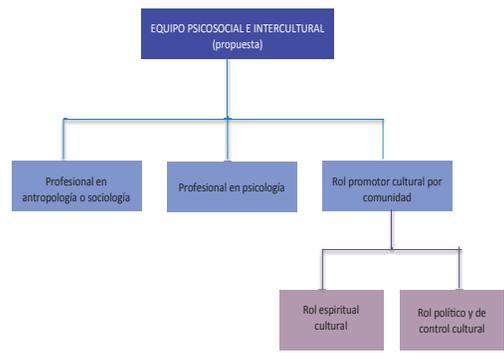


Figura 3. Modelo grupo profesional PAPSIVI étnico

Fuente: guía ruta de atención a comunidades indígenas y negras, afrocolombianas raizales y palenqueras [84,85]

Para el caso de Guacoeche, el grupo de profesionales tuvo algunas modificaciones asociadas a las particularidades del contexto, pero siempre siguiendo las guías y directrices dadas por el MSPS. El equipo que está actualmente implementando el PAPSIVI étnico está conformado por dos sociólogas, una psicóloga, una trabajadora social y dos promotoras culturales. Adicionalmente existe una coordinadora del equipo y diversos asesores que acompañan las actividades en terreno. Este equipo, que es propio del operador (FUNDESVI), cuenta con el acompañamiento constante de la SDS a través de la coordinadora de la oficina de promoción social; a su vez el MSPS tiene contacto con todos los niveles territoriales, así se comunica y dialoga constantemente con la SDS, con la coordinación de FUNDESVI y con el equipo profesional. *"bueno primero que todo el Ministerio trae sus lineamientos, y los lineamientos dice que perfil debe haber y como se deben seleccionar, para Guacoeche las directrices eran específicas para sociólogo, antropólogo y que los promotores no solo fueran psicosociales y que fueran víctimas si no en lo culturales, que tuvieran también ese tema. Entonces fue un proceso en que ya sabiendo los lineamientos, se les solicitó, se convocó y se divulgó el programa y la recepción de hojas de vida, se hizo el estudio de las diferentes hojas de vida se pasaron a entrevista... y para los coordinadores porque eso también está en los lineamientos, lo hizo el Ministerio en acompañamiento nuestro pero ya básicamente el Ministerio... los promotores psicosociales fueron elegidos bajo unos parámetros que mandó requisitos mínimos el Ministerio por la cada mesa de víctimas"* (Entrevista coordinadora SDS, Valledupar, 2017).

Dentro de los elementos que se tuvieron en cuenta para la escogencia del equipo de profesionales, la experiencia previa en temas de violencia y trabajo con comunidades fue fundamental, a esto se sumó experiencia en trabajo con poblaciones étnicas; todas las personas del equipo profesional manifestaron haber trabajado con poblaciones pertenecientes a grupos étnicos. Este punto es de suma importancia, pues la experiencia previa se presenta como un factor que puede ayudar de forma importante a una buena implementación. Esto lo han percibido de esa manera las personas de la comunidad: *"Gracias a Dios las jóvenes que vinieron acá la primera vez fue muy bueno, explicaron*

de que íbamos a tener, vamos a tener una compañía de esta gente que está que está en la... y gracias a Dios todo está bien... ellos se saben mover, bienen como eso, como esa empatía con nosotros" (Entrevista Emma, Guacoeche, 2017)

Dentro del equipo, un rol que es fundamental y así se ha reconocido en las guías, es de las promotoras culturales. Para Guacoeche se seleccionaron dos mujeres para desempeñar este papel; ellas fueron seleccionadas directamente por el consejo comunitario del corregimiento y son mujeres que han trabajado en la comunidad y por la comunidad, de ahí que gocen de un amplio reconocimiento y poder de convocatoria, fundamental para la implementación

"mi nombre es Luisa María Chinchilla, mi cargo en PAPSIVI es promotora sociocultural en el programa, Guacoeche afrodescendiente, y soy egresada de la Universidad popular del Cesar, en la facultad de administración de empresas, pertenecí al consejo comunitario los cordones de aquí de mi corregimiento Guacoeche... Bueno ahorita mismo orgullosa de estar en PAPSIVI y sobre todo de estar trabajando aquí en mi comunidad con mi gente. Gracias, (Entrevista Luisa, promotora, Guacoeche, 2017) "yo soy Felicia Bracho Oñate, tengo 21 años, soy promotora cultural, soy de Guacoeche, estoy en décimo semestre de Sociología y aquí en Guacoeche he trabajado con mi pueblo conozco bastante todo el proceso de la reparación colectiva y ya" (Entrevista Felicia, promotora, Guacoeche, 2017)

En términos generales, las personas del equipo territorial de Guacoeche manifestaron su conformidad con el proceso de contratación y con lo relacionado a pagos y a ambiente laboral general, sin embargo hubo algunos comentarios sobre cierta sobrecarga laboral asociada al desarrollo de actividades, pues debido a que el trabajo es directamente con la comunidad es necesario trabajar fines de semana e incluso días festivos: *"nosotros como promotoras ahorita mismo en este mes yo particularmente, yo Luisa María, me siento como ocupada de trabajo, yo en estos 15 o 20 días que faltan para el día final del 3 de octubre hasta los domingos con ensayo, no puede ser es"* (Entrevista Luisa, promotora, Guacoeche, 2017).

Participación de las víctimas en la implementación de la política

Implementar un proceso tan complejo como el PAPSIVI étnico requiere, más allá de un equipo profesional adecuado, la participación real y efectiva de la comunidad. Para el caso de Guacoche, el trabajo conjunto que se ha realizado entre el consejo comunitario los Cardonales, FUNDESVI, SDS del Cesar y MSPS ha llevado a los avances que se han visto en este proceso de implementación.

El consejo comunitario de Guacoche, presidido por el señor Argemiro Quiroz hijo, ha jugado y juega un papel central en el PAPSIVI étnico. Con la salida de los paramilitares en el año 2007, el corregimiento inició su reconstrucción en diferentes ámbitos de vida cotidiana, uno de ellos el político organizativo. El señor Argemiro fue quien tomó la iniciativa para re-construir el consejo comunitario, incluyó en este jóvenes buscando que dicho proceso organizativo perdurará y se fortaleciera con el tiempo *"buena, ya nosotros existíamos como consejo comunitario pero era poquito lo que se venía haciendo, nosotros empezamos a darle duro, algunos de las personas que antes dé, ejercíamos liderazgo volvimos arrancamos y... yo para la época no era presidente del consejo comunitario pero en las caracterizaciones que hicimos con la Unidad de Víctimas siempre en mis intervenciones dejé ver ese punto de la falta de liderazgo en la juventud nuestra y luego se da la posibilidad del cambio de junta directiva del consejo comunitario al cual yo aspiro, pero yo quisiera ser descendiente con el discurso que siempre maneje de la juventud y traté de conformar la lista con jóvenes"* (Entrevista Argemiro Quiroz, Guacoche, 2017)

Gracias al trabajo realizado, el consejo comunitario re-surgió e inició un proceso fuerte de exigencia de derechos ante las diferentes entidades del orden nacional y local. En medio de los reclamos al Estado por el reconocimiento y reparación a las víctimas, el señor Argemiro en el año 2011 decidió presentar una ponencia a un grupo de congresistas que fueron a escuchar a las víctimas de esa zona del país, en esa ponencia él planteó la pregunta por las personas de Guacoche como víctimas colectivas y la necesidad de ese reconocimiento, pues los hechos de vio-

lencia habían afectado estructuras colectivas y comunitarias; en esta línea el decreto 4635 de 2011 planteaba la reparación colectiva. Este decreto fue conocido por don Argemiro y así inició su lucha por la reparación colectiva en favor de los guacocheros *"Cuando se estaba socializando la ley de víctimas, el acuerdo del proyecto de ley yo tuve la posibilidad de hacer una ponencia ante los congresistas que vinieron y mi ponencia fue precisamente preguntarle a los congresistas si esta gente de Guacoche dónde nos reunieron a todos en la plaza principal donde asesinaron a un líder, una persona que nos representaba, que yo sí era víctima directa pero qué pasaba con ellos, será que esas personas no son víctimas del conflicto armado... fue la posibilidad que hubo de que se nos vino la norma [decreto 4635] tras la ponencia y por eso Guacoche arrancó, arrancó (...) es que fue la primera comunidad que empezamos, y gracias a dios aquí estamos paso lento pero seguro, se firmaron unos acuerdos de reparación colectiva"* (Entrevista Argemiro Quiroz, Guacoche, 2017)

La búsqueda de reparación por parte de don Argemiro y el consejo comunitario los cardonales llevó a que en el año 2016 se iniciara el proceso de concertación con la comunidad para dar inicio a la implementación del PAPSIVI étnico. La atención desde el ministerio empezó con la ruta PAPSIVI general dirigida a víctimas, donde si bien se encuentra transversal el enfoque étnico, no está diseñada para la atención específica a esta población; aun así, este proceso acercó al MSPS y a la comunidad de Guacoche que a través de Argemiro, como representante afro en la mesa municipal de víctimas, pudo gestionar la realización de acciones en el corregimiento. La firma de un convenio de reparación a sujeto colectivo abrió la puerta para iniciar las concertaciones con la SDS del Cesar y posteriormente con el MSPS, con ellos se negoció la forma en la que la comunidad deseaba ser atendida, pues si bien había unas directrices desde el gobierno central fue la comunidad la que decidió cómo y qué se debería hacer según los daños y afectaciones que ellos consideren se deben reparar *"sí, primero estuvimos con la Secretaría de Salud cómo lo dije, se concertó de qué forma íbamos a ser atendidos, es un ir y venir, tú dices yo digo, lo mismo se hizo con el Ministerio, y se están haciendo trabajos específicos con la comunidad de lo que es la recuperación de todo el tejido social, de todo el*

tejido de costumbres, tradiciones, o sea de lo que siempre por épocas se hizo en la comunidad, todo eso se ha tratado con el Ministerio de Salud, con la Secretaría de Salud, con los funcionarios que están dentro de la comunidad en la atención directa, y así estamos viendo el programa, así se está haciendo como lo programamos cómo lo solicitamos" (Entrevista Argemiro Quiroz, Guacoche, 2017)

La participación de la comunidad no solo se ha dado en los espacios oficiales de negociación y concertación y no solo a través de las figuras como Argemiro y el consejo comunitario, todos los miembros de la comunidad han participado de este proyecto PAPSIVI étnico, pues al ser una iniciativa que pretende reparar al sujeto colectivo implica que las acciones van a dirigirse a toda la comunidad y no solo a un número reducido de personas, lo que ha llevado a que el total de la comunidad a través de los grupos de base comunitaria propios de corregimiento (adultos mayores, niños y niñas, adolescentes, mujeres) entre a desarrollar una participación activa *"creo que Guacoche es una comunidad que se ha prestado, que ha sido muy receptiva, de pronto si hubiésemos aplicado estas orientaciones metodológicas a unos Yukpas que uno más o menos conoce como se manejan nos hubiese costado un poco más porque las comunidades son distintas, pero yo considero que así muy general muy general a pesar de que hemos tenido de pronto algunas pequeñas complicaciones como ahorita lo mencionaba Lella, porque no es fácil llevar todo ese material y aplicarlo, a veces eso es echarse uno mentiras de cómo va, eso no es así tan bonito como a veces algunos autores lo escriben, pero yo creo que sí se nos ha hecho fácil por lo que te digo, la misma dinámica de lo que es la gente aquí en Guacoche que son personas muy receptivas (...) de pronto lo hemos sentido así como profesionales"* (Funcionaria PAPSIVI étnico, Guacoche, 2017)

Intersectorialidad. El papel de las entidades en la implementación del PAPSIVI étnico

Llevar a cabo la implementación necesita de un diálogo, de unas negociaciones y acuerdos entre la institucionalidad y la comunidad en su totalidad; del mismo modo es necesario que exista un

diálogo y unos acuerdos entre las diferentes instituciones, más aun en el marco del SNARIV. Las articulaciones con otras entidades se considera buena, con la UARIV tienen una relación adecuada y si bien los espacios de trabajo son independientes, se proponen articularse en pro de las víctimas. La articulación no es sencilla, así en el proceso de articulación se han encontrado algunos escollos, principalmente al momento de articular las acciones desde lo psicosocial que hace la UARIV y el desarrollo del PAPSIVI, pues se evidenció que cada entidad desarrolla acciones independientes sin articular con la otra, lo que puede llevar a que en unos lugares se de una sobreoferta institucional y en otros no haya atención suficiente a las víctimas *"buena, la unidad de víctimas nos remite población para priorizarla y para que nosotros garanticemos ciertas cosas a la población; la unidad de víctimas también hace un programa de atención psicosocial que no se ha articulado de forma integral a PAPSIVI, pero si recurren a nuestros equipos y siempre se les ha dado el apoyo, cuando se hacen los comités transicionales, pues allí nosotros desglosamos lo que vamos adelantando con las víctimas pero también las necesidades de respuesta en el tema de vías, de agro, de proyectos productivos, en el tema de educación, pero creo que hay mucha debilidad en el país aun en el tema intersectorial"* (Entrevista coordinadora SDS, Valledupar, 2017)

Frente a las articulaciones con otras entidades, se hacen más desde los equipos territoriales directamente, es decir son las personas del equipo que implementa el PAPSIVI étnico las que han abierto líneas de comunicación informales con diferentes entidades para dar a la comunidad un apoyo en diferentes necesidades, pues la atención a las víctimas no se puede quedar en una sola dimensión, debe ser integral y abordar los diferentes ámbitos de vida cotidiana, finalmente eso es lo que propone la ley 1448 de 2011. Lo extraoficial se asocia a que en algunas ocasiones es necesario hacer contactos y articulaciones con otras entidades con el fin de solucionar las necesidades de la población, contactos que en ocasiones no se hacen siguiendo un protocolo debido a que la comunidad necesita las cosas con urgencia, aun cuando no se cuente con la aprobación del MSPS *"entonces no podemos desviar el foco de atención, eso es claro, el programa PAPSIVI es un programa de atención psicosocial,*

liso, o sea que ahí nos tenemos que concentrar, pero resulta que desde ese proceso de intervención uno encuentra otras situaciones o derivaciones o necesidades que no son de salud y que ayudan a la gente en su proceso y que el hecho de que esté un equipo haciendo esa atención que sea interdisciplinario, que tenga una estructura de gestión territorial porque tenemos un asesor, tenemos una psicosocial, entonces nos permitan acercarnos con liderazgo a una institución a decirles y recordarles que aquí tienen una comunidad que está esperando esto, esto y esto, es válido, el Ministerio dijo que no (...) porque nosotros tenemos aquí un compromiso social, entonces nosotros lo vamos a seguir haciendo pero no se lo reportamos al Ministerio. Entonces nosotros, te digo la verdad estamos igual que FUNOF, nosotros hacemos y tocamos todas las puertas y fortalecemos nuestro proceso y garantizamos que funcione que quede bien bonito, pero no cantamos eso" (Entrevista funcionaria PAPSIVI, Valledupar, 2017)

La intersectorialidad tiene otra cara, otro espacio que podríamos llamar intrasectorialidad, un espacio donde el sector salud se articula para desde lo nacional estar en concordancia con el actuar desde lo local y así desarrollar procesos homogéneos, fácilmente monitoreables y ajustables. Para este fin, el MSPS ha instaurado una comunicación directa con el equipo de Guacoeche donde se ha dado capacitación y línea técnica dirigida al fortalecimiento de la implementación. Esta comunicación se da en dos vías, pues desde el equipo PAPSIVI étnico se reporta a la SDS y al MSPS sobre ajustes que se deberían hacer a las guías metodológicas, a los formatos, y a lo que se considere necesario con el fin de llevar a buen término el proceso de implementación "bueno lo que pasa es que también nosotros hicimos esa pregunta en la segunda visita técnicas que tuvimos con el Ministerio, que si bien esas orientaciones metodológicas iban a ser como la guía para nosotros aplicarlo acá en la comunidad no era una camisa de once bolas o una camisa de fuerza, porque incluso dentro de las actividades que se han realizado con las abuelas u otras actividades que se han realizado con los niños, la metodología no se ha seguido al pie de la letra, se ha hecho actividades que van acordes con la población teniendo en cuenta también el ciclo de vida y las edades porque no para to-

dos aplica, y teniendo también los intereses de esa población, entonces sí cumplimos con los objetivos de las actividades que están ahí establecidas porque eso igual nos va a servir como un derradero como para una no salirse de la línea y seguir como el proceso que se debe hacer, pero no son actividades que nos dijeran en ese momento que deben ser las que debemos realizar, no, al contrario son actividades que se han hecho muy abiertas y se han hecho diferentes de acuerdo a la comunidad y de acuerdo también a las edades que hemos trabajado" (Entrevista funcionaria PAPSIVI étnico, Guacoeche, 2017)

La comunicación intersectorial entre el MSPS, la SDS y FUNDES- VI ha sido buena, según lo manifestaron las diferentes partes, hay articulación a la hora de tomar decisiones y hacer ajustes para el desarrollo de las actividades. El MSPS da constante línea técnica y acompaña el proceso, lo cual es algo que debe rescatarse ya que no es común que una entidad de orden nacional llegue a espacios tan locales.

Respecto a las articulaciones con EPS e IPS para brindar atención es un poco más complicada e inoperante, pues debido a cuestiones que se asocian al SGSSS se han presentado dificultades; por ejemplo cuando se remite una persona víctima para un proceso de atención mental en la EPS muchas veces se encuentran con falta de profesionales en los niveles primarios, que finalmente es a donde las personas víctimas pueden acceder de forma más expedita: "Cuando ha habido víctimas de PAPSIVI de respuesta, y una de las dificultades es que los hospitales nuestros no tienen especialistas, no tienen psiquiatría, sobre todo en problemas de salud mental, no hay psicólogo, entonces ahí es donde la EPS se queda corta y finalmente la víctima desiste o se queda otra vez diciendo "nos agañaron," porque el sistema no le da respuesta en su territorio, en donde vive" (Entrevista coordinadora SDS, Valledupar, 2017)

Lo anterior se convierte en un llamado de atención no solo a la institucionalidad a nivel territorial sino también a nivel nacional, pues las acciones deben ser planeadas de manera integral desde los niveles centrales lo que se reflejaría en los niveles territoriales, desembocando en que las víctimas sientan que los procesos de rehabilitación son los adecuados y que responden a sus necesidades.

Sistemas de información del PAPSIVI étnico

Para la implementación del PAPSIVI étnico los sistemas de información para la recolección de las actividades aún no se pueden considerar adecuados. Hay que entender que el proceso que se adelanta en este corregimiento es pionero en el país, es el escenario donde, desde el quehacer, se desarrollan y pulen los elementos que configuran en el futuro los procesos de implementación de PAPSIVI étnico en otras regiones del país. Con esto en mente, es entendible que algunos de los instrumentos diseñados para la sistematización de la información no sean los adecuados: "porque cuando arrancamos todavía el ministerio tampoco tenía como los documentos ni la ruta, ni los formatos, es mas eso ha sido un proceso que todavía está en construcción, entonces envían un formato, pero es que este formato no se ajusta para Guacoeche hay que hacer un informe pero es que este formato no se ajusta para Guacoeche entonces siempre estamos como en ese proceso de mejoramiento de estar haciendo ajustes para la documentado del proceso de Guacoeche" (Entrevista María del Rosario, coordinadora equipo PAPSIVI étnico FUNDES- VI, Valledupar, 2017)

El proceso de aprendizaje que supone un ejercicio piloto debe ser entendido de forma crítica, es decir que se deben incorporar todos los aprendizajes sin juicios de valor que los clasifiquen como buenos o malos; además, es necesario que desde el nivel central, que para este caso es el MSPS, se tomen en cuenta todas las recomendaciones y ajustes que desde el equipo implementador se hagan. Así, desde el equipo territorial de Guacoeche se han ajustado los formatos donde se sistematiza la información de las acciones realizadas, según las necesidades del proceso de implementación: "entonces, nosotros empezamos a sistematizar con lo que a nosotros se nos ocurrió, porque había un diseño para eso, pero entonces no nos dijeron usarlo, empecé a usar porque todavía estaba en construcción, como todo lo de esta modalidad, pero entonces nosotros dijimos, nos parece que se le debe agregar esto, esto, esto, un día nos dijeron mándenlos recomendaciones, como ya nosotros lo veníamos haciendo, afortunadamente nos validaron el mismo formato de las recomendaciones que hicimos pero en este momento" (Entrevista Trabajadora social PAPSIVI étnico, Valledupar, 2017)

El ejercicio de diálogo directo que se ha dado entre el MSPS y el equipo territorial encargado de la implementación ha permitido que gran parte de las recomendaciones se incluyan y los formatos de sistematización sean ajustados, pues estos formatos originalmente fueron pensados para atención individual y para el caso de Guacoeche se trabaja bajo la lógica de sujeto colectivo. Aun así, un elemento resentido por el equipo territorial tiene que ver con los tiempos de ejecución y seguimiento, pues debido a que los formatos no incluían los sujetos colectivos se retrasan las actividades, lo que en última instancia termina afectando el proceso en su totalidad "sin embargo hay mucho retraso en la información, si bien es cierto que viene de allá, por ejemplo, hay un formato de sistematización que nosotros estamos haciendo, que apenas esta semana nos dieron autorización, se supone que debemos sistematizar toda la práctica y eso todo proceso de desarrollar prácticas de sistematización de su experiencia... entonces en la marcha se van dando las cosas, se entiende que es un proceso de construcción, pero yo creo que debería haber como mayor comunicación con el equipo, si bien lo tienen con las personas que están a cargo, se demora mucho en darnos respuesta frente a las cosas, entonces cosas que ya deberían estar en la marcha y funcionando, todavía no" (Entrevista Trabajadora social PAPSIVI étnico, Valledupar, 2017)

A la par de los formatos, la plataforma del MSPS donde deben subirse los avances que se logren con cada uno de los individuos que se trabaja, está pensada exclusivamente para la atención individual, lo que ha dificultado que se posible subir los avances que se han tenido con el PAPSIVI étnico en Guacoeche situación que ha generado que no haya una real integración del proceso del corregimiento con lo que se viene implementado a nivel de PAPSIVI general.

Seguimiento y monitoreo

Desde las guías técnicas y metodológicas desarrolladas por el MSPS se ha insistido en la necesidad de desarrollar procesos acuciosos de monitoreo y seguimiento a las acciones desarrolladas en los diferentes lugares del país, lo que sin duda ha supuesto un reto para el ministerio.

Dentro de lo dispuesto para el seguimiento y monitoreo la guía metodológica es un insumo central, pues desde las disposiciones de la misma se propone que los diferentes momentos de la atención y las actividades que componen cada momento deben ser los que dictamina la guía, lo que supone que desde el nivel centra se haga un seguimiento para que el cumplimiento de las guías sea total.

La herramienta diseñada para este fin es la plataforma de la que se habló en líneas anteriores, pero como se dijo está aún no ha sido del todo ajustada para el seguimiento a las acciones dirigidas a sujetos colectivos. Aun así, desde el MSPS se hace seguimiento al proceso de Guacoeche de dos maneras complementarias entre sí: por un lado el MSPS de forma directa se desplaza al corregimiento y hace acompañamiento y supervisión a las actividades; por otro lado, desde la SDS y la oficina de promoción social se acompaña y monitorea de forma constante el proceso.

De manera complementaria, el operador del PAPSIVI étnico, que es FUNDESVI, realiza informes mensuales donde cada una de las personas que conforman el equipo territorial enuncia las actividades realizadas. Estos informes son insumo para la generación de un informe colectivo, informes que son dirigidos a la secretaria de salud departamental y al MSPS: "Con los informes mensuales de los equipos y el informe grupal, nosotros manejamos informes individuales en donde se describen como las acciones realizadas en el territorio desde la disciplina de cada uno y manejamos un formato de informe colectivo que recoge todo lo que fue la experiencia de ese mes en el territorio, entonces así lo documentamos nosotros acá, y bueno pues generalmente estamos en constante comunicación con los equipos, los asesores, acompañamiento, como van, que se necesita" (Entrevista María del Rosario, coordinadora equipo PAPSIVI étnico FUNDESVI, Valledupar, 2017)

Hablar del seguimiento y monitoreo en profundidad no es del todo factible en este ejercicio de análisis, pues debido al corto periodo de tiempo que lleva la implementación, aun así es posible evidenciar la necesidad de fortalecer los instrumentos

y herramientas que se tienen desde el MSPS incluyendo los elementos necesarios para el seguimiento a las acciones dirigidas a sujetos colectivos.

Retos de la implementación

Los avances respecto a la implementación aún son incipientes, pues el proceso inició en abril con las concertaciones finales y fue en julio que se dio inicio real a la implementación. Hasta el momento se está terminando la primera fase de la atención que está centrada en identificar qué ha pasado en la comunidad y cuáles son los daños que esto ha dejado. En términos generales las personas de la comunidad manifiestan estar contentos con las actividades y con el equipo, y sienten que les ha contribuido a su proceso de sanación individual y colectivo: "pa que, esto así como está, eso aquí el uno con el otro se quieren, nosotros somos familia aquí, entonces esto está muy bueno... si yo me gusta mucho esto de venir aquí, aquí habemos un primo mío, ese que viene aquí, y es el primero que llega, y así, a mí me gusta mucho estar aquí, porque esto está bueno. Esto ha sido una cosa que esto ha sido una ayuda para uno, y para divertirse uno, mire como está esto decorado aquí" (Entrevista Darío, Guacoeche, 2017). Es de destacar que tanto el proceso de participación y diálogo que se ha desarrollado entre el consejo comunitario los cardonales y entidades como el MSPS, la secretaria departamental de salud y FUNDESVI ha llevado a un excelente inicio del proceso de implementación. Adicionalmente, el equipo territorial ha supuesto un acierto en pro de la implementación, pues gracias a la experiencia del mismo el desarrollo de las acciones ha sido más que adecuado, lo que la comunidad avala.

Al ser un ejercicio pionero, el PAPSIVI étnico de Guacoeche aún está en construcción y diariamente las personas del equipo, de la comunidad, la SDS y el mismo MSPS se enfrentan constantemente a retos para desarrollar de la mejor manera la implementación. Desde el consejo comunitario, en cabeza de su presidente, se considera que la reparación aún debe ser integral, deben solucionarse temas asociados a los territorios colectivos, empleo, vivienda, etc, pues sin eso es difícil realmente tener una reparación y rehabilitación adecuada "bueno es que yo creo

que hay puntos que sí que el PAPSIVI nos va a ayudar mucho, pero hay otros puntos que corresponden a otras instituciones y sectoriales distintas al Ministerio de Salud y a la Secretaría de Salud que es lo que corresponde al PAPSIVI como tal, yo creo que por esos medios vamos avanzando, pero igual todo debe ser integral para que también lo del PAPSIVI se de en un porcentaje satisfactorio, porque trabajar en beneficio de la salud mental y lo otro no nos está llegando pues eso igual trunca en parte el proceso que se está dando, pero yo creo que nosotros seguimos en esa tarea, en buscar el cumplimiento por parte del Estado de esos acuerdos que se firmaron" (Entrevista Argemiro, Guacoeche, 2017)

Por parte de la SDS del Cesar los retos se centran en la continuidad del proceso y la articulación con EPS; adicionalmente se menciona la necesidad de aumentar la cobertura de atención del PAPSIVI pues aún persisten un número importante de víctimas que no han podido acceder a los servicios e iniciar su proceso de reparación y rehabilitación: "buena, retos, lograr incorporar el protocolo de atención en la ruta tanto de la EPS como de los prestadores, creo que es el principal reto; el siguiente reto es que los territorios garanticen la continuidad y los recursos para fortalecer esos equipos, no obstante entendiendo que el plan de beneficios no contempla el programa, entonces si es necesario que el Estado enmarque una directriz normativa para que los territorios focalicen recursos para mantener el tema, y el reto es que sean 100% de las víctimas que se rehabilita, porque es que estamos hablando de un número y ¡ay que bueno dos mil, cinco mil, seis mil! y el resto? El resto tiene ideación suicida, ser suicida, se deprime, el resto no duerme, el resto no come" (Entrevista coordinadora SDS, Valledupar, 2017)

6.4.3.4.2. Antioquia: los retos de la atención en salud a víctimas del conflicto

Antioquia tiene alto número de población víctima, donde se conjugaron los diversos actores armados, y las economías ilegales, panorama que generó graves violaciones a los derechos humanos. Con un conflicto que inicia con acciones en la parte rural del territorio, la suma de las operaciones del narcotráfi-

co y las autodefensas expande la guerra al casco urbano. Este panorama ha dejado en el departamento millones de víctimas, situación que se gestó durante 4 décadas del conflicto armado y que al igual que otras regiones del país solo ha encontrado respuesta institucional efectiva en los últimos años. Frente a esto las víctimas han liderado mecanismos de respuesta individual y colectiva, con acompañamiento de organizaciones no gubernamentales, para en los últimos años contar con la institucionalidad estatal.

Desarrollo del andamiaje institucional para la implementación de la política

En el año 2008 la Alcaldía de Medellín desarrolló los primeros programas de atención a víctimas del conflicto armado, que contaban con encontraban instrumentos de inspección y vigilancia junto con la atención en salud. De esa experiencia se recopiló toda la información con el fin de integrar la atención en un único equipo y transversalizar las acciones para atender a la población víctima. A partir del año 2016, el equipo de víctimas de la Seccional de Salud pasó a formar parte del equipo de Convivencia Social y Salud mental, conservando lo específico del subproyecto que incluye atención psicosocial, asesoría y asistencia técnica, inspección y vigilancia, seguimiento a las órdenes judiciales, con un universo aproximado de 120.000 personas para atención prioritaria, más 1.300 aproximadamente por mandato de orden judicial.

La responsabilidad de la medida de rehabilitación recae en el MSPS acorde a la Ley 1448 de 2011 en su artículo 137, pero debido a que en el año 2012 el ministerio aún no había iniciado el PAPSIVI, la corresponsabilidad que comparte con la UARIV generó que ésta desarrollará la estrategia de recuperación emocional. Razón por la cual la UARIV se encuentra en 112 de los 125 municipios que hacen parte del departamento "los otros municipios están distribuidos hacia el Urabá de otro territorio que es el Urabá Darién, y los del Magdalena Medio están en la territorial de Barranca" (Entrevista Equipo Psicosocial, UARIV, Medellín, 2017).

Desde el año 2012, la UARIV se ha encargado de fortalecer la estrategia de recuperación emocional, que hace parte de la medida de Rehabilitación, en conjunto con otras entidades estatales, organizaciones de víctimas y organizaciones no gubernamentales. La estrategia de recuperación emocional grupal se implementó en ese año en los centros de atención en Medellín, el año siguiente se implementó pero de manera móvil logrando así llegar a los municipios, donde se contaba con un total de 5 encuentros cada uno de 4 horas con intervalos de 15 días, para este año debido a recortes presupuestales se cuenta con las estrategias fijas EREG, DIME y EREARI en Medellín y su área metropolitana, con una metodología que se construye a nivel nacional.

Actualmente, con el fortalecimiento de los equipos de atención a víctimas que ya venían desarrollando labores en la Gobernación de Antioquia, se logró constituir el equipo PAPSIVI en la Seccional de Salud, con énfasis en atención individualizada, lo que genera que las cifras de atención disminuyan pero mejoren en calidad, esto es posible gracias a la autonomía presupuestal lo que permite focalizar la atención en la población rural dispersa, y establecer estrategias de trabajo propias, lo que se traduce en una fortaleza para la implementación.

El equipo PAPSIVI de la Seccional de Salud cuenta con solo una persona de planta y los demás por contrato de prestación de servicios. El equipo consta de un asesor psicosocial, 1 profesional en psicología y otro en trabajo social, junto con un profesional en salud que acompaña las derivaciones, un técnico que apoya el trabajo de gestión de la información, y un administrador, sumado a 14 profesionales psicosociales en el territorio y dos profesionales en ciencias sociales que a la fecha no habían iniciado labores, los recursos vienen del MSPS y la Gobernación, el contrato se realiza a través de una ESE departamental

El equipo de aseguramiento, conformado por una administradora en servicios de salud, es quien enruta, gestiona y articula el acceso a los servicios de salud que requiere la víctima en caso de presentar alguna dificultad con las EPS o IPS. Esta persona capacita a las víctimas en el re-conocimiento de sus derechos

y deberes en salud, también en mecanismos de participación ciudadana. Y se realiza la retroalimentación del servicio a las entidades prestadoras de salud.

Talento humano

Los perfiles profesionales que se requiere tengan los asesores psicosociales, constituye una de las barreras para la contratación y en consecuencia para la atención, debido al alto nivel de exigencia de preparación académica y de experiencia, lo que dificulta encontrar los perfiles aptos en el Departamento. Las características profesionales que se requieren, van más allá en la preparación académica, y se enfocan en requerir personas que incorporen el enfoque psicosocial junto con la acción sin daño, los enfoques diferenciales en la atención. Sumado a esto, el sistema de contratación público genera que la contratación no le de certeza ni seguridad a los profesionales, lo que mina los procesos de contratación y genera deserciones, a la vez que causa quiebres en la atención en tanto los profesionales se renuevan constantemente

Existen una serie de sesgos que algunos profesionales del personal sanitario tienen, lo que según la opinión de los funcionarios de la Seccional de Salud, obedece a la perspectiva confesional que tienen algunos centro académicos, que permea el ejercicio profesional. Es el caso de la atención en violencia sexual donde las "instituciones prestadoras de servicio de salud y (...) academia de corte confesional (...) obstaculiza a la hora de la atención a las víctimas de violencias sexuales por cualquier acto" (Entrevista Gloria Soto, Seccional Salud, Medellín, 2017), en esa medida la objeción de conciencia se convierte en una barrera para la atención, y es una característica que no se incluye en el perfil a contratar.

Participación de las víctimas

Acorde al mandato legal se requiere la participación de las víctimas en la construcción e implementación de la política de víctimas, por lo que se preparan una serie de encuentros en los que se presentan las estrategias de atención, y de allí surgen los

participantes. Para realizar este ejercicio es necesario tener en cuenta el contexto del departamento, debido a las características geográficas de Antioquia, y es por esto que MSPS y la UARIV tienen por objetivo llegar a la zona rural dispersa.

Uno de los desafíos frente a la participación es implementar un programa novedoso en espacios donde la institucionalidad es débil, y existe descreimiento por parte de la población, para reparar esta situación las entidades realizan actividades en las que se admite la falta o error en las prácticas institucionales hacia las víctimas. Este esquema de diálogos, aporta también a la metodología, por ejemplo para comprender las actividades de los sujetos y conseguir su asistencia comenta una funcionaria que "(...) nosotros nos movemos mucho por el tema de las cosechas", con esto se consigue planear el cronograma de trabajo en relación con ciertas temporadas" para que así las personas asistan a los encuentros y se posicione el programa.

La incorporación de las mesas de víctimas, como espacio de participación, pasa por tres escenarios: uno son las víctimas, otro es la mesa de víctimas, y el otro es las asociaciones de víctimas, estos no necesariamente comparten objetivos ni dinámicas, cada uno de tiene un objetivo o unas metas particulares, lo que dificulta la cohesión del trabajo en entre ellas y las instituciones estatales.

Relación y coordinación entre actores institucionales

Para la implementación de las estrategias del PAPSIVI, se deben conjugar las acciones de entidades territoriales (Departamentos/ Municipios), estatales y prestadoras de salud. Las del orden territorial deben ofrecer las condiciones de talento humano e infraestructura para llevar a cabo los encuentros y jornadas de atención, aparejado de la voluntad política para realizar las acciones; las entidades estatales se ocupan de presentar la oferta a las entidades territoriales y a las víctimas; las prestadoras de salud deben disponer de los servicios de salud adecuados.

En el año 2017 el equipo PAPSIVI realizó el ejercicio de citar a los enlaces municipales de víctimas para darles a conocer la medida de rehabilitación, presentarles la ruta de atención en salud, para así "a través del tablero PAT registrar las necesidades para que puedan solicitar qué programa llegue y demás, y como también a nosotros nos pueden hacer unas solicitudes puntuales" (Entrevista Equipo Psicosocial, UARIV, Medellín, 2017). En este encuentro participaron organizaciones de víctimas con el fin de presentar el trabajo que las entidades están realizando.

Concretamente en la atención, la responsabilidad recae en las EPS e IPS, y debido las fallas del SGSSS (falta de recursos, exceso de demanda, recarga laboral) la persona encargada del Aseguramiento es quien direcciona los procesos de prestación de servicios al comunicarse directamente con las entidades prestadoras de salud, con esto se busca solucionar los conflictos que puedan tener las víctimas con el SGSSS, y así cerrar la ruta de atención. Para realizar una adecuada atención se requiere el cumplimiento de determinados compromisos, entre ellos que la dirección local tenga un enlace que realice la gestión con VIVANTO, para que los profesionales puedan derivar de manera efectiva a las víctimas.

Debido a que UARIV y PAPSIVI tienen en su actuar el enfoque psicosocial se intenta que no se repliquen las acciones con el fin de optimizar los recursos económicos, pero aun así sucede que la oferta de la UARIV y el MSPS se encuentra en ciertos territorios, lo que le da la oportunidad a las víctimas de elegir entre qué tipo de oferta prefiere, teniendo en cuenta que la UARIV no realiza un proceso terapéutico, ni de psicología clínica.

Otra acción de la UARIV son los procesos de formación y fortalecimiento institucional en el enfoque psicosocial, a entidades estatales y entidades territoriales, esto se denomina transversalización o territorialización del enfoque psicosocial y la acción sin daño, para esto se les presenta la ruta de atención en salud, y comentan los funcionarios que "(...) encontramos, en el papel todo está muy bonito pero queda a veces en la interpretación (...)". (Entrevista Seccional de Salud, Medellín, 2017), con el fin que todas las acciones que estas entidades realicen incluyan el enfoque.

En el trabajo intersectorial y con las entidades territoriales es clave entender las derivaciones, que consisten en remitir a las víctimas a una parte de la ruta de atención (justicia, verdad, reparación). Esto se logra con un análisis de contexto para determinar la afectación, el impacto del conflicto armado en esa población, y se estudia el directorio institucional, junto con la caracterización de la población víctima más el lugar de ocurrencia de los hechos victimizantes. Las entidades territoriales apoyan el programa y reconocen que salud no se cumple únicamente con prestación de servicios en salud sino que debe incluir equidad de género, buen comienzo, ciclo vital, entonces lo que se requiere es que las derivaciones sean efectivas, es decir, que cada municipio sepa cuáles son sus funciones, sus compromisos y cómo se gestiona la oferta.

Sistemas de información

La estrategia de presentar el PAPSIVI ha permitido que se genere una amplia demanda del programa por parte de Alcaldías municipales, solicitudes que se rastrean desde el tablero PAT, priorizando desaparición forzada, violencia sexual y masacres, aunque para identificar a las víctimas sigue siendo necesario fortalecer los espacios interinstitucionales, sobretodo en la disposición de la información de caracterización de las víctimas puesto que reconocer las víctimas pasa por cruzar las bases del registro único.

Seguimiento y monitoreo

Desde el nivel nacional, el seguimiento se realiza en el aplicativo que se encuentra en SISPRO, al cual desde el territorio se le imprimen 5 estrategias complementarias: **(1)** seguimiento y monitoreo; **(2)** cuidado emocional; **(3)** participación efectiva de víctimas; **(4)** formación; **(5)** y gestión territorial. Complementario a esta labor se tiene en cuenta la calidad del dato, así como capacitaciones y formaciones constantes al equipo para que puedan recabar la información de manera adecuada. Esta estrategia está acompañada del cuidado emocional a los trabajadores psicosociales en campo, que consta de visitas al territorio por parte del líder del equipo de asesores psicosociales y una

comunicación constante con los integrantes del equipo.

El equipo de Antioquia ha incluido un sentido cualitativo en las fichas de seguimiento, en palabras del asesor psicosocial el dato cada vigencia se ha hecho "menos cuantitativo y más cualitativo" (Entrevista Seccional de Salud, Medellín, 2017), esto con el objetivo que se pueda dotar de más información el seguimiento el índice de rehabilitación psicosocial de cada persona, para así no decir únicamente si la persona fue atendida o no sino describir en qué ejes, qué temas, qué nivel.

Atención integral en salud: sobre el SGSSS en la implementación de la política.

Tanto víctimas como entidades territoriales y estatales describen barreras similares a las que se han documentado como barreras generales al SGSSS (acceso, remisión, medicamentos, inoportunidad en asignación de las citas), lo que intenta solucionar el equipo de Aseguramiento que a la fecha ha resuelto aproximadamente un 60% de los casos remitidos, y en algunas ocasiones el requerimiento se traslada a Supersalud para que agilice los casos. A estos casos se les realiza un seguimiento que se incorpora al informe mensual de actividades con una relación donde se especifica qué especialistas tienen mayor demanda, cuáles son las derivaciones, qué especialidades tienen menos oferta y las principales barreras de acceso, para así lograr documentar en qué estado se encuentra el SGSSS a nivel departamental.

Estas falencias alimentan la desconfianza que las víctimas tienen de la medida de rehabilitación en salud. Contexto que se perpetúa por la falta de un lenguaje común que permita la comprensión del sistema de salud, y por el desconocimiento del funcionamiento del sistema, que se expresa en no saber cómo se debe pedir una orden médica ni cómo renovarla.

Dificultades con la implementación

En el desarrollo de la implementación en Antioquia las dificultades se señalan en la debilidad del registro traducido en que hay víctimas que no están en el Registro Único de Víctimas; territorios con sobre oferta de servicios; municipios donde la oferta no existe; personas con afectaciones de hace más de 20 años; escasez de recursos; amplias diferencias socio culturales, panorama que dificulta la implementación de unas estrategias homogéneas de atención que cubran todo el Departamento.

Debido a las características geográficas de Antioquia, su amplia zona rural dispersa, todas las acciones de atención en salud reconocen las barreras de acceso, la disposición de los recursos y el tiempo en territorio, en palabras de la UARIV "miramos las posibilidades de acceso que tenemos, si me dicen que es una vereda que está a 5 horas de acá en tiempo, en los costos uno diría no (...) la realidad de los recursos, si yo voy a una comisión en la que me prueban ir y volver el mismo día pues yo no puedo ir a una vereda de 5 horas de viaje (...)" (Entrevista UARIV, Medellín, 2017). También entran en diálogo con el contexto del territorio en materia de seguridad, se tiene en cuenta que hay zonas donde aún hay presencia de actores armados, que configuran escenarios violentos que representan un peligro para la población y los funcionarios, en esos casos la decisión es no ir al territorio.

Uno de los temas más recurrentes y que genera revictimizaciones es el acceso a los servicios de salud puesto que debido a la dilación en los servicios la persona "se cae de la ruta de atención" y encuentra la misma barrera del inicio, y en ese aspecto el PAPSIVI no puede continuar de manera permanentemente acompañando el proceso debido a las vigencias y la naturaleza del SGSSS. Existe un riesgo para la salud el individuo en la devolución de los casos o en la no replica de los mismos, ejemplo es el caso que relata la persona encargada de aseguramiento. Debido a que el PAPSIVI finaliza actividades en diciembre los casos se remiten a la Secretaría Departamental de Salud, y el seguimiento de ese caso desde el PAPSIVI se pierde.

Dentro de las barreras de acceso, el analfabetismo se convierte en un obstáculo, puesto que "hay muchas personas víctimas en zona rural dispersa que no sabe leer ni escribir" (Entrevista Seccional de Salud, Medellín, 2017), lo que afecta la comprensión de los protocolos de atención, se suma a esto la pobreza extrema, la discapacidad, la falta de una red de apoyo, para lo cual ha sido necesario trabajar el tema de educación en salud tanto en víctimas como en prestadores.

Entre los retos que encuentra la Seccional Salud se encuentran: fortalecer la estrategia de atención primaria; el posicionamiento institucional; la expansión de la cobertura sin perder la calidad de la atención; la focalización de grupos poblacionales. Estos hacen parte del ejercicio continuo de implementación, que los ha llevado a identificar particularidades del Departamento que de ser comprendidas en su contexto y no desde el nivel nacional fortalecerían el esquema de atención y los objetivos del PAPSIVI.

6.4.3.4.3. Bogotá D.C. y Soacha (Cundinamarca)

Magnitud del problema de la atención en salud para las víctimas

Bogotá y Soacha son dos entidades territoriales con alta migración que han albergado a un número importante de población víctima del conflicto armado. En la Capital de la República habían más de 690 mil víctimas en el año 2016 registradas de acuerdo al RUV (90), siendo el segundo centro de recepción de víctimas después de Antioquia (91); por su parte, en Soacha supera las 50 mil, una cantidad importante teniendo en cuenta que la población estimada de habitantes en este municipio es de un poco más de 511 mil personas para 2015. Muchas de estas víctimas, principalmente desplazados, se concentraron en barrios sin servicios públicos, vivienda digna o espacios de recreación (92).

Estructura institucional de la política

En Bogotá, el PAPSIVI opera desde el año 2014 y está implementando las acciones definidas en los lineamientos nacionales establecidos por el MSPS. La Secretaría Distrital de Salud (SDS) posee diferentes dependencias que apoyan el programa estableciendo una fortaleza institucional para la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado que viven en la ciudad; El PAPSIVI en la actualidad opera dentro de la Sudirección de Determinantes Sociales de la Salud; el despliegue del programa se definió en cuatro localidades con mayor demanda de víctimas que son Suba, Chapinero, Bosa y Rafael Uribe Uribe; en cada una

de ellas existe un equipo de trabajo conformado por profesionales del área social y de salud. Uno de estos profesionales permanece en los Centros Locales de Atención a Víctimas (CLAV) mientras que los demás acuden a los sitios de residencia o escenarios comunitarios para la atención, considerando la seguridad para las víctimas y la gratuidad en términos de su desplazamiento. La siguiente figura muestra la operación del PAPSIVI en Bogotá D.C.

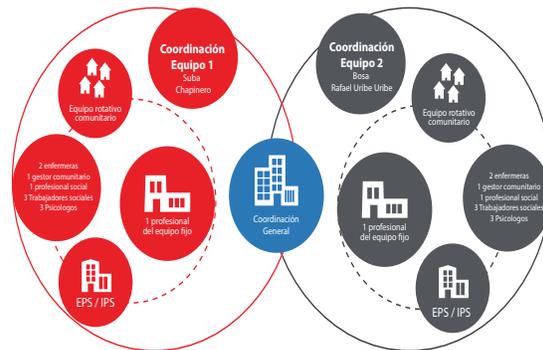


Figura 4. Despliegue del PAPSIVI en el Distrito Capital

Fuente: Elaborado por equipo de trabajo ONS. Adaptado de entrevista profesionales PAPSIVI-SDS. Agosto 24 2017

en Soacha, a diferencia de Bogotá D.C, la implementación del PAPSIVI se está llevando a cabo con el operador FUNOF, como parte de un convenio interadministrativo con el MSPS. En la entrevista con los funcionarios de la Secretaría Municipal de Salud (SMS) y FUNOF, la atención se ha organizado en cuatro ciclos anuales en donde cada uno tiene una meta de cobertura poblacional. Así, se ha establecido que la meta total para esta entidad territorial en 2017 es de 1000 personas en las modalidades individual, familiar y comunitaria. Hasta el momento del estudio, se habían atendido 355 personas en el primer ciclo.

Atención integral en salud: sobre el SGSSS en la implementación de la política

Los funcionarios de la SDS destaca la reciente divulgación de la versión definitiva del protocolo atención en salud integral en salud con enfoque psicosocial, la cual pretende establecer lineamientos específicos para la acción de los aseguradores, prestadores y entidades territoriales en el marco de la institucionalidad del SGSSS: "ese protocolo que estábamos esperando con ansias hace mucho tiempo, que también nos permite garantizar un poco la obligatoriedad de las EAPB como responsables, y como esos otros actores del sistema que están contemplados para que podamos hacer ese otro componente de la atención integral" (Entrevista, Funcionaria SMS, Soacha, 2017). Este protocolo, de acuerdo a la interpretación de la SDS, compromete a los actores del sistema de salud y especialmente a las EPS e IPS en la atención en salud para las víctimas pero aún no ha iniciado el proceso de implementación del mismo. Es decir, existe una expectativa importante con respecto a la responsabilidad que tienen estas instituciones en la atención integral en salud en la ciudad.

La SMS de Soacha también resaltó la importancia de contar con los resultados de la aplicación del protocolo de atención integral en salud para su socialización ante las EPS e IPS que funcionan en el municipio. Desde la Secretaría también existe expectativa frente a los aportes de este protocolo, considerando que sus funcionarios manifestaron la existencia de barreras que dificultan el acceso oportuno e integral a los servicios de salud por

parte de las víctimas. De cuatro EPS del régimen subsidiado que están ubicadas en este municipio, tres se encuentran con medidas cautelares y sólo una está habilitada, por lo tanto, para afiliar nuevos usuarios. Y, frente a este asegurador se manifestó: "en este momento por ejemplo la EPS CONVIDA tiene unas barreras marcadas con respecto a la oportunidad en las citas, a la programación de cirugías, a la entrega de medicamentos, y es la única que está afiliando en este momento para el municipio de Soacha. Entonces la población víctima sigue presentando múltiples barreras para el acceso a salud, a pesar de que está establecido en la ley" (Entrevista, Funcionaria SMS, 2017).

Para el caso de Soacha, se reconoce por parte de las autoridades públicas la existencia de esta problemática que ponen a prueba los objetivos y las intenciones de la política de aseguramiento en salud para las víctimas, y se relaciona con el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, manifestado en la afiliación restringida, el acceso oportuno a citas con especialistas y a medicamentos. Frente a esto último se comentó: "Hasta que no cumplen un número específico de personas no hacen la brigada, la entrega de medicamentos por ejemplo no se hace, los personas llevan dos, tres meses sin recibir el medicamentos sin conocer que la ley tiene establecido que si a la persona no le entregan los medicamentos la EPS tiene 48 horas para entregárselos en su domicilio" (Entrevista, Funcionaria SMS, 2017). La respuesta institucional ante esta situación ha sido, de acuerdo con la SMS, actuar para mejorar la información que las víctimas tienen sobre las normas y la exigibilidad de sus derechos como la tutela. Sin embargo, la respuesta de la EPS no ha sido satisfactoria.

Recursos Económicos

El Distrito Capital cuenta con recursos propios que garantizan la continuidad del programa año tras año. Estos recursos son integrados a una de las subredes de servicios y a partir de allí se realiza contratación de manera autónoma: En este sentido se afirmó: "Yo creo que Bogotá tiene ahí un privilegio y es que desde el 2014 tiene ese recurso destinado específicamente para la población víctima y que tal como lo dice la ley pues tiene que ser incremental y eso ha sido una ganancia en términos impresionantes

para la población, hoy por hoy nuestro presupuesto anual está por los alrededores de los 4 mil millones y evidentemente si uno lo compara con los presupuestos que tienen otros entes territoriales pues es un presupuesto bastante alto" (Entrevista, Funcionaria SDS, Soacha, 2017). Al contrario de Bogotá D.C., Soacha es una entidad territorial que no asigna recursos propios para el desarrollo del programa sino que su implementación se está financiando con el presupuesto nacional y ejecutado por FUNOF. Para este municipio hay preocupación si se acaba el convenio en el futuro y debe asumir presupuestalmente el funcionamiento del PAPSIVI ya que no cuentan recursos para su financiación, de acuerdo a lo que comentaron sus funcionarios.

Talento humano

Los profesionales vinculados en el desarrollo del PAPSIVI en Bogotá, de acuerdo con la SDS, han tenido procesos permanentes de capacitación y formación, anteriormente contratadas con entidades externas para tal fin y ahora según los lineamientos del MSPS. En la presente vigencia se han tenido dos sesiones de capacitación y seguimiento desde el Nivel Nacional, lo que permite fortalecer las competencias de los profesionales. Constantemente se realiza la asistencia técnica desde la coordinación central de la SDS, para garantizar unidad de criterios en la atención. Sin embargo, existe un tema salarial que está generando una importante rotación de personal: "genera que obviamente los profesionales estén en una permanente búsqueda de una garantía salarial con más condiciones particulares donde mejore su salario y... la forma de contratación" (Entrevista, Funcionaria SDS, 2017). Esta dificultad podría tener implicaciones en la atención con las víctimas en términos de la interrupción de los procesos basados en la confianza.

Con el fin de enriquecer el proceso de atención integral, desde PAPSIVI se establecen articulaciones no solo con las organizaciones sino con grupos de enfoques diferenciales por género y etnia, en los que se participan los funcionarios referentes de estos temas en la SDS, lo que permite la adaptación de la atención de acuerdo a las identidades étnicas, de género u orientación sexual: "de manera permanente estamos con la mesa autónoma

indígena, con la mesa autónoma afro tratando de buscar esos puntos de articulación que nos permita realizar el despliegue de la atención psicosocial con un enfoque diferencial... en estos momentos desde la Secretaría estamos en la conformación de una estrategia poblacional, en revisar un documento que nos permita realizar unas precisiones conceptuales en términos de cuando hablamos de lo proporcional a qué nos referimos, cuando hablamos del enfoque diferencial a qué nos referimos" (Entrevista, Funcionaria SDS, 2017).

Lo anterior destaca que desde el Distrito hay interés por contribuir a fortalecer las acciones con las poblaciones, dialogando con las mismas y precisando mejor los esquemas conceptuales sin excluir los lineamientos provistos por el MSPS, para lograr una mejor comprensión en el equipo del programa en temas fundamentales para la atención como el enfoque diferencial. Adicionalmente, la SDS identificó posibilidades de mejora en la implementación de la política, como parte de su autonomía como entidad territorial, cuando manifestó que: "se va a realizar la atención psicosocial con equipos multiculturales, y esos equipos multiculturales permitirán que se trace de una manera distinta lo diferencial y lo psicosocial, y ahí implica y pasa por vincular al equipo profesionales indígenas, profesionales afro, profesionales rom, que puedan transversalizar la mirada diferencial" (Entrevista, Funcionaria SDS, 2017)

La SDS reconoce que aún hay falencias por parte de los profesionales desde el punto de vista técnico y metodológico que requieren ser solucionados: "en términos de la experiencia de lo metodológico, todavía evidenciamos debilidades y todavía hay profesionales que pueden llevar mucho tiempo y dicen como: necesito fortalecerme más para poder acercarme a un proceso étnico, todavía siento que la fortaleza no la tengo y que todavía tengo debilidades en las metodologías, en las técnicas" (Funcionaria SDS). Los profesionales psicosociales realizan y sistematizan atención psicosocial y medición de avance durante el proceso de rehabilitación; éstos establecen el grado de avance que tienen los objetivos propuestos para su recuperación. Además, de acuerdo a la SDS, se promueve la participación activa de las víctimas para conocer posibles falencias en la atención y tam-

bién para permitir la opción de prolongar el proceso porque: "nunca es solo lo que el profesional piense, ni lo que el profesional perciba... le damos prelación a ese enfoque narrativo que nos permite recoger la voz de la persona" (Entrevista, Funcionaria SDS, 2017).

Para el caso de Soacha, la contratación del personal se hace a través de FUNOF siguiendo los criterios establecidos desde el MSPS. De este modo, para el componente de atención psicosocial a las víctimas, en este municipio hay cinco profesionales contratados para el año 2017, entre abril y noviembre, en el desarrollo de estas acciones. Frente al entendimiento de lo diferencial, las funcionarias de la SMS reconocen que: "todavía necesitamos trabajar más desde la misma formación de los profesionales en salud y en general de todos los profesionales para entender qué es eso de lo diferencial y poderlo transmitir en territorio". Las mismas víctimas, de acuerdo a su apreciación, preguntan "¿Dónde está lo diferencial de mi atención?". En todo caso, se afirma que los profesionales del PAPSIVI deben tener la capacidad de encontrar poblaciones diferenciales para establecer las acciones específicas para estos grupos.

Intersectorialidad

En la ciudad funciona desde el año 2012 el Sistema Distrital de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SDARIV) (93), conformado por entidades públicas distritales y nacionales responsables de la formulación o ejecución de planes, programas o proyectos para la atención, protección y asistencia a las víctimas, que orientan acciones intersectoriales y el apoyo de organizaciones no gubernamentales que fortalecen las competencias del recurso humano: "Articulación con otras entidades, lo hemos hablado un poco transversal... la cabeza del sector es el Ministerio... tenemos una estrecha relación y asistencia técnica permanente... y con el SDARIV... para acciones de planeación, seguimiento y monitoreo... nuestra cabeza es la alta consejería, nos articulamos con la conformación de cinco subcomités: política, asistencia y atención, memoria, reparación integral, sistemas de información, y protección... para el despliegue a todas las acciones de cada uno de los sectores" (Entrevista, Funcio-

caria SDS, 2017). Esta institucionalidad a nivel distrital facilita la articulación entre las entidades. Adicionalmente, se cuenta en la actualidad con el Plan de Acción Distrital 2016-2020, un instrumento importante de política que pretende integrar todas las acciones del estado en este nivel territorial para las víctimas (91).

En Soacha se cuenta con el Centro Regional de Víctimas donde se cuenta con diferentes servicios para las víctimas. Sin embargo, dentro de la institucionalidad municipal, se resaltó el escaso diálogo entre las entidades como las áreas responsables de los temas de mujer y género, étnicos y discapacidad, por ejemplo. Estas dependencias hacen parte de la Secretaría de Desarrollo Social y en la SMS no cuentan con profesionales que lideren estos campos. Se comentó, por ejemplo, que: "nosotros tenemos un programa que se llama la Secretaría de Desarrollo Social que está en cabeza de una afro en la parte de étnicos, ellos son los que manejan su población y ellos lo tienen muy bien demarcado en la parte de eso, eso lo manejan ya Desarrollo Social" (Entrevista, Funcionaria SMS, 2017). Es decir, los funcionarios de la Secretaría y de FUNOF no cuentan con información más precisa sobre las acciones que están desarrollando con las víctimas desde el punto de vista diferencial, argumentando que este tema es competencia de otras dependencias de la Alcaldía Municipal. Al parecer no hay intercambio de información entre las mismas.

Un aspecto fundamental en la coordinación intersectorial es la tarea de identificación de las víctimas, aspecto resaltado por las funcionarias de la SMS. Es una prioridad y ha sido una tarea compleja porque: "hay muchas personas que no se identifican con población víctima, si; entonces al momento de yo llevar el carnet de vacunas no voy diciendo "venga vacúneme al niño que yo soy población víctima", sí, y al momento de preguntar hay muchas personas que tampoco lo refieren" (Entrevista, Funcionaria SMS, 2017). Desde la administración actual, se ha procurado resolver este inconveniente mejorando el sistema de información local para poder cruzar los datos entre los diferentes programas con el fin de contar con registros adecuados para la identificación de las víctimas y que puedan ser dirigidas no solo al PAPSIVI sino a todas las acciones que ofrece el Estado para las mismas.

Estas acciones apuntan a lograr cumplir con las metas de coberturas establecidas. El PAPSIVI, de acuerdo a la SMS, define metas de cobertura poblacional pero no distingue sus características diferenciales dentro de las mismas. No obstante, se destaca que cada territorio tiene sus propias necesidades lo que posibilita establecer estrategias para organizar y trabajar con las comunidades, más allá de lo definido por los lineamientos generales.

Sin embargo, no hubo mayor profundidad por parte de las funcionarias de la Secretaría de Salud y FUNOF sobre aquellos aspectos que autónomamente y de forma particular se han diseñado o implementado desde esta entidad territorial para la atención a las víctimas. El siguiente cuadro sintetiza los principales hallazgos del proceso de implementación en cada uno de los estudios de caso presentados anteriormente, en este se presentan algunas particularidades que pueden ser comunes a las entidades territoriales, y otras que son específicas para alguno de ellos.

TEMA	ELEMENTOS FAVORABLES A LA IMPLEMENTACIÓN	ELEMENTOS QUE DIFICULTAN A LA IMPLEMENTACIÓN
Desarrollo del andamiaje institucional para la implementación de la política	<ul style="list-style-type: none"> Experiencia previa en el proceso de reparación a víctimas Entidades sensibilizadas sobre conflicto y víctimas. Autonomía de las entidades territoriales (de ejecución, presupuestal, administrativa, metodológica)* Estructura institucional robusta 	<ul style="list-style-type: none"> Puntos de atención a población rural dispersa*
Talento humano	<ul style="list-style-type: none"> Equipo territorial con amplia experiencia en trabajo con víctimas grupos diferenciales Participación activa del MSPS en la definición de los perfiles profesionales de los equipos territoriales. Gestoras comunitarias reconocidas en la comunidad y escogidas por el consejo comunitario*. Equipos interdisciplinarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Sobrecarga laboral Bajo incentivo salarial Seño del profesional (confesional, metodológico) Dificultad en la consecución de los perfiles definidos por el MSPS
Participación de las víctimas	<ul style="list-style-type: none"> Consejo comunitario fortalecido con participación en la mesa departamental de víctimas* Concertación directa del consejo comunitario con el MSPS Participación masiva de la comunidad, no solo del consejo comunitario Participación de las mesas de víctimas a nivel nacional, departamental y municipal 	<ul style="list-style-type: none"> Tensiones dentro de la mesa de víctimas*
Relación y coordinación entre actores e instituciones	<ul style="list-style-type: none"> Articulación informal Comunicación intrasectorial entre MSPS, operadores y DTS Remisiones a la ruta de atención y reparación integral 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de articulación con otras entidades Articulación ausente con EPS e IPS Falta de recursos propios Retos en la articulación entre Departamento y el nivel municipal

Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> El MSPS ha aceptado las recomendaciones que desde el equipo territorial se ha hecho a los formatos de sistematización Fortalecimiento de sistemas locales de información para la identificación de víctimas* Profesionales dedicados al tratamiento de los datos y la gestión de la información* 	<ul style="list-style-type: none"> Aún están en construcción los formatos de sistematización de actividades*
Seguimiento y monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> Inclusión de criterios cualitativos para el seguimiento y monitoreo de la estrategia de rehabilitación psicosocial 	
Atención integral en salud: sobre el SGSSS en la implementación de la política.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia de protocolos y guías para la atención integral La socialización constante de protocolos, estrategias y guías del MSPS con entidades territoriales 	<ul style="list-style-type: none"> Barreras propias del SGSSS (acceso, remisión, medicamentos, inoportunidad en asignación de las citas)

6.5. Conclusiones

La puesta en marcha del PAPSIVI ha requerido la apropiación paulatina por parte de las entidades territoriales de los esquemas de atención propuestos por la Ley 1448 de 2011, tarea que se ha realizado de manera heterogénea, articulando las capacidades territoriales con los lineamientos nacionales de la política pública de atención a víctimas del conflicto armado. La comprensión e incorporación de la política despliega una serie de retos en la mejora de las capacidades institucionales (infraestructura, talento humano, sistemas de información), y señala las debilidades de las entidades territoriales (voluntad política, articulación nación- territorio, intersectorialidad). Así, es necesario que las entidades territoriales fortalezcan sus capacidades, manteniendo esquemas de corresponsabilidad territorial y coordinación nación- territorio, para así garantizar la adopción de las medidas dirigidas a garantizar la restitución de los derechos vulnerados a víctimas del conflicto armado.

Para la implementación del PAPSIVI, en lo que refiere al talento humano, el Ministerio generó perfiles para su vinculación, sin embargo, en los estudios de caso se evidenció que algunas Entidades Territoriales flexibilizaron los perfiles requeridos, pues debido a las características regionales y multiculturales, en algunas regiones no se encuentra fácilmente talento humano formado académicamente en atención a víctimas pero que sí cuentan

con formación empírica lo que ha fortalecido sus competencias, haciéndolos sujetos idóneos para la implementación del PAPSIVI. Dada esta situación además de las opciones de capacitación que se generan desde el Ministerio, es importante que en los procesos de implementación se tengan en cuenta los recursos que la entidad territorial posee en este sentido y se amplíen los perfiles de los equipos de trabajo que cuentan con la idoneidad para atención a víctimas, ya que ello permitirá brindar atención oportuna y eficaz acorde con las necesidades de las víctimas.

Respecto a la articulación intersectorial entre las instituciones del SNARIV, los resultados han mostrado que hay matices en cuanto a la interacción que mantienen las entidades responsables de la atención a las víctimas. Esta articulación puede caracterizarse por el intercambio de información sobre las víctimas, por ejemplo MSPS y UARIV, o su remisión al PAPSIVI a nivel territorial. Adicionalmente, la UARIV también desarrolla un programa de atención psicosocial que no tiene un fin terapéutico y no se articula con el PAPSIVI. Estas acciones similares, si no existe una adecuada coordinación entre las instituciones, crea el riesgo de duplicidad de las mismas y sobreoferta institucional, que puede generar revictimización, pues puede haber víctimas que no reciben ningún servicio.

86. Hall S, Gay du P. Cuestiones de identidad cultural. Buenos Aires: Madrid: Amorrortu editores; 2003.

87. Stone D. International Diffusion of Policy Ideas". 2001;(69).

88. Mosberger K, Wolman H. Policy Transfer as a Form of Prospective Policy Evaluation: Challenges and Recommendations. *Public Adm Rev* [Internet]. 2003 Jul [cited 2017 Nov 11];3(4):428-40. available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1540-6210.00306>

89. Gutiérrez Lemus O. Conflictos sociales y violencia en Cesar; 2012.

90. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DC. Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020. Bogotá, Colombia; 2016.

91. Alcaldía Mayor de Bogotá. PMS 2017. Plan de Acción Distrital. Bogotá D.C.; Alcaldía Mayor de Bogotá; 2017.

92. Alcaldía Municipal de Soacha. Plan Municipal de Desarrollo Soacha 2016-2019 "Puntos Formando Ciudad". Soacha: Alcaldía Municipal de Soacha; 2016.

93. Alcaldía Mayor de Bogotá. Acuerdo Distrital 491 de 2012. Colombia; 2012.



7

Morbilidad y mortalidad en los municipios de las zonas veredales transitorias y puntos transitorios de normalización. Colombia, 2008-2015

Pablo Enrique Chaparro-Narvaez
Liliana Hilarion-Gaitán
Diana Patricia Díaz-Jiménez
Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

Con el proceso de finalización del conflicto y la construcción de la paz, se hizo necesario garantizar el cese definitivo al fuego, la contienda bilateral y el abandono de las armas; junto a este proceso, en la preparación para la reincorporación de las FARC-EP a la vida civil y a la legalidad, el Gobierno Nacional estableció las zonas veredales transitorias de normalización (ZVTN) y los puntos transitorios de normalización (PTN) (1), como áreas temporales y transitorias, definidas, delimitadas y concertadas en La Habana (Cuba), entre las partes. La identificación y ubicación de estas áreas se presenta en la Tabla 1 (2) y en la Figura 1.

Tabla 7.1. Zonas veredales transitorias de normalización y puntos transitorios de normalización. Colombia, 2017

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VEREDA
La Guajira	Fonseca	Pondores (PTN)
Cesar	La Paz	Los Encantos (ZVTN)
Norte de Santander	Tibu	Caño Indio (ZVTN)
Antioquia	Remedios	Carrizal (ZVTN)
	Ituango	Santa Lucía (ZVTN)
	Dabeiba	Llano Grande (ZVTN)
	Anorí	El Carmin (PTN)
	Vigía del Fuerte	Vidri (PTN)
Chocó	Riosucio	Brisas/La Florida (PTN)
Córdoba	Tierralta	Gallo (PTN)
Tolima	Planadas	El Jordán (ZVTN)
	Icononzo	La Fila (ZVTN)
Cauca	Buenos Aires	El Ceral, Robles (ZVTN)
	Caldono	Los Monos (ZVTN)
Nariño	Miranda	Monterredondo (PTN)
	Policarpa	Betania/La Paloma (ZVTN)
	San Andrés de Tumaco	La Variante (ZVTN)
Putumayo	Puerto Asís	La Pradera (ZVTN)
Cauquetá	La Montañita	El Carmen (ZVTN)
	San Vicente Caguán	Mira Valle (PTN)
Arauca	Araucaquita	Bocas del Ele (ZVTN)
	Mesetas	La Guajira (ZVTN)
Meta	Vista Hermosa	La Reforma (ZVTN)
	La Macarena	Yarí (ZVTN)
Guaviare	San José del Guaviare	Charras (ZVTN)

Fuente: <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/procesos-y-conversaciones/proceso-de-paz-con-las-farc-ep/Documents/INFORMACIONES-zonas-puntos-zvtn-FRANCES.PDF>

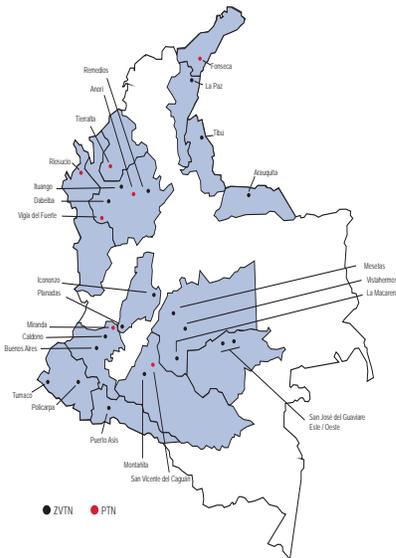


Figura 7.1. Zonas veredales transitorias de normalización y puntos transitorios de normalización. Colombia, 2017

Fuente: ONS, a partir de los datos del Alto Comisionado para la Paz

Las ZVTN y los PTN se localizan en los corredores históricos del conflicto armado, cada uno conformado por un conjunto de territorios diversos, de poblaciones, etnias y culturas distintas. Estos territorios se caracterizan por presentar actividades económicas similares relacionadas con la extracción minera y en algunas con economía ilegal (contrabando de mercancías), la agricultura (incluida la de cultivos ilícitos) y la ganadería, que generan impacto ambiental negativo y cobran vidas humanas (3). Estas áreas en su mayoría presentan un gran porcentaje de población asentada en el área rural, algunas con reservas campesinas, parques naturales y amplias zonas petroleras y mineras.

Los municipios donde se ubicaron las ZVTN y los PTN, albergarán una fuerte presencia de grupos armados al margen de la Ley, que han utilizado estas áreas geográficas para cometer acciones delictivas, tales como tráfico de armas, narcotráfico entre otras (2). Esta situación podría haber generado cambios en los patrones del perfil epidemiológico de cada población, por tal razón se hizo necesario conocer la morbilidad y mortalidad en estas áreas. El presente capítulo describió la morbilidad debida a eventos bajo vigilancia en salud pública y mortalidad reportada en los municipios donde se ubicaron las ZVTN y los PTN, en Colombia, entre 2008-2015.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de los eventos de notificación obligatoria (4) y las defunciones reportadas entre 2008 y 2015. Las fuentes de información fueron: para el análisis de morbilidad las bases de datos del sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila); la mortalidad los datos de muertes y las proyecciones de población se obtuvieron del DANE. La información seleccionada correspondió a los municipios donde se ubicaron las ZVTN y PTN. Los eventos de interés en salud pública bajo vigilancia se tomaron de acuerdo con las indicaciones del sistema de vigilancia en salud pública de Colombia. Las defunciones se agruparon de acuerdo con la clasificación sugerida por el estudio de Carga Global de Enfermedad (GBO, por sus siglas en inglés) (5).

Las variables que se tuvieron en cuenta para el análisis fueron: año de registro del evento; municipio donde se registró el hecho y código del evento. La morbilidad y la mortalidad se analizaron en términos de frecuencias absolutas, relativas y tasas crudas, dado que la cantidad de casos de los eventos de interés en salud pública y las muertes fueron bajos. Para las defunciones se calcularon, para todo el periodo, tasas crudas de mortalidad que se expresaron en muertes por 100.000 hab. Los resultados de las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad por municipios, se presentan en figuras y se comentan las cinco primeras. La información obtenida se procesó y analizó con el lenguaje de programa R, versión 3.2.2.

Resultados

Los municipios de las ZVTN y PTN están habitados por 1.007.259 personas, que corresponden a 2,1% de la población colombiana. En el periodo 2008-2015 fueron notificados al Sivigila 3.788.697 eventos de interés en salud pública, de los que 0,7% (25.188) fueron reportados en las ZVTN y PTN, para un promedio de 3.149 eventos por año. Los municipios con mayor notificación de casos al Sivigila fueron San Andrés de Tumaco, San José del Guaviare y Tierralta en Córdoba.

Para el caso de la mortalidad, para el mismo periodo de tiempo, se registró un total de 1.622.706 defunciones, de que el 1,7% (27.018) correspondieron a las muertes ocurridas en las ZVTN y PTN, para un promedio de 3.377 eventos por año. En las figuras 1 a 25 se presentan la frecuencia, el porcentaje y las tasas de notificación (para morbilidad) y la tasa de mortalidad por municipio.

Morbilidad

El dengue fue la primera causa de morbilidad de interés en salud pública en Arauquita (Arauca), Mesetas, La Macarena, Vista Hermosa (Meta), La Montañita (Cauquetá), San Vicente del Caguán (Cauquetá), La Paz (Cesar), Puerto Asís (Putumayo), San José del Guaviare (Guaviare), Tibú (Norte de Santander) y Tierralta (Córdoba). En Buenos Aires, Caldono, Miranda (Cauca), Fonseca (La Guajira), Icononzo, Planadas (Tolima) fueron las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia. En Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios (Antioquia), Tumaco (Nariño) fue la leishmaniasis cutánea. En Vigía del Fuerte (Antioquia), Riosucio (Chocó) fue el accidente ofídico y en Policarpa (Nariño) la varicela (panel a figuras 2 a 26). La hepatitis B y delta en Vigía del Fuerte (Antioquia) y San José del Guaviare (Guaviare), la leishmaniasis mucosa en La Macarena (Meta), el VIH en Tumaco (Nariño) y la leptospirosis en Riosucio (Chocó) y San José del Guaviare (Guaviare) fueron los eventos de morbilidad de interés en salud pública poco frecuentes.

Mortalidad

La primera causa de muerte en Dabeiba, Ituango, Vigía del Fuerte (Antioquia), Arauquita (Arauca), Buenos Aires, Caldono, Miranda (Cauca), Fonseca (La Guajira), Icononzo, Planadas (Tolima), Mesetas (Meta), La Montañita (Cauquetá), La Paz (Cesar), Riosucio (Chocó), San José del Guaviare (Guaviare), Tibú (Norte de Santander) y Tierralta (Córdoba) fueron las enfermedades cardiovasculares y circulatorias. En Anorí (Antioquia), La Macarena, Vista Hermosa (Meta), San Vicente del Caguán (Cauquetá), Policarpa, Tumaco (Nariño), Puerto Asís (Putumayo) fueron las lesiones autoinfligidas y las agresiones. En Remedios (Antioquia) fueron los trastornos neonatales (Panel b de figuras 2 a 26). Las deficiencias nutricionales en Vigía del Fuerte (Antioquia) y VIH/SIDA y tuberculosis en San José del Guaviare (Guaviare) fueron los eventos de mortalidad de baja frecuencia.

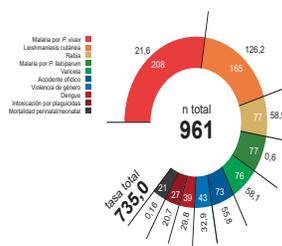


Figura 7.2a. Principales eventos de notificación en Anorí (Antioquia), 2008-2015

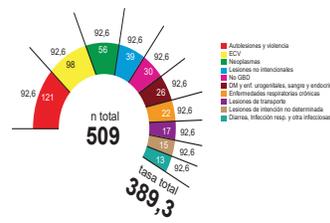


Figura 7.2b. Principales causas de muerte en Anorí (Antioquia), 2008-2015



Figura 7.15a. Principales eventos de notificación en La Macarena (Meta), 2008-2015



Figura 7.15b. Principales causas de muerte en La Macarena (Meta), 2008-2015

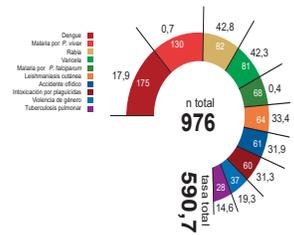


Figura 7.16a. Principales eventos de notificación en Vista Hermosa (Meta), 2008-2015

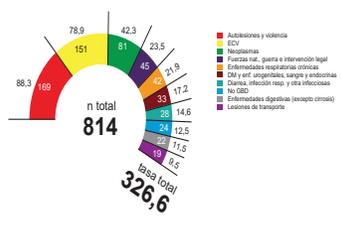


Figura 7.16b. Principales causas de muerte en Vista Hermosa (Meta), 2008-2015



Figura 7.17a. Principales eventos de notificación en La Montañita (Cauquetá), 2008-2015



Figura 7.17b. Principales causas de muerte en La Montañita (Cauquetá), 2008-2015

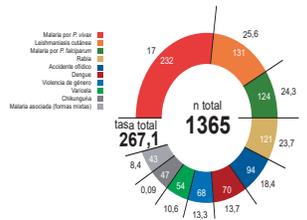


Figura 7.18a. Principales eventos de notificación en San Vicente del Caguán (Cauquetá), 2008-2015

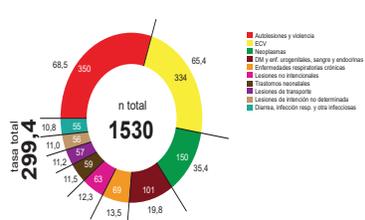


Figura 7.18b. Principales causas de muerte en San Vicente del Caguán (Cauquetá), 2008-2015

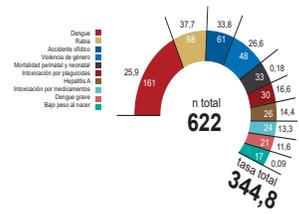


Figura 7.19a. Principales eventos de notificación en La Paz (Cesar), 2008-2015

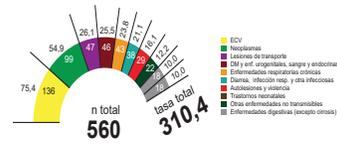


Figura 7.19b. Principales causas de muerte en La Paz (Cesar), 2008-2015

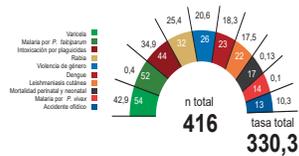


Figura 7.20a. Principales eventos de notificación en Policarpa (Nariño), 2008-2015

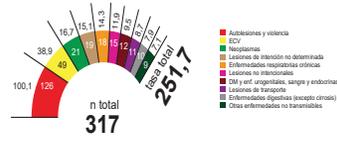


Figura 7.20b. Principales causas de muerte en Policarpa (Nariño), 2008-2015

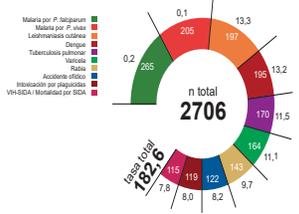


Figura 7.21a. Principales eventos de notificación en San Andrés de Tumaco (Nariño), 2008-2015



Figura 7.21b. Principales causas de muerte en San Andrés de Tumaco (Nariño), 2008-2015

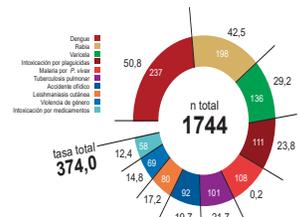


Figura 7.22a. Principales eventos de notificación en Puerto Asís (Putumayo), 2008-2015

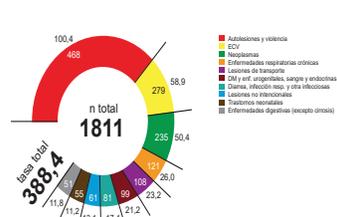


Figura 7.22b. Principales causas de muerte en Puerto Asís (Putumayo), 2008-2015

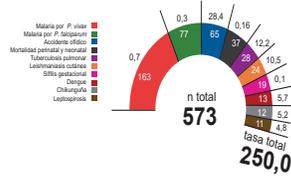


Figura 7.23a. Principales eventos de notificación en Riosucio (Chocó), 2008-2015



Figura 7.23b. Principales causas de muerte en Riosucio (Chocó), 2008-2015

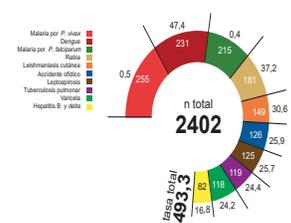


Figura 7.24a. Principales eventos de notificación en San José del Guaviare (Guaviare), 2008-2015

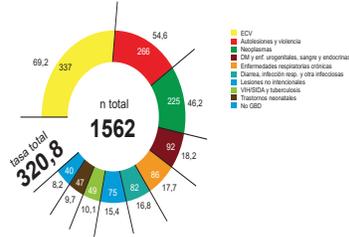


Figura 7.24b. Principales causas de muerte en San José del Guaviare (Guaviare), 2008-2015

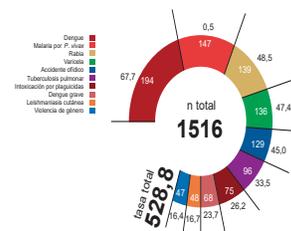


Figura 7.25a. Principales eventos de notificación en Tibú (Norte de Santander), 2008-2015

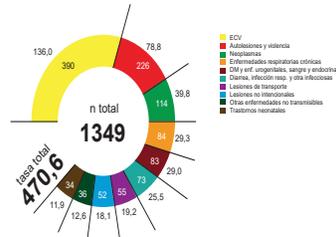


Figura 7.25b. Principales causas de muerte en Tibú (Norte de Santander), 2008-2015

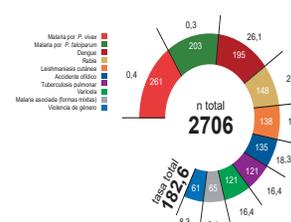


Figura 7.26a. Principales eventos de notificación en Tierralta (Córdoba), 2008-2015

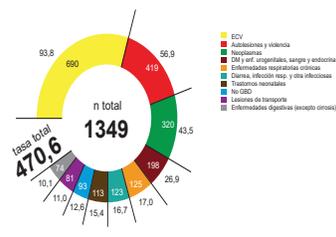


Figura 7.26b. Principales causas de muerte en Tierralta (Córdoba), 2008-2015

Conclusiones

En los municipios donde se ubicaron las zonas veredales transitorias de normalización y los puntos transitorios de normalización, los principales eventos bajo vigilancia en salud pública reportados en el periodo 2008-2015, fueron malaria por *P. vivax*, dengue, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, malaria por *P. falciparum* y leishmaniasis cutánea, mientras que las principales causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, las lesiones autoinfligidas y las agresiones y las neoplasias.

Los eventos de morbilidad y mortalidad presentados en este capítulo, constituyen la línea de base del perfil epidemiológico de cada uno de los municipios donde se ubicaron las zonas veredales transitorias de normalización y los puntos transitorios de normalización. Con su monitoreo y evaluación en el corto y mediano plazo podrá evidenciar cambios en el comportamiento de las enfermedades agudas y eventos de causa externa.

Esta información podrá ser uno de los insumos para la construcción del Plan Nacional de Salud Rural, propuesto dentro del Acuerdo Final de Paz al sector salud, proporcionando elementos útiles a la hora de definir las prioridades de intervención de la salud pública en esos municipios, sin olvidar la importancia del análisis del contexto y de los determinantes sociales de la salud responsables de estos perfiles epidemiológicos diferenciales.

Referencias

1. Alto comisionado para la paz. Funcionamiento de las Zonas Veredales Transitorias de Normalización (ZVTN) y los Puntos Transitorios de Normalización (PTN) ABC sobre el proceso de dejación de armas, el tránsito a la legalidad y la preparación de la reincorporación de las FARC EP a 2016-5.
2. Fundación Ideas para la paz. Entornos y riesgos de las Zonas Veredales y los Puntos Transitorios de Normalización. 2017:1-22. Available from: <http://cdn.ideaspaz.org/media/webste/document/588509ecdb0e.pdf>
3. Misión De Observación Electoral- Fundación Ciudad Abierta. Aprendizaje desde los territorios. Colombia 2017
4. Siviglia. Instituto Nacional de Salud [Internet]. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/siviglia/Pagina/siviglia.aspx>
5. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: Design, definitions, and metrics. Vol. 380, The Lancet. 2012. p. 2063-6



Discusión

Este estudio tuvo como propósito central realizar un análisis de los posibles efectos del conflicto armado en la salud de los colombianos. De tal manera, se suma a los esfuerzos que distintos investigadores del campo de la salud pública y otras disciplinas han llevado a cabo para aproximarse a la comprensión de esta relación. No obstante, a diferencia de otros análisis, este aborda una variedad de desenlaces en salud, desde un enfoque que trató de entender la dinámica territorial del conflicto armado, a través de la construcción de un índice de intensidad del conflicto (IIC), como un eje central en la configuración de estos posibles impactos y, a partir de un esquema conceptual, intentó poner de manifiesto el complejo entramado de procesos sociales que favorecen que el conflicto armado se constituya en un determinante fundamental de la salud y de las desigualdades en salud en Colombia.

Para los propósitos de este informe, se ha entendido el conflicto armado interno en Colombia como un fenómeno en el que el Estado se ha encontrado en una confrontación violenta, irregular y prolongada con grupos armados que luchan por el control político, social y económico del territorio, afectando en su dinámica a la población civil no combatiente, dando lugar a impactos profundos en sus condiciones de salud y exigiendo del Estado respuestas políticas acordes a estos impactos.

Entre los principales hallazgos de este estudio se encuentran, la evidencia de profundas desigualdades según quintiles de IIC en importantes desenlaces en salud, como: lesiones de causa externa (homicidios y suicidios); desenlaces asociados con la salud infantil (mortalidad infantil, mortalidad por enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y desnutrición en menores de 5 años); enfermedades transmitidas por vectores (leishmaniasis y malaria); eventos relacionados con la salud reproductiva (fecundidad y mortalidad materna); enfermedades crónicas como hipertensión y cáncer de cuello uterino; e indicadores relacionados con la prestación de los servicios de salud como las coberturas de vacunación en menores de un año. Con respecto a las afectaciones según el sexo, se evidenció que, en general, los hombres tienen peores resultados que las mujeres.

Adicionalmente, los resultados aportan importantes elementos para la comprensión de los efectos sobre la salud mental de las víctimas, así como de las transformaciones en las recientes decisiones sobre su atención integral en salud.

Aunque en este análisis no se profundizó en los posibles mecanismos que podrían explicar con mayor detalle los resultados, los elementos conceptuales y la variada documentación existente sobre los impactos de la guerra en la salud, permiten propiciar una discusión en relación con las distintas vías por medio de las cuales la dinámica del conflicto en Colombia se constituye en un determinante fundamental de las desigualdades territoriales en salud. En general, el conflicto armado pudo haber exacerbado las precarias condiciones de vida en las zonas donde éste se ha instalado con mayor intensidad, o pudo actuar como el generador principal de estas y, por tanto, de desenlaces adversos en salud. En este sentido las hipótesis explicativas que se presentan en esta discusión vinculan a las desigualdades según el IIC con aspectos de orden estructural, relacionados con el contexto político y económico de las regiones o el propio Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como, con aspectos asociados al impacto del conflicto en procesos relativos a la seguridad alimentaria, el ambiente, procesos sociales y culturales, la prestación de los servicios de salud, entre otros.

En contraste con la evidencia de desigualdades en varios desenlaces en salud según el IIC, se encontró que para algunos eventos analizados los resultados fueron contrarios a lo esperado, con mayor afectación de las áreas de menor conflicto. En eventos como bajo peso al nacer, parto pretérmino, mortalidad por VIH/SIDA en hombres, mortalidad por eventos cerebrovasculares, notificación de tosferina y morbilidad materna extrema, la ocurrencia fue mayor en los quintiles de menor IIC, lo que puede estar asociado a algunos de los elementos anteriormente planteados o a otros vinculados con el registro de los eventos, por ejemplo, o con las limitaciones propias del análisis ecológico realizado.

Las desigualdades en salud por conflicto armado

Las lesiones de causa externa analizadas en este documento, homicidios y suicidios, en algunas agrupaciones de municipios mostraron desigualdad mediada por el conflicto armado. Los homicidios en estas áreas, posiblemente sean el resultado de la presencia de grupos organizados que disputaron la tenencia de la tierra para dedicarla a actividades extractivas y destinarla a cultivos ilícitos (1), a lo que se sumó la desatención en salud de la población en general. Para el suicidio es posible que múltiples hechos hayan jugado un papel importante en su incremento. Entre ellos el empeoramiento de la situación socioeconómica (2) asociado a una mayor intensidad del conflicto y mayor violencia; la obstaculización del acceso a los servicios de salud, entre ellos el de salud mental (3); haber sido testigo o víctima de las diferentes modalidades de violencia propias del conflicto; haber sufrido discapacidad física, rasgos de la personalidad; y la participación en la producción de violencia como combatiente o víctima (4).

La relación entre el conflicto armado y las muertes en menores de cinco años por enfermedades trazadoras como desnutrición, infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, fue evidente en los análisis realizados. Las tasas de mortalidad infantil mostraron un claro gradiente de desigualdad por el IIC, que podría explicarse por las malas condiciones de saneamiento básico, desplazamiento, hacinamiento, inseguridad alimentaria y falta de acceso a los servicios de salud que se presentan en los territorios con alto IIC, lo que hace a los niños de estos territorios especialmente vulnerables a la transmisión de enfermedades infecciosas (5).

Los resultados obtenidos en estos análisis fueron similares a los encontrados en otros estudios, donde las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias y diarreicas fueron entre dos y cuatro veces mayores en zonas de conflicto que fuera de ellas (6). Diferentes estudios han demostrado que los conflictos armados exacerbaban la pobreza y el hambre, condiciones que aumentan la probabilidad de enfermar y morir a causa de enfermedades infecciosas y desnutrición (7-9).

No obstante, son poco conocidos los mecanismos en que el conflicto armado afecta la eficiencia del sistema de salud y la manera en que este último se adapta a la inestabilidad e inseguridad política y económica (10).

Las enfermedades transmitidas por vectores, malaria y leishmaniasis, en algunas agrupaciones de municipios, mostraron desigualdad. En estas zonas, es posible que por efecto del aumento de la acción militar de grupos estatales o al margen de la ley, se debilitaron las actividades del programa de control y prevención de las enfermedades transmitidas por vectores (11), se desorganizaron los servicios de salud y se redujo el personal sanitario (12), víctima de amenazas, detenciones y asesinatos (13). Esto ocasionó que no se reconocieran oportunamente las manifestaciones de estas enfermedades, ni se realizara el diagnóstico temprano. La insuficiencia de los servicios de salud limitó el acceso al tratamiento (14), por ejemplo, para leishmaniasis los medicamentos se convirtieron en botín de guerra (15). Además, el hacinamiento, la falta de saneamiento ambiental, la decadencia socioeconómica, el desplazamiento de la población desde o hacia zonas endémicas (16) y, en algunas áreas, el auge de la minería, pudieron favorecer la diseminación y el incremento de estas enfermedades (15,17).

Estas enfermedades, además de las desigualdades en su morbimortalidad, han implicado costos relacionados con la pérdida de productividad en Colombia, especialmente en las zonas más expuestas al conflicto. Estos costos se suman a aquellos que se han estimado en otros estudios, que sólo han considerado el gasto en la guerra, principalmente en defensa y seguridad, y que no habían abordado las consecuencias directas o indirectas en la salud. Nuestra estimación es uno de los primeros intentos en valorar la mortalidad prematura y la pérdida de años de vida productiva por las enfermedades de transmisión vectorial asociadas al conflicto armado y los resultados resaltan la necesidad de priorizar la prevención y tratamiento de estas patologías, considerando el impacto negativo que tienen en el crecimiento económico.

Su valoración requiere considerar estimaciones de la carga de enfermedad por Chagas, malaria, leishmaniasis y fiebre amarilla (18-21) para calcular los costos de pérdida de productividad de manera más detallada.

Los resultados de la fecundidad y mortalidad materna aportaron evidencia para considerar al conflicto como un determinante de la salud materno perinatal, adicional a los factores socioeconómicos o educativos. Los resultados adversos maternos podrían explicarse por el aumento de la fertilidad y por la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en áreas con alto IIC (22). En el primer caso, por ejemplo, el presente análisis evidenció que en adolescentes las tasas de fecundidad fueron más altas en zonas de mayor conflicto, lo que también se ha documentado en la literatura internacional (23) y puede ser explicado porque la violencia sexual se constituye en un arma de guerra que afecta más a las mujeres jóvenes (24,25), además el conflicto armado afecta la educación de las mujeres y las expone a uniones tempranas (27). Por otra parte, la falta de disponibilidad y la deficiente calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, además del precario cuidado materno en zonas de conflicto, desencadenan el aumento de la morbilidad materna extrema y mortalidad materna (26).

Enfermedades crónicas como el cáncer de cuello uterino y la hipertensión arterial también mostraron desigualdades por el IIC. La exposición a violencia y un mayor riesgo de sufrir una enfermedad crónica podrían estar asociados a menor acceso a servicios de salud (27-29), bajas posibilidades de vivir en entornos saludables y adquirir mejores hábitos (4), así como, un mayor consumo de alcohol y tabaco, como mecanismo para enfrentar situaciones de violencia a causa del conflicto armado (30). En el caso de la hipertensión arterial, se ha descrito un mayor riesgo de la enfermedad en población civil que presentó algún tipo de violencia (31-33), así como en militares (34). Aunque se desconoce el mecanismo exacto, el estrés ha sido considerado como uno de sus principales detonantes (35,36).

En cuanto al cáncer de cuello uterino; la violencia sexual como arma de guerra y, en consecuencia, el mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (4), el pobre acceso a métodos de anticoncepción y a programas de detección temprana, podrían incrementar el riesgo.

El análisis de vacunación mostró un marcado gradiente de las coberturas para DPT, BCG y triple viral de acuerdo al IIC, con desigualdades que persisten en el tiempo. El conflicto armado en Colombia ha afectado directamente la prestación de servicios básicos de salud como la vacunación (37). Los estudios y perfiles epidemiológicos en Colombia han descrito bajas coberturas de vacunación en población desplazada (38-41), sin embargo, estudios analíticos que consideran otras variables no han encontrado tal asociación, probablemente porque hay otras condiciones relacionadas con la no vacunación, entre esas la intervención de los servicios de salud en la población desplazada (42,43). Además, los métodos para evaluar las coberturas en esta población son diferentes a los usados en sus sitios de origen. Estudios sobre intervenciones como la introducción de la vacuna pentavalente o campañas de vacunación a nivel nacional han mostrado mejoría en las coberturas, incluso en municipios con presencia de conflicto armado (44,45). Esto tiene relevancia, pues indica que es posible aumentar el acceso a servicios de vacunación a pesar del conflicto y que en un escenario de posconflicto las coberturas podrían mejorar aún más.

Las desigualdades de los desenlaces en salud, en relación a la intensidad del conflicto en Colombia fueron diferenciales entre hombres y mujeres, sin embargo, para todos los casos no coincidieron con los quintiles del IIC. Cuando estas diferencias fueron más evidentes, generalmente afectaron en mayor medida a los hombres, como sucedió con la ocurrencia de leishmaniasis cutánea y mucosa, y malaria por *P. falciparum* o *P. vivax*. Esto mismo ocurrió en tuberculosis, tanto para morbilidad y mortalidad, homicidios, suicidios, mortalidad por cardiopatía isquémica, infantil, VIH/SIDA y fiebre amarilla.

No obstante, las mujeres reportaron las mayores tasas de mortalidad por diabetes mellitus; además, en los eventos que las afectan exclusivamente, como mortalidad por cáncer de cuello uterino, mortalidad materna o fecundidad adolescente, se evidenció una clara relación con el conflicto.

Los efectos en salud mental

El análisis de las afectaciones a la salud mental de las víctimas del conflicto armado realizado en este estudio pone en evidencia la necesidad de entender dichas afectaciones en el marco de un diálogo entre el contexto, los hechos propios del conflicto y las particularidades de los sujetos individuales y colectivos. Es así como la exposición al conflicto armado se encontró asociada a estar expuesto a otro tipo de violencias, desastres naturales o haber sido discriminado. La exacerbación de la violencia intrafamiliar particularmente contra mujeres y niñas; así como la relación entre sentirse discriminado en situaciones de conflicto armado y sus efectos sobre la salud mental y física, han sido abordados por otros estudios (46-48).

A su vez, los testimonios de las víctimas dejaron ver cómo los daños emocionales y morales de la guerra son latentes, incluso luego del hecho victimizante. Esta es una de las consecuencias de las dificultades propias de los procesos de reasentamiento y desplazamiento, junto con la impunidad, el silenciamiento, el olvido y la ausencia de garantías estatales (49). La continuidad de las afectaciones a la salud mental de las víctimas derivadas de los contextos posteriores, ha sido estudiada en otros países (50), con importantes implicaciones frente a las acciones de reparación social, histórica y política, que legitimen y reconozcan el daño, el sufrimiento y las heridas que deja la guerra en sus víctimas.

Posibles explicaciones de resultados no esperados

Varios de los desenlaces seleccionados para este análisis presentaron resultados paradójicos en los que las zonas con mayor intensidad del conflicto mostraron menores tasas. Problemas y debilidades propias de los registros y sistemas de notificación podrían ser, en parte, responsables de estos resultados. Este fenómeno afectaría principalmente a eventos de baja frecuencia y cuya inclusión en el sistema de vigilancia epidemiológica es relativamente reciente, como el caso de la morbilidad materna extrema y hepatitis C (51,52). Para tosferina, en todos los años, la mayoría de casos fueron notificados en Bogotá y Antioquia, mientras que departamentos como Vaupés pasaron de tener las tasas más altas del país en 2015 a cero casos en el año siguiente. Esto indicaría problemas de subregistro, como los que se han sugerido en otros estudios (53,54). El impacto que la notificación puede tener en los resultados también se observa en los datos de hepatitis B. Las diferencias por sexo para este indicador, presentan en los hombres un patrón inverso de incidencia en relación al IIC, posiblemente debido a que en las mujeres en embarazo se busca activamente la infección durante el control prenatal, por lo cual se notificarían más casos.

Estos patrones de gradiente inverso también se presentaron para los eventos bajo peso al nacer y parto pretérmino. Si bien son pocos los estudios que han estimado el efecto de la exposición intrauterina al conflicto armado, estos apuntan a que el conflicto aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y parto pretérmino (55-57); no obstante, los resultados del presente análisis fueron paradójicos y es probable que otras variables no incluidas permitirían ajustar la relación encontrada. Además se debe evaluar si otros fenómenos se están presentando en las zonas de alto IIC, que se relacionen con los resultados obtenidos, por ejemplo, la mortalidad fetal o neonatal puede ser mayor en zonas de conflicto, ocasionando un menor número de recién nacidos con bajo peso o prematuros (58,59). Estos resultados deben contextualizarse a la luz de otros hallazgos donde es clara la desigualdad mediada por el conflicto armado, con peores indicadores en los municipios con mayor IIC, como se observó para mortalidad infantil.

Sobre la distribución geográfica del conflicto

La distribución geográfica de los hechos asociados al conflicto armado tiene un carácter desigual en Colombia (60). Las agrupaciones territoriales que se observan ponen en manifiesto que más allá de las definiciones político-administrativas existen factores que influyen en estos patrones (61). Algunos de estos incluyen: la complejidad geográfica del país, las desigualdades sociales, la ausencia del Estado, el narcotráfico, los actores armados, el contexto político, el desarrollo económico, la urbanización y las características culturales de sus habitantes (62-65). De esta forma, se observan áreas que se agrupan de acuerdo a las estrategias territoriales de los actores, y otros factores descritos previamente (66) como: **1**) corredor fronterizo con Venezuela (Cumaribo, Tame, Catatumbo y Sierra Nevada de Santa Marta); **2**) corredor ubicado en el bajo Putumayo, Caquetá y Meta, hasta la frontera con Venezuela; **3**) corredor Catatumbo-Urabá, Magdalena medio, bajo Cauca Antioqueño, Paramillo y región de Urabá en la frontera con Panamá; y **4**) corredor de la cordillera central, en los departamentos de Cauca, Huila, Tolima, Caldas y oriente antioqueño (61).

Las acciones del Estado para atender a las víctimas

La Corte Constitucional, en sentencias clave como la T-025 de 2004 (67) y T-045 de 2010 (68), puso de manifiesto las dificultades que ha tenido el SGSSS para garantizar una atención adecuada para las víctimas en términos de su recuperación física, mental y emocional. La Ley 1448 de 2011, que dicta medidas de atención, asistencia y reparación a las víctimas, redefine el enfoque de atención en salud para las mismas, pretendiendo subsanar esas dificultades en el marco de la institucionalidad y la organización del SGSSS, junto con el apoyo de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual se encuentra también actualmente en implementación en Colombia y se espera que contribuya al goce efectivo del derecho a la salud (69).

Los resultados de este informe indican que la política aún se encuentra en implementación a nivel territorial; por lo tanto, queda pendiente responder al interrogante sobre las capacidades del sistema de salud para solucionar efectivamente las problemáticas que han sido identificadas por organizaciones civiles (70) y por la Corte Constitucional. La incorporación de los enfoques psicosocial y diferencial en la atención en salud a las víctimas se constituye en un ejercicio innovador para las autoridades públicas territoriales del sector salud y para los actores del SGSSS. El enfoque psicosocial, que ha comenzado a ser asumido por el Estado, implica la configuración de una atención más adecuada para las víctimas en términos de su reparación, yendo más allá de la mirada clínica que ha predominado en la atención a la salud mental y en el sistema de salud (71). Con relación a la perspectiva diferencial, los tomadores de decisión e implementadores de la política a nivel local, tienen el desafío de comprender sus poblaciones y las características necesarias que deben tener los servicios de salud.

El análisis de la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas (PAPSIVI) que se realizó en este informe, permitió evidenciar dos situaciones problemáticas. Por un lado, la falta de articulación entre la dimensión de atención psicosocial, definida en las guías del Ministerio de Salud; y la dimensión de atención integral en salud, enmarcada en el SGSSS, ha llevado a que las víctimas, en muchos casos, no puedan acceder a una atención integral, situación que se ha catalogado como central en los procesos de rehabilitación (72-74). Por otro lado, se evidenciaron otras situaciones que dificultan el desarrollo del PAPSIVI, asociadas al naciente proceso de implementación, tales como: la movilidad del recurso humano que participa en la atención territorial debido, en gran medida, a situaciones de vinculación laboral; la heterogeneidad de los contextos locales que dificulta la adaptación puntual de las guías del Ministerio de Salud; los problemas en el registro de las víctimas; y las dificultades para la implementación del enfoque diferencial.

Frente al accionar del Estado, desde lo local-comunitario se han dado ejercicios para enfrentar las afectaciones que ha dejado el conflicto armado. En este estudio las víctimas refieren que las acciones del Estado en materia de atención, son en algunos casos inadecuadas y revictimizantes, situación contraria a lo propuesto por la Ley 1448 respecto a las medidas de rehabilitación. Como respuesta a esta situación, desde las comunidades se han gestado procesos organizativos encaminados a enfrentar las afectaciones de diversa índole que ha dejado el conflicto y que no han sido atendidas por el Estado de forma adecuada (75). De manera similar, otros estudios han descrito la existencia de iniciativas locales-comunitarias como espacios que han encontrado las víctimas para hacer frente a sus afectaciones y al mismo tiempo para hacer exigencias al Estado de forma colectiva por el respeto a sus derechos (60,76).

Limitaciones del análisis

El IIC obtenido tiene algunas limitaciones. No da cuenta de otras variables propias de la dinámica del conflicto sobre la población, como aspectos económicos, políticos, institucionales, culturales, o acciones violentas no incluidas en la construcción del mismo, por ejemplo, amenazas o extorsiones (77-79), por falta de disponibilidad. Por razones metodológicas, en la construcción del IIC se estimó un único valor para el periodo 1985-2015, lo que no permitió evaluar el cambio temporal de la dinámica del conflicto. Pese a lo anterior, el IIC permitió, desde una aproximación municipal, realizar el análisis de las desigualdades frente al conflicto armado de diferentes eventos en salud en Colombia.

Implicaciones para la intervención e investigación

Es necesario fomentar y fortalecer los espacios de participación dirigidos a poblaciones étnicas con el fin de lograr el reconocimiento efectivo y la inclusión real de los modelos propios de atención, recuperación y rehabilitación dentro de las acciones de política pública encaminadas a las víctimas del conflicto armado, de modo tal, que se logre recuperar la armonía a nivel individual, colectivo y territorial.

Es fundamental que la política pública contemple estrategias de caracterización territorial, integrando metodologías cualitativas y cuantitativas para comprender las realidades particulares de los territorios (80), de tal forma que las acciones de política pública sean flexibles a los retos y abordajes en el restablecimiento de los derechos a víctimas del conflicto armado (81).

Dada la importancia del enfoque de género en la comprensión de las afectaciones a las víctimas del conflicto armado, es recomendable procurar una atención diferencial que contemple las particularidades del contexto social, la historia de vida, en hombres y mujeres (82), para lo cual es necesario establecer estrategias educativas que transformen las normas y valores que generan sesgos de género en el personal sanitario, con el fin de superar los esquemas discriminatorios que surgen de los estereotipos sociales de género (83).

Aunque la discusión vigente del postconflicto en el país se centre en los temas como la justicia y la reparación a las víctimas, la sustitución de cultivos ilícitos o la participación política de los desmovilizados, es recomendable que a mediano plazo se propicie el debate sobre las implicaciones que el conflicto armado ha tenido en materia de política social, más allá del ejercicio que se ha realizado con este informe en el área de salud, y que requiere del análisis de dichos efectos para proponer reformas estructurales en pro del bienestar de los colombianos.

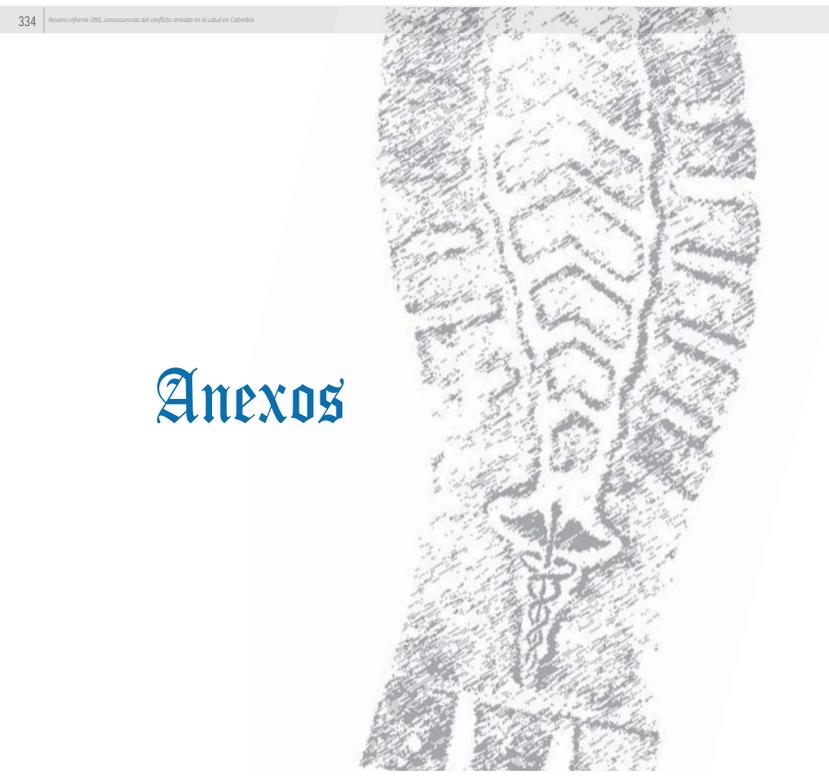
Se requiere de estudios adicionales para profundizar en la comprensión de las desigualdades en salud mediadas por el conflicto armado en Colombia, y poder plantear intervenciones que beneficien a la población. Por ejemplo, a pesar de que IIC no desagrega de forma directa lo urbano de lo rural es importante evaluar la afectación desigual tanto en los impactos del conflicto, como en los resultados en salud en las áreas rurales, principalmente en aquellas dispersas. Por otro lado, los efectos del conflicto sobre la salud materno infantil merecen mayor análisis por cuanto afectan dos indicadores de desarrollo, siendo necesario entender la asociación y sus mecanismos de ocurrencia, así como para los demás eventos.

También se requiere analizar variables que permitan controlar posibles fenómenos de confusión e interacción, ajustando las asociaciones y correlaciones descritas. Finalmente, se recomienda hacer un seguimiento al perfil epidemiológico de las zonas veredales, luego del retiro de los tropas que estaban agrupadas temporalmente, evaluando el impacto positivo o negativo de dicho proceso.

Referencias

1. Reyes A, Guerrero y Campesino: El Despojo De la Tierra en Colombia. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2009.
2. Yur'eva A, Vainik P, Yur'eva L, Vainik A. Alert for suicide prevention in Greece: remember lessons from Eastern Europe! *Int J Soc Psychiatry*. 2013;56(1):101-101.
3. Pene A. Muertes silenciadas - Problemática del suicidio en los campos de la Unión (Antioquia). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(2):92-102.
4. Krog EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Rafael Lozano. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC; 2009. 388 p.
5. Ghobarah HA, Huth P, Ruzset B. The post-war public health effects of civil conflict. *Soc Sci Med*. 2004 Aug;59(4):869-89.
6. Carlson-Ford S. Armed conflict and children's life chances. *Peace Rev*. 2004 Jan;36(2):185-91.
7. Gates S, Hegre H, Naglind HM, Strand H. Development consequences of armed conflict. *World Dev*. 2012;40(9):1713-22.
8. Messer E, Cohen MJ. Breaking the links between conflict and hunger in Africa. *International Food Policy Research Institute (IFPRI)*; 2004.
9. Plimpton T, Neumayer E. The unequal burden of war: The effect of armed conflict on the gender gap in life expectancy. *Int Organ*. 2006;60(3):722-54.
10. Woodward A, Sandoz C, Witter S, Martineau T. Health systems research in fragile and conflict-affected states: a research agenda-setting exercise. *Health Res Policy Syst*. 2016;14(1):51.
11. Beyrer C, Villar JC, Suwanwanchik V, Singh S, Baral SD, Mills EJ. Neglected diseases, civil conflicts, and the right to health. *Lancet*. 2013;378(9874):929-7.
12. Hunt N. Health Consequences Of War And Political Violence. *Encycl Violence, Peace Conf*. 2010;923-33.
13. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Soc Sci Med*. 2003;56(5):175-90.
14. Alawneh A, Mashrafteh U, Jaber A, Berry A, Ghosn N, Bani AK. Revisiting looting in the time of war: The Syrian conflict and the Lebanese outbreak. *Int J Infect Dis*. 2014;29:115-9.
15. Wicks ID, Zúñiga M. Geografía de la expansión de la Leishmaniasis en el conflicto armado en Colombia (Antioquia). *EUtopias*. 2014;7:99-111.
16. Al-Salem W, Henrick RP, Hotei PI. A review of visceral leishmaniasis during the conflict in South Sudan and the consequences for East African countries. *Parasit Vector*. 2016;9(1):460.
17. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Una mirada al ASES y análisis en profundidad: informe técnico. Carlos Andrés Castañeda Oryuela, director ONG. Bogotá: INSBogotá; INS; 2016.
18. Lee BY, Bacon KM, Bottazzi ME, Hotei PI. Global economic burden of Chagas disease: a computational simulation model. 2013;13(4):342-8.
19. Malaney P, Selman A, Sachs I. The malaria gap. *Am J Trop Med Hyg*. 2004;71(2 Suppl):1141-6.
20. Lalleud AD, Kasher F, King CH. Measuring the burden of arboviral diseases: the spectrum of morbidity and mortality from four prevalent infections. *Popul Health Metr*. 2011;9(1):1.
21. Heydariou F, Akbari A, Mohebbi M. Incidence and Disability-Adjusted Life Years (DALY) Attributable to Leishmaniasis in Iran, 2013. 2012.
22. Urzúal H, Che CP. War and Gender Inequalities in Health: The Impact of Armed Conflict on Fertility and Maternal Mortality. *Int Interest*. 2013 Sep;39(5):489-510.
23. Catarrelli V. The Effect on Fertility of the 2003-2011 War in Iraq. *Popul Dev Rev*. 2014 Dec;40(4):581-604.
24. Organización de las Naciones Unidas. Conflict-related sexual violence. 2015.
25. Sánchez-Gómez OA, Carrillo-Urrego A, Bahalliv-Márquez JC, Rengifo M del S, Silva Miguel L. Encuesta de prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano. 2017.
26. *Unicef*. Young Child Survival and Development. 2008.
27. Doucy S, Iyler E, Robertson T, Alhu-Zuhayr I, Owens A, Burnham G. Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1097.
28. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. *Wlio*. 2014:1-18.
29. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks in clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1659-724.
30. Steen RL, Pyle SA, Haddock CK, Poston WSC, Bray R, Williams J. Reported stress and its relationship to tobacco use among U.S. military personnel. *Mil Med*. 2008 Mar;173(3):371-7.
31. Santić Z, Lukić A, Sesar D, Milčević S, Jakovac V. Long-term follow-up of blood pressure in family members of soldiers killed during the war in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*. 2006;47(3):416-23.
32. Chi J-S, Poole WK, Kandler SC, Kloner RA. Cardiovascular mortality in New York City after September 11, 2001. *Am J Cardiol*. 2003;92(7):857-61.
33. LK B, H.S. L. S. E.Z. A. E.S. Chronic health conditions in Jewish Holocaust survivors born during World War II. *Eur J Epidemiol*. 2015;30(8):736-7.
34. Granada NS, Smith TC, Swanson GM, Harris RB, Shahaar E, Smith B, et al. Newly reported hypertension after military combat deployment in a large population-based study. *Hypertension*. 2009;54(5):960-73.
35. Wilson DK, Kloverer W. SD. The relationship between exposure to violence and blood pressure mechanisms. *Curr Hypertens Rep*. 2004 Aug;6(4):321-6.
36. Bedi US, Arora R. Cardiovascular manifestations of posttraumatic stress disorder. *J Natl Med Assoc*. 2007;99(6):642-9.
37. Urrego Mendoza DZ, Mendoza DZ. Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas de médicos como memorias de supervivencia. *Rev la Fac Med*. 2015 Aug;63(3):377-88.
38. Organización Panamericana de la Salud. Perfil Epidemiológico de Población Desplazada y Etrato 1 en Colombia. 2002.
39. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín. 2002.
40. Cáceres DC, Irujo V, Manilla L, Jara J, Velandía M. [Epidemiologic profile of the population displaced by the internal armed conflict of the country in a neighborhood of Cartagena, Colombia, 2000]. *Biomédica*. 2002 Dec;22 Suppl 2:425-44.
41. Red Nacional de Información. Estadísticas de caracterización y derechos de las víctimas. 2016.
42. Ruiz-Rodríguez M, Vera Cala LM, López-Barbosa N. [Health insurance for infants and infant vaccination related to forced displacement in Colombia]. *Rev salud pública*. 2008;10(1):49-61.
43. Navaraz J, Osorio MB, Castañeda-Oryuela C, Alvis Zabala N, Castel N, Chocón-Prado-Vieja L, et al. Is Colombia reaching the goals on infant immunization coverage? A quantitative survey from 80 municipalities. *Vaccine*. 2017;35(11):1501-8.
44. Rojas Solole J, Prieto Alvarado FE. Vacuna Pentavalente y Coberturas de Vacunación en Menores de un Año. Colombia 2000-2003. *Rev Salud Pública*. 2008 May;7(1):45.
45. Rojas S, JC, Prieto A. FE. National immunization day evaluation in Colombia, 2001: an ecological approach. *doi.org*. 2004;6(1):44-61.
46. Rehn E, Sirleaf E. Violence Against Women - Domestic violence. In: Jacobs G, editor. Women, War and Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peace-Building. New York: United Nations Development Fund for Women (UNFEM); 2002. p. 1-143.

47. Paez EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009 Jul;135(4):531-54.
48. Rodríguez J, Rodríguez J, Torre AD L, Miranda CT. La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*. 2002;22(3):337-46.
49. Pérez-Orlino I, Fernández-Piñeros PE, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés posttraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2005;7(3):268-80.
50. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med*. 2010;70(1):7-16.
51. Salud IV de. Ministerio de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B-delta. Instituto Nacional de Salud; 2016.
52. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema. Instituto Nacional de Salud; 2013. 80 p.
53. Satoque LA. Informe de evento: Tolerancia hasta el periodo epidemiológico VII. Colombia, 2016. Bogotá: ICS; 2016.
54. Cardona D, Segura A, Garzón MD, Calle M, Agudelo MC, Segura A. Tendencia de la mortalidad y morbilidad por tos ferina en Colombia 2000-2012. *Biomédica*. 2016 Apr;36(3):397-405.
55. Mansouri H, Rees D. Armed Conflict and Birth Weight: Evidence from the Al-Aqsa Intifada. 2011. 303-315 p.
56. Bodalal Z, Agnabier K, Nagherken N, Strling B, Temmerman M, Deggome O. Pregnancy outcomes in Benghazi, Libya, before and during the armed conflict in 2011. *East Mediterr Health J*. 2014 Apr;20(3):175-80.
57. Liu C, Urzua M, Czattangius S, Hjelm A. Migration and preterm birth in war refugees: a Swedish cohort study. *Eur J Epidemiol*. 2014 Feb;29(2):141-3.
58. Wise PH, Darmstadt GL. Confronting stillbirths and newborn deaths in areas of conflict and political instability: a neglected global imperative. *Paediatr Int Child Health*. 2015;33(12):220-6.
59. Van Den Berg MM, Madi HI, Khader A, Hababeh M, Zidan W, Wesley H, et al. Increasing neonatal mortality among Palestine refugees in the Gaza strip. *PLoS One*. 2015;10(8):1-8.
60. Centro Nacional de Memoria Histórica. (Basta Ya! Colombia: Memoria de Guerra y Dignidad, segunda. Bogotá D.C: Imprenta Nacional; 2013. 1-432 p.
61. Salazar GS. El conflicto armado y su incidencia en la configuración territorial: Reflexiones desde la ciencia geográfica para la consolidación de un periodo de pos negociación del conflicto armado en Colombia. *Bitácora Urbano Terr*. 2016;26(2):45.
62. Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas. Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia. 2015.
63. Universidad Externado de Colombia, Centro de Investigación sobre Dinámica Social. Ciudad, espacio y población: El proceso de urbanización en Colombia. 1st ed. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2007. 1-27 p.
64. Galvis LA, Rocca AM. Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial. Bogotá D.C; 2010.
65. Diaz AM, Sanchez F. Geografía de los cultivos ilícitos y conflicto armado en Colombia. Crisis State Program, Development Research Centre, Development Studies Institute, London School of Economics; 2004.
66. Salas Salazar LG. Condores y territorios estratégicos del conflicto armado colombiano: una prioridad por territorializar en la geopolítica de los actores armados. *Perspect Geográfica*. 2010;15:9-36.
67. Corte Constitucional. Sentencia T-025/04. Bogotá D.C. Corte Constitucional; 2004.
68. Corte Constitucional. Sentencia T-045/10 "Víctima de Conflicto Armado Interno que ostenta la calidad de desplazado- Guía de una protección constitucional reforzada". Bogotá D.C. Corte Constitucional; 2010.
69. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 429 de 2016: "Por medio de la cual se adopta la Política Integral de Atención en Salud". Bogotá D.C.: Diario Oficial; 2016.
70. Mesa Psicosocial. Aportes de la Mesa Psicosocial al debate de control político "Atención psicosocial en el marco del conflicto armado", Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, Congreso de la República. 18 de mayo de 2016. 2016.
71. Moreno-Camacho MA, Díaz-Rico ME. Prácticas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Agora USB*. 2016;16(1):193-213.
72. Moreno MA, Morcoyop E. Abordaje psicosocial. Consideraciones conceptuales y alternativas de análisis en el escenario de atención a víctimas del conflicto armado. *Psicol Soc crítica Interv Psicosoc Reflexiones y Exp Inverv*. 2015;5(enero):2016:37-66.
73. Hernández-Hernández CF. Reparación integral orientada hacia la atención psicosocial en niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado. In: Avances y desafíos del derecho Abordaje desde la investigación jurídica y sociopolítica. Cartagena: Universidad libre; 2015. p. 652.
74. Rettberg A, Kiza, E., Forer A. Reparación en Colombia (¿Qué quieren las víctimas? Agencia Coop Vencia Alem G72, 2008;394.
75. Villa Gómez JD, Insuasty Rodríguez A. Significados En Torno a la Reparación. La Ayuda Humanitaria, La Indemnización Y La Restitución En Víctimas Del Conflicto Armado En El Municipio De San Carlos. *Meaning Around Reparation, Humanit Assist Indemnification, Restit Vict Armed Conflic Munic San Carlos, Antioquia*. 2015;15(2):419-45.
76. Villa J, Londoño N, Gallego M, Arango I, Rosso M. Apoyo mutuo, liderazgo efectivo y experiencia clínica comunitaria. Acompañamiento psicosocial para la "Rehabilitación" de víctimas del conflicto armado. *El Agora USB*. 2016;16(2):427-52.
77. Coronado A. Una guerra prolongada y degradada. Dimensiones y modalidades de violencia. In: (Basta Ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. 1st ed. Bogotá D.C: Centro Nacional de Memoria Histórica; 2013. p. 1-80.
78. Álvarez S, Rettberg A. Cuantificando los efectos económicos del conflicto: una exploración de los costos del conflicto armado colombiano. *Colombia Int Int*. 2008;67:14-37.
79. Echeandía Castiella C. El conflicto armado colombiano en los años noventa: cambios en las estrategias y efectos económicos. *Colomb Int*. 2002;49:50:117-34.
80. Mazurek H. Políticas públicas y dinámicas territoriales: la gobernabilidad en cuestión. 1975;
81. Departamento Nacional de Planeación. Los Planes de Desarrollo Territoriales como un instrumento de construcción de paz. 2016;
82. Gita S, Asha G, Piroška D. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: Una análisis de la investigación y las políticas. 2005;1(4):95.
83. Organización Panamericana de la Salud. Género y salud: Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud. 2002;134.



Anexo 1. Reasignación de municipios creados desde 1985

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO NUEVO	SEGREGADO DE	CLÚSTER ASIGNADO
Amazonas	La Victoria	Mirití-Paraná	Clúster La Victoria
Amazonas	Puerto Alegre	El Encanto	Clúster El Encanto
Amazonas	Puerto Arica	La Chorrera	Clúster La Chorrera
Antioquia	La Pintada	Santa Bárbara, Valparaiso	Clúster La Pintada
Antioquia	San Francisco	Cocorná	Clúster Cocorná
Antioquia	San Juan de Urabá	Arboletes	Clúster Arboletes
Arauca	Fortul	Tame	Clúster Tame
Bolívar	Altos del Rosario	Barranco de Loba	Clúster Altos del Rosario
Bolívar	Arenal	Morales	Clúster Arenal
Bolívar	Arroyohondo	Calamar, Mahates	Clúster Arroyohondo
Bolívar	Cantagallo	San Pablo	Clúster Cantagallo
Bolívar	Cicuco	Talagua Nuevo	Clúster Cicuco
Bolívar	Clemencia	Santa Catalina	Clúster Clemencia
Bolívar	El Peñón	San Martín de Loba	Clúster El Peñón
Bolívar	Hatillo de Loba	San Martín de Loba, San Fernando	Clúster El Peñón
Bolívar	Montecristo	Achí	Clúster Achí
Bolívar	Norosí	Río Viejo	Clúster Río Viejo
Bolívar	Regidor	Río Viejo	Clúster Río Viejo
Bolívar	San Cristóbal	Soplaviento	Clúster San Cristóbal
Bolívar	San Jacinto del Cauca	Achí	Clúster Achí
Bolívar	Tiquisio	Pinillos	Clúster Tiquisio
Boyacá	Chivor	Almeida	Clúster Almeida
Caldas	Norcasia	Samaná	Clúster Norcasia
Caldas	San José	Risaralda	Clúster San José
Caquetá	Solita	Valparaiso	Clúster Solita
Cauca	Guachené	Caloto	Clúster Guachené
Cauca	Piamonte	Santa Rosa	Clúster Piamonte
Cauca	Sucré	Bolívar	Clúster Sucre
Cauca	Villa Rica	Santander de Quilichao	Clúster Villa Rica
Cauca	Florencia	Mercaderes	Clúster Mercaderes
Cauca	Suárez	Buenos Aires	Clúster Buenos Aires

Anexo 1. Reasignación de municipios creados desde 1985

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO NUEVO	SEGREGADO DE	CLÚSTER ASIGNADO
Cesar	Pueblo Bello	Valledupar	Clúster Valledupar
Chocó	Atrato	Quibdó	Clúster Quibdó
Chocó	Cantón de San Pablo	Istmina	Clúster Tadó
Chocó	Carmén del Darién	Riosucio	Clúster Riosucio
Chocó	Certegui	Tadó, Lloró, Bagadó	Clúster Tadó
Chocó	Medio Atrato	Quibdó	Clúster Quibdó
Chocó	Medio Baudó	Bajo Baudó	Clúster Bajo Baudó
Chocó	Medio San Juan	Istmina, Condoto, Nóvita	Clúster Tadó
Chocó	Rio Iró	Condoto, Tadó	Clúster Tadó
Chocó	Rio Quito	Quibdó	Clúster Quibdó
Chocó	Unión Panamericana	Tadó, Istmina	Clúster Tadó
Chocó	El Litoral de San Juan	Istmina	Clúster Tadó
Córdoba	Cotorra	Lorica, San Pelayo	Clúster Cotorra
Córdoba	La Apartada	Ayapel, Montelíbano	Clúster Montelíbano
Córdoba	Tuchín	San Andrés de Sotavento	Clúster San Andrés de Sotavento
Cundinamarca	El Rosal	Subachoque	Clúster Subachoque
Cundinamarca	Granada	Soacha	Clúster Soacha
Guainía	Mapiripana	Barranco Minas	Clúster Barranco Minas
La Guajira	Albania	Maicao	Clúster Maicao
La Guajira	Dibulla	Riohacha	Clúster Riohacha
La Guajira	Distracción	Fonseca	Clúster Fonseca
La Guajira	Hato Nuevo	Barrancas	Clúster Barrancas
La Guajira	La Jagua del Pilar	Urumita	Clúster Urumita
La Guajira	El Molino	Villanueva	Clúster Villanueva
Magdalena	Algarrobo	Fundación, Ariguaní, Pivijay	Clúster Algarrobo
Magdalena	Concordia	Cerro de San Antonio, Pedraza	Clúster Concordia
Magdalena	El Retén	Aracataca	Clúster Aracataca
Magdalena	Nueva Granada	Plato	Clúster Algarrobo
Magdalena	Pijiro del Carmen	Santa Ana	Clúster Algarrobo
Magdalena	Sabanas del San Ángel	Ariaguani, Pivijay, Chovoló, Plato	Clúster Algarrobo
Magdalena	Santa Bárbara de Pinto	Santa Ana, Plato	Clúster Algarrobo

Anexo 1. Reasignación de municipios creados desde 1985

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO NUEVO	SEGREGADO DE	CLÚSTER ASIGNADO
Magdalena	Zapayán	Pedraza, Tenerife, El Piñón	Clúster Concordia
Magdalena	Zona Bananera	Ciénaga	Clúster Ciénaga
Meta	Barranca de Upiá	Cumará	Clúster Cumará
Meta	El Dorado	Cubarral, El Castillo	Clúster El Dorado
Meta	Mapiripán	San Martín	Clúster San Martín
Meta	Puerto Concordia	Puerto Rico	Clúster Puerto Rico
Meta	Uribe	Mesetas	Clúster Mesetas
Nariño	El Peñol	El Tambo	Clúster El Tambo
Nariño	Nariño	Pasto	Clúster Pasto
Nariño	Chachagüí	Pasto	Clúster Pasto
Nariño	La Llanada	Cumbitara	Clúster Cumbitara
Nariño	La Tola	El Charco, Olaya Herrera	Clúster Tola
Nariño	Providencia	Túquerres	Clúster Túquerres
Nariño	San Bernardo	Albán	Clúster Albán
Nariño	San Pedro de Cartago	Arboleda, La Unión	Clúster San Pedro de Cartago
Norte de Santander	La Esperanza	Abrego, Cáchira	Clúster La Esperanza
Norte de Santander	Puerto Santander	Cúcuta	Clúster Cúcuta
Norte de Santander	El Tarra	San Calixto	Clúster San Calixto
Putumayo	San Miguel	Valle de Guamuez	Clúster Valle de Guamuez
Putumayo	Puerto Caicedo	Puerto Asís, Villagarzón	Clúster Puerto Caicedo
Putumayo	Puerto Guzmán	Mocoa	Clúster Mocoa
Santander	El Carmen de Chucurí	San Vicente de Chucurí	Clúster San Vicente de Chucurí
Santander	El Peñón	Bolívar	Clúster Bolívar
Sucre	Coveñas	Santiago de Tolú	Clúster Santiago de Tolú
Sucre	El Roble	Sincé, Corozal, San Benito Abad	Clúster El Roble
Tolima	Palocabildo	Falan	Clúster Falan

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud.

Anexo 2. Glosario de términos de eventos relacionados con el conflicto armado

Acciones bélicas: acto que se lleva a cabo bajo el quehacer legítimo de la guerra, teniendo en cuenta que responde a un objetivo militar definido y hace uso de medios y armas lícitos en el combate. En las acciones bélicas se ven involucradas al menos dos partes, sean las fuerzas armadas gubernamentales o estatales y los grupos armados organizados, que bajo la dirección de un mando, conducen directamente las hostilidades o los grupos armados organizados entre sí (1).

Artefactos Explosivos Improvisados: artefacto fabricado de manera artesanal, diseñado con el propósito de causar la muerte o daño físico utilizando el poder de una detonación. Según su objetivo táctico, los Artefactos Explosivos Improvisados pueden ser producidos con diferentes tipos de materiales, iniciadores, tamaños y contenedores. Para su fabricación se emplean explosivos comerciales, militares, artesanales o componentes de algún tipo de munición. Típicamente están compuestos por una carga explosiva, un detonador y un sistema de iniciación, pero pueden ser concebidos en combinación con químicos tóxicos, toxinas biológicas, material radioactivo o elementos generadores de metralla (2).

Asesinato selectivo: homicidio intencional de tres (3) o menos personas en estado de indefensión y en iguales circunstancias de modo, tiempo y lugar, perpetrados por los actores del conflicto armado o con su participación (1).

Atentados terroristas: todo ataque perpetrado mediante el uso de explosivos, que ocurren en zonas densamente pobladas y en los que hay afectación plural a personas o a bienes civiles, independientemente de si el objetivo de la acción es civil o militar (1).

Cultivo ilícito: actividad destinada al desarrollo de una pluralidad de plantas, en número superior a veinte (20), de las que pueden extraerse drogas que causen dependencia (3).

Daño a bienes civiles: daños, totales y parciales, causados a bienes materiales que no son objetivos militares y que no deben ser objeto de ataque o represalia por parte de los actores del conflicto armado (1).

Desaparición forzada: sometimiento de una persona a privación de su libertad, contra su voluntad, cualquiera sea su forma, arresto, detención, secuestro o toma de rehén, por parte de agentes del Estado, miembros de grupos armados ilegales que toman parte en el conflicto armado, o con su autorización, apoyo o aquiescencia, seguida de su ocultamiento y/o de la negativa a reconocer dicha privación o de dar información sobre su paradero, sustrayéndola del amparo de la Ley (1,4).

Desplazamiento forzado: es desplazado toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas con ocasión de cualquiera de las situaciones mencionadas en el Artículo 1 de la Ley 387 de 1997 (5).

Masacre: homicidio intencional de cuatro (4) o más personas en estado de indefensión y en iguales circunstancias de modo, tiempo y lugar, y que se distingue por la exposición pública de la violencia y la relación asimétrica entre el actor armado y la población civil, sin interacción entre actores armados (1).

Mina Antipersonal: artefacto explosivo concebido para que explote por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona, y que en caso de explotar tenga la potencialidad de incapacitar, herir y/o matar a una o más personas (2).

Munición sin Explotar: munición explosiva que ha sido cargada, su fusible colocado, armada o, por el contrario, preparada para su uso o ya utilizada. Puede haber sido disparada, arrojada, lanzada o proyectada, pero permanece sin explotar debido a su mal funcionamiento, al tipo de diseño o a cualquier otra razón (2).

Reclutamiento y utilización de menores de edad: hecho en el que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, se recluta o utiliza a niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años de edad), o se les obliga a participar directa o indirectamente en las hostilidades o en acciones armadas (1,6).

Secuestro: arrebato, sustracción, retención u ocultamiento de una persona, en contra de su voluntad, por medio de la intimidación, violencia o engaño, por parte de los actores del conflicto armado o con su participación. Este puede ser simple, cuando no tiene una finalidad manifiesta, o extorsivo cuando se realiza con el propósito de exigir por su libertad un provecho o cualquier utilidad, o para que se haga u omita algo, o con fines publicitarios o de carácter político (1).

Violencia sexual: todos aquellos actos de naturaleza sexual perpetrados por uno o varios de los actores del conflicto armado, sobre personas puestas en estado de indefensión y cuya voluntad es sometida, no sólo a través de la fuerza física, sino también por diversas modalidades de coerción y engaño (1).

Referencias

1. Centro Nacional de Memoria Histórica. (Basta Ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá D.C., 2013).
2. República de Colombia, Vicepresidencia de la República, Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal. Glosario nacional básico general de términos de acción integral contra minas antipersonal. Bogotá D.C., 2012. p. 1-26.
3. Congreso de Colombia. Ley 30 de 1986, por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Establecimientos y se dictan otras disposiciones. Artículo 2. República de Colombia, 1986.
4. Naciones Unidas. Convención internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas. 2006.
5. Congreso de Colombia. Ley 387 de 1997, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. República de Colombia, 1997.
6. Congreso de Colombia. Ley 599 del 2000, por la cual se expide el Código Penal. Artículo 162. República de Colombia, 2000.

340 | Número informe ONI, consecuencias del conflicto armado en la salud en la Región



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD **ons**
observatorio nacional de salud

CONSECUENCIAS del CONFLICTO ARMADO en la SALUD en COLOMBIA

Informe Técnico 9 / 2017

Instituto Nacional de Salud
Avenida calle 26 No. 51-20- Zona 6 CAN.
Bogotá, D.C.
Tel: (57+1) 220 7700 ext 1389- 1390
Línea Gratuita: 018000113400

MINSALUD **TODOS POR UN NUEVO PAÍS**

