

VIH/SIDA EN COLOMBIA:
ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE
DE LA DESIGUALDAD SOCIAL, SALUD Y
CONFLICTO ARMADO 2002-2008.

HIV/AIDS in Colombia: Analysis of the relationship between
social inequality, health and armed conflict 2002–2008.

Jeadran Nevardo Malagón Rojas
Organización Panamericana de la Salud

JEADRAN NEVARDO MALAGÓN ROJAS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. jeadranmalagon@yahoo.com

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO VOL. 19, N° 2 (2011) - ISSN 0121-3261

RESUMEN

El presente estudio ilustrará la relación que existe entre desigualdad social, VIH/SIDA y conflicto armado en Colombia 2002 - 2008.

Métodos: Las variables del estudio fueron determinadas de acuerdo con el Índice de Riesgo de Situación Humanitaria. Los datos proporcionados fueron cruzados y estudiados mediante análisis bivariado.

Resultados: El análisis de los resultados mostró dos tendencias: un grupo de departamentos con índices de Desarrollo Humano mayores a la media nacional, que presentaron altas tasas de violencia armada y de incidencia de VIH/SIDA. Otro grupo con bajos niveles de desarrollo y pobreza, altas cifras de violencia armada, pero bajas tasas de incidencia de VIH/SIDA.

Conclusiones: En el caso colombiano existe una relación demostrable entre conflicto armado, desigualdad social y VIH/SIDA, aunque el nexo de causalidad no es plenamente identificable en el caso de poblaciones donde el conflicto armado ha afectado la operativización de los servicios de Vigilancia en Salud.

PALABRAS CLAVE: “VIH”, “SIDA”, “Colombia”, “conflicto armado”

ABSTRACT

This study will illustrate the relationship between social inequality, HIV/AIDS and armed conflict in Colombia 2002 - 2008.

Methods: The study variables were determined according to the Risk Index of Humanitarian Situation. The data provided were crossed and studied by means of bivariate analysis.

Results: The analysis of the results showed two trends. A group of departments with higher than the national average Human Development Index (HDI), which showed high rates of armed violence and incidence of HIV/AIDS. Another group, with low HDI, high rates of armed violence, but low rates of incidence of HIV/AIDS.

Conclusions: In the case of Colombia a relationship has shown between armed conflict, social inequality and HIV/AIDS. Although there is a causal link is fully identifiable for populations where the armed conflict has affected the implementation of the health surveillance services.

KEYWORDS: “HIV”, “AIDS”, “Colombia”, “armed conflict”.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la teoría de la espiral de la vulnerabilidad, el conflicto armado aumenta la susceptibilidad de los individuos, las comunidades y reduce la eficacia de los Estados para proteger a sus ciudadanos (Samuels, Harvey, & Bergmann, 2008).

El conflicto afecta a las comunidades. Durante un conflicto de poderes locales de situación rompen; represión, error de las autoridades judiciales y religiosas en su papel de proteger a la persona y la sociedad. El resultado: la mayor incidencia de violencia sexual, robo y otras violaciones de los Derechos Humanos. La guerra también segrega a los individuos y las comunidades por destruir las redes de transporte, lo cual genera miedo de viajar e interrumpe las actividades de mercado (Malagón, 2009, p. 56).

A nivel gubernamental, el conflicto socava la autoridad del Estado, por lo que no puede proteger a las comunidades e individuos. Por un lado, la violencia desestabiliza sistemas sanitarios, y torna inoperables los programas de vigilancia epidemiológica. La destrucción de la infraestructura de salud, como resultado de la influencia de los conflictos armados, tiene un profundo efecto en la salud de las personas, tales como un aumento en la incidencia de enfermedades infecciosas, la malnutrición, las dificultades de acceso a la ayuda humanitaria, el desplazamiento y, por último, el aumento de la mortalidad.

El conflicto armado ha sido mostrado como un factor importante, que contribuye a la extensión de la enfermedad; brotes epidémicos a menudo coinciden con los períodos de confrontación armada y guerra (Berrang, 2007).

Para el caso del VIH/SIDA, el conflicto armado ha sido señalado como el principal factor contribuidor en la expansión de esta epidemia (Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2000); además, la presencia de conflicto armado se ha identificado como un detonador de esta enfermedad (ONU, 2008) (ONUSIDA, 2008).

La epidemia de VIH/SIDA es considerada “concentrada” en la mayor parte de los países de América Latina, y afecta grupos

específicos (hombres que tienen el sexo con hombres, usuarios de drogas endovenosas y trabajadores sexuales). Sin embargo, Colombia ha mostrado una tendencia a la generalización de la epidemia, en particular en regiones donde la transmisión por el contacto de heterosexual es predominante y hay un nivel alto de violencia armada (ONUSIDA, 2007).

Por otro lado, la política de seguridad democrática ha aumentado el pie de fuerza de las Fuerzas Militares y de Policía, pasando de ser 200.000 individuos en 2002 a casi 500.000 en 2008 (Ministerio de Defensa, Colombia, 2009). Por lo tanto, el número de combates entre fuerzas de gobierno y los grupos armados y el desplazamiento ha aumentado. Esto ha tenido un efecto indirecto que es el incremento de la interacción entre militares, combatientes y civiles, lo cual ha sido señalado como un factor de riesgo para la transmisión de la enfermedad (ONUSIDA, 1998; Nwokoji & Ajuwon, 2004: 1498-1506); Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Wollants, Schoenenberg, Figueroa, Shor-Posner, Klaskala, & Baum, 1995: 1291-1292).

El caso colombiano no ha contemplado seriamente al conflicto armado como un determinante de la salud; más aun, el programa de lucha contra la epidemia de VIH/SIDA en el país no ha integrado este concepto para llevar a cabo una campaña más efectiva.

En este trabajo demostraré la relación que existe entre conflicto armado, pobreza y VIH/SIDA en Colombia, para el periodo entre 2002 y 2008, con el fin de generar inquietudes a nivel nacional y regional para que los países de la región tengan presente la necesidad de evolucionar del concepto de Seguridad, al concepto de Seguridad Humana, que amplía la idea de seguridad más allá de las fronteras de los Estados y la soberanía, centrándose en los ciudadanos, reconociendo la necesidad de promover las libertades humanas.

MÉTODOS

Para seleccionar las variables del estudio fueron tenidas en cuenta las variables del Índice de Riesgo de Situación Humanitario (HSRI) de la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) y una revisión de la literatura. El HSRI fue desarrollado para proporcionar un panorama de riesgo de las comunidades afectadas por catástrofes naturales o conflictos armados. El índice tiene cuatro subíndices: Social, Economía, Conflicto y Capacidad de Respuesta. El subíndice de Conflicto estaba basado en 16 variables, que incluyeron: número de homicidios, tasa de desplazamiento, número de combates y número de masacres, así como, el número de incidentes de minas antipersona, asesinato de profesores, alcaldes, miembros de consejo y secuestros. Las variables con el más alto puntaje del subíndice son el desplazamiento, masacres y número de asesinatos. Se pidió la información del índice a la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios en Colombia a partir de 2000 hasta 2008. Sin embargo, OCHA informó que no tenían ningún dato antes de 2007.

Después del cruce de las variables del índice de OCHA y las variables descritas en la revisión de la literatura, las variables del estudio fueron seleccionadas¹.

1 Descripción de la variable dependiente:

El caso de VIH/SIDA: El resultado positivo sobre una selección prueba para el anticuerpo de VIH, seguido de un resultado positivo sobre un confirmativo.

Descripción de variables independientes:

Índice de desarrollo humano: Este índice resume el impacto de la actividad económica y social y el desarrollo humano en el país. Está basado en:

1. Longevidad: Mide la esperanza de la vida como el resultado de la política de asistencia médica preventiva sobre la población general.
2. Alfabetismo: Cuantifica la tasa de alfabetismo en adultos, la tasa de matriculación (en el nivel primario, secundario y terciario) y la inversión en la política educativa.
3. Ingreso: Esto es medido por el producto interno bruto y actúa como un indicador de la capacidad para adquirir bienes y servicios.
- B. Cobertura de Salud: El porcentaje de población que tiene el seguro médico en el departamento.
- C. Tarifa de homicida: Número de asesinatos por año / Población por año x 100,000.
- D. Tarifa de desplazamiento: Número de población expulsada por año / Población por año x 10,000.
- E. Acción terrorista: La acción hostil contra FFMM, la policía y población civil, así como

Posteriormente, se solicitaron los datos sobre incidencia de VIH/SIDA en Colombia al Instituto Nacional de Salud. La referente nacional de VIH/SIDA proporcionó una base de datos de Excel completa, de enero de 2002 a diciembre de 2008. Seguidamente, se solicitó información al Instituto de Medicina Legal y la Policía Nacional sobre homicidios y casos de violación donde el agresor haya sido un actor armado. Es necesario mencionar que actualmente no hay ningún registro sobre casos de violencia sexual como infracción del Derecho Internacional Humanitario. Sin embargo, debido a la importancia de esta cuestión como un factor contribuyente en la expansión del virus, se le pidió al Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP) información a este respecto. El CINEP cuenta con una base de datos en línea con registros sobre violaciones de Derechos Humanos y del DIH en Colombia desde 2001. Los datos sobre el desplazamiento interno fueron obtenidos del sitio web de Acción Social, programa presidencial para la atención de población en condición de desplazamiento.

La información sobre ataques a la Misión Médica fue obtenida de la base de datos CINEP, al no haber respuesta del Comité Internacional de la Cruz Roja.

Los datos sobre población fueron extraídos del Departamento Nacional de Estadística que ofreció las estimaciones de población según la fecha y departamento.

Los registros sobre combates, ataques terroristas, matanzas y ataques contra fueron obtenidos de la página web del Ministerio de Defensa colombiano.

La información relacionada con el prevalencia de VIH/SIDA en tropas militares y de policía fue solicitada a la División de Salud del Ejército Nacional y la Policía. Sin embargo, no hubo respuesta.

las acciones dirigidas a generar incertidumbre en la población civil. Esto comprende ataques contra FFMM, instalaciones de policía y civiles, emboscadas, hostigamiento, combates y ataques contra pueblos.

RESULTADOS

Los hallazgos de cada una de las variables serán ilustradas separadamente.

1. Índice de Desarrollo Humano (IDH)

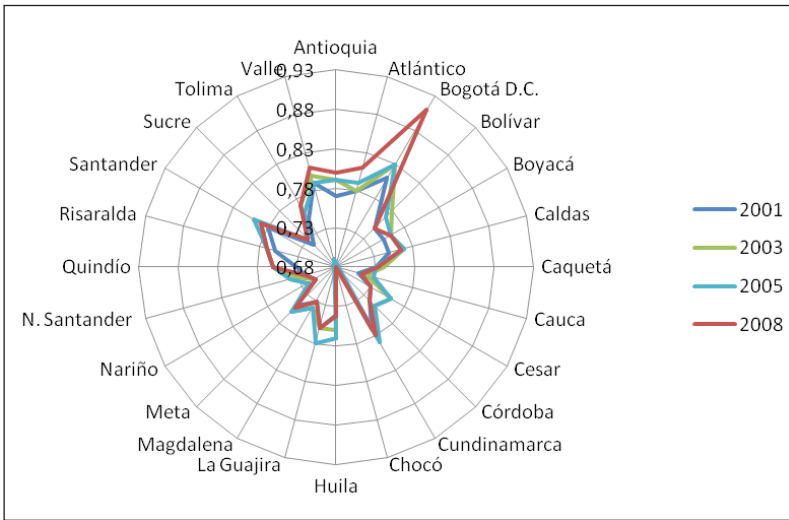
Entre 2001 y 2003 hubo un crecimiento generalizado del IDH en la mayor parte de los departamentos de Colombia. Sin embargo, desde 2004 a 2008 el IDH en los departamentos del Chocó, Caquetá, Nariño, Magdalena, Nariño, Norte del Santander, Quindío y Tolima ha crecido de forma limitada.

Tabla 1
Índice de Desarrollo Humano discriminado por subíndices Colombia
2001 - 2005

Departamento	Índice educativo					Esperanza de vida					PIB				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Prom. Nal	0,84	0,84	0,85	0,85	0,86	0,78	0,79	0,79	0,79	0,8	0,69	0,67	0,7	0,72	0,7
Antioquia	0,85	0,85	0,86	0,84	0,85	0,75	0,76	0,78	0,78	0,79	0,71	0,7	0,72	0,74	0,73
Atlántico	0,86	0,86	0,86	0,87	0,87	0,8	0,8	0,81	0,81	0,81	0,67	0,65	0,68	0,69	0,67
Bogotá D.C.	0,89	0,9	0,9	0,91	0,91	0,8	0,8	0,81	0,82	0,76	0,74	0,77	0,77	0,75	0,82
Bolívar	0,83	0,81	0,83	0,84	0,84	0,81	0,81	0,81	0,82	0,82	0,63	0,61	0,68	0,66	0,76
Boyacá	0,87	0,87	0,83	0,84	0,76	0,76	0,77	0,77	0,77	0,64	0,62	0,65	0,68	0,67	0,74
Caldas	0,83	0,84	0,85	0,84	0,85	0,77	0,77	0,78	0,79	0,79	0,65	0,64	0,66	0,7	0,68
Caquetá	0,84	0,88	0,84	0,83	0,83	0,73	0,74	0,75	0,75	0,76	0,63	0,61	0,64	0,63	0,61
Cauca	0,84	0,84	0,84	0,8	0,83	0,74	0,75	0,75	0,75	0,75	0,56	0,54	0,57	0,62	0,61
Cesar	0,78	0,8	0,77	0,8	0,82	0,76	0,78	0,78	0,79	0,63	0,61	0,68	0,67	0,72	0,73
Córdoba	0,79	0,77	0,8	0,79	0,8	0,81	0,81	0,81	0,81	0,81	0,63	0,61	0,64	0,67	0,65
Cundinamarca	0,85	0,84	0,87	0,85	0,87	0,77	0,78	0,78	0,78	0,78	0,69	0,67	0,7	0,73	0,7
Chocó	0,8	0,81	0,79	0,77	0,76	0,69	0,7	0,71	0,71	0,71	0,54	0,53	0,56	0,57	0,54
Huila	0,81	0,83	0,85	0,85	0,85	0,77	0,78	0,79	0,79	0,79	0,64	0,62	0,65	0,69	0,67
La Guajira	0,79	0,78	0,78	0,82	0,81	0,8	0,8	0,81	0,81	0,82	0,69	0,67	0,7	0,7	0,71
Magdalena	0,81	0,79	0,81	0,83	0,82	0,79	0,8	0,8	0,8	0,8	0,59	0,57	0,6	0,61	0,59
Meta	0,85	0,84	0,86	0,84	0,86	0,71	0,71	0,72	0,72	0,72	0,71	0,69	0,71	0,74	0,71
Nariño	0,82	0,81	0,81	0,82	0,83	0,75	0,75	0,76	0,76	0,76	0,55	0,53	0,56	0,6	0,58
N. Santander	0,82	0,8	0,81	0,83	0,83	0,76	0,77	0,77	0,77	0,78	0,59	0,57	0,6	0,63	0,6
Quindío	0,79	0,82	0,85	0,86	0,88	0,75	0,76	0,77	0,78	0,78	0,65	0,63	0,66	0,66	0,63
Risaralda	0,84	0,83	0,84	0,85	0,86	0,78	0,78	0,8	0,8	0,81	0,66	0,64	0,66	0,67	0,65
Santander	0,84	0,86	0,84	0,84	0,86	0,78	0,78	0,79	0,79	0,79	0,72	0,7	0,73	0,76	0,74
Sucre	0,79	0,77	0,79	0,81	0,81	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,56	0,55	0,57	0,57	0,55
Tolima	0,81	0,82	0,84	0,82	0,84	0,76	0,77	0,78	0,78	0,78	0,68	0,67	0,7	0,7	0,67
Valle	0,87	0,86	0,86	0,88	0,87	0,77	0,78	0,79	0,79	0,79	0,72	0,7	0,73	0,74	0,72

Fuente: Elaboración propia sobre datos del DANE (2009).

Cundinamarca, Atlántico, Antioquia, Valle, Santander y Bogotá D.C. mostraron un IDH que mayor del promedio nacional (0,73). Los departamentos de Cauca, Nariño, Sucre, Caquetá, y Chocó mostraron una cuenta debajo del promedio. Se debería mencionar que el IDH en Chocó (0,68) es muy cerca de la cuenta para países con los niveles bajos de desarrollo, según lo definen las Naciones Unidas.



Fuente: Elaboración propia sobre datos del DANE (2009).

Figura 1. Índice de desarrollo Colombia 2001-2008

2. Cobertura en salud²

A partir de 2002 hasta 2008 había aumentos significativos de la cobertura de salud en la mayoría de los departamentos del país. La Amazonia, Antioquia, Casanare, Cesar y Huila mostraron los incrementos más significativos. Norte del Santander, Tolima, Chocó, Caquetá, Córdoba, Cauca y Sucre han presentado las tarifas más bajas de cobertura de salud. En total 9 de los 10

² Es menester aclarar que cobertura de salud no es sinónimo de acceso a los servicios de salud.

departamentos con más baja coberturas de salud presentaron un IDH < 0,75.

Tabla 2
Tasa de cobertura en Salud Colombia
2002-2008

Departamento	2002 (%)	2008(%)	% Variación
Amazonia	58,8972754	96,1608402	37,26356472
Antioquia	63,6754945	90,8679374	27,1924429
Arauca	41,8727844	84,3325378	42,45975331
Atlántico	279,470246	405,48774	126,0174937
Bogotá D.C.	73,4672316	82,241076	8,773844434
Bolívar	50,0726452	72,2190024	22,14635717
Boyacá	63,5429291	81,1449912	17,6020621
Caldas	55,2828183	71,1083469	15,82552865
Caquetá	49,1410989	60,7698109	11,62871203
Casanare	75,1445546	105,286894	30,14233936
Cauca	49,6126566	63,0893417	13,47668513
Cesar	62,0230282	104,89904	42,8760119
Chocó	46,11218	60,1557166	14,04353659
Córdoba	45,0604666	62,929951	17,86948433
Cundinamarca	63,9765978	78,262151	14,28555322
Huila	53,4624819	95,28464	41,82215804
La Guajira	45,9367219	89,3347027	43,39798084
Magdalena	50,8273616	73,1991092	22,37174752
Meta	60,4866074	75,139306	14,65269856
N. de Santander	40,594327	59,3345725	18,74024541
Nariño	72,0486103	88,086095	16,03748473
Putumayo	56,8205009	79,2907536	22,47025273
Quindío	67,4493719	78,9459211	11,49654916
Risaralda	62,3030285	80,3213115	18,01828303
San Andrés	55,9730489	75,2671712	19,29412236
Santander	61,1734364	89,0617426	27,88830619
Sucre	47,5877608	69,4321317	21,84437087
Tolima	51,8758346	59,9883399	8,112505289
Valle Del Cauca	58,9439075	78,732093	19,78818549

Fuente: Elaboración propia sobre datos del DANE - Ministerio de Protección Social (2009).

3. Incidencia de VIH/SIDA en Colombia

A partir de 2002 hasta 2008 hubo una tendencia homogénea de incremento en la incidencia de VIH/SIDA en la mayor parte del país. Los departamentos de Atlántico, el grupo de la Amazonia, Bogotá D.C., Caldas, Casanare, Cesar, Casanare, Risaralda, Magdalena, Meta, Quindío, Sucre y Valle presentaron tasas de incidencia mayores al promedio nacional (Promedio: 17,36; Desviación Estándar: 17,06). Los departamentos con la incidencia más baja fueron: Antioquia, Arauca, Boyacá, Cauca, Córdoba, Chocó y Tolima.

Tabla 3
Incidencia de VIH/SIDA Vs. Índice de Necesidades Básicas
Insatisfechas en Colombia, 2002-2008

Departamento	Tasa incidencia VIH/Sida x 100,000 habitantes	INBI promedio 2002 - 2008
Amazonia	186,5202879	0,71
Antioquia	52,10792835	0,8
Arauca	48,74175517	0,72
Atlántico	655,7354982	0,81
Bogotá	158,7487876	0,91
Bolívar	125,6204493	0,75
Boyacá	49,03255007	0,76
Caldas	107,7046376	0,76
Caquetá	83,79122305	0,73
Casanare	115,5444846	0,72
Cauca	20,42489298	0,71
Cesar	163,0528372	0,71
Chocó	31,47794172	0,68
Córdoba	62,66729288	0,74
Cundinamarca	54,83832976	0,78
Huila	91,38351716	0,74
La Guajira	55,79683514	0,76
Magdalena	145,0762104	0,73
Meta	129,829643	0,71

Continúa...

Departamento	Tasa incidencia VIH/Sida x 100,000 habitantes	INBI promedio 2002 - 2008
Nariño	52,92093682	0,71
Norte de Santander	135,8099056	0,74
Putumayo	63,12471866	0,71
Quindío	212,0333756	0,76
Risaralda	189,6866421	0,77
San Andrés	71,00944362	0,73
Santander	56,06960365	0,79
Sucre	71,63575121	0,73
Tolima	43,00183036	0,77
Valle	230,1551806	0,8

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Salud de Colombia (2009).

4. Incidencia de VIH/SIDA en población en condición de desplazamiento

Antes de 2006 no se llevaban registros sobre casos de VIH/SIDA en población en condición de desplazamiento. Los departamentos con el número más alto de casos reportados fueron Cauca, Magdalena, Cesar y Bolívar.

Tabla 4
Casos de VIH/SIDA en población desplazada, Colombia
2006-2008

Departamento	Número de casos de VIH/SIDA en IDP
Atlántico	13
Antioquia	4
Arauca	3
Bolívar	12
Bogotá	9
Caldas	6
Cauca	38
Caquetá	1
Cesar	13
Chocó	1
Córdoba	4
Cundinamarca	8

Continúa...

Departamento	Número de casos de VIH/SIDA en IDP
Huila	9
Guajira	1
Magdalena	65
Nariño	3
Norte de Santander	2
Putumayo	12
Risaralda	1
Santa Marta	1
Santander	7
Sucre	3
Tolima	6
Valle	13

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Instituto Nacional de Salud de Colombia (2009).

5. Homicidio

Entre enero de 2002 y diciembre de 2008 un total de 137,532 personas fueron asesinadas. El 80%, con un arma de fuego y el 20% con otro tipo de armas. El 12% de las muertes fueron relacionadas directamente con el conflicto armado. Sin embargo, en más del 50% de los asesinatos el motivo o la circunstancia de la muerte no fueron registrados. Los departamentos con tasa de homicidio mayor al promedio nacional (55 por 100,000 habitantes) fueron Atlántico, Antioquia, Arauca, Caldas, Caquetá, Casanare, Meta, Norte del Santander, Putumayo, Risaralda, Valle, Meta, Cesar y Casanare, de los cuales el 71% (N=10) tenían un PIB menor al promedio nacional.

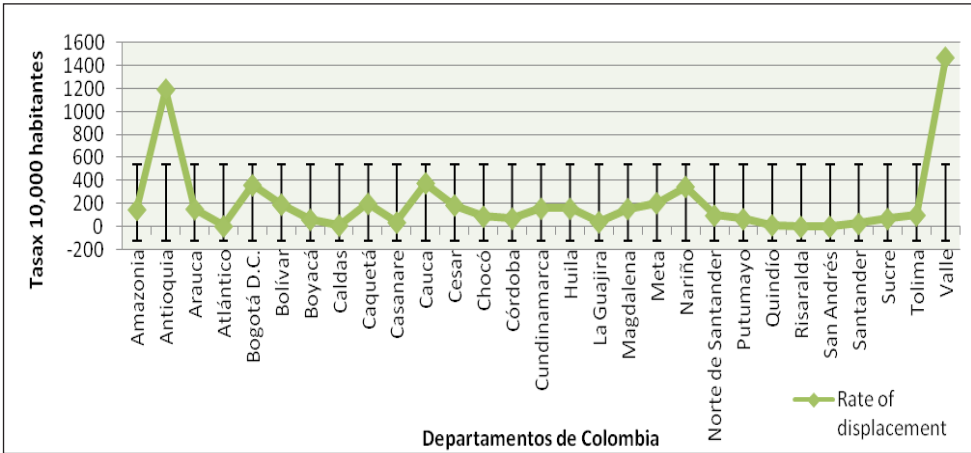
Tabla 5
Homicidio en Colombia de acuerdo al motivo
2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Conflicto armado	3024	6380	SD	2004	2176	2157	1312
Sin dato	15720	2962	SD	11138	10745	10296	10239
Total	28530	22787	19441	17910	17314	16226	15324

Fuente: Instituto de Medicina Legal, Revista *Forensis*

6. Desplazamiento

Los departamentos de Arauca, Antioquia, Bolívar, Nariño, Caquetá, Cauca, Magdalena y Arauca, el grupo de la Amazonia, Caquetá, Meta, Nariño, Norte del Santander, el Santander y Valle encabezaron la lista de los departamentos con el número más grande de desplazados internos en Colombia entre 2002 y 2008.



Fuente: Elaboración propia sobre datos de Acción Social (2009).

Figura 3. Tasa de desplazamiento en Colombia 2002-2008

7. Terrorismo

En Colombia, de 2002 a 2008 se presentaron 3.451 acciones terroristas. 84% (N= 2859) ocurrió en departamentos con IDH entre 0,68 y 0,75.

8. Masacres

Durante enero de 2002 hasta diciembre de 2008 ocurrieron 356 masacres en el territorio colombiano. Los departamentos con el mayor número de masacres durante este período fueron: Antio-

quia, Bogotá D.C., Chocó, Norte del Santander, Nariño y Valle. El 58% de las masacres ocurrieron en departamentos con IDH <0,75.

9. Asaltos contra Misión Médica

Durante el mismo período ocurrieron 20 ataques contra la Misión Médica concentrados en 9 de los 32 departamentos. Los departamentos con el mayor número de ataques contra la Misión Médica fueron Caquetá, Cauca, Chocó, Norte de Santander y Valle. 80% (N=16) de los ataques contra la Misión Médica ocurrieron en departamentos con IDH < 0.75.

10. Violencia sexual como infracción del DIH

De 2002 hasta 2008 se documentaron 39 casos de violencia sexual en los cuales el agresor fue identificado como un actor armado del conflicto (militar, policía, guerrillero o paramilitar). Es menester mencionar que actualmente los protocolos para el diagnóstico sexológico de Medicina Legal no incluyen a guerrilleros, paramilitares, militares o de policías como el presuntos atacantes. El 82% (29) de los casos de violencia sexual durante el periodo 2002–2008 ocurrieron en departamentos con IDH <0,75.

DISCUSIÓN

En general, el análisis de la dinámica del VIH/SIDA en Colombia mostró un aumento de la incidencia de la enfermedad en todo el territorio colombiano, sobre todo en el grupo etario comprendido entre los 15 y 39 años.

La teoría principal sobre el VIH/SIDA y el conflicto armado establece que el conflicto actúa como un catalizador de la epidemia (Hankins, Friedman, Zafar, & Strathdee, 2002: 2245–2252; Karkee & Shrestha, 2006: 363–367; Oxfam Internacional, 2009).

Sin embargo, para el caso colombiano es particularmente difícil el proceso de caracterizar la existencia de un vínculo entre

el aumento de la incidencia de VIH/SIDA y el conflicto armado porque prácticamente el todo el país había sido afectado por el conflicto armado.

La puesta en práctica de la política de salud para luchar contra el VIH/SIDA, como una estrategia de respuesta a los Objetivos de Milenio, ha mejorado la eficacia del sistema de vigilancia en un grupo de departamentos (manifiesto en altas coberturas en salud - >80% - y alto IDH - > 0,75 -) que presentaron las tasas más altas de incidencia de VIH/SIDA entre 2002 y 2008. Sin embargo, estos departamentos registraron las tasas de homicidio y masacres más altas del país, además del mayor número de ataques terroristas.

Una interpretación de estos acontecimientos podría ser que el conflicto puede provocar una desestabilización de los servicios de salud (incrementando la carga de enfermedades infecciosas, desnutrición, dificultades de acceso a la ayuda humanitaria, además de desplazamiento interno, etc.) pero cuando las estructuras locales de salud son fuertes, los sistemas de salud pueden continuar operando. Dichos hallazgos han sido documentados en los conflictos de Angola, Uganda, Etiopía, entre otros, por Santos-Ferreira y Mock (1990: 780–786) y Mock et al. (2004).

Sin embargo, para otros autores, el conflicto armado puede actuar como un freno de la epidemia. La pobre infraestructura vial, así como las deficientes estructuras de salud y el abandono del Estado, como resultado de una alta presencia de violencia armada, puede redundar en el aislamiento de las comunidades. En estos casos, documentados por el Centro Internacional de la Migración y la Salud, autores como Spiegel afirman que la intensidad del conflicto armado era inversamente proporcional a la tasa de incidencia de VIH (International Centre for Migration and Health, 2000; Spiegel et al., 2007: 2187-2195; Strand, Fernandes, Bergstrom, & Andersson, 2007: 467-471).

En esta investigación se halló un grupo de departamentos con una fuerte presencia de violencia armada, manifestada en las tasas de homicidio, matanzas y infracciones del DIH, que mostraron una baja incidencia de VIH/SIDA. Es necesario men-

cionar que estos departamentos también presentaron un Índice de Desarrollo Humano y cobertura en salud menor al promedio nacional. En estos casos la violencia armada parece haber contribuido a desestabilizar los programas de vigilancia epidemiológica, ocultando un gran número de casos.

Las cifras de homicidios y masacres son una cuestión preocupante. A pesar de que no es posible establecer una relación directa entre el conflicto armado y el número de asesinatos, ya que según el Instituto de Medicina Legal solamente el 12% de los homicidios con arma de fuego se debieron al enfrentamiento armado. Sin embargo, al 50% de los homicidios no le fue señalado ninguna causa o motivo. Esto podría deberse a un subregistro de las muertes asociadas con el conflicto armado. Estudios más detallados deberían realizarse sobre este aspecto.

En cuanto al caso de desplazamiento interno en Colombia, no existe suficiente evidencia para afirmar o negar que el desplazamiento haya sido un detonante de la epidemia. En primera instancia, en Colombia solo hasta el 2006 se estableció que la población en condición de desplazamiento era un grupo vulnerable que merecía especial consideración respecto al VIH/SIDA. De este modo, los registros de casos de VIH/SIDA en desplazados no existen antes del año 2006. Por otro lado, la incidencia de VIH/SIDA en esta población reportada de 2006 a 2008 refleja una incidencia del virus menor al promedio nacional (0,4%). Estos hallazgos corroboran los últimos estudios académicos que señalan que no existe evidencia para apoyar las aseveraciones que afirman que el aumento de la incidencia de VIH/SIDA en los países del África Subsahariana se debe, en parte, a que los desplazados y refugiados han sido un vector de transmisión para las comunidades anfitrionas (Spiegel P. B., 2004: 322-339; Leroy, Ntawiniga, Nziyumvira, Kagubare & Salamon, 1995: 1488-1490; ACNUR, 2009).

Los hallazgos de esta investigación pueden ser de ayuda para el Ministerio de la Protección Social y el programa Acción Social, con el fin de hacer una mejor evaluación de la epidemia de VIH/SIDA y cualificar sus consideraciones para la atención de personas en condición de desplazamiento.

Aunque no fue posible conocer datos sobre la prevalencia e incidencia del virus en militares y grupos armados, ya que por razones de seguridad las FFMM y de Policía se negaron a entregar esta información, es posible deducir alguna información que concuerda con los datos de la literatura médica, que afirman que los militares son un grupo de alto riesgo (Baa, O'Reganb, Nachegac & Cooperd, 2008: 88-100; Tiwari, Talwar, V.V.Panvelkar & M.A.Tutakne, 1992: 80-84).

Comparando las variables en la incidencia de VIH/SIDA y el número de ataques terroristas (entendido como el número de combates, hostigamientos, ataques a estructura militar, etc.), 8 de los 32 departamentos de Colombia con mayor número de ataques terroristas presentaron una incidencia de VIH $> 0,7$. Esto podría sugerir que la interacción aumentada entre civiles y combatientes (fuerzas estatales y grupos ilegales) hubiera contribuido a un aumento de la epidemia de VIH/SIDA en el país. Sin embargo, es necesario hacer una investigación más profunda a este respecto.

Los ataques contra la Misión Médica sucedieron en un 90% de las veces en departamentos con IDH $< 0,75$. Esto señala la incapacidad de parte del Estado para garantizar la seguridad social a ciudadanos colombianos que pueden influir en la capacidad de manejar sistemas de vigilancia de VIH/SIDA.

Los resultados de los casos de violencia sexual ligados al conflicto armado están lejos de dar un diagnóstico (Amnistía Internacional, 2004). A pesar de que Oxfam y Amnistía Internacional, entre otros, han hecho avances considerables en la denuncia de la infracción de derechos sexuales, hay un gran vacío de información. Con los datos actuales no puede ser afirmado (ni negado) que, para el caso colombiano, la violencia sexual —como un mecanismo de guerra— es un vector de la epidemia de VIH/SIDA.

CONCLUSIONES

La epidemia de VIH/SIDA es considerada “concentrada” en la mayor parte de los países de América Latina continental, y afecta

grupos específicos. A pesar de que Colombia tiene uno de los Índices de Desarrollo Humano más altos en la región, mejorado su cobertura de salud —que se elevó al 85 % de la población total en 2009—, el país ha mostrado una tendencia a la generalización de la epidemia, en particular en regiones donde la transmisión por el contacto de heterosexual es predominante y hay un nivel alto de violencia armada. Parece que el conflicto armado, ausente en la mayor parte de los países de la región, ha desempeñado un papel en la expansión de la epidemia a partir de 2002, cuando entró en una de sus fases más fuertes.

Adicionalmente, se evidenció que la guerra aumenta la vulnerabilidad de individuos y comunidades, así como ha reducido la eficacia del Estado colombiano para proteger a sus ciudadanos. Es así como el conflicto armado ha afectado negativamente el nivel de desarrollo del país, aumentando las dificultades de acceso a la ayuda humanitaria y el desplazamiento.

El 60% de los departamentos con mayor tasa de violencia armada tuvieron las tasas más altas de VIH/SIDA. Las manifestaciones violentas del conflicto armado fueron más altas en regiones donde había una tasa más alta de incidencia de VIH/SIDA. En estos casos, el conflicto parece haber jugado un papel en la expansión de la epidemia. Sin embargo, hubo otros grupos de departamentos, caracterizados por una presencia fuerte de violencia armada, que presentó tasas bajas de VIH/SIDA. En estos casos, la violencia armada pareció inhabilitar la capacidad operativa de los programas de vigilancia epidemiológicos.

A pesar de que los principales actores del conflicto colombiano (fuerzas del Estado, paramilitares y guerrilleros) han sido identificados como un grupo de riesgo por ONUSIDA, no existen datos sobre la prevalencia de VIH/SIDA en los miembros de la fuerza pública y los grupos armados. Es necesario realizar estudios más detallados a este nivel, además de posibilitar el acceso a la información “privada” para diseñar estrategias más eficaces que permitan reducir la expansión de la enfermedad en los grupos militares y armados ilegales.

Aunque gran parte de la literatura que existe respecto al VIH/SIDA y conflicto armado ha documentado las consecuencias de abuso sexual como crimen de guerra —que contribuyen a la vulnerabilidad creciente de mujer en las situaciones de conflicto armado—, la falta de información sobre esta situación, secundario a la ausencia de instrumentos públicos para medirlo, no permitió determinar la existencia de un nexo entre la violencia sexual como crimen de guerra y el aumento de la incidencia de VIH/SIDA en el país. Es necesario fortalecer el sistema legal para documentar estos delitos de lesa humanidad.

A pesar de que las cifras de incidencia de la enfermedad en la población en condición de desplazamiento era inferior que en la población general, es necesario considerar que los instrumentos de vigilancia epidemiológica no están completamente adaptados a la situación del contexto colombiano, dado que no existe información de este grupo poblacional y VIH/SIDA anterior a 2007.

Finalmente, el caso de los departamentos que mostraron altas tasas de violencia armada con baja incidencia de VIH/SIDA merece el interés especial porque ellos podrían ser la punta del iceberg que oculta una enorme cantidad de subdiagnóstico, que emergería a luz en la fase de postconflicto.

BIBLIOGRAFÍA

- ACNUR 2008. “Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons”. < HYPERLINK “<http://www.unhcr.org/4a375c426.html>” <http://www.unhcr.org/4a375c426.html> > Recuperado el 06 de febrero 2011.
- Amnistía internacional. Colombia: datos y cifras cuerpos marcados, crímenes silenciados, Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado”. < HYPERLINK “<http://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR23/051/2004/es/1bfe86e8-faab-11dd-b6c4-73b1aa157d32/amr230512004es.pdf>” <http://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR23/051/2004/es/1bfe86e8-faab-11dd-b6c4-73b1aa157d32/amr230512004es.pdf> > Recuperado el 7 de marzo 2010.

- Baa, O., O'Reganb, C., Nachegac, J., & Cooperd, C. (2008). HIV/AIDS in African militaries: an ecological analysis. *Medicine, Conflict and Survival*, XXIV (2).
- Berrang, L. (2007). Civil conflict and sleeping sickness in Africa in general and Uganda. *Conflict and Health*, I(6).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). HIV Prevalence Trends in Selected Populations in the United States: Results from National Serosurveillance, 1993–1997. < HYPERLINK “http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/reports/hiv_prevalence/pdf/HIVPrevalence.pdf” http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/reports/hiv_prevalence/pdf/HIVPrevalence.pdf > Recuperado el 07 de enero de 2011
- Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. UN Security Council Resolution 1308 (2000) on the Responsibility of the Security Council in the Maintenance of International Peace and Security: HIV/AIDS and International Peace-keeping Operations. < HYPERLINK “http://data.unaids.org/pub/Base Document/2000/20000717_un_sresolution_1308_en.pdf” http://data.unaids.org/pub/Base Document/2000/20000717_un_sresolution_1308_en.pdf > Recuperado el 10 de enero 2011.
- Hankins, C. A., Friedman, S. R., Zafar, T., & Strathdee, S. A. (2002). Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *AIDS*, XVI, 2245–2252.
- International Centre for Migration and Health. *Demobilization and its implication for HIV/AIDS Background*. < HYPERLINK “<http://www.certi.org/publications/policy/demobilization-6.PDF>” <http://www.certi.org/publications/policy/demobilization-6.PDF> > acceso 25 de abril de 2011.
- Karkee, R., & Shrestha, D. (2006). HIV and conflict in Nepal: Relation and strategy for response. *Kathmandu University Medical Journal*, IV (3).
- Leroy, V., Ntawiniga, P., Nziyumvira, A., Kagubare, J., & Salamon, R. (1995). HIV Prevalence among Pregnant Women in Kigali, Rwanda”. *The Lancet*, 346, 1488–149.
- Malagón, J. N. (2009). Chapter IV: Definition of Conflict. En J. N. Rojas, “*Influence of the armed conflict in the increasing of the incidence*

- of HIV/AIDS in Colombia 2002–2008*. [Tesis de maestría] NOHA Master, Universidad de Deusto, Bilbao, España.
- Ministerio de Defensa, Colombia. “Alcances de la seguridad democrática.” < HYPERLINK “http://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Documentos/descargas/Sobre_el_Ministerio/Planeacion/ResultadosOperacionales/Resultados%20Operacionales%20Ene%202010.pdf” http://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Documentos/descargas/Sobre_el_Ministerio/Planeacion/ResultadosOperacionales/Resultados%20Operacionales%20Ene%202010.pdf > acceso 8 de marzo 2011.
- Mock, N. B., Duale, S., Brown, L. F., Mathys, E., O’Maonaigh, H. C., Husn, N. K., et al. (2004). Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerging Themes in Epidemiology*, I (6).
- Nwokoji, U. A., & Ajuwon, A. J. (2004). Knowledge of AIDS and HIV risk related sexual behavior among Nigerian naval personnel. *BMC Public Health*, IV (24), 1498-1506.
- Oxfam Internacional. (2011) La violencia sexual en Colombia. < HYPERLINK “<http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-sexual-violence-colombia-sp.pdf>” <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-sexual-violence-colombia-sp.pdf> > acceso 15 de marzo de 2011.
- ONUSIDA. “AIDS and the military”. (1998) < HYPERLINK “http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_en.pdf” http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_en.pdf > acceso 06 de enero de 2011.
- Samuels, F., Harvey, P., & Bergmann, T. “HIV and AIDS in Emergency Situations”. < HYPERLINK “<http://www.odi.org.uk/resources/download/3276.pdf>” <http://www.odi.org.uk/resources/download/3276.pdf> > acceso 26 de abril 2011.
- Santos-Ferreira, M., Cohen, T. L., Almeida, M. H., Chamaret, M. J. & Montagnier, L. (1990). A study of seroprevalence of HIV-1 and HIV-2 in six provinces of People’s Republic of Angola: clues to the spread of HIV infection. *AIDS*, III, 780–786.
- Spiegel, P. B. (2004). HIVAIDS among Conflict-affected and Displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters*, XXVIII; (3).

- Spiegel, P. B., Bennedsen, A. R., Claass, J., Bruns, L., Patterson, N., Yiweza, D., et al. (2007). Prevalence of HIV infection in conflict affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*, 369 (9580).
- Strand, R., Fernandes, L., Bergstrom, S., & Andersson, S. (2007). Unexpected low prevalence of HIV among fertile women in Luanda, Angola. Does war prevent the spread of HIV? *International Journal of STD & AIDS*, XVIII, 467-471.
- Tiwari, V., Talwar, S., V.V.Panvelkar, & M.A.Tutakne. (1992). "Wars and sexually transmitted diseases in the Indian Army". *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, XII (2).
- ONUSIDA. "AIDS and the military". < HYPERLINK "http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_en.pdf" http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_en.pdf > acceso 06 de abril de 2011.
- ONUSIDA (2008). *Global Report on the AIDS epidemics*. Geneva: Publicaciones de ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). ONUSIDA Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. < HYPERLINK "http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20081219__me_of_prevention_in_most_at_risk_populations_es.pdf" http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20081219__me_of_prevention_in_most_at_risk_populations_es.pdf > acceso 06 de abril de 2011.
- Organización de las Naciones Unidas. "United Nations Millenium Development Goals". < HYPERLINK "<http://www.un.org/millenniumgoals/>" <http://www.un.org/millenniumgoals/> > acceso 12 de abril 2011.
- Wollants, E., Schoenberg, M., Figueroa, C., Shor-Posner, G., Klas-kala, W., & Baum, M. K. (1995). Risk factors, and patterns of HIV-1 transmission in the El Salvador military during war time. *AIDS*, IX (11).