



CONSECUENCIAS  
del **CONFLICTO**  
**ARMADO** en  
la  
**SALUD**  
en COLOMBIA

Informe Técnico 9 / 2017

**RESUMEN**  
**EJECUTIVO** 2018





INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



observatorio nacional de salud

# CONSECUENCIAS del CONFLICTO ARMADO en la **SALUD** en COLOMBIA

Informe Técnico 9 / 2017

**RESUMEN  
EJECUTIVO** 2018



**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 edición

Juan Camilo Acosta Gómez  
Carlos Andrés Castañeda Orjuela  
Karol Patricia Cotes Cantillo

#### Equipo de trabajo

Karol Patricia Cotes Cantillo  
Diana Patricia Díaz Jiménez  
Juan Camilo Gutiérrez Clavijo  
Salomé Valencia Aguirre  
Gina Alexandra Vargas Sandoval  
Luz Ángela Chocontá Piraquive  
Fabio Alberto Escobar Díaz  
Liliana Hilarión Gaitán  
Pablo Enrique Chaparro Narváez  
Andrea García Salazar  
Elkin Daniel Vallejo Rodríguez  
Nelson José Alvis Zakzuk  
Paula Tatiana Castillo Santana  
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

Yamileth Ortiz Gómez  
*Dirección de Investigación (E)*  
Franklyn Prieto Alvarado  
*Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*  
Claudia Llerena Polo  
*Dirección de Redes 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; Noveno 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 del/los titulares de los derechos de autor. Estas 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.

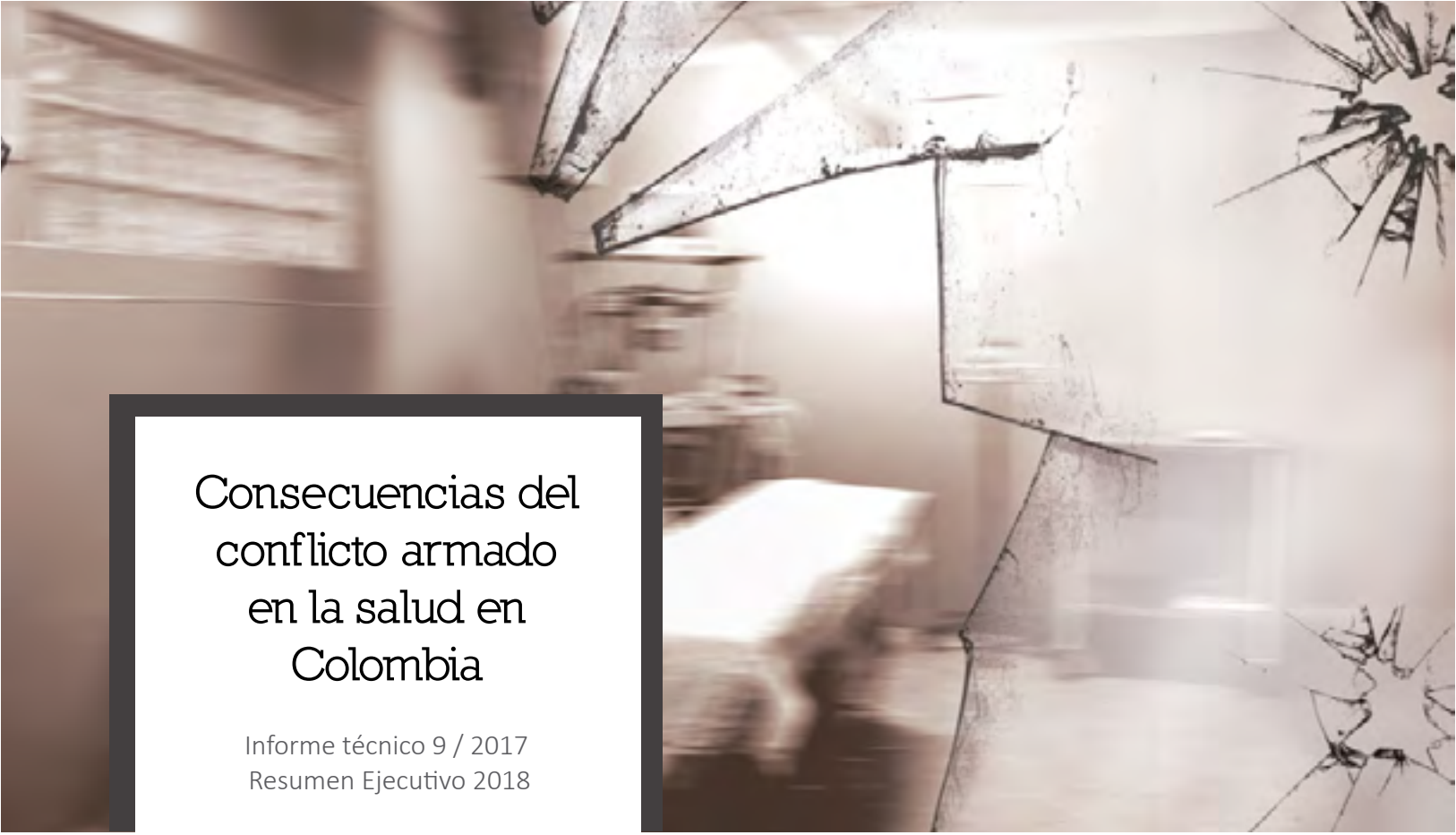
Todos los derechos reservados ©  
Colombia, Noviembre de 2017

ONS © 2017

**Nota:** este es un resumen ejecutivo del Informe técnico 9: Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia, publicado por el Observatorio Nacional de Salud en el año 2017. Las citas han sido extraídas con el fin de reducir el tamaño del documento. Sin embargo, todas las referencias pueden ser consultadas en el informe original que reposa en la página web del Instituto Nacional de Salud. Algunos de los datos estadísticos principales han sido actualizados con corte a agosto de 2018.

## Contenido

1. Como es entendido el conflicto armado
2. Las expresiones de la guerra
3. La intensidad del conflicto armado no toca a todos por igual
4. La guerra trastorna el tejido social, económico y cultural
5. La salud expresa el sufrimiento de las poblaciones
6. Los desenlaces en salud del conflicto armado
  - 6.1. Las marcas de la guerra en los mapas de la salud
7. Los costos económicos de la guerra
8. Las víctimas y las políticas públicas para recuperar su salud y bienestar
9. Reflexiones finales



## Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia

Informe técnico 9 / 2017  
Resumen Ejecutivo 2018

Las cifras ya documentadas muestran la magnitud de la victimización que el conflicto armado ha dejado en Colombia. Entre 1958 y 2018, ha generado la muerte de 262.197 personas, datos aproximados que no alcanzan a dimensionar el anonimato, la invisibilidad y la imposibilidad de reconocer a todas las víctimas de esta guerra que se ha degradado profundamente, debido al uso de todas las modalidades de violencia contra la población civil. De acuerdo con el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH), ocho de cada diez víctimas mortales han sido civiles (81,5%) y el resto militares o combatientes. El mismo CNMH, estima que uno de cada tres homicidios ocurridos en ese período, estuvo asociado al conflicto armado. Adicional al drama de los muertos, se estiman 80.514 desaparecidos forzados entre 1970 y 2018. Esto significa que, en promedio, tres personas fueron desapa-

recidas forzosamente cada día en los últimos 45 años, lo que equivale a una persona desaparecida cada ocho horas; 7.305.936 personas desplazadas; 15.687 víctimas de violencia sexual; y 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.

A pesar de una reducción general de las cifras de victimización en los últimos años y una disminución significativa de la intensidad del conflicto armado, hechos relacionados con el Acuerdo de Paz y 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.

Según cifras de la Defensoría del Pueblo, desde enero de 2016 hasta el 22 de agosto de 2018 se registraron 343 homicidios de defensores de derechos humanos, líderes sociales y políticos. Este alarmante panorama, nos exhorta a seguir avanzando en la comprensión de las consecuencias de este conflicto armado, generando sentido crítico sobre sus causas, conociendo el contexto y estimulando el planteamiento de políticas públicas que transformen esta situación. Del logro de los consensos necesarios se puede avanzar en la construcción de una nación en paz, para lo cual se 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.

En esta publicación se analizaron los desenlaces en salud relacionados de forma directa e indirecta con el conflicto armado, es decir, afectaciones ocurridas como consecuencia directa de la guerra, y flagelos causados, en gran parte, por la influencia negativa de las expresiones del conflicto en el contexto social, en especial en aquellos lugares más vulnerados en el país. Para este fin, 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 (IIC), que incluía variables de diferentes fuentes de información. Así, las dimensiones en salud abordadas fueron: *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 al nacer); enfermedades Transmitidas por Vectores (malaria, leishmaniasis y fiebre amarilla); enfermedades infecciosas (VIH-SIDA, tuberculosis y hepatitis virales); enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular y cáncer de cuello*

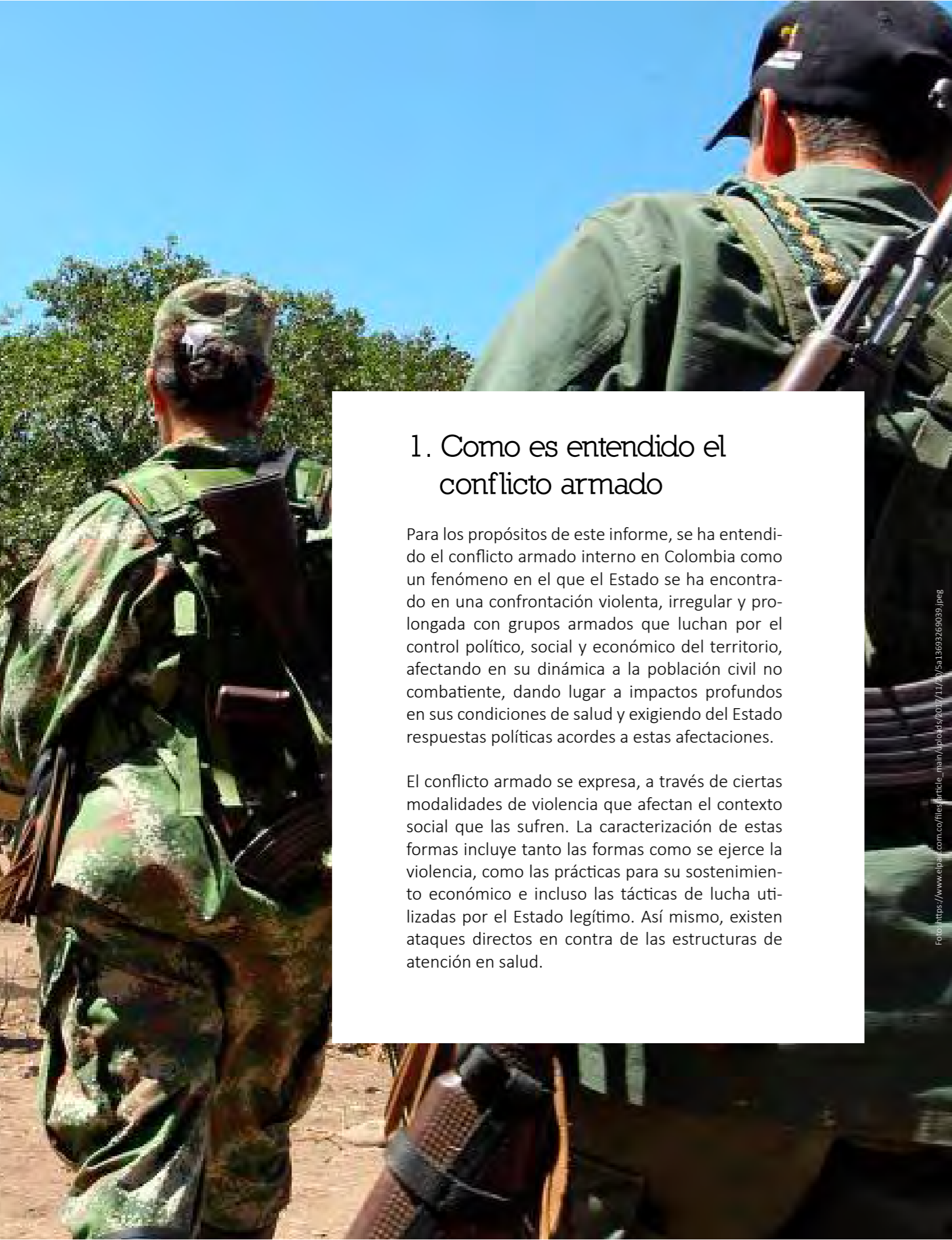
*uterino); eventos asociados a la salud reproductiva (fecundidad, mortalidad materna, morbilidad materna extrema y parto prematuro), y coberturas de vacunación en niños y niñas, como indicador del impacto en los servicios de salud. Así mismo, fueron tenidos en cuenta los altos costos de estos desenlaces y las políticas públicas implementadas para resarcir y proteger a las víctimas.*

Entre los principales hallazgos de este estudio se encuentra la evidencia de profundas desigualdades según quintiles (grupos poblacionales) de índice de intensidad de conflicto (IIC) en importantes desenlaces en salud. 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.

Este es un documento que busca ser el aporte del Instituto Nacional de Salud (INS) en sus 100 años, a esta coyuntura donde hablar de paz y, más que eso, pensar en un país en paz, pareciera, a pesar de todas las dificultades propias de una negociación política, un sueño posible, más que una innegable necesidad.



*Se analizaron los desenlaces en salud relacionados de forma directa e indirecta con el conflicto armado*



## 1. Como es entendido el conflicto armado

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 estas afectaciones.

El conflicto armado se expresa, a través de ciertas modalidades de violencia que afectan el contexto social que las sufren. La caracterización de estas formas incluye tanto las formas como se ejerce la violencia, como las prácticas para su sostenimiento económico e incluso las tácticas de lucha utilizadas por el Estado legítimo. Así mismo, existen ataques directos en contra de las estructuras de atención en salud.

Foto: [https://www.elpais.com.co/files/article\\_main/imagenes/2017/11/17/5a13693269039.jpeg](https://www.elpais.com.co/files/article_main/imagenes/2017/11/17/5a13693269039.jpeg)

# Recuadro 1

Esquema conceptual del impacto del conflicto armado en la salud en Colombia



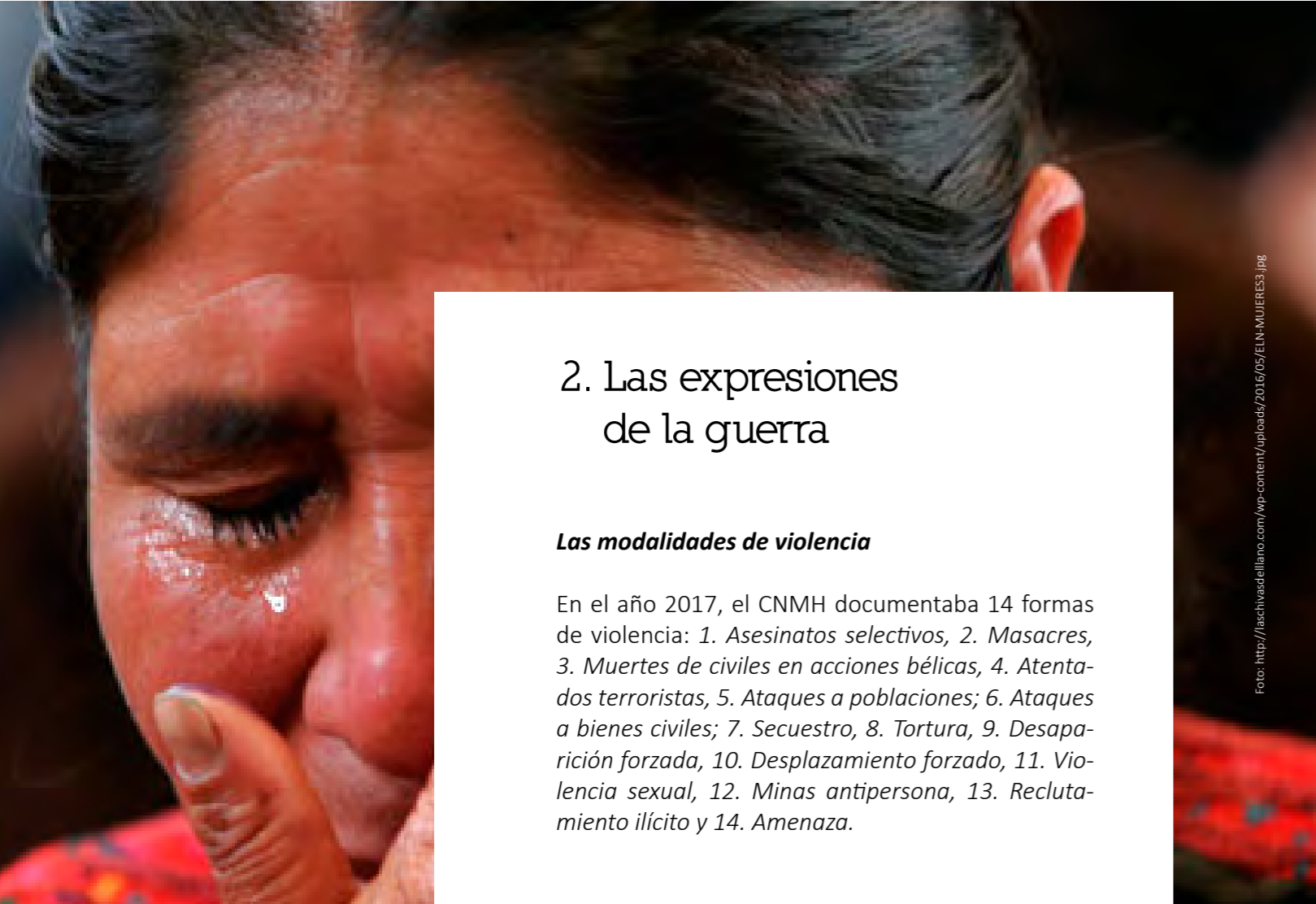
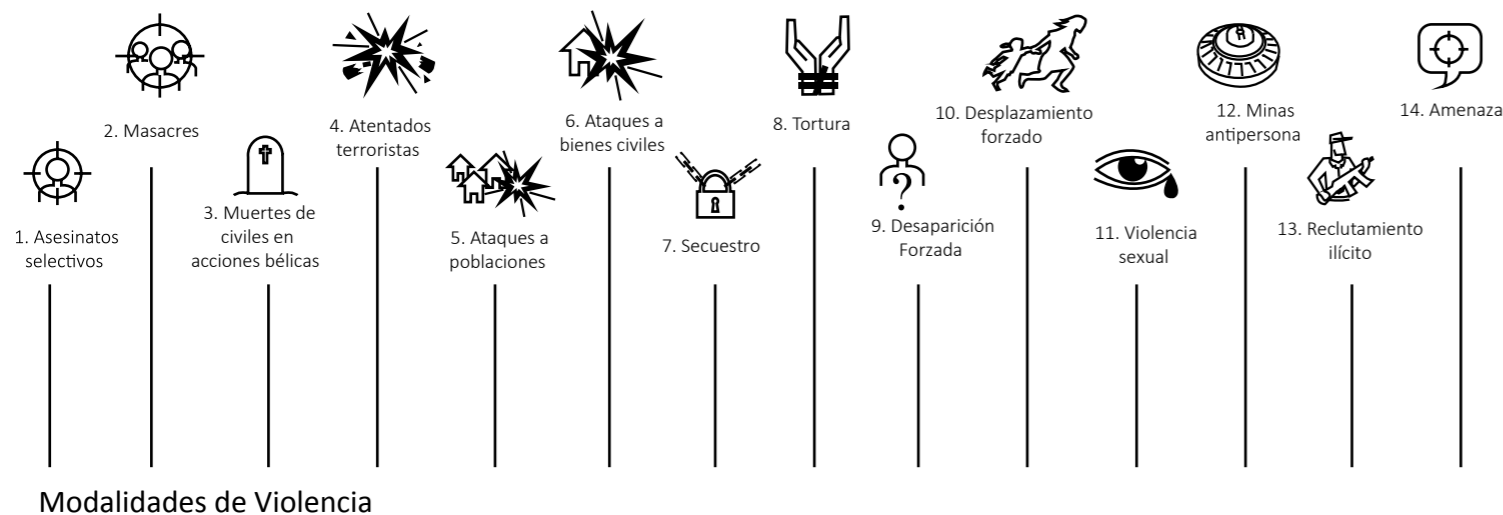


Foto: <http://aschivadedellano.com/wp-content/uploads/2016/05/ELN-MUJERES3.jpg>

## 2. Las expresiones de la guerra

### Las modalidades de violencia

En el año 2017, el CNMH documentaba 14 formas de violencia: 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.

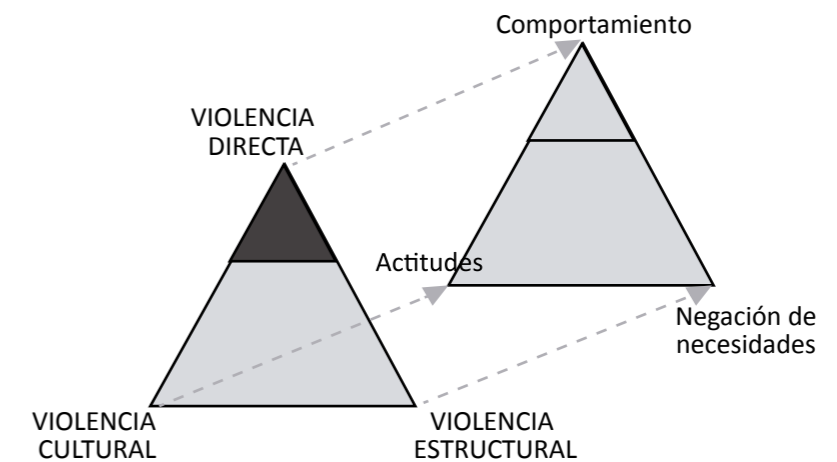


# Recuadro 2

## Aspectos teóricos

### El concepto de violencia y los determinantes sociales de la salud

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. 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 lo físico.



**Figura 1.** Triángulo de la violencia

Fuente: Galtung: 2003



### Las formas de obtención de recursos de financiación

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.

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, 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.



### Las medidas oficiales de lucha en contra de los grupos armados

La aspersión aérea de cultivos ilícitos con glifosato: en el año 2014, 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 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social respondió a una petición del Fiscal General de la Nación de reiniciar la fumigación aérea de cultivos ilícitos con glifosato: *“todas las razones para la prohibición de las aspersiones aéreas con glifosato se mantienen vigentes”*, haciendo referencia al estudio publicado en 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), en el cual demuestran como el glifosato genera un daño al ADN y los cromosomas de células humanas. Según el informe, estas son *“pruebas convincentes que el glifosato podría causar cáncer en animales de laboratorio y hay pruebas limitadas de canceroginidad en humanos”*. 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.

## Recuadro 2

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.

Tabla 1. Espacios de formación de violencia y sus efectos

ESPACIO	EFFECTOS VISIBLES Y MATERIALES	EFFECTOS INVISIBLES E INMATERIALES
<i>Naturaleza</i>	Agotamiento, contaminación y daños a la diversidad.	Menos respeto por la naturaleza Se refuerza el principio del <i>“hombre sobre la naturaleza”</i>
<i>Hombres</i>	Muertos, Personas lesionadas Mujeres sometidas a abuso sexual Desplazados Empobrecimiento Viudas y huérfanos Soldados desempleados	Efectos espirituales: Pérdidas de familiares Generación de traumas Odio generalizado Depresión general Apatía general Adicción a la venganza Adicción a la victoria
<i>Sociedad</i>	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
<i>Mundo</i>	Daños materiales a la infraestructura: interrupción del comercio e intercambio internacional	Daños a la estructura mundial; daños a la cultura mundial
<i>Tiempo</i>	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;
<i>Cultura</i>	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



### El ataque a los servicios de salud como manifestación directa

Los ataques a la misión médica incluyen: asesinatos a personal de salud; amenazas; secuestros; ataques a infraestructura; ataques a transporte sanitario; entre otros. 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 determinantes sociales de la salud (DSS), y efectos directos sobre el estado de salud.

El análisis del impacto en la salud por el conflicto armado en Colombia, implica preguntarse primero en dónde sufren más la guerra y si las expresiones de violencia afectan de manera desigual a las poblaciones distribuidas por todo el territorio nacional. De esta manera se puede verificar de forma comparativa cuáles son las afectaciones reales del conflicto armado sobre la salud de las personas, tanto por desenlace directo (homicidios y discapacidades por lesiones personales físicas y mentales), como por las consecuencias que deja el deterioro del contexto social de los lugares más expuestos al conflicto.

Todas las razones para la prohibición de las aspersiones aéreas con glifosato se mantienen vigentes

## Recuadro 2

### El modelo de determinantes sociales de la salud

Las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud, 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.

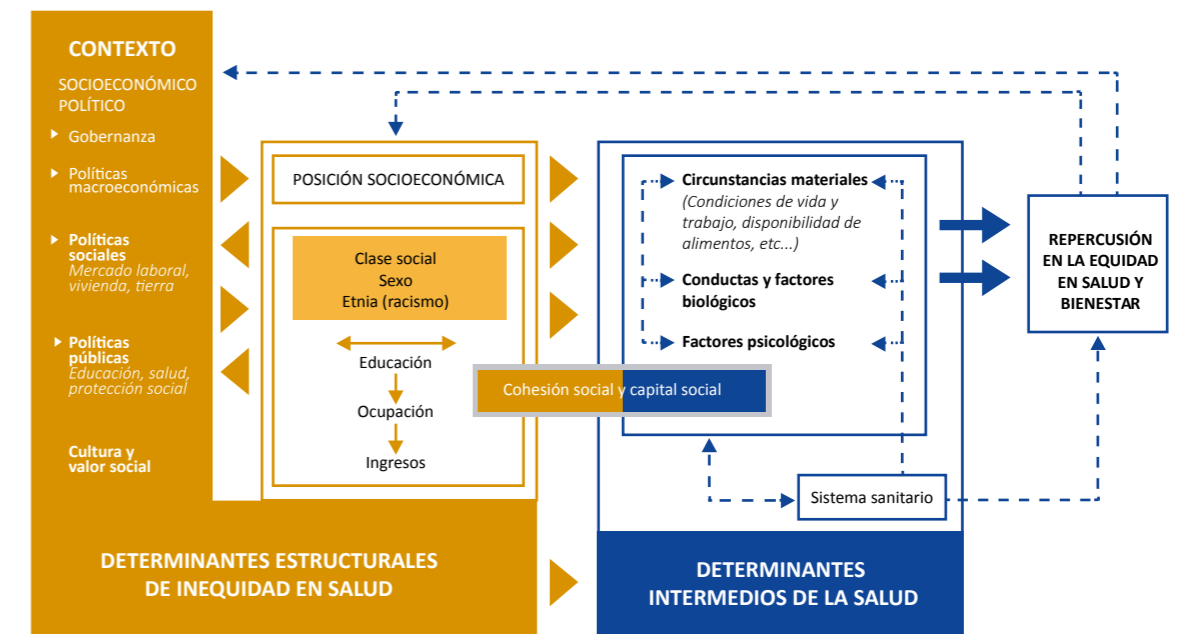


Figura 2. Modelo de determinantes sociales de la salud

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

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 intermediarios de la salud".



## Recuadro 3

### ***Índice de intensidad del conflicto armado en Colombia - IIC***

Se construyó 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.

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.

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, utilizando como referencia la información proporcionada por el DANE, generando un total de 1009 unidades municipales. Se siguió la metodología propuesta para la construcción de un índice compuesto, 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

### 3. La intensidad del conflicto armado no toca a todos por igual

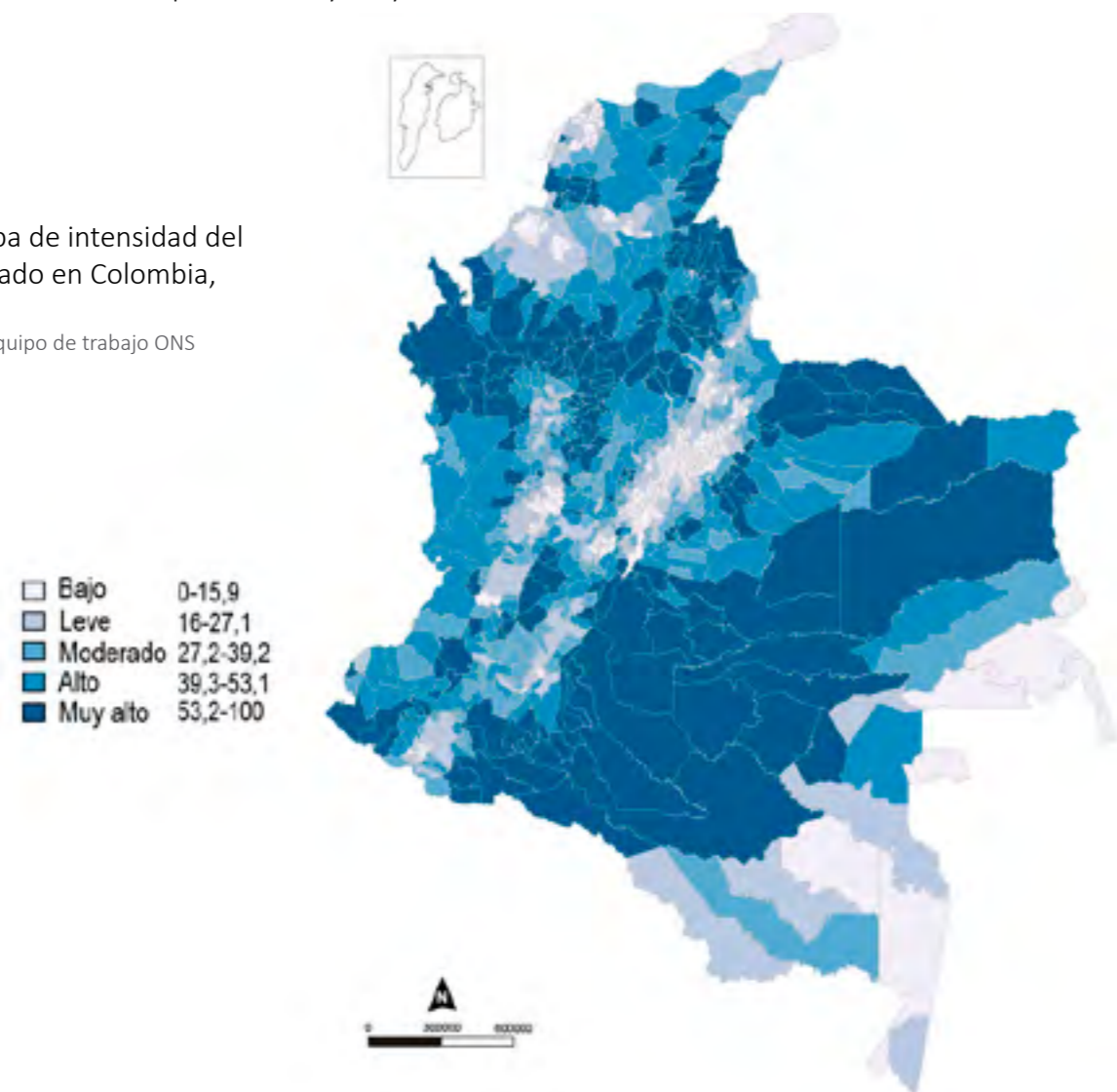
Se realizó una caracterización de los municipios en Colombia por intensidad del conflicto armado, a partir de la construcción del IIC (ver recuadro 3) que incluía variables asociadas a la dinámica del conflicto y que a su vez pueden tener desenlaces en salud. Los grupos de municipios con IIC bajo y leve, se encuentran principalmente en el centro y sur del país. Los municipios de Vista Hermosa (Meta), Tibú (Norte de Santander), Granada, San Luis y San Carlos (Antioquia) presentan los más altos niveles de IIC.

En el mapa de la cartografía del conflicto a nivel municipal (Figura 3), 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 3.** Mapa de intensidad del conflicto armado en Colombia, 1985-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



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, esto asociado a una

## Recuadro 3

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.

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), la Tipología de Municipios según el Conflicto Armado Interno del Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (CERAC), 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) y el Índice de violencia interna creado por la Fundación de Estudios e Investigaciones sobre el Desarrollo Internacional (FERDI por sus siglas en francés).

**Tabla 2.** 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 ECOPEPETROL
	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 (acciones 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

distribución desigual de condiciones de pobreza y de baja presencia del Estado. 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 IIC 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

período de tres décadas, identificando diferencias territoriales útiles en el análisis de la distribución de diferentes eventos en salud frente al conflicto armado en Colombia. En la tabla 3 pueden observarse los departamentos con municipios de mayor intensidad de conflicto armado.

**Tabla 3.** Municipios con IIC mayor a 50 y en el quintil de mayor intensidad por departamentos, Colombia 1985-2015

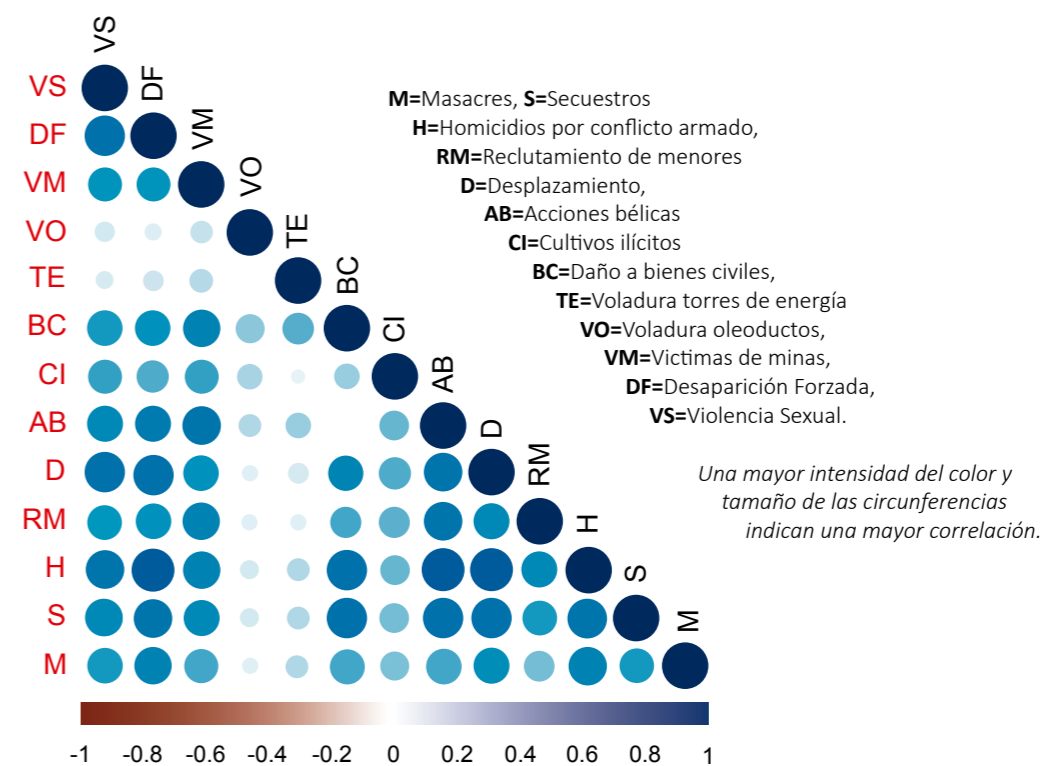
DEPARTAMENTO	TOTAL DE UNIDADES MUNICIPALES POR DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS CON 50 O MÁS EN EL IIC		MUNICIPIOS EN EL QUINTIL DE MAYOR INTENSIDAD	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Arauca	6	6	100	6	100
Guaviare	4	4	100	4	100
Caquetá	15	15	100	14	93,3
Putumayo	9	5	55,6	5	55,6
Meta	23	12	52,2	12	52,2
Choco	14	8	57,1	7	50
Vichada	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

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

### Recuadro 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 4). Las variables “*atentados a infraestructura eléctrica*”, “*atentados a infraestructura petrolera*” y “*hectáreas de cultivos ilícitos*”, presentaron bajas correlaciones lineales con las demás variables.



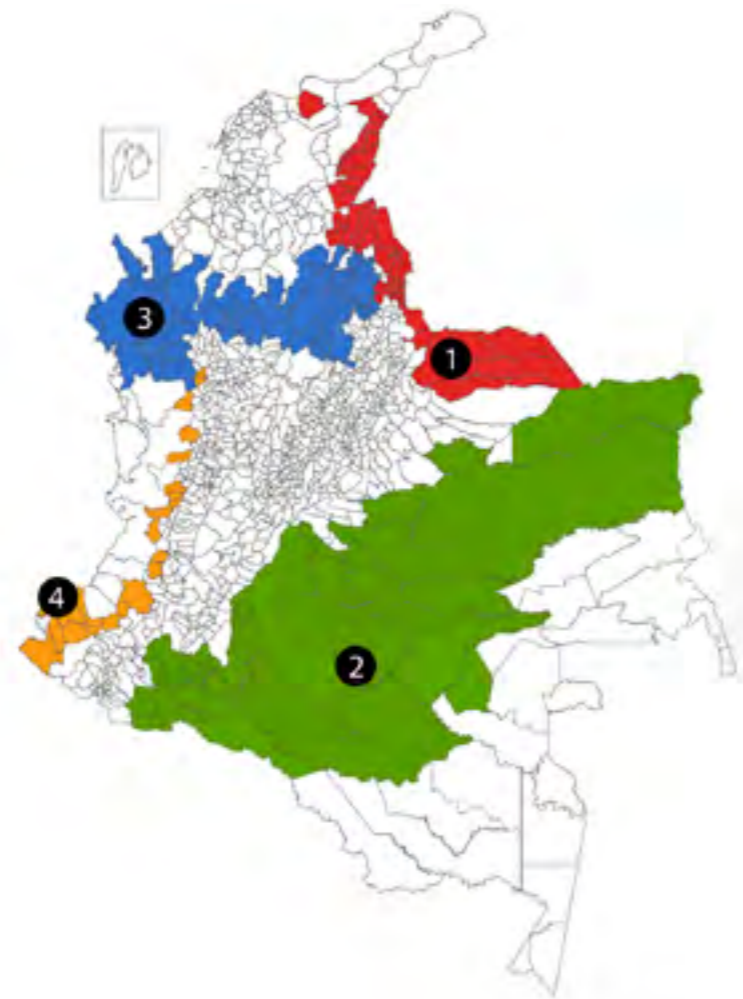
**Figura 4.** Matriz de correlaciones entre los indicadores seleccionados en el análisis inicial del índice de intensidad del conflicto. Colombia  
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

En la figura 5, mediante una descripción general, se observa una distribución consistente con los cuatro corredores geográficos que han sido identificados históricamente como áreas del conflicto armado interno. El primero es el corredor fronterizo con la República de Venezuela en el Oriente del país (Cumaribo, Tame, Catatumbo 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 por otros investigadores.

**Figura 5.** 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



Se identificó que existe una asociación entre estos lugares en donde las expresiones de violencia tienen un impacto mayor sobre los determinantes

sociales intermedios (contextos, infraestructuras y servicios de salud), con peores desenlaces en salud.

## Recuadro 3

**Tabla 4.** 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. La guerra trastorna el tejido social, económico y cultural



El conflicto armado impacta los determinantes intermedios de la salud, lo que genera posibles efectos sobre el contexto económico la productividad, el empleo, la seguridad alimentaria y aspectos culturales y sociales. Estas afectaciones pueden tener a su vez efectos en desenlaces en salud, como se ha afirmado; las cuales, 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, 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.

Para las comunidades indígenas y afrodescendientes, los trastornos sobre aspectos culturales y sociales cobran aún más relevancia dado que ponen en riesgo su existencia misma, pues deterioran los sistemas productivos, las habilidades, los usos y costumbres ancestrales que garantizan la subsistencia cotidiana, la trasmisión 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. Las comunidades desplazadas se expo-

nen a nuevos referentes culturales, sociales y religiosos, que cuestionan sus pautas de socialización y que introducen inesperadas fuentes de tensión y de conflicto. Estas perturbaciones tienen desenlaces en salud mental, como la adopción de conductas de riesgo, el posible incremento de violencia intrafamiliar, etc. También, pueden relacionarse con afectaciones en el estado nutricional o incremento de enfermedades transmisibles, particularmente en niños.

#### Los posibles efectos sobre el contexto económico

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 argumentan que la guerra 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.

Existe evidencia que demuestra como el conflicto ha reducido la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB). El desplazamiento forzado, por ejemplo, ha 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. El conflicto armado produce efectos sobre la producción agrícola, a través del 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. 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.

### 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 de la guerra.

### Efectos ambientales

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, los que a su vez puede ocasionar menoscabo en la salud y efectos socioculturales.

### Efectos sobre la infraestructura y servicios públicos

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. (ver tabla 5).

**»**  
El conflicto ha reducido la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB)

**Tabla 5.** Efectos del conflicto armado sobre los servicios de salud

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

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

**Tabla 6.** Expresiones directas del conflicto armado en Colombia y sus posibles efectos sobre determinantes intermedios de la salud

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

\*\*Detalles sobre este aspecto se encuentran en la Tabla 1

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

Como lo muestra la tabla 6, las expresiones directas del conflicto armado en Colombia tienen posibles efectos sobre los determinantes intermedios en salud. En ese sentido, este estudio busca entender cuáles son los impactos en salud asociados a la guerra.



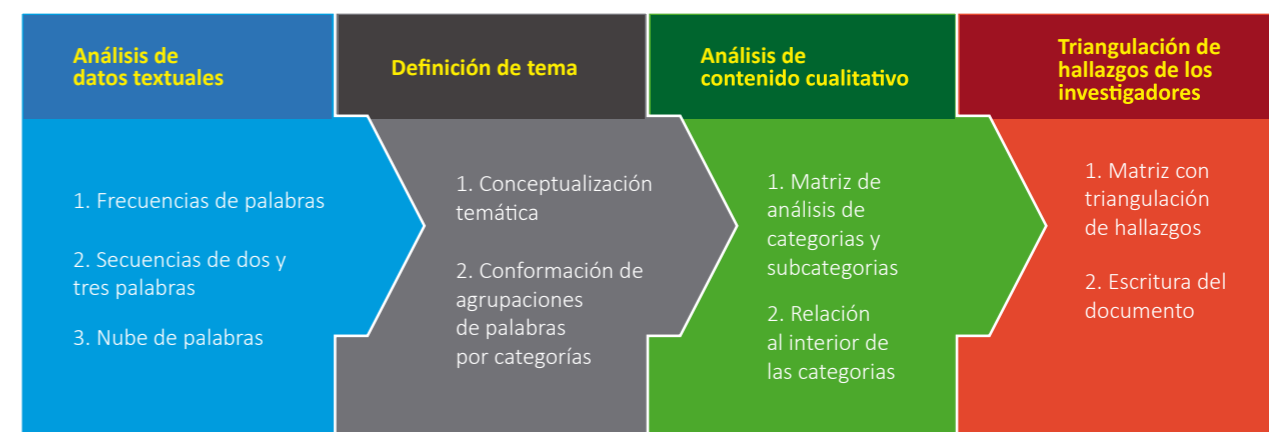
## 5. La salud expresa el sufrimiento de las poblaciones

La revisión de literatura realizada plantea 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 las afectaciones de la guerra en la salud, habitualmente se acude a los datos de registros oficiales, censos, o estimaciones de exceso de muertes. Dicha 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, 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

## Recuadro 4

### Análisis de testimonios de víctimas del conflicto armado en Colombia

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.



**Figura 6.** Fases del análisis de testimonios de víctimas del conflicto armado colombiano  
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



los desplazados que se consideró más ampliamente la posibilidad de la realización de estudios que analizaran dicha relación.

Estos son algunos de los efectos de la guerra sobre las personas y comunidades, expresados por medio de desenlaces en salud:

**Mortalidad directa**, efecto más visible: 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.) entre combatientes y civiles.

Las **muertes 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. 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. El incremento de la mortalidad infantil, 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, en zonas de conflicto generalmente existen determinantes de contexto que también pueden ocasionar peor salud.

**Lo más importante en morbilidad:**

**Enfermedades transmisibles:** 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 VIH y otras enfermedades de transmisión sexual).

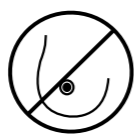
Pueden hacer que se incremente la incidencia de enfermedades transmisibles:



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.



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.



Las malas prácticas de lactancia materna se incrementan durante la guerra, lo que puede acrecentar la posibilidad de adquirir infecciones.

**Recuadro 4**

La impronta que deja el conflicto armado en las víctimas se expresó, de acuerdo a los testimonios analizados, en diferentes planos de la vida de los sujetos y sus familias, siendo los daños más referidos aquellos relacionados con las experiencias afectivas, los morales, los infligidos o revelados en los cuerpos de los sujetos y las afectaciones a nivel familiar. A continuación, en la tabla 7, el resumen de los daños, según categorías identificadas y sus principales hallazgos, en testimonios de víctimas del conflicto armado en Colombia:

**Tabla 7.** 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"> <li>• Vivencias afectivas singulares</li> <li>• Desbordan las capacidades individuales</li> <li>• Dolor (pérdida, duelo y sufrimiento)</li> <li>• Miedo (silencio, vida social y sensación de amenaza)</li> </ul>
Morales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negación de la humanidad</li> <li>• Afectaciones a las mujeres y sus cuerpos</li> <li>• Revictimización</li> <li>• Señalamientos y estigmatización</li> <li>• Honra y empoderamiento</li> </ul>
Alteraciones en la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectaciones corporales directas de hechos victimizantes</li> <li>• Afectaciones corporales producidas por daños emocionales</li> <li>• Muerte</li> </ul>
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rupturas familiares</li> <li>• Reasignación de roles familiares a los sobrevivientes</li> <li>• Proyecto de vida.</li> </ul>

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

El **VIH y otras enfermedades de transmisión sexual**, se difunden con gran facilidad en el marco de un conflicto por diversas razones:



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 a temprana edad, debido a la falta de vigilancia y a procesos de descomposición familiar.



En ciertos contextos la sangre usada para las transfusiones en casos de emergencia puede no ser sometida a pruebas para detectar el VIH.

**Enfermedades no transmisibles:** dada la afectación de las 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. 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 la experiencia misma de la guerra puede incrementar el riesgo de sufrir diabetes, depresión y, en algunos casos, enfermedades cardíacas.

**Salud mental,** efecto silencioso: para las víctimas, familiares, comunidades e incluso para la sociedad en general, se desarrollan problemas de salud mental como el Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT), 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 incomprensión, amargura, resentimiento, agresión, y franca hostilidad. En este sentido se afirma que esta grave carga psicológica puede servir como un motor para perpetuar el conflicto. Esta situación genera afectaciones diversas: la depresión y la ansiedad; afecciones 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.

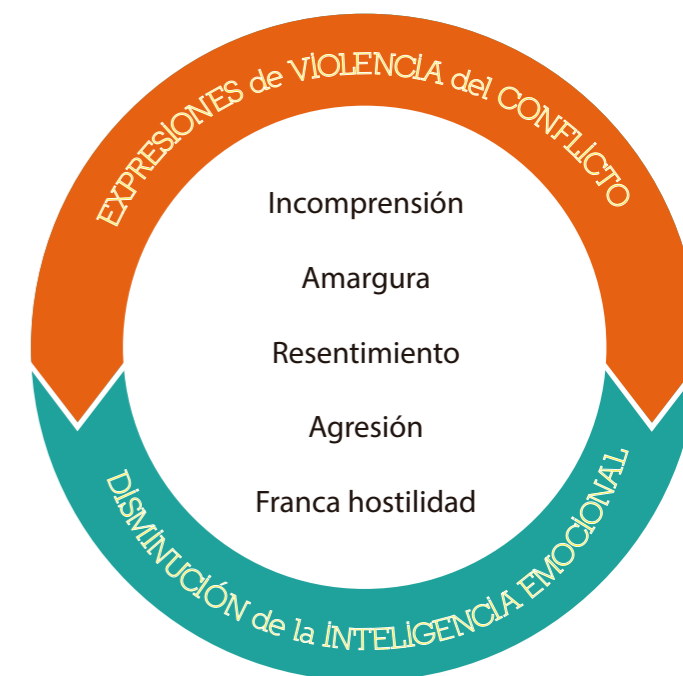
La gravedad y el tipo de trastorno en salud mental causados por la guerra dependen de aspectos como: la naturaleza y la intensidad de la violencia; si se fue testigo o víctima de actos de terror como tortura; violación; detención; persecución; exilio; desplazamiento; reubicación forzada; bombardeos y 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 socio psicológicas 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. (Ver recuadro 4)

**Discapacidad:** en el marco del conflicto armado, está especialmente relacionada con exposición a las minas terrestres. Sin embargo, también puede ser generada por mutilaciones a nivel selectivo, episodios de tortura, heridas en combate y otras transgresiones. De manera indirecta, son varios los desenlaces en salud que producen discapacidad al no contar con la medicación necesaria para su tratamiento, o las discapacidades atadas a la salud mental que impiden la inserción social y laboral de las víctimas. Así mismo, podrían incluirse en este grupo las malformaciones de los neonatos producto de la contaminación ambiental o la desnutrición, producto de las prácticas del conflicto armado.

**Salud reproductiva:** debido a la reducción o ausencia de servicios de salud reproductivos, servicios de cuidado pediátrico escasos y limitaciones en el acceso a planificación familiar, se pueden presentar efectos en el estado de salud, como por ejemplo el aumento de la mortalidad materna y la mortalidad neonatal.

**Afectaciones sobre el estado nutricional:** 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 y niñas 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.

En el Tabla 8, se describen los principales desenlaces en salud 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.



**Tabla 8.** Posibles desenlaces en salud y en servicios de salud asociados al conflicto armado en Colombia

DIMENSIÓN		DESENLACES ESPECÍFICOS
Mortalidad	Directa	Homicidio
	Indirecta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desnutrición en menores de 5 años</li> <li>• Mortalidad infantil</li> <li>• Mortalidad por EDA en menores de 5 años</li> <li>• Mortalidad por IRA</li> <li>• Mortalidad por</li> <li>• Mortalidad por tuberculosis</li> <li>• Mortalidad por malaria</li> <li>• Mortalidad por ECV</li> <li>• Mortalidad por diabetes</li> <li>• Mortalidad por asma</li> <li>• Mortalidad por operaciones quirúrgicas de urgencias</li> <li>• Suicidio</li> <li>• Mortalidad por cáncer de cuello uterino</li> </ul>
Morbilidad	Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDA en menores de 5 años</li> <li>• IRA</li> <li>• ETV (malaria; leishmaniasis, fiebre amarilla)</li> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Hepatitis</li> <li>• Meningitis</li> <li>• Enfermedades inmunoprevenibles</li> </ul>
	Enfermedades no transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones por causa externa (quemaduras, intoxicaciones)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedades asociadas a contaminación ambiental</li> <li>• Enfermedades respiratorias crónicas</li> </ul>
	Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• *Embarazos en adolescentes;</li> <li>• Mortalidad neonatal I</li> <li>• Niños con bajo peso al nacer</li> <li>• Nacimientos prematuros</li> <li>• VIH y otras ETS</li> <li>• Mortalidad materna</li> <li>• Morbilidad materna extrema</li> </ul>
	Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Síndrome de estrés postraumático;</li> <li>• Trastornos de ansiedad</li> <li>• Incremento de conductas de riesgo (aumento de consumo de alcohol, sustancias psicoactivas)</li> <li>• Comportamientos suicidas</li> <li>• Violencia intrafamiliar</li> <li>• Trastornos alimenticios</li> </ul>
Discapacidad	Física; cognitiva; sensorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amputaciones de miembros superiores o inferiores</li> <li>• Lesiones que impidan la movilidad por usos de armas.</li> <li>• Déficit de aprendizaje en niños</li> <li>• Incapacidad para adelantar proyectos de vida por enfermedades (depresión)</li> <li>• Lesiones físicas</li> </ul>
Servicios de salud	Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homicidio de trabajadores del sector</li> <li>• Déficit de personal básico en zonas de conflicto</li> <li>• Amenazas y otros ataques a personal del sector</li> </ul>
	Actividades de atención, prevención y promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de coberturas de vacunación</li> <li>• Afectación en resultados de funcionamiento de programas de prevención y control</li> <li>• Incumplimiento en tratamiento adecuado de enfermedades</li> <li>• Debilidad en funcionamiento de la vigilancia en salud pública</li> </ul>
	Suministros y equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiencias en infraestructura básica en</li> <li>• Ataques a infraestructura</li> <li>• Ataques a transporte sanitario</li> </ul>
	Acceso a servicios de salud	Disminución de acceso a servicios de salud en zonas de conflicto



## 6. Los desenlaces en salud del conflicto armado

Un análisis de este tenor requirió acceder a fuentes de información oficial como Sivigila (datos de un periodo de 8 años) y estadísticas vitales y proyecciones poblacionales del DANE, calculando tasas ajustadas por edad para cada sexo y cada municipio de Colombia, del año 1998 al 2015. El manejo de esta cantidad de información requirió de herramientas informáticas de la potencia de R. Se compararon las tasas de incidencias, mortalidad, prevalencias o proporciones, según el quintil del IIC por medio de gráficos de barras buscando identificar un patrón de gradiente. Para salud mental, se analizó la encuesta de salud mental comparando víctimas y no víctimas por medio de un modelo logístico. Adicionalmente, se realizó un análisis cualitativo de testimonios de víctimas de conflicto (ver recuadro 4), con métodos de investigación narrativa. Se seleccionaron, acorde con el marco teórico presentado, 21 eventos e indicadores (ver tabla 9) entre lesiones de causa externa, desenlaces adversos en población infantil, enfermedades transmisibles, no transmisibles y eventos relacionados la salud sexual y reproductiva.

**Tabla 9.** Eventos e indicadores de salud pública incluidos en el análisis de impacto del conflicto armado en salud

EJE	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					
	Desnutrición en menores de cinco años	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	E40- E64, D50- D53	Proyecciones población DANE					
Enfermedades transmisibles	IRA	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					
						EDA	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	A00-A09	Proyecciones población DANE
							Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	B50-B54, P373-P374	Proyecciones población DANE
						Malaria	IPA por <i>P. vivax</i>	Sivigila	NA	Población a riesgo
							IPA por <i>P. falciparum</i>	Sivigila	NA	Población a riesgo
							IPA mixta	Sivigila	NA	Población a riesgo
							IPA malaria complicada	Sivigila	NA	Población a riesgo
						Leishmaniasis	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	B55	Proyecciones población DANE
							Tasa de notificación cutánea	Sivigila	NA	Población a riesgo
							Tasa de notificación mucosa	Sivigila	NA	Población a riesgo
	Fiebre amarilla	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	A950, A951, A959	Proyecciones población DANE					
		VIH	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	B20, B21, B22, B23, B24, C46	Proyecciones población DANE				
	Tuberculosis	Tasa de mortalidad	EEVV-DANE	A15, A16, A17, A18, A19, B90, D37	Proyecciones población DANE					
		Tasa de notificación	Sivigila	A15, A16, A17, A18, A19, B90, D37	Proyecciones población DANE					
	Hepatitis	Tasa de notificación Hepatitis A	Sivigila	NA	Proyecciones población DANE					
Tasa de notificación Hepatitis B y delta		Sivigila	NA	Proyecciones población DANE						
Tasa de notificación Hepatitis C		Sivigila	NA	Proyecciones población DANE						
Tosferina	Tasa de notificación	Sivigila	NA	Proyecciones población DANE						
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						
Fecundidad	Tasa de fecundidad adolescente	EEVV-DANE	NA	Proyecciones población DANE						
Morbilidad materna extrema	Razón de morbilidad materna extrema	Sivigila	NA	EEVV-DANE						
Salud sexual y reproductiva	Mortalidad Materna	Razón de mortalidad materna	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	EEVV-DANE					

La mayoría de los eventos presentaron desigualdades en su ocurrencia por intensidad del conflicto armado, evaluadas a nivel poblacional. Estos muestran los gradientes evidenciados y el cálculo de algunas medidas de brechas relativas, estimadas como la razón entre la tasa de la población del quintil de más alto conflicto y la tasa del quintil de menor conflicto. Se presentan a continuación los eventos con los hallazgos más relevantes que comprenden el periodo entre los años 1998 y 2015:



**Enfermedades crónicas:** 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 arterial presenta un gradiente de mayor mortalidad a mayor intensidad de conflicto. Resaltan también las desigualdades por sexo, que dependen del evento analizado, donde sólo en la enfermedad isquémica del corazón se observa mayor mortalidad en hombres frente a mujeres.



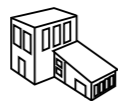
**Lesiones de causa externa:** se registraron 362.856 homicidios, el 91,9% (333.511) correspondieron a hombres. De 1998 a 2003 ocurrió el 44,7% (162.334) de las muertes, de 2004 a 2009 el 30,5% (110.769) y de 2010 a 2015 el 24,7% (89.753). Aunque no se evidenció una completa relación entre el patrón geográfico de la mortalidad por homicidios y el IIC, 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.



**Salud mental:** las personas expuestas al conflicto armado 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 y mayor exposición a otros tipos de violencia.



**Desenlaces asociados con la salud infantil:** murieron un total de 195.908 menores de un año. 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.



**Prestación de servicios:** el análisis muestra que los municipios con mayores niveles de intensidad del conflicto armado presentan peores coberturas para todas las vacunas.

Con respecto a las afectaciones según el sexo, se evidenció que, en general, los hombres tienen peores resultados que las mujeres. Las personas expuestas al conflicto tuvieron prevalencias más elevadas de algunos trastornos mentales.

En relación con las enfermedades transmisibles (ET) 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), las enfermedades transmitidas por vectores (como la malaria) y otras enfermedades transmisibles (como la tuberculosis, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual). Esto debido a que, en situaciones de conflicto, los servicios de control ambiental y los programas de salud, se ven perturbados o interrumpidos. Sin embargo, en Colombia aún son escasos los estudios que dan cuenta de la relación entre conflicto armado y las enfermedades transmisibles, lo que no permitió demostrar una completa relación entre el patrón geográfico de la morbilidad y la mortalidad de varias de las enfermedades analizadas. Los presentes datos describen el comportamiento de ET en el marco del conflicto armado durante el periodo 1998 y 2015:



**Leishmaniasis:** de tipo cutánea se notificaron 86.236 casos, el 83,5% (72.017) en hombres; 1.125 casos de leishmaniasis mucosa, el 85,1% (957) en hombres; 170 casos de leishmaniasis visceral, el 52,9% (90) correspondieron a hombres. Se registraron 131 muertes debidas a leishmaniasis, el 61,1% (131) fueron hombres. 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.



**Fiebre amarilla:** 54 muertes. 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



**Enfermedades transmitidas por vectores:** se notificaron 356.972 casos de malaria por *P. vivax*, el 63,7% (227.539) correspondieron a hombres; 168.468 casos de malaria por *P. falciparum*, el 60,9% (102.670) relacionados con hombres; 6.433 casos de malaria mixta, el 69,5% (4.468) en hombres; 3.668 casos de malaria complicada, el 60,0% (2.199) afectaron a hombres. Se registraron 1.420 muertes debidas a malaria, el 56,7% (805) fueron hombres. 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.



**Tuberculosis (TB):** se notificaron 17.873 casos nuevos. 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.



Eventos relacionados con la salud reproductiva: murieron un total de 40.579 personas a causa del VIH/SIDA, donde más de dos tercios fueron hombres. Aunque 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.



Cáncer de Cuello Uterino: en Colombia, un total de 28.938 mujeres fallecieron por esta causa. Se observó una disminución la mortalidad en el tiempo y al comparar los diferentes grupos etarios, esta aumentó con relación a la edad, siendo el grupo de las mujeres mayores de 65 quienes presentaron las mayores tasas. Al comparar la mortalidad por CCU según los quintiles de intensidad del conflicto 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.

## Peores desenlaces en salud expuestos al conflicto, de acuerdo a una síntesis de estudios realizados en Colombia sobre el tema



### **Cobertura de vacunación**

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



### **Síntomas de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años**

Por otra parte, 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. 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.



### **Inasistencia a control prenatal (CPN)**

La RP combinado en dos estudios 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. Los test marcaron heterogeneidad baja entre los estudios incluidos en el análisis.

## 6.1. Las marcas de la guerra en los mapas de la salud

### METÓDO

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 Mollie, 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. 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 elevadas; 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.

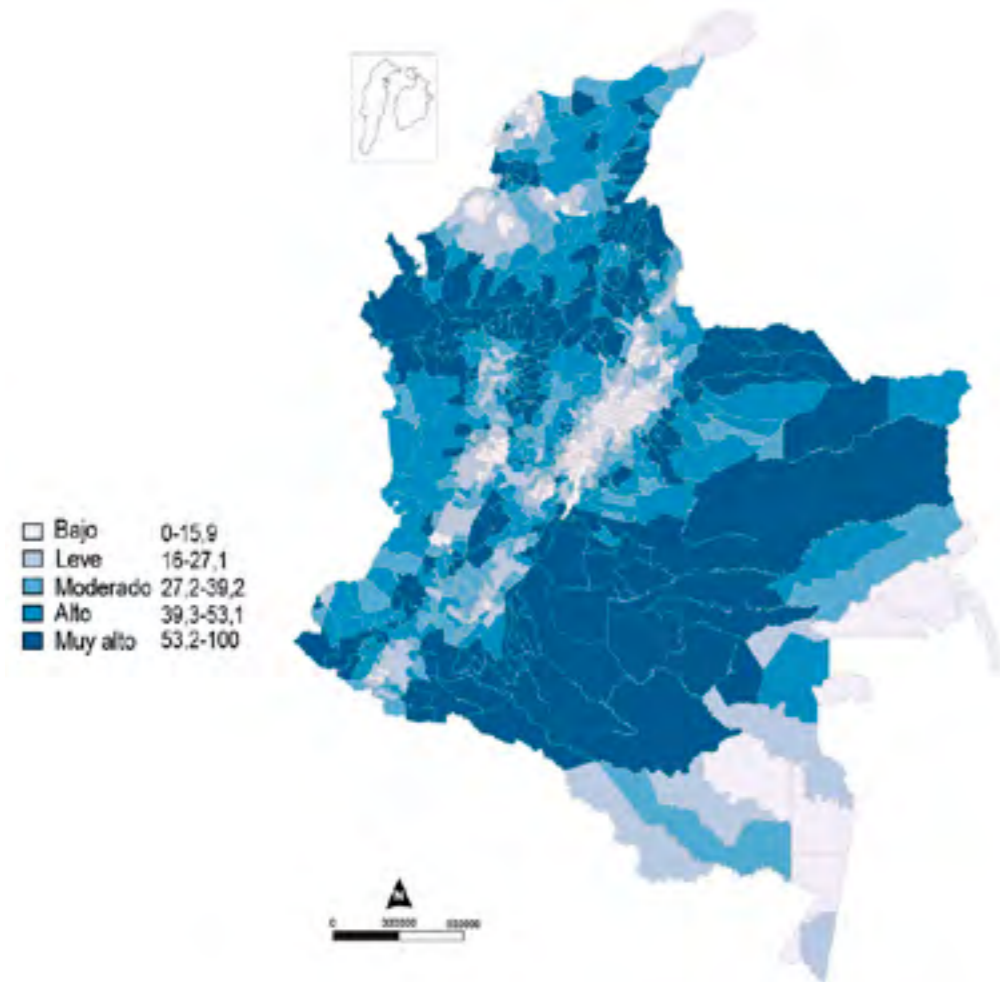


*Se compararon los patrones geográficos de los indicadores de salud y del IIC (en quintiles ambos) por medio de la superposición de mapas*

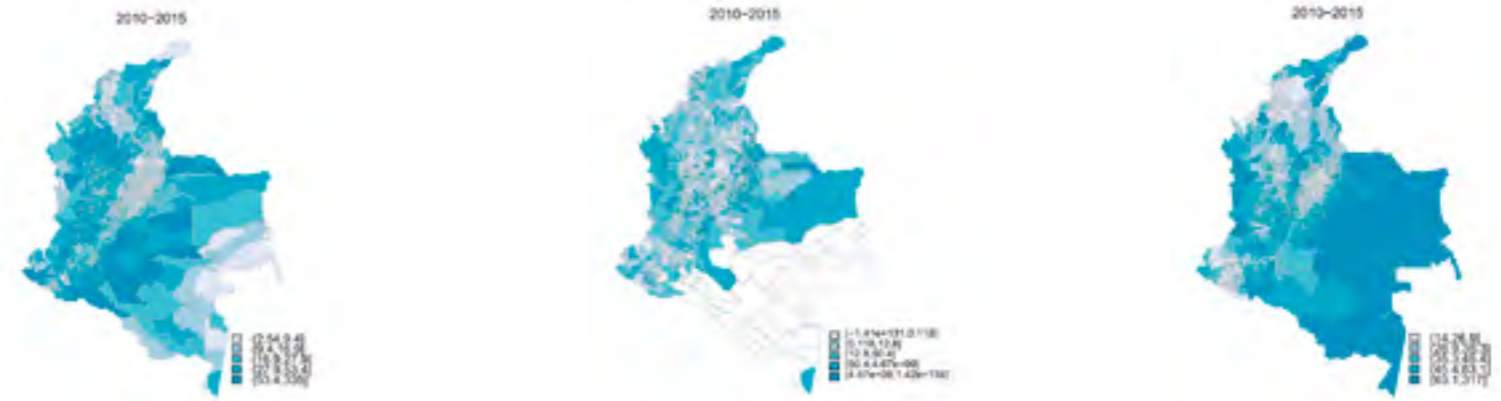
Figura 7: Comparativo geográfico de la ocurrencia de los desenlaces en salud según quintiles, en el periodo 2010 – 2015. La intensidad del color hace referencia a la intensidad de la afectación. El primer mapa revela el IIC.

**Figura 7.** Mapa de Intensidad del Conflicto Armado (IIC) en Colombia, 1985-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS



HOMBRES



MUJERES



**Figura 7A.** RME por homicidios según sexo. Colombia 2010-2015

**Figura 7B.** Razones de mortalidad estandarizadas asociadas a EDA por sexo. Colombia 1998-2015

**Figura 7C.** Mapas de razones de notificaciones por TB estandarizadas y suavizadas de TB por sexo, Colombia 2010-2015



**Figura 7D.** Razones de mortalidad estandarizadas y suavizadas de CCU, Colombia 2010-2015



**Figura 7E.** Razones estandarizadas de coberturas de vacunación de DPT por sexo, Colombia 2010-2015



## 7. Los costos económicos de la guerra

El conflicto armado en Colombia ha dejado miles de víctimas y ha generado grandes pérdidas económicas. Por esto, resulta importante conocer, a modo de ejemplo, el impacto económico de la mortalidad por algunas enfermedades transmisibles, que son más prevalentes en zonas de alto conflicto.

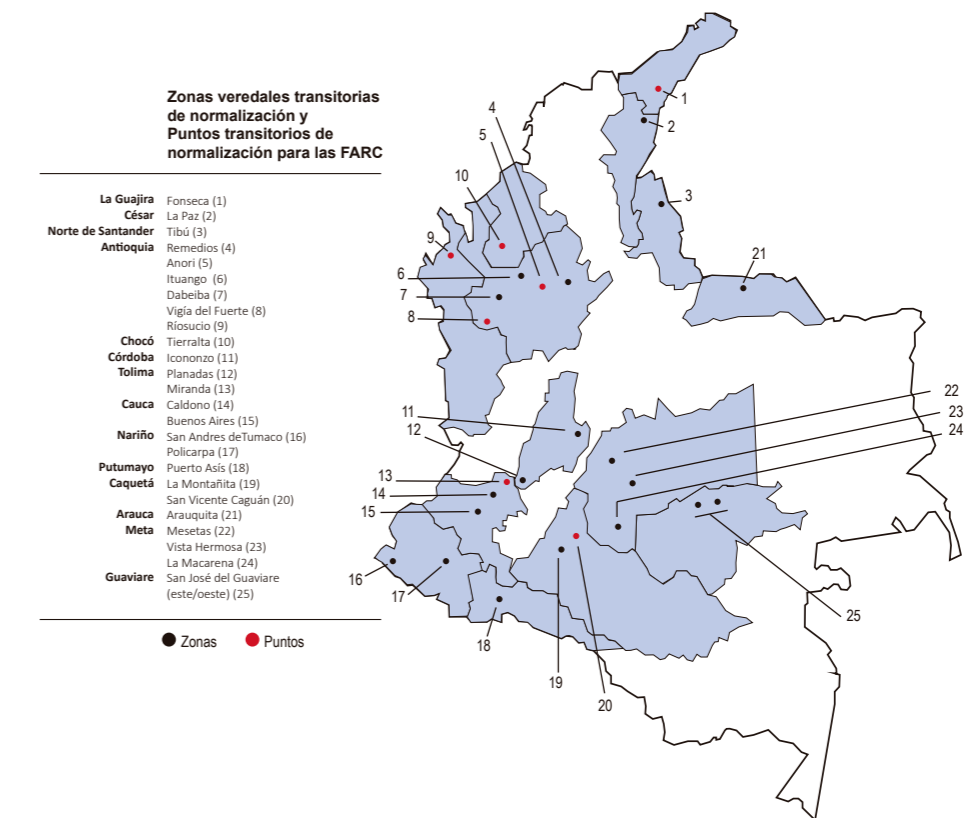
Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica sobre documentos publicados que describieran los costos relacionadas con el conflicto armado en Colombia. Respecto a las categorías de costos revisadas y teniendo en cuenta los enfoques utilizados tradicionalmente para clasificar los costos del conflicto armado, los estudios incluidos se consolidaron en tres grandes grupos: costos directos, indirectos y modelos de crecimiento.

Según Otero, 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) estimó los costos netos del conflicto armado en \$17,69 billones de pesos, lo que

## Recuadro 5

### Morbilidad y mortalidad en los municipios de las zonas veredales transitorias y puntos transitorios de normalización. Colombia, 2008-2015

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), 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 figura 1.



**Figura 8.** 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

representaría el 2,21% del PIB de 2015. Igualmente, para 1999-2003, Pinto (2005) 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. 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.

El Estado colombiano ha invertido, en diversos periodos, recursos para la lucha contra el secuestro; entre 1999-2003, destinó para este fin \$391 mil millones de pesos, cifra que disminuyó para 2007-2012 a \$189 mil millones. 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. 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 y \$1,23 billones.

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 correspondería al 0,30% del PIB de 2015. A su vez, para el periodo 1999-2003, los costos asociados a la destrucción de infraestructura fueron de \$1,83 billones.

#### **Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)**

Para el periodo de análisis 1998-2015, se estimó un total de 104'929.457 AVPP por todas las causas de muerte, de los cuales, 146.098 fueron causado por ETV (0,14%), 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 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. En ambos sexos, las mayores tasas de AVPP se presentaron en los municipios del quintil alto de conflicto.

En el periodo 1998-2015, Colombia perdió entre \$587 y 1.116 miles de millones de pesos en muertes evitables en edad productiva debido solo 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. Hallazgo que es consistente con análisis previos del ONS que evaluó la pérdida de AVPP y APVPP por todas las causas y por causas evitables. En Colombia, según datos del Registro Único de Víctimas (RUV) del año 2017, hay registradas 8.405.265 víctimas (ver tendencia en figura 9 y desagregado por hecho victimizante en tabla 10).

## Recuadro 5

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.

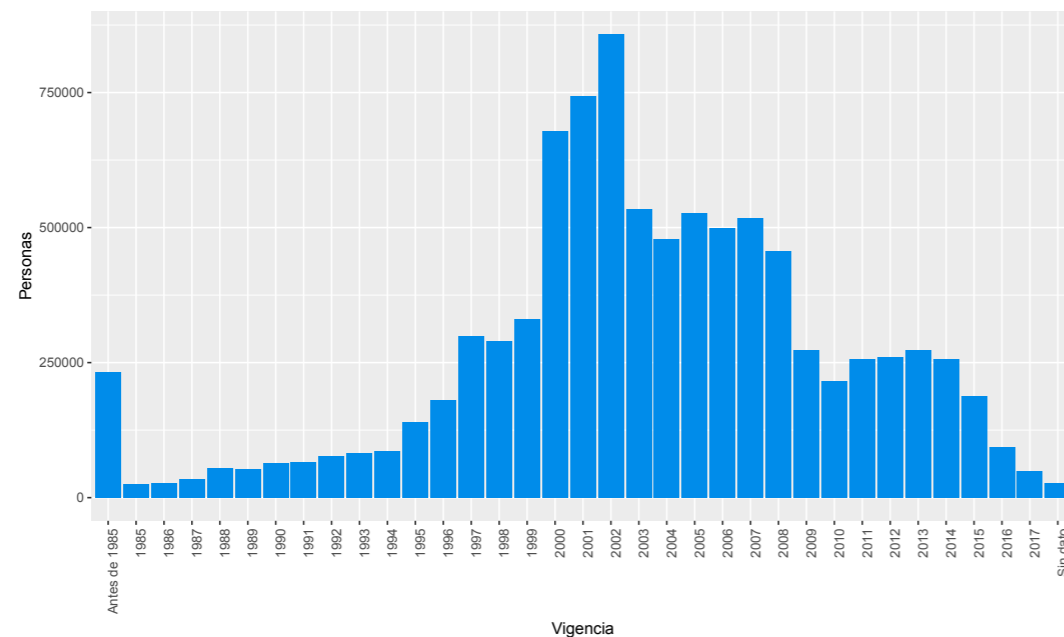
De este universo, hay un total de 1.070.014 que se reconocen como pertenecientes a una etnia Indígena, afro o Rom, lo que representa un 12,7% del total. El grupo más afectado es el negro o afrocolombiano con 823.743, seguido por grupos de indígenas con 210.128. Respecto a los hechos victimizantes catalogados por la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (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 (ver víctimas étnicas por hecho victimizante en tabla 11).



*En el periodo 1998-2015,  
Colombia perdió  
entre \$587 y \$1.116 miles  
de millones de pesos  
en muertes evitables  
en edad productiva  
debido solo a las ETV*

## 8. Las víctimas y las políticas públicas para recuperar su salud y bienestar

En Colombia, según datos del Registro Único de Víctimas (RUV) del año 2017, hay registradas 8.405.265 víctimas (ver tendencia en figura 3 y desagregado por hecho victimizante en tabla 6). De este universo, hay un total de 1.070.014 que se reconocen como pertenecientes a una etnia Indígena, afro o Rom, lo que representa un 12,7% del total. El grupo más afectado es el negro o afrocolombiano con 823.743, seguido por grupos de indígenas con 210.128. Respecto a los hechos victimizantes catalogados por la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (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 (ver víctimas étnicas por hecho victimizante en tabla 7).



**Figura 9.** Víctimas del conflicto armado en Colombia, total nacional, 1985- 2017  
Fuente: Registro Único de Víctimas. Fecha de corte agosto 1 de 2017

**Tabla 10.** 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

**Tabla 11.** 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/ combates/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 integridad 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
<b>Total</b>	<b>210128</b>	<b>32143</b>	<b>11604</b>	<b>823743</b>	<b>1600</b>	<b>1079216</b>

Fuente: RUV, 2017

### La respuesta estatal para mitigar las afectaciones en salud de las víctimas

En 1990, el Conpes 2804 de 1995, estableció el programa nacional de atención integral a la población desplazada por la violencia. 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. 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, 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 Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (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.

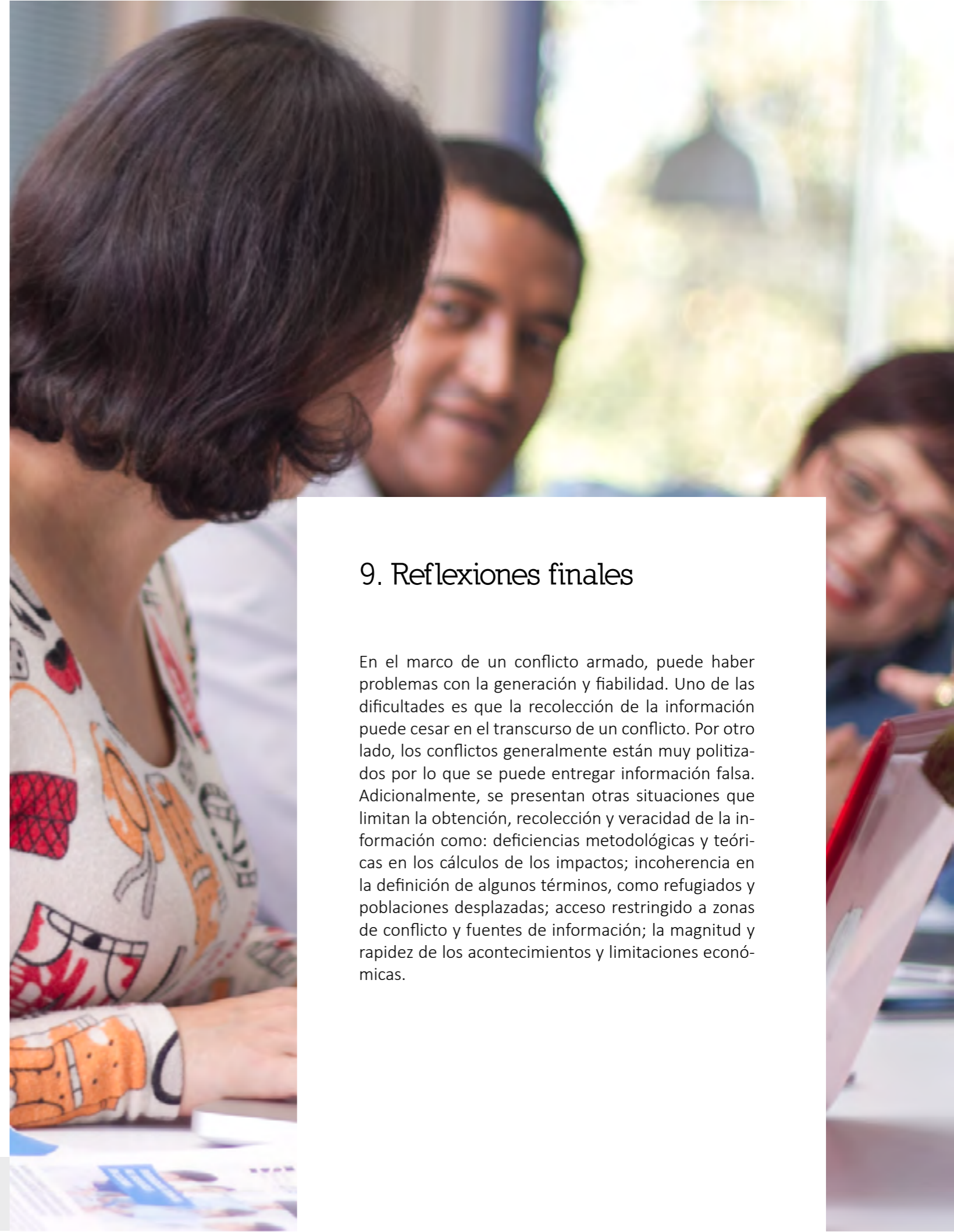
La participación se evidenció como uno de los elementos centrales dentro de la implementación del PAPSIVI, pues desde las disposiciones de la ley 1448 y las guías técnicas del MSPS las acciones que se implementen dirigidas a la población deben ser concertadas y ajustadas a las necesidades y requerimientos de las mismas. Es precisamente gracias a estos espacios de diálogo entre el gobierno y las comunidades que se ha logrado que las acciones que actualmente desarrolla el MSPS sean coherentes con las realidades y afectaciones sufridas por las poblaciones víctimas, incluso llegando a diseñar acciones específicas para grupos étnicos, cuyas afectaciones se enmarcan en lógicas mucho más colectivas.



*Es necesario que las entidades territoriales fortalezcan sus capacidades, manteniendo esquemas de corresponsabilidad territorial y coordinación nación- territorio*

## 9. Reflexiones finales

En el marco de un conflicto armado, puede haber problemas con la generación y fiabilidad. 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. Adicionalmente, se presentan otras situaciones que limitan la obtención, recolección y veracidad de la información como: deficiencias metodológicas y teóricas 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.



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 este 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 este informe 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 seguridad alimentaria, ambiente, procesos sociales y culturales, 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.



*La dinámica del conflicto en Colombia se constituye en un determinante fundamental de las desigualdades territoriales en salud*