

Influencia del conflicto armado en el aumento de la incidencia de VIH/sida en Colombia, durante el periodo 2002-2008

JEADRAN NEVARDO MALAGÓN¹

Resumen

Introducción. Hasta el año 2000, la prevalencia de VIH/sida en Colombia era de 0,4%. La intensificación del conflicto armado ha coincidido con un aumento en la incidencia del virus. El presente estudio está enfocado en determinar la existencia de un vínculo entre el aumento de las tasas de VIH/sida y el conflicto armado en el país de 2002 a 2008.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La población de estudio fueron hombres y mujeres entre los 15 y 59 años, residentes en el territorio nacional, a los cuales se les diagnosticó infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) durante el periodo 2002-2008. Las variables fueron seleccionadas del índice de riesgo de situación humanitaria. Los datos fueron analizados en tablas de análisis bivariado.

Resultados. Durante el periodo en mención, se registraron 121.548 asesinatos, 3.451 actos terroristas, 2'894.306 desplazados internos y 356 masacres. El 60% de las manifestaciones violentas del conflicto ocurrió en 9 de los 33 departamentos de Colombia.

Además, se reportaron 28.518 nuevos casos de VIH/sida. El 70% (17.862) de los casos estuvo concentrado en seis departamentos.

El 66% (10) de los departamentos con las mayores cifras de violencia también resultaron ser los departamentos con un alto índice de desarrollo humano, mayor de 0,7. Los departamentos con un índice mayor de 0,75 tuvieron una incidencia de VIH mayor de 0,6%. Los departamentos con un índice menor de 0,75 reportaron una incidencia de VIH/sida menor de 0,6%.

La incidencia de infección entre la población en condición de desplazamiento fue menor de 0,6%. La relación hombres/mujeres con el virus fue de 2,68:1,4.

1 Médico y cirujano, especialista en Derechos Humanos; MA. International Humanitarian Assistance. Consultor Organización Panamericana de la Salud.

Conclusiones. La epidemia de Colombia ha mostrado una tendencia a expandirse, en particular, en regiones donde la transmisión por el contacto de heterosexuales es predominante y donde el conflicto armado tiene una mayor intensidad.

El caso de los departamentos que mostraron altas cifras de violencia armada pero bajas tasas de incidencia de VIH/sida, merece un interés especial porque podrían ocultar una enorme cantidad de subdiagnóstico, que saldría a luz en el caso de un acuerdo de paz entre el Estado y los grupos armados.

Palabras clave: VIH/sida, guerra, conflicto armado, Colombia.

Title

Influence of the armed conflict in the increasing of the incidence of HIV/AIDS in Colombia 2002-2008

Abstract

Introduction: Up until 2000 the overall estimated prevalence of HIV/AIDS in Colombia was 0.4%. The intensification of the armed conflict has coincided with a rise in the prevalence of HIV/AIDS. This study was focused on determining the relationship between the rise in HIV/AIDS and the armed conflict in Colombia (2002-2008).

Methods: The present research was descriptive and retrospective. The population studied was men and women in the 15-59 age range resident in the Colombian territory, who were diagnosed as HIV (+) from January 2002 to December 2008. Variables of the study were chosen from the Humanitarian Situation Risk Index. The dates were analysed in bivariate tables.

Results: From 2002 to 2008 there were 28,518 reported new cases of HIV/AIDS. 70% (17,862) of the cases were concentrated in 6 departments.

There were 121,548 documented murderers, 3,451 terrorist acts, 2,894,306 IDP and 356 massacres.

60% of the violent manifestations of the conflict occurred in 9 out of 33 departments of Colombia.

66% of the departments with the greatest rates of violence also turned out to be the departments with a high Human Development Index, (HDI)>0.7. The departments with HDI>0.7 reported an incidence of HIV>0,6%. The departments with HDI<0.7 reported an incidence of HIV/AIDS<0,6%.

Incidence of HIV infection among IDP was <0,6%. The ratio of men to women living with the virus was 2.68:1.4.

Conclusions: Colombia's epidemic has shown a tendency to spread, particularly in regions where the transmission by heterosexual contact is predominant, and where there is a high level of armed violence.

The case where departments showed higher rates of armed violence, but low rates of HIV/AIDS, deserve special attention, because they could hide an enormous amount of underdiagnosis, which will come to light in the event of a peace agreement between the State and illegal forces.

Key words: AIDS/HIV, war, armed conflict, Colombia

Introducción

El Consejo de Seguridad y la Asamblea General de las Naciones Unidas han declarado que el conflicto armado ha sido el contribuidor principal en la expansión de la epidemia de VIH/sida[1]. Además, han afirmado que la presencia de conflicto armado tiende a aumentar la prevalencia de VIH/sida[2,3].

La epidemia de VIH/sida se considera “concentrada” en la mayor parte de los países de América Latina,

afectando grupos específicos (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas 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 heterosexual es predominante y donde hay un nivel alto de violencia armada[4].

Por otro lado, la política de seguridad democrática ha aumentado el pie de fuerza de las Fuerzas Militares y de la Policía, pasando de ser de 200.000 en 2002 a casi 500.000 en 2008[5]. Por lo tanto, el número de combates entre las fuerzas del gobierno y los grupos armados, y el desplazamiento han aumentado. Esto ha tenido un efecto indirecto, que es el incremento de la interacción entre militares, combatientes y civiles, lo cual se ha señalado como un factor de riesgo para la transmisión de la enfermedad[6-9].

Mediante una revisión de la literatura científica, se ha analizado el caso colombiano con el fin de determinar si existe una relación entre la intensificación del conflicto armado en la última década y el aumento de la incidencia de VIH/sida en el país.

Métodos

La presente investigación es un estudio descriptivo y retrospectivo enfocado en determinar la relación entre el aumento de la prevalencia de VIH/

sida entre enero 2002 y diciembre 2008, en Colombia.

Los criterios de inclusión fueron:

- a. Hombres y mujeres entre los 15 y 59 años de edad.
- b. Población con diagnóstico de VIH positivo entre enero 2002 y diciembre 2008.
- c. Población a la que se le hizo diagnóstico de sida entre enero 2002 y diciembre 2008, pero que no se le había hecho diagnóstico de VIH positivo previamente.
- d. Residentes en el territorio colombiano en el periodo mencionado anteriormente.

Los criterios de exclusión fueron:

- a. Colombianos a quienes se les hizo el diagnóstico de VIH/sida fuera del territorio colombiano.
- b. Colombianos a quienes se les hizo el diagnóstico de VIH antes de enero 2002.

Para seleccionar las variables del estudio se tuvieron en cuenta las variables del índice de riesgo de situación humanitaria de la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) y una revisión de la literatura.

El índice fue desarrollado para proporcionar un panorama de riesgo de las comunidades afectadas por catástrofes naturales o conflictos armados. El índice tiene cuatro subíndices: so-

cial, economía, conflicto y capacidad de respuesta. El subíndice de conflicto estaba basado en 16 variables, que incluían: número de homicidios, tasa de desplazamiento, número de combates y número de masacres, así como el número de incidentes de minas antipersonal, asesinato de profesores, alcaldes, miembros de consejo y número de secuestros. Las variables con el más alto puntaje del subíndice son: desplazamiento, masacres y número de asesinatos. Se pidió la información del índice a la OCHA en Colombia a partir de 2000 y hasta 2008; sin embargo, informó que no tenían ninguna información antes de 2007.

De abril de 2009 hasta agosto de 2009, se hizo una búsqueda sin restricciones de idioma en Pubmed y Medline, usando términos MeSH

(HIV, AIDSsida, armed conflicto, refugee, military). Se seleccionaron 33 artículos originales de las bases de datos que contenían información sobre la relación entre el VIH/sida y el conflicto armado.

Después del cruce de las variables del índice de OCHA y las variables descritas en la revisión de la literatura, se seleccionaron las variables del estudio².

Posteriormente, se solicitaron los datos sobre incidencia de VIH/sida en Colombia, al Instituto Nacional de Salud. El Centro Nacional de Referencia 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 a la Policía Nacional sobre homicidios y ca-

2 Variable dependiente:

Caso de VIH/sida: el resultado positivo de una prueba para el anticuerpo de VIH, seguido de un resultado positivo sobre un confirmatorio.

Variables independientes:

A. Índice de desarrollo humano: 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 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: se mide 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. Tasa de homicidios: número de asesinatos por año/población por año por 100.000.

D. Tasa de desplazamiento: número de población expulsada por año/población por año por 10.000.

E. Acción terrorista: la acción hostil contra fuerzas armadas, la población nacional, de policía y civil, así como las acciones dirigidas a generar la incertidumbre la población civil. Esto comprende ataques contra fuerzas militares, instalaciones de policía y civiles, emboscadas, hostigamiento, combates y ataques contra pueblos.

tos de violación en los cuales el agresor hubiera 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 derecho internacional humanitario en Colombia desde 2001. Los datos sobre el desplazamiento interno fueron obtenidos del sitio Web del programa presidencial para la atención de población en condición de desplazamiento, Acción Social.

La información sobre ataques a la misión médica fue obtenida de la base de datos del 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 población civil se obtuvieron de la página Web del Ministerio de Defensa de Colombia.

La información relacionada con la prevalencia de VIH/sida en tropas mili-

tares y de policía se solicitó a la División de Salud del Ejército Nacional y de la Policía. Sin embargo, no hubo respuesta.

Los datos recolectados de las distintas fuentes se almacenaron en el programa estadístico SPSS®, discriminando año y departamento. Posteriormente, se crearon tablas para análisis bivariado, comparando la variable dependiente (casos de VIH/sida por año en cada departamento) con cada una de las variables independientes. Los resultados son producto del análisis de las tablas comparativas de las variables.

Resultados

Los hallazgos de cada una de las variables se ilustran por separado.

Índice de desarrollo humano

Entre 2001 y 2003, hubo un crecimiento generalizado del índice de desarrollo humano en la mayor parte de los departamentos de Colombia. Sin embargo, de 2004 a 2008, dicho índice creció de forma limitada en los departamentos de Chocó, Caquetá, Nariño, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Quindío y Tolima. Los departamentos de Cundinamarca, Atlántico, Antioquia, Valle y Santander y Bogotá, D.C., mostraron un índice de desarrollo humano por encima del promedio nacional (0,73). Los departamentos de Cauca, Nariño, Sucre,

Caquetá y Chocó, mostraron una cifra por debajo del promedio. Se debe mencionar que el índice de desarrollo humano en el departamento de Cho-

có (0,68) es muy similar al de países con los niveles bajos de desarrollo, según las definiciones de las Naciones Unidas.

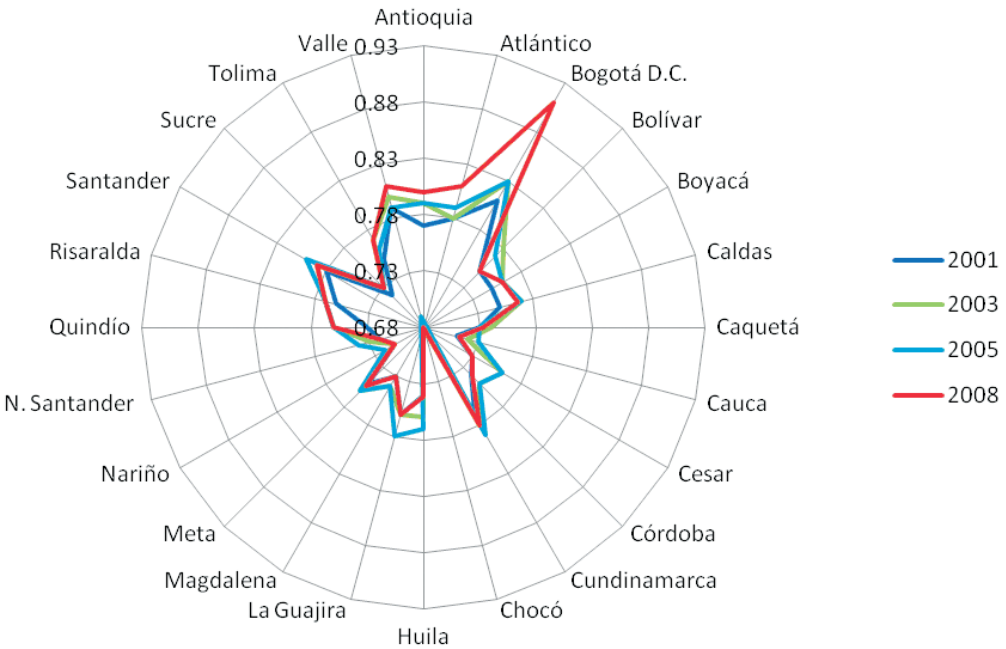


Figura 1. Índice de desarrollo, Colombia, 2001-2008

Cobertura en salud

A partir de 2002 y hasta 2008, hubo 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 de Santander, Tolima, Chocó, Caquetá, Córdoba, Cauca y Sucre, presentaron las cifras más bajas de cobertura de salud.

Tabla 1. 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 |
| Norte 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: DANE - Ministerio de Protección Social.

Incidencia de VIH/sida en Colombia

A partir de 2002 y hasta 2008, hubo una tendencia homogénea de incremento en la incidencia de VIH/sida en la mayor parte del país. Los departamentos de Atlántico, Caldas, Casanare, Cesar, Casanare, Risaralda, Magdalena, Meta,

Quindío, Sucre y Valle, el grupo de la Amazonia y Bogotá, D.C., 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.

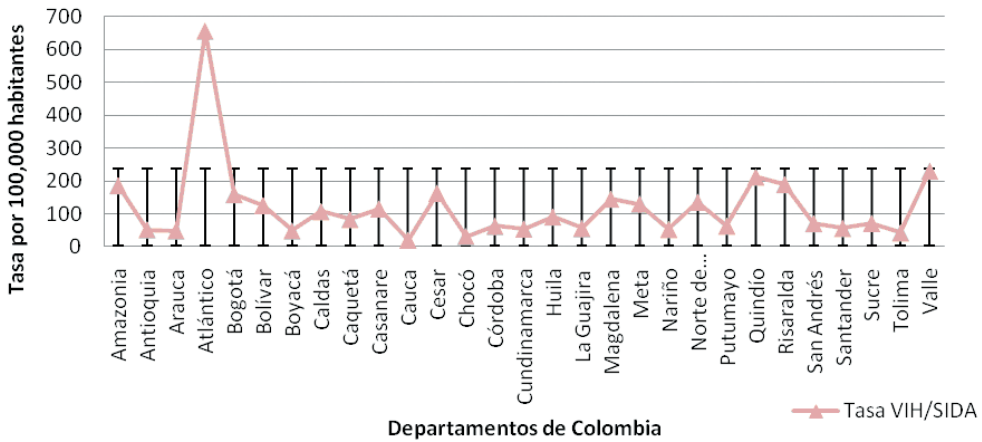


Figura 2. Casos de VIH/sida en Colombia, 2002-2008.

Fuente: Instituto Nacional de Salud 2008.

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 mayor número reportados fueron: Cauca, Magdalena, Cesar y Bolívar.

Homicidio

Entre enero de 2002 y diciembre de 2008, 137.532 personas fueron asesinadas. El 80% lo fueron con arma de fuego y el 20%, con otro tipo de armas. El 12% de las muertes se relacionaron directamente con el conflicto armado. Sin embargo, en más de 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 de Santander, Putumayo, Risaralda, Valle, Meta, Cesar y Casanare.

Desplazamiento

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

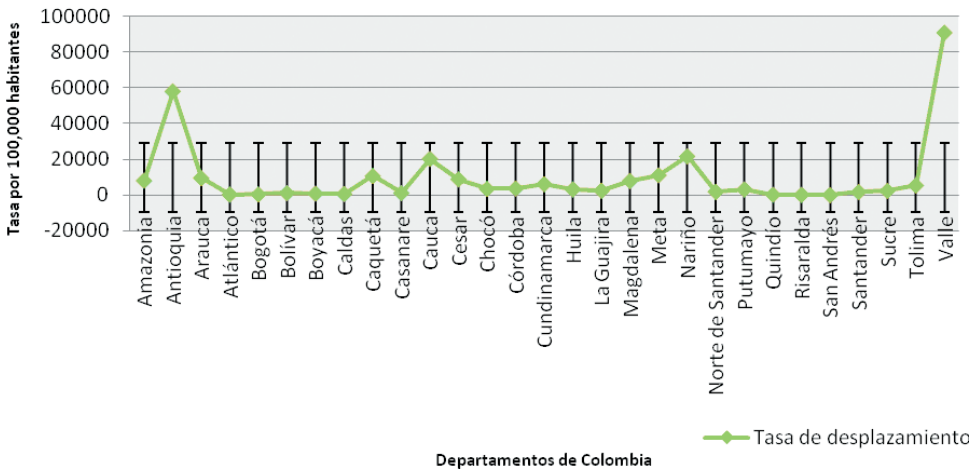


Figura 3. Tasa de desplazamiento en Colombia, 2002-2008.

Fuente: Acción Social 2008.

Terrorismo

En Colombia, de 2002 a 2008 se presentaron 3.451 acciones terroristas.

Masacres

De enero de 2002 a diciembre de 2008, se reportaron 356 masacres en el todo el territorio colombiano. Los departamentos con el mayor número de masacres durante este período fueron: Antioquia, Chocó, Norte de Santander, Nariño y Valle, el distrito de Bogotá, D.C.,

Asaltos contra la 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.

Violencia sexual como infracción del derecho internacional humanitario

De 2002 a 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 presuntos atacantes.

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 los 39 años.

La teoría principal sobre el VIH/sida y el conflicto armado, establece que el conflicto actúa como un catalizador de la epidemia[10-12].

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 todo el país ha 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 del milenio, ha mejorado la eficacia del sistema de vigilancia en un grupo de departamentos (manifiesto en altas coberturas en salud iguales o mayores de 80%, y alto índice de desarrollo humano, igual o mayor de 0,75), que presentaron las tasas más altas de incidencia de VIH/sida entre 2002 y 2008. Sin embargo, estos departamentos presentaron 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 y Etiopía, entre otros, por Santos-Ferreira y Mock[13, 14].

Sin embargo, para otros autores, el conflicto armado puede actuar como un freno de la epidemia. La pobre infraestructura vial y de las estructuras de salud, y el abandono del Estado como resultado de una alta presencia de violencia armada, pueden 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 del VIH [15-17].

En la presente investigación se halló un grupo de departamentos con una fuerte presencia de violencia armada, manifestada en las tasas de homicidios, masacres y violaciones del derecho internacional humanitario, que mostraron una baja incidencia de VIH/sida.

Es necesario mencionar que estos departamentos también presentaron un índice de desarrollo humano y una cobertura en salud menores 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 con el conflicto armado y el número de asesinatos, ya que según el Instituto de Medicina Legal solamente 12% de los homicidios con arma de fuego se debieron al conflicto armado. Sin embargo, a 50% de los homicidios no le fue señalada ninguna causa o motivo. Esto podría deberse a un subregistro de las muertes asociadas con el conflicto armado. Deberían realizarse estudios más detallados sobre este asunto.

En cuanto al caso de desplazamiento interno en Colombia, no existe suficiente información para afirmar o negar que el conflicto armado haya sido un detonante de la epidemia. En primera instancia, en Colombia sólo en 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 mencionaron que no hay pruebas para apoyar las afirmaciones de 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[18-20].

Los hallazgos de la presente investigación pueden ser de ayuda para el Ministerio de la Protección Social y el programa Acción Social para hacer una mejor evaluación de la epidemia de VIH/sida y mejorar 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 Fuerzas Militares 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[21, 22]. Comparando las variables en la incidencia de VIH/sida y el número de ataques terroristas (entendido como el número de combates, hostigamientos, ataques a estructuras militares, etc.), en 8 de los 32 departamentos de Colombia con

mayor número de ataques terroristas presentó una alta incidencia de VIH. Esto podría sugerir que el aumento de la interacción entre civiles y combatientes (fuerzas estatales y grupos ilegales) podría haber 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 pueden sugerir una incapacidad de parte del Estado para garantizar la seguridad social a ciudadanos colombianos, que pueden influir en la capacidad de manejar los sistemas de vigilancia de VIH/sida.

Los resultados de los casos de violencia sexual ligados al conflicto armado están lejos de dar un diagnóstico[23]. 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 afirmarse ni negarse que, para el caso colombiano, la violencia sexual –como mecanismo de guerra– sea una causa de la epidemia de VIH/sida.

Conclusiones

La epidemia de VIH/sida se considera concentrada en la mayor parte de los países de América Latina continental, afectando sobre todo grupos específicos. A pesar de que Colombia,

que tiene uno de los índices de desarrollo humano más altos en la región, ha mejorado su cobertura de salud (se elevó a 85% de la población total en 2009), nuestro país ha mostrado una tendencia a la generalización de la epidemia, en particular, en regiones donde la transmisión por el contacto heterosexual es predominante y donde 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 el conflicto entró en una de sus fases más fuertes.

Además, se corroboró que la guerra aumenta la vulnerabilidad de individuos y comunidades, así como reduce 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 tarifas 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 vio-

lencia armada, que presentaron bajas tasas 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 sobre este aspecto, además de posibilitar el acceso a la información “privada” para diseñar estrategias más eficaces para reducir la expansión de la enfermedad en los grupos militares y armados ilegales.

Aunque gran parte de la literatura existente respecto al VIH/sida y el 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 debida 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 eran inferiores a las de la población general, es necesario considerar que los instrumentos de vigilancia epidemiológica no están completamente adaptados a la situación del contexto colombiano.

Finalmente, el caso de los departamentos que presentaban altas tasas de violencia armada con baja incidencia de VIH/sida merece especial atención, porque ellos podrían ser la punta del *iceberg* que oculta una enorme cantidad de subdiagnóstico, que emergería a luz en la fase de posterior al conflicto, en el caso de un acuerdo de paz entre las fuerzas estatales y las ilegales.

Agradecimientos

- Dra. Carolina Garrote Wilches, asesora metodológica.
- Dr. Pierre Perrin, asesor metodológico.
- Ing. Owen Harrison, corrector estilo de la investigación en inglés.
- Prof. Cristina Churruca, asesora metodológica.
- Dra. Teresa Moreno, Instituto Nacional de Salud de Colombia. Universidad de Deusto/Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe.

Bibliografía

1. United Nations Security Council. 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. [En línea] Julio 17, 2000. Fecha de consulta: 22 de abril de 2009. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2000/20000717_un_sresolution_1308_en.pdf.
2. United Nations. United Nations Millenium Development Goals. [En línea] Septiembre 2008. Fecha de consulta: 5 de febrero de 2009. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/>.
3. UNAIDS. Global Report on the AIDS epidemics. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2008.
4. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. [En línea] Mayo 2007. Fecha de consulta: 27 de mayo de 2009. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20081219__me_of_prevention_in_most_at_risk_populations_es.pdf.
5. Ministerio de Defensa, Colombia. Achievements of the Policy on Democratic Security 2009. [En línea] 12 de Junio, 2009. Fecha de consulta: 8 de mayo de 2009. Disponible en: http://www.mindefensa.gov.co/descargas/Sobre_el_Ministerio/Planeacion/ResultadosOperacionales/Resultados%20Operacionales%20Ene%20-%20Jun%202009.pdf.
6. UNAIDS. AIDS and the military. UNAIDS Best practice collection. [En línea] Mayo de 1998. Fecha de consulta: 27 de mayo de 2009. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_en.pdf.
7. Ugboga, Adaji Nwokoji, Ademola J Ajuwon. Knowledge of AIDS and HIV risk related sexual behavior among Nigerian naval personnel. *BMC Public Health*. 2004;4:1498-506.
8. Centers for Disease Control and Prevention. HIV prevalence trends in selected populations in the United States: Results from national serosurveillance, 1993-1997. [En línea] 2001. Fecha de consulta: 7 de julio de 2009. Disponible en: http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/reports/hiv_prevalence/pdf/HIVPrevalence.pdf.
9. Wollants E, Schoenberg M, Figueroa C, Shor-Posner G, Klaskala W, Baum MK. Risk factors, and patterns of HIV-1 transmission in the El Salvador military during war time. *AIDS*. 1995;9:1291-2.
10. Hankins CA, Friedman SR, Zafar T, Strathdee SA. Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: Implications for current and future armed conflicts. *AIDS*. 2002;16:2245-52.
11. Karkee R, Shrestha DB, Kathmandu SN. HIV and conflict in Nepal: Relation and strategy for response. *Kathmandu University Medical Journal*. 2006;4:363-7.
12. Oxfam International. La violencia sexual en Colombia. [En línea] 9 de septiembre de 2009. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2009. Disponible en: <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-sexual-violence-colombia-sp.pdf>.

13. Santos-Ferreira MO, Cohen T, Lourenço MH, Almeida MJ, Chamaret S, Montagnier L. 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*. 1990;3:780-6.
14. Nancy B Mock, Sambe Duale, Lisanne F Brown, Ellen Mathys, Heather C O'Maonaigh, Nina KL Abul-Husn y Sterling Elliott Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerging Themes in Epidemiology*. 2004;1:6:1-16
15. International Centre for Migration and Health. Demobilization and its implication for HIV/AIDS Background. [En línea] October 2000. Fecha de consulta: 18 de junio de 2009. Disponible en: http://www.certi.org/publications/demob/Demobilization_Final.html.
16. Paul B. Spiegel, Anne Rygaard. Bennedsen, Johanna. Claass, Laurie. Bruns, Njogu. Patterson, Dieudonne. Yiweza, Marian. Schilperoord Prevalence of HIV infection in conflict affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: A systematic review. *Lancet*. 2007;369: 9580:2187-95.
17. R T Strand, L Fernandes Dias, S Bergström and S Andersson. Unexpected low prevalence of HIV among fertile women in Luanda, Angola. Does war prevent the spread of HIV? *International Journal of STD & AIDS*. 2007;18:467-71.
18. Paul B. Spiegel HIVAIDS among conflict-affected and displaced populations: Dispelling myths and taking action. *Disasters*. Oxford: Blackwell Publishing; 2004;322-39.
19. V. Leroy, P. Ntawiniga, A. Nziyumvira, J. Kagubare, R. Salamon. HIV prevalence among pregnant women in Kigali, Rwanda. *The Lancet*. 1995;346:1488-148920. UNHCR. 2008 Global Trends: Refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced and stateless persons. United Nations High Commissioner for Refugee. [Online] 06 19, 2009. Fecha de consulta: 20 de julio de 2009. Disponible en: <http://www.unhcr.org/4a375c426.html>.
21. Oumar Ba, Christopher O'Regan, Jean Nachega, Curtis Cooper, Aranka Anema, Beth Rachlis, Edward J. Mills HIV/AIDS in African militaries: An ecological analysis. *Medicine, Conflict and Survival*. 2008;24:88-100.
22. Tiwari VD, Talwar S, Panvelkar VV, Tutakne MA. Wars and sexually transmitted diseases in the Indian Army. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*. 1992;12:80-4.
23. Amnesty International. Colombia: datos y cifras cuerpos marcados, crímenes silenciados: violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. [En línea] 13 de octubre de 2004. Fecha de consulta: 29 de julio de 2009. Disponible en: <http://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR23/051/2004/es/1bfe86e8-faab-11dd-b6c4-73b1aa157d32/amr230512004es.pdf>.