



Aproximación a los contextos territoriales del Conflicto Armado Interno y salud. Colombia. 2005 y 2022.

Comprender para actuar en el marco del PDSP 2022-2031.

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Epidemiología y Demografía
Septiembre, 2024



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

GONZALO PARRA GONZALEZ
Secretario General

CLARA MERCEDES SUÁREZ RODRIGUEZ
Directora de Epidemiología y Demografía

Una aproximación a los contextos territoriales del Conflicto Armado Interno y salud Colombia. 2005 y 2022. Comprender para actuar en el marco del PDSP 2022-2031

© Ministerio de Salud y Protección Social



Coordinación del Grupo Planeación

Andrea Yanira Rodriguez

Lideresa Nacional ASIS

Andrea Avella

Equipo Técnico

Andrés Daza Huérfano

Deisy Arrubla Sánchez

Aley Bricelyn Montenegro Niño

Participo

Lilibeth Camargo

© Ministerio de Salud y Protección

Carrera 13 No. 32 76 Bogotá D.C.,

Colombia Atención telefónica a través del

Centro de Contacto: En Bogotá: 601 330

5043 Resto del país: 018000960020

Bogotá D.C., Colombia

Tabla de contenido

1. Introducción.....	7
2. Metodología	9
2.1. Estimación del Índice de Intensidad de Conflicto Armado (IICA).....	9
2.2. Análisis de la tendencia del Índice de Intensidad del Conflicto Armado.....	10
2.3. Estimación de los eventos en salud y construcción de contextos territoriales socio-epidemiológicos.....	10
Cálculo de las Tasas ajustadas para los periodos.....	10
Análisis de los eventos en salud y de desigualdad según el IICA	11
3. Resultados	12
3.1. Periodización contextual del conflicto y distribución municipal del IICA ...	12
3.2. Violencia homicida, cáncer de cuello uterino y suicidio en contextos territoriales de alta intensidad y permanencia del conflicto armado interno.	22
Homicidio	22
Cáncer de cuello uterino	26
Suicidio	31
3.3. Hipertensión arterial en contextos territoriales en cuartil 3 del conflicto armado interno.....	35
Hipertensión arterial.....	35
3.4. Cáncer de mama y diabetes mellitus en contextos de baja intensidad del conflicto armado interno.	39
Cáncer de mama	39
Diabetes mellitus.....	43
4. Discusión	47
4.1. Contextos territoriales del conflicto armado interno y los desenlaces en salud	47
4.2. Limitantes para interpretar los resultados.....	50
5. Reflexiones finales.....	51
Bibliografía	53

Índice de Tablas

Tabla 1. Indicadores y saturaciones Incidencia del Índice de Conflicto (IIC). Colombia. Instituto Nacional de Salud. 2017	9
--	---

Índice de Gráficas

Gráfico 1 Violación de DDHH 1978-1990	14
Gráfico 2 Número de víctimas según repertorios de violencia (1990 y 2002)	15
Gráfico 3. Índice de Intensidad del conflicto armado según variabilidad municipal. Colombia. 1985-2005.....	16
Gráfico 4. Resultados joinpoint IICA Colombia 1985 - 2022	17
Gráfico 5. Tasa de mortalidad por homicidios en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 a 2022	22
Gráfico 6. Tasa de mortalidad por homicidios según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 4 del IICA	25
Gráfico 7. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 a 2022	27
Gráfico 8. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 4 del IICA	29
Gráfico 9. Tasa de mortalidad por suicidio en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 a 2022	31
Gráfico 10. Tasa de mortalidad por suicidio según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 2 y 3 del IICA	33
Gráfico 11. Tasa de mortalidad por hipertensión arterial en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 - 2022	35
Gráfico 12. Tasa de mortalidad por hipertensión arterial (HTA) según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 3 del IICA.....	37
Gráfico 13. Tasa de mortalidad por cáncer de mama en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 a 2022	39
Gráfico 14 Tasa de mortalidad por cáncer de mama según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 1 del IICA	41
Gráfico 15. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 a 2022	43
Gráfico 16. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 1 del IICA	45

Índice de Mapas

Mapa 1. Zonas de violencia (1948 y 1953)	13
Mapa 2. Proporción de municipios por departamento según el IICA. Colombia. 2005 a 2011. 18	
Mapa 3. Proporción de municipios por departamento según el IICA. Colombia. 2012 a 2018.. 19	
Mapa 4. Proporción de municipios por departamento según el IICA. Colombia. 2019 a 2022.. 20	
Mapa 5. Municipios con intensidad y permanencia del conflicto armado según valores del IICA. Colombia. 2005 a 2022	21
Mapa 6 Municipios con las mayores tasas de mortalidad por homicidios 2005 - 2018.....	23
Mapa 7. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por homicidios entre 2019 y 2022.....	26
Mapa 8. Municipios con las mayores tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino según periodos del IICA.	28
Mapa 9. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino entre 2019 y 2022.....	30
Mapa 10 Municipios con las mayores tasas de mortalidad por suicidio según periodos del IICA.	32
Mapa 11. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por suicidio entre 2019 y 2022.....	34
Mapa 12 Municipios con las mayores tasas de mortalidad por hipertensión arterial según periodos del IICA.	36
Mapa 13. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por hipertensión arterial entre 2019 y 2022.....	38
Mapa 14. Municipios con las mayores tasas de mortalidad por cáncer de mama según periodos del IICA.....	40
Mapa 15. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por cáncer de mama entre 2019 y 2022	42
Mapa 16. Municipios con las mayores tasas de mortalidad por diabetes mellitus según periodos del IICA.....	44
Mapa 17. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por diabetes mellitus entre 2019 y 2022	46

1. Introducción

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 señaló que el conflicto armado interno es una condición y circunstancia injusta de larga duración en Colombia, que deja una cifra superior a 9.720 millones de víctimas (Registro único de Víctimas, 2024), con problemáticas y necesidades en salud generadas por las graves violaciones de DDHH cometidas contra las poblaciones, pueblos y comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). El volumen *Sufrir la guerra y rehacer la vida: impactos afrontamientos y resistencias del informe Final de la Comisión de la Verdad en Colombia* describió diferentes afectaciones en la vida y la salud integral de la población víctima del conflicto armado interno, señalando la relevancia de avanzar en la restitución de derechos en materia de salud (Comisión para el Esclarecimiento, La Verdad y la NO Repetición., 2022).

De su parte, el ONS-INS (Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud., 2017). mostró que, en territorios colombianos afectados por el conflicto armado interno, indicadores en salud, como la mortalidad materna, presentan tasas más altas, mostrando un patrón en gradiente que evidencia que el conflicto armado es uno de los principales determinantes sociales de la salud en estas zonas, generando un impacto negativo y duradero en las condiciones de vida de la población.

Como consecuencia, colocar la mirada en las relaciones entre el conflicto armado y la salud, además de ser esencial para la comprensión de la salud de las personas, constituye en sí mismo un imperativo ético. Cabe mencionar, que la literatura sobre el conflicto armado interno como determinante social de la salud es escasa. De manera reciente, en contextos de crisis humanitaria, se reportan barreras de acceso a medicamentos, pruebas de laboratorio y atención básica de pacientes con enfermedades crónicas (Carpiniello, 2023) (OMS, 2016). Las barreras de acceso también son descritas en la atención de personas en edades extremas, mujeres gestantes, en contextos de violación de los derechos sexuales y reproductivos (Ross-Sheriff, 2013) (Garry & Checchi, 2019).

Estudios han descrito que la exposición en el mediano y largo plazo a mecanismos de violencia en escenarios de conflicto armado incrementa la prevalencia de trastornos de ansiedad y

depresión (Ryken, Hogue, Lawrence, & Schweizer, 2017). Este hallazgo es evidenciado en hijos de veteranos de guerra, un fenómeno que para algunos académicos forma parte de la violencia transgeneracional (Forrest, Edwards, & Daraganova, 2018). Adicionalmente, la violencia intrafamiliar, especialmente dirigida hacia las mujeres esposas de soldados, que han estado en contextos de guerra, muestra incremento (Torrise, 2023), estos aspectos tienden a perpetuar la violencia contra las poblaciones.

Como se dijo, en el caso colombiano, el ONS-INS encontró, en municipios con alta intensidad del conflicto armado, brechas en la tasa de homicidio, lesiones corporales, mortalidad por HTA y cáncer de cuello uterino (Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud., 2017). De su parte, el estudio de (Gómez-Restrepo, C; Rincón, J; Medina-Rico, M., 2017) reportó mayores frecuencias de presentación de HTA (20,4%) y diabetes (6,7%) en población que ha estado expuesta al conflicto armado interno. El estudio de (Gómez-Restrepo, y otros, 2016), analiza la intensidad y la permanencia del conflicto con resultados que muestran mayores prevalencias de trastornos mentales en población total que permanece en el territorio (10,8%), respecto de los municipios con conflicto interrumpido (7,2%). Leon-Giraldo y otros (2021) refieren que la población víctima de desplazamiento forzado en un contexto de permanencia del conflicto tiene prevalencias de trastorno mental (21%) superiores a las descritas en la Encuesta Nacional de Salud Mental (14,0%). Es decir, que la intensidad y la permanencia del conflicto son dimensiones que han sido reportadas como moduladores del patrón de distribución de algunos desenlaces en salud en territorios específicos, con variaciones en la magnitud del evento según se utilice como unidad de análisis el territorio o la población víctima.

El propósito fue analizar desigualdades en salud en tres contextos del conflicto armado interno a nivel territorial. El abordaje se basó en premisas conceptuales que indican que el conflicto armado en Colombia presenta características de larga duración y comportamientos geo-escalares, lo que implica una intensidad y permanencia históricas con afectación diferencial de los territorios y poblaciones (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, 2022). Asimismo, puede ser clasificado como una nueva guerra, donde los fines y medios de los actores armados se transforman, ya que la disputa se centra en el territorio y sus recursos, causando graves violaciones de los derechos humanos contra la población civil, incluyendo el desplazamiento forzado a gran escala (Kaldor, 2001).

2. Metodología

2.1. Estimación del Índice de Intensidad de Conflicto Armado (IICA)

Para alcanzar el objetivo, inicialmente fue necesaria la estimación anual y municipal de la Incidencia del Índice de Conflicto Armado (IICA) para el periodo 1985 a 2022. Fueron utilizados los indicadores reportados por el Centro de Nacional de Memoria Histórica¹ teniendo en cuenta que, desagregan la información a nivel municipal, permiten el seguimiento para la ventana temporal propuesta para el trabajo y coinciden con los indicadores utilizados en la ponderación estimada por el Instituto Nacional de Salud para el cálculo de su Índice del Intensidad de Conflicto (IIC)².

Conforme a lo anterior, los eventos utilizados para el cálculo del indicador fueron: el número de víctimas de violencia sexual, desaparición forzada, minas, daño a bienes civiles, acciones bélicas, reclutamiento de menores, asesinato selectivo, secuestro y masacres. Para cada evento, se calcularon tasas específicas anuales por municipio, posteriormente, las tasas fueron estandarizadas y multiplicadas por las saturaciones estimadas por el INS para su Índice de Intensidad de Conflicto (IIC) como se observa a en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Indicadores y saturaciones Incidencia del Índice de Conflicto (IIC). Colombia. Instituto Nacional de Salud. 2017

INDICADORES SATURACIONES
Violencia Sexual: 0,80
Desaparición Forzada: 0,86
Víctimas 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

Fuente: Instituto Nacional de Salud. 2017

Con estos resultados, se calculó el promedio municipal a partir de la sumatoria de los valores de cada indicador, dividido por el número de variables, finalmente para su interpretación, los resultados se llevaron a una escala de 0 a 1 donde, 1 indicaría el municipio con IICA más alto.

2.2. Análisis de la tendencia del Índice de Intensidad del Conflicto Armado

El análisis de la tendencia del IICA estimada para el periodo 1985 a 2022, se realizó mediante el método “*joinpoint*” desarrollado por la Agencia Internacional para la investigación del Cáncer. Para su cálculo, fue tomado el estimador anual nacional, la desviación estándar obtenida de la variabilidad municipal y se definió un número máximo de 4 puntos de corte. A partir de los resultados obtenidos, fue estimado para el análisis el IICA de los periodos 2005 a 2011 y entre el 2012 y el 2022; sin embargo, para permitir la comparación entre periodos y teniendo en cuenta los cambios en la dinámica del conflicto armado, en particular, entre 2018 y 2022, se decidió solo comparar el periodo 2012 y 2018, y 2005 y 2011.

Por lo anterior se advierte que el periodo 2019 y 2022 no es comparable con los periodos anteriores, dado que, existe transformación de los repertorios de violencia. Aspecto que el ONS-INS ha señalado requiere una nueva estimación del valor de los componentes principales del índice, aspecto que al no realizarse constituye una limitante de este análisis.

2.3. Estimación de los eventos en salud y construcción de contextos territoriales socio-epidemiológicos.

Cálculo de las Tasas ajustadas para los periodos

Los eventos en salud utilizados para el análisis, respecto al comportamiento de la IICA en los periodos definidos fueron, las muertes ocurridas por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, diabetes mellitus, hipertensión arterial, homicidio y suicidio³.

En cada evento, se utilizó el método directo para el ajuste de las tasas por periodo a nivel municipal, donde la población de referencia utilizada fue la sugerida por la Organización Mundial para la Salud. El numerador estuvo compuesto por el promedio de muertes ocurridas en cada



municipio y periodo, desagregadas por grupos quinquenales. Para el denominador, de acuerdo a las proyecciones y retroproyecciones del DANE, se estimó el promedio de población de cada periodo discriminado por grupo quinquenal. Es importante señalar que para el cáncer de cuello uterino y de mama se tomó la población proyectada de mujeres y para las demás causas de mortalidad se usó la población total. Finalmente, se hizo la sumatoria por municipio de las muertes esperadas para cada una de las causas, obteniendo así la tasa ajustada.

Análisis de los eventos en salud y de desigualdad según el IICA

Para el análisis de los eventos en salud, se describió el comportamiento de la tendencia a nivel nacional y municipal. Los municipios fueron agrupados en cuartiles según el comportamiento del indicador en salud para identificar los lugares con mayor afectación.

En el análisis de desigualdad fueron estimados cuartiles del IICA municipal para cada periodo, en cada cuartil se calculó la tasa promedio de cada evento en salud analizado, de esta forma se estimaron las diferencias relativas entre los cuartiles extremos y entre los periodos observados. Además, sobre los municipios que se mantuvieron en el cuartil con mayor IICA entre los periodos observados, se evaluó el comportamiento de cada evento en salud en el periodo 2019 a 2022.

A partir de estos hallazgos se establecieron tres contextos territoriales que armonizan el resultado epidemiológico, distribución municipal por cuartiles del desenlace en salud, y la distribución sociopolítica, medida a través del IICA. Se identificaron tres contextos socio-epidemiológicos: violencia homicida, cáncer de cuello uterino y suicidio en contextos territoriales de alta intensidad y permanencia del conflicto armado interno; hipertensión arterial en contextos territoriales cuartil 3 conflicto armado interno; cáncer de mama y diabetes mellitus en contextos de baja intensidad del conflicto armado interno.

3. Resultados

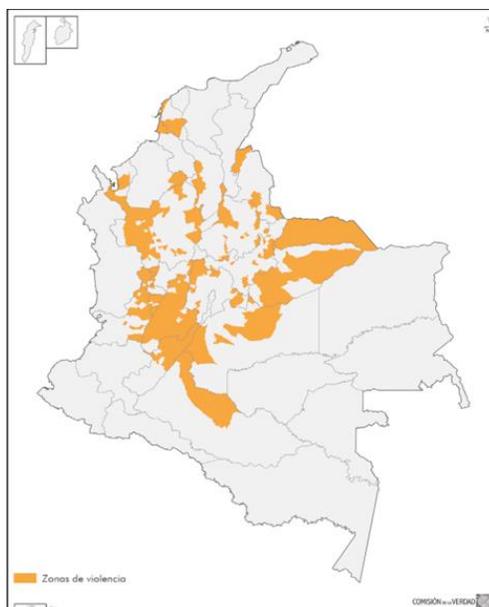
Los resultados se ordenan en dos componentes: a) Periodización contextual del conflicto y distribución municipal del Índice de Intensidad del Conflicto Armado Interno; b) Contextos territoriales socio-epidemiológicos en el marco del conflicto armado.

3.1.1. Periodización contextual del conflicto y distribución municipal del IICA

El documento parte del supuesto que el conflicto armado interno ha impactado, de manera diferencial, todo el territorio nacional. Para comprender el porqué de este supuesto y las dinámicas del conflicto se retoman argumentos de los hallazgos presentados en el volumen No Mataras. Relato Histórico del Conflicto armado Interno (Comisión para el Esclarecimiento, la Convivencia y la No Repetición., 2022), que buscan dar el contexto al comportamiento del Índice de Intensidad del Conflicto Armado IICA en el nivel municipal.

Es importante indicar que en el siglo XX se dieron profundas continuidades en términos de la violencia en Colombia, con hitos internacionales como la Primer Guerra Mundial, momento a partir del cual el comunismo era una realidad en Europa, posibilitando la expansión de un pensamiento de izquierda a diferentes partes del mundo, incluyendo Colombia. En el panorama nacional, se describe que la disputa por el poder entre el partido Liberal y Conservador, después de la República Liberal (1936 y 1945), dio origen al periodo conocido como La Violencia 1946 y 1957, que tuvo los mayores picos de violencia entre 1952 y 1957, con afectaciones en más de diez regiones del territorio nacional (**Mapa 1***Error! No se encuentra el origen de la referencia.*).

Mapa 1. Zonas de violencia (1948 y 1953)



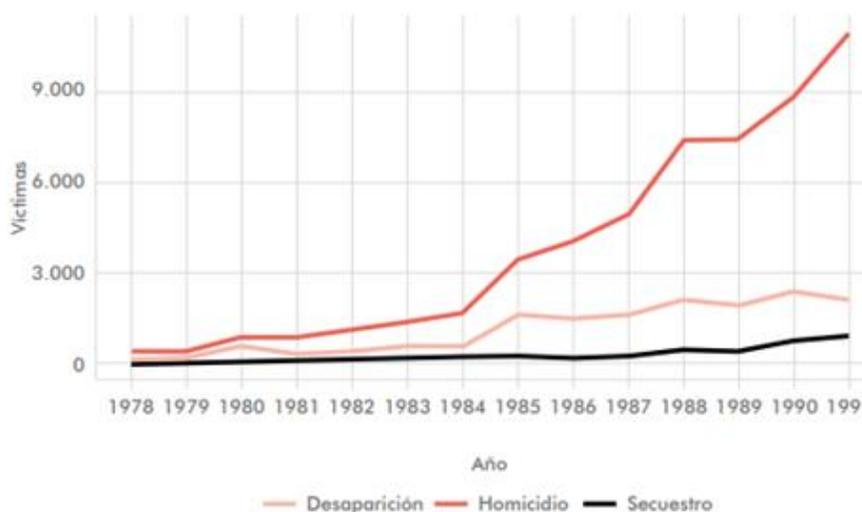
Fuente: Tomado de No Mataras. Relato Histórico del Conflicto armado Interno (Comisión para el Esclarecimiento, la Convivencia y la No Repetición., 2022) citando a: Guzmán Campos et al., La Violencia en Colombia, 2005. Página 485.

De acuerdo con la Comisión de la Verdad, entre 1958–1977, en este periodo se da el origen del conflicto. Sobre el particular se menciona que la violencia de los años anteriores, la miseria económica en la que vivía la población y la migración forzada de la población del campo a la ciudad, constituyeron el telón de fondo del nacimiento de las guerrillas de izquierda, en el marco del Frente Nacional, el cual, si bien redujo la tasa de homicidios entre 1957 y 1963, que pasó de 39 a 25 por cada 100.000 h,¹ con un pico máximo de 49 en el año 1958, a la vez, se convirtió en un sistema de cierre político al partido comunista (Comisión para el Esclarecimiento, la Convivencia y la No Repetición., 2022). Para la época, las violaciones a los derechos humanos (homicidios, desaparición y desplazamiento forzado y secuestro), son descritas en diferentes territorios del país, no sólo en aquellos lugares que fueron designados como zonas rojas o territorios de disputa territorial entre los grupos armados de izquierda y las Fuerzas Públicas.

¹ Dato estimado por la Comisión de la Verdad con base en registros de la Revista Criminalidad de la Policía Nacional

El segundo periodo señalado por la Comisión está entre 1978 y 1990, con un crecimiento de los miembros de los grupos armados de izquierda, grupos paramilitares y el narcotráfico. En términos de violación de derechos humanos se observó desde 1985 una tendencia ascendente en el número hechos violentos contra la población civil que se mantuvo hasta el año 2005 (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

Gráfico 1 Violación de DDHH 1978-1990



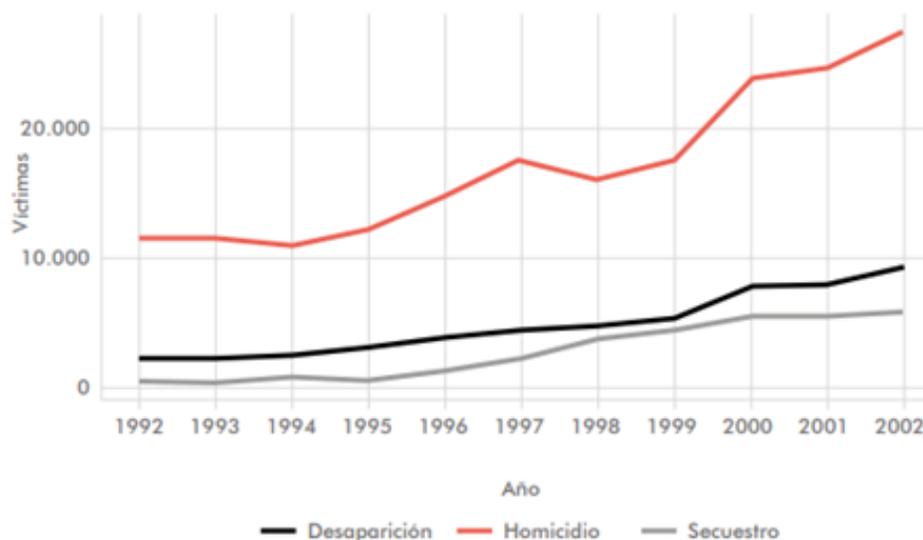
Fuente: Tomado de No Mataras. Relato Histórico del Conflicto armado Interno (Comisión para el Esclarecimiento, la Convivencia y la No Repetición., 2022) p 173

Para la Comisión, el narcotráfico jugo un lugar importante en la vida de diferentes territorios, participando de procesos políticos, y fortaleciendo a grupos paramilitares, en regiones como Puerto Boyacá. En el ámbito político tres hechos son descritos como significativos: los intentos por lograr la Paz iniciados en 1982, la entrega de armas del M19, grupo guerrillero conformado en 1971, y la Asamblea Nacional Constituyente, que dio vida a la Constitución de 1991.

El tercer periodo señalado por la Comisión es entre 1990-2002. Refleja la paradoja del conflicto en Colombia, de una parte, se gesta un movimiento por la búsqueda de la Paz, se dan diálogos de Paz entre el Estado colombiano y los grupos armados de izquierda. De otra parte, los grupos paramilitares y el narcotráfico se fortalecen y declaran la guerra contra las guerrillas. El control territorial de los grupos armados y los recursos del territorio son el centro de la disputa, con un alto impacto en la población civil, la cual es víctima de graves violaciones a los derechos humanos homicidios, masacres, desapariciones y desplazamiento forzado, despojo,

reclutamiento de menores, violencia sexual, detenciones arbitrarias, señalamiento y destrucción de pueblos, comunidades y proyectos de vida (**Gráfico 2**).

Gráfico 2 Número de víctimas según repertorios de violencia (1990 y 2002)



Fuente: Tomado de No Mataras. Relato Histórico del Conflicto armado Interno (Comisión para el Esclarecimiento, la Convivencia y la No Repetición., 2022) p.263

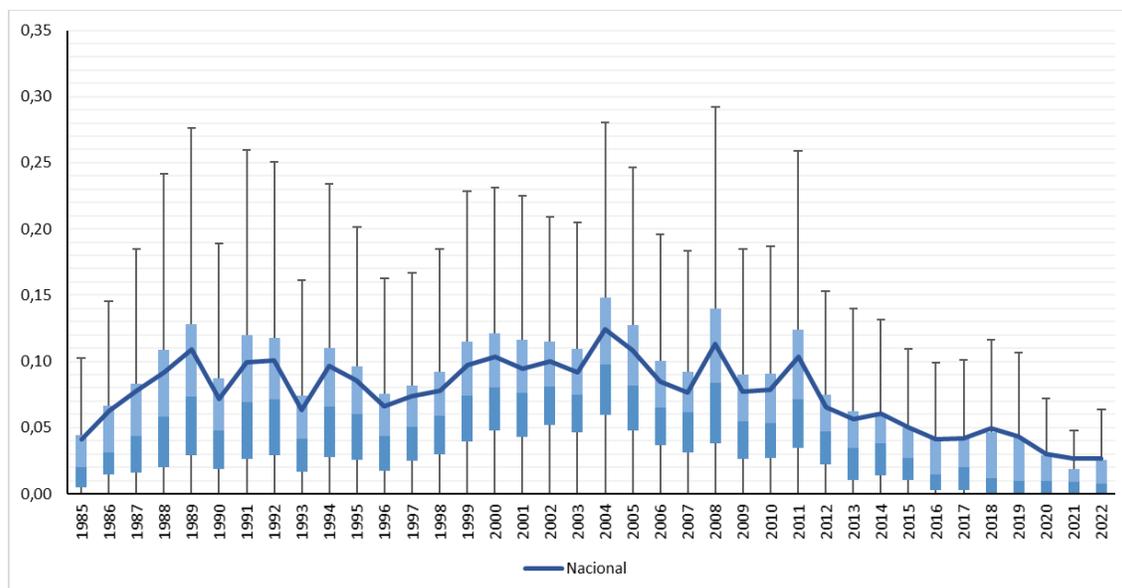
El cuarto periodo que la Comisión analizó se encuentra entre 2003 y 2016. Caracterizado por la intensificación de la accionar militar del Estado colombiano contra las FARC-EP, en diferentes regiones y el accionar paramilitar de «quitar el agua al pez», implementada por los paramilitares que continuaron con la violencia masiva en contra de la población civil hasta por lo menos el año 2005. Esto implicó que las guerrillas se movilizaran hacia territorios de retaguardia, llevando el conflicto a zonas que en periodos anteriores tenían menores afectaciones, por ejemplo, Choco.

Para el caso de los grupos paramilitares, específicamente de las Autodefensas Unidas de Colombia –AUC, con la ley de Justicia y Paz se dieron negociaciones, que llevaron al desarme de cerca de 31 mil excombatientes (Informe sobre la implementación de la Ley de Justicia y Paz: Etapas iniciales del proceso de desmovilización de las AUC y primeras diligencias judiciales., 2007). Durante este periodo se fortalece el movimiento de víctimas, el cual logra un lugar importante en la agenda social y política del país. En 2012 inician las negociaciones de Paz en la Habana- Cuba, entre el Estado colombiano y las FARC-EP que se concretan en el Acuerdo de Paz firmado en 2016, el cual dio inicio al proceso de reincorporación de 13,609 excombatientes de esta guerrilla.

Se puede decir, que entre 1989 y 1990 se observó un descenso en la violación de derechos humanos, momento de desarme de la guerrilla M19, que se mantiene entre 1992 y 1993, durante la puesta en marcha de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991. A partir de 1996, se observa un incremento en la magnitud de la violación de derechos humanos, esto se refleja en la tendencia del IICA. Entre 2003 y 2004 se presenta el pico más alto del índice, periodo que se reconoce por las graves violaciones de derechos humanos contra la sociedad civil, con una disminución entre el 2004 y el 2007, durante el desarme y desmovilización de las AUC. En el año 2008, el IICA presenta un nuevo incremento, explicado por la ofensiva militar que se da desde el Estado a las guerrillas de las FARC-EP. A partir del 2012 se observa una tendencia a la disminución del IICA durante el periodo de diálogos de Paz.

Desde la perspectiva territorial, entre 1985 y el 2015, los municipios ubicados en el cuartil con mayor IICA, correspondieron a los departamentos de Antioquia, Huila, Caldas, Magdalena, Valle del Cauca y Tolima. Estos municipios tuvieron en promedio un índice un 15,2% más que el valor nacional. A partir del 2016, se observa la reducción del IICA nacional con un valor de 2,7% en 2022, y reducción de la brecha del IICA entre los municipios, aspecto posiblemente relacionado con la firma del Acuerdo de Paz (**Gráfico 3**).

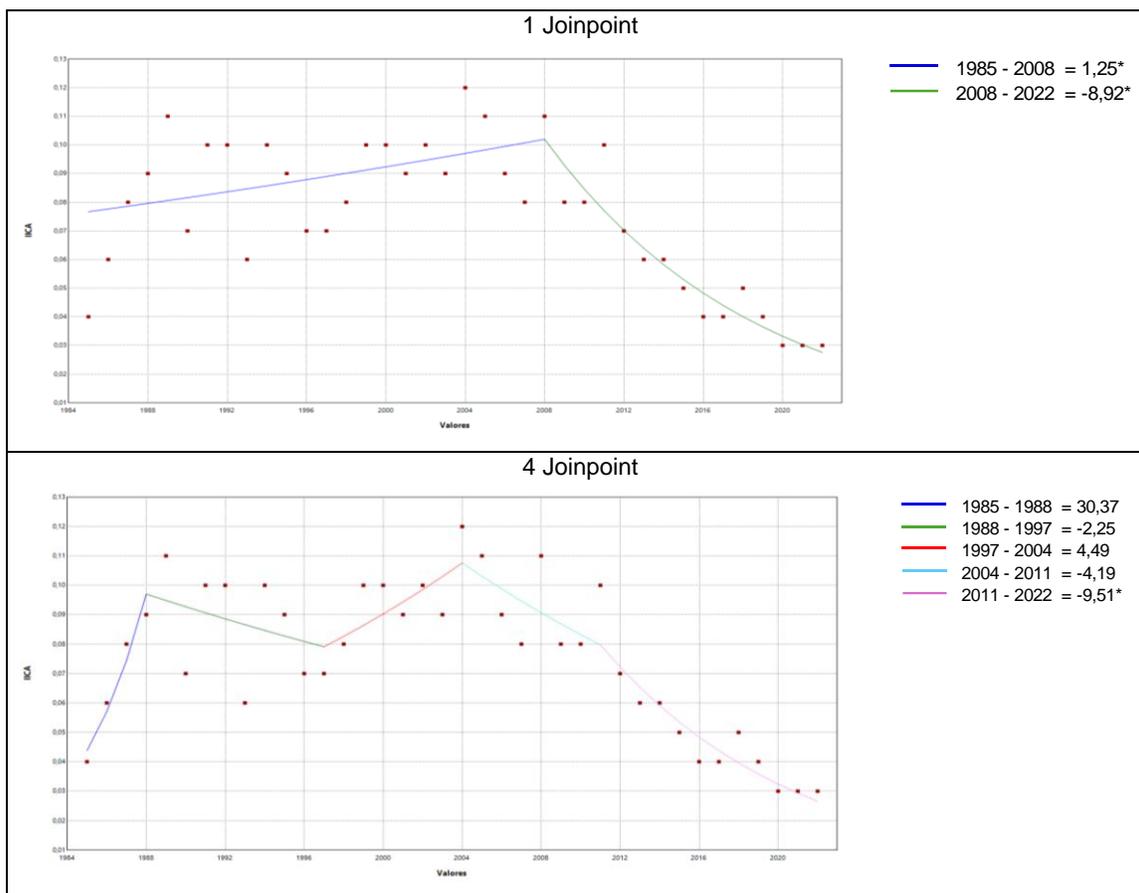
Gráfico 3. Índice de Intensidad del conflicto armado según variabilidad municipal. Colombia. 1985-2005.



Fuente. Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.1985 – 2022 * La medición entre 2019 y 2022 no incluye registros sobre daños sobre bienes civiles.

Los hitos históricos y los datos empíricos señalan cuatro puntos de corte: 1985 y 1992, 1993 a 1998, 1999 a 2005, 2006 a 2011 y, un punto de inflexión, entre 2012 y 2022. Para el análisis se realizó una exploración del comportamiento del índice, utilizando para ello cuatro modelos *joinpoint*. El primero contemplo dos periodos históricos, con una tendencia decreciente para el periodo observado, aunque sin valores significativos en el porcentaje de variación anual ($p>0,05$). El modelo con mejor ajuste tuvo sólo un punto de corte ubicado en 2008 ($p<0,05$), donde se interrumpe la tendencia creciente para continuar con un descenso progresivo hasta el 2022. En el modelo con cuatro puntos de corte, los *joinpoint* de 2004 y 2011 mostraron la mayor coincidencia con los periodos descritos previamente en el análisis de contexto, y el porcentaje de variación anual del periodo de 2011 a 2022 fue estadísticamente significativo ($p<0,05$) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Resultados joinpoint IICA Colombia 1985 - 2022

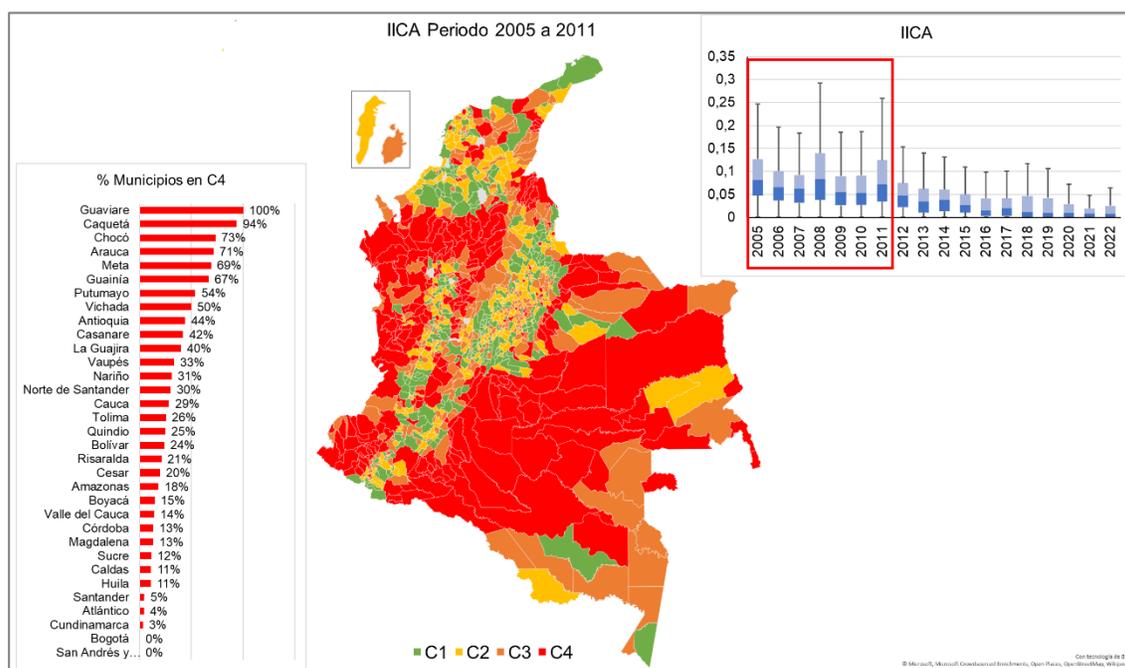


*El cambio proporcional anual es estadísticamente significativo ($p<0,05$)

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del centro nacional de memoria histórica

Basados en el último modelo, en el periodo comprendido entre 2005 a 2011 se evidenció que, de las 33 entidades territoriales, 31 tenía al menos un municipio en el cuartil de mayor afectación por el conflicto (C4) según el IICA (283 municipios). En este sentido, la región de la Orinoquía y el norte de la Amazonía, junto con el corredor que se extiende desde la región pacífica hasta el norte de Santander, concentran la mayor proporción de municipios en peor condición y los departamentos Antioquia, Chocó, Meta, Nariño, Boyacá y Caquetá aportaron el 53% de los municipios (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

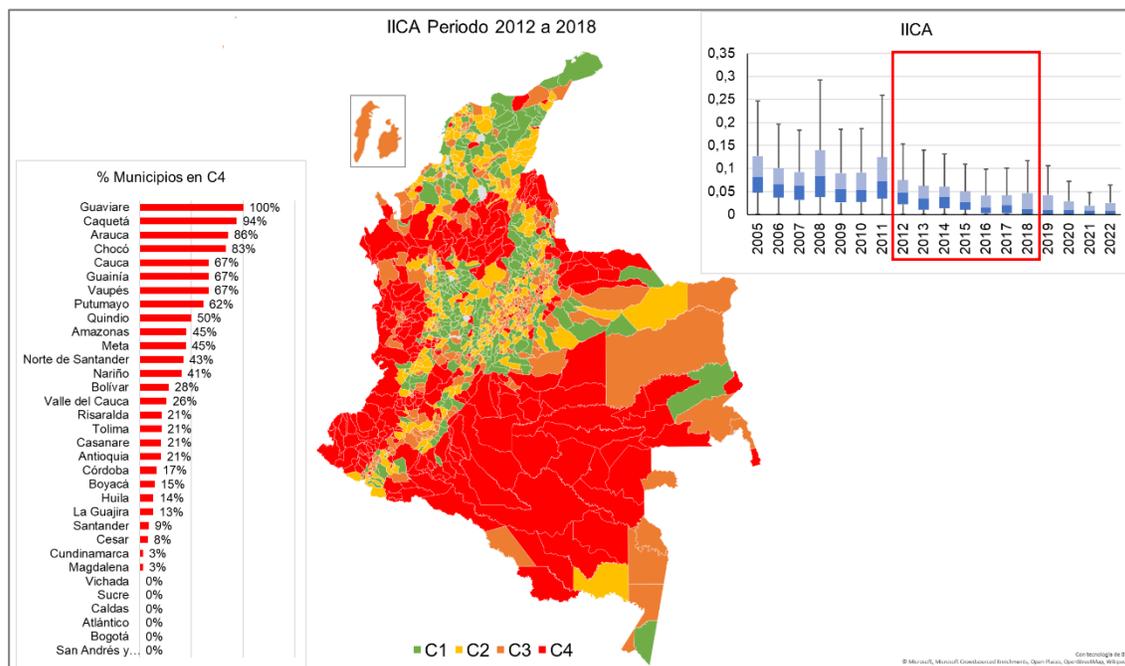
Mapa 2. Proporción de municipios por departamento según el IICA. Colombia. 2005 a 2011



Fuente: Elaboración propia, con base en los coeficientes del IICA del INS y datos CNMH.

Ahora bien, entre el 2012 y el 2018, se redujo el número de municipios en el cuartil de peor condición (27 departamentos, 275 municipios, 2,8% menor). No obstante, el departamento de Arauca, el sur del piedemonte llanero oriental y amazónico, junto con el corredor descrito de la región Pacífico hasta el norte de Santander, se mantuvieron como las zonas que más aportan municipios con los valores del IICA más altos (**Mapa 3**).

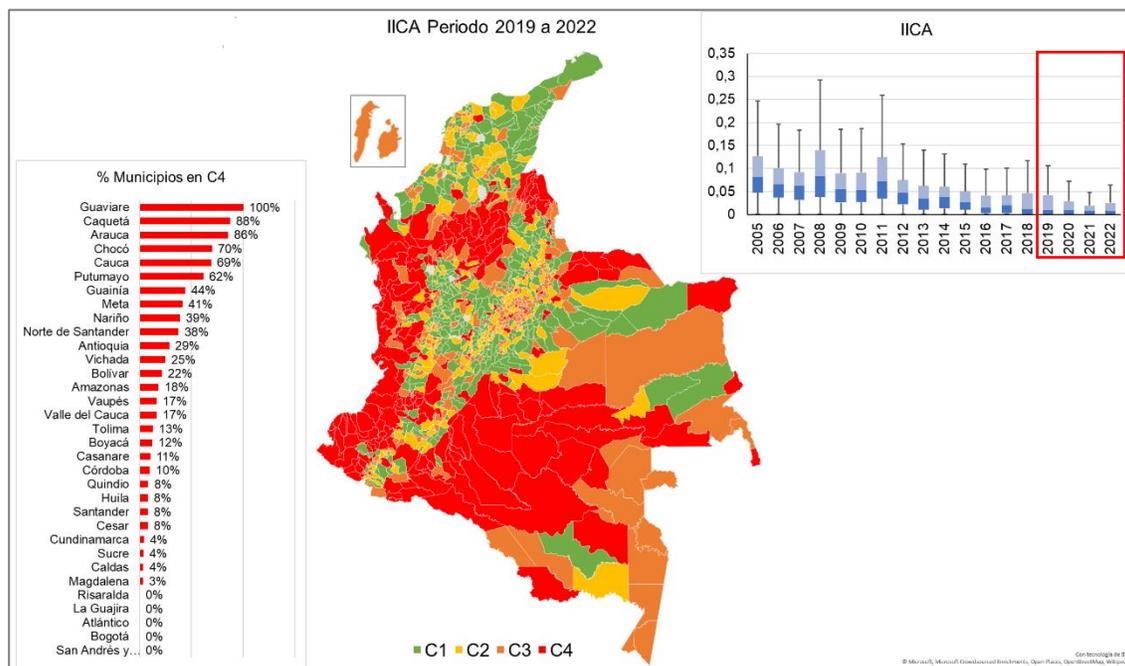
Mapa 3. Proporción de municipios por departamento según el IICA. Colombia. 2012 a 2018



Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2018

Entre 2019 a 2022, no se registraron hechos violentos por daños a bienes civiles, dado lo anterior está variable no fue contemplada, asimismo en términos de magnitud todos los repertorios de violencia que constituyen el índice muestran una tendencia a la reducción. En términos espaciales sólo cinco departamentos estuvieron el cuartil de peor condición, mostrando una permanencia en las regiones observadas en los periodos anteriores y evidenciando una mejor condición en los municipios de la región central. Es así como, Antioquia, Cauca, Nariño, Chocó y Boyacá aportaron el 52,1% de los municipios en peor condición (C4), mientras que Cundinamarca, Santander, Boyacá, Tolima y Caldas tuvieron la mayor representación de municipios en mejor condición según el IICA (36,4%) (**Mapa 4**).

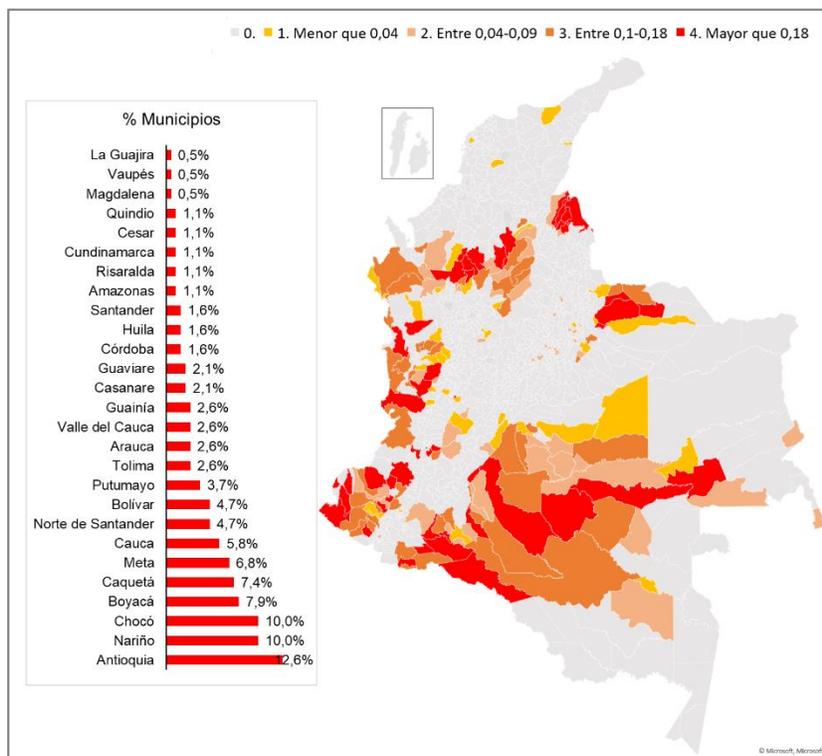
Mapa 4. Proporción de municipios por departamento según el IICA. Colombia. 2019 a 2022



Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH. 2012 – 2018

En síntesis, las transformaciones de la dinámica del conflicto armado interno se reflejan en el comportamiento del IICA. Se debe señalar, que, si bien la magnitud y la expansión territorial del conflicto armado disminuyó, entre 2019 y 2022 se identifican 190 municipios, con mayor intensidad y permanencia del conflicto. El 47% de estos municipios se ubicaron en los departamentos de Antioquia, Nariño, Chocó, Boyacá y Caquetá (*Mapa 5*).

Mapa 5. Municipios con intensidad y permanencia del conflicto armado según valores del IICA.
Colombia. 2005 a 2022



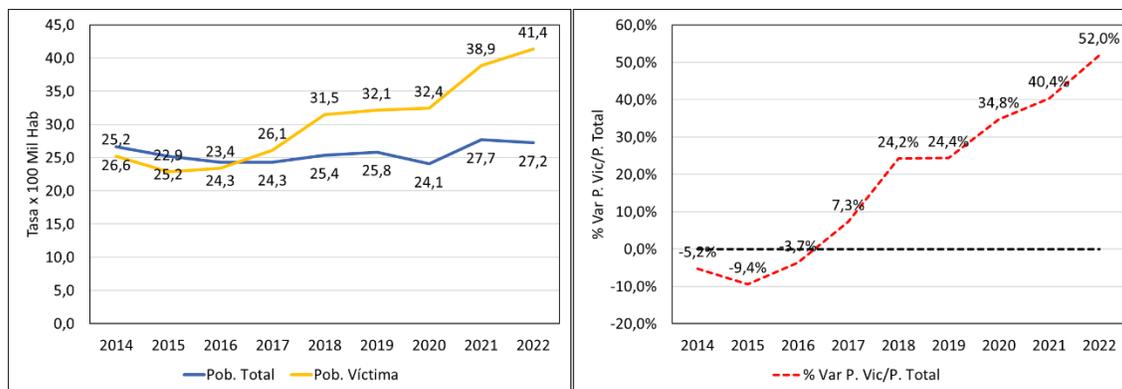
Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022. La medición entre 2019 y 2022 no incluye registros sobre acciones contra bienes civiles.

3.2. Violencia homicida, cáncer de cuello uterino y suicidio en contextos territoriales de alta intensidad y permanencia del conflicto armado interno.

Homicidio

En Colombia, para el 2022 la tasa de homicidio en la población víctima del conflicto armado alcanzó una cifra alarmante de 41,4 por cada 100 mil habitantes, significativamente superior a la tasa de 27,2 registrada en la población total. Entre 2014 y 2016 la tasa de homicidio en la población víctima se ubicó por debajo del nivel nacional, a partir de 2015 se observa un incremento promedio anual del indicador del 6,8% en este grupo, en contraste con un aumento del 0,5% en población total. Estas diferencias se acentúan más en 2021 y 2022 con diferencias estadísticamente significativas. **(Gráfico 5)**

Gráfico 5. Tasa de mortalidad por homicidios en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 a 2022



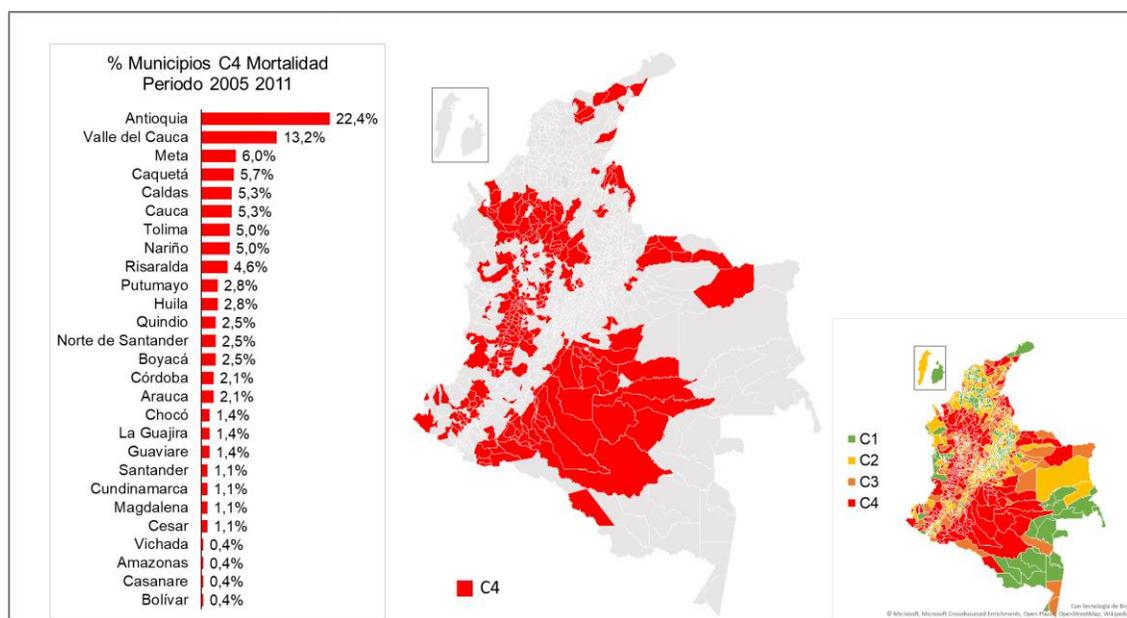
Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022

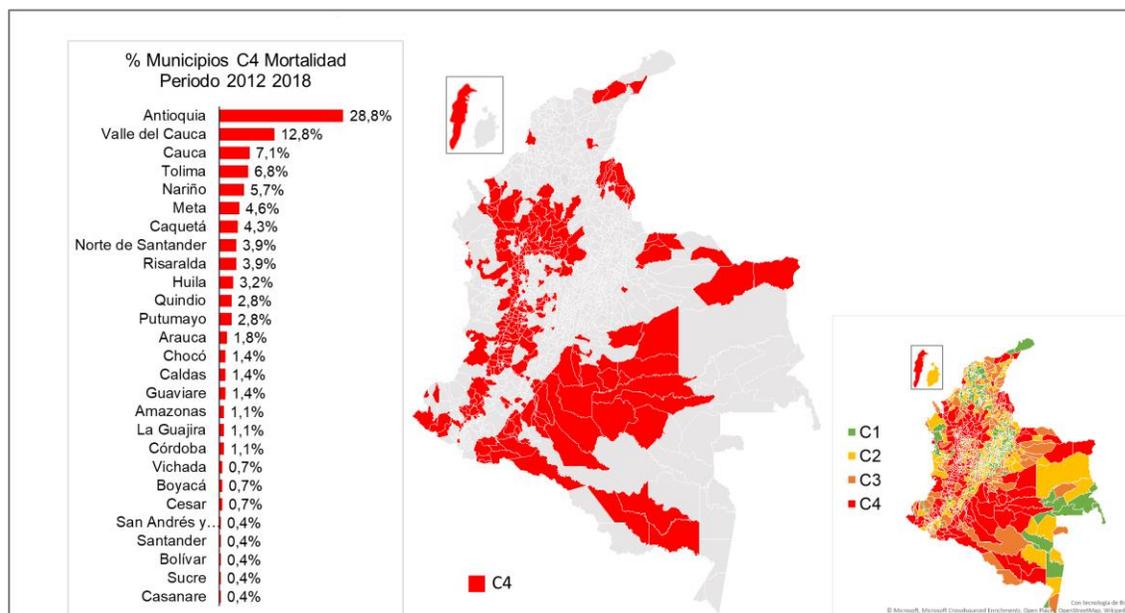
Entre 2012 a 2018, en promedio la tasa de mortalidad por homicidios en Colombia fue de 22,8 por cada 100.000 habitantes, que al compararlo con la tasa promedio estimada entre 2005 a 2011 (34,5) tuvo una reducción del 34,1% (11,8 muertes menos por cada 100.000 habitantes). En cuanto al comportamiento geográfico, en ambos periodos las regiones ubicadas en el nivel C4, perores resultados en salud, señalan municipios de la Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Antioquia, con una demarcación sobre municipios que se ubican en la cordillera

occidental y al oriente los municipios ubicados desde el piedemonte de la cordillera oriental extendiéndose hacia la región amazónica, así como Arauca y Vichada.

Los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca fueron aportaron un mayor número de municipios ubicados en C4, en ambos periodos. Puerto Berrío – Antioquia, Puerto Santander - Norte de Santander, Segovia – Antioquia, Río Quito – Chocó y Abriaquí – Antioquia, tuvieron las tasas de mortalidad más altas (entre 26,3 y 98,5 muertes por cada 100.000 habitantes) (**Mapa 6**).

Mapa 6 Municipios con las mayores tasas de mortalidad por homicidios 2005 - 2018.



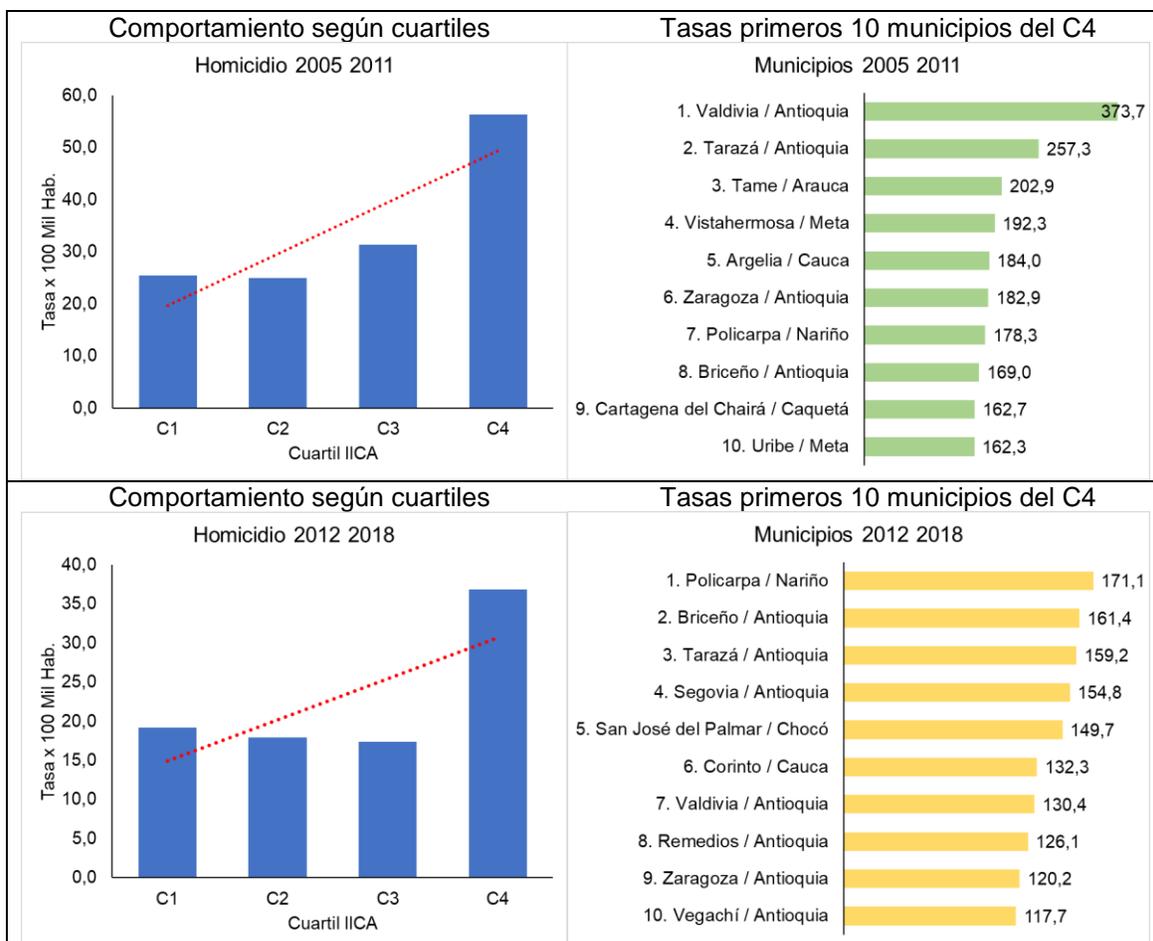


Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2018.

Al analizar el comportamiento del indicador de acuerdo con la agrupación municipal por cuartiles del IICA, en ambos periodos se encontró que a mayor IICA, la tasa de mortalidad promedio de los municipios también se incrementa, lo que evidencia un gradiente de desigualdad que afecta a los municipios con mayor intensidad del conflicto armado interno. La diferencia relativa de la tasa de homicidios entre los cuartiles con mayor y menor IICA (C1 y C4) entre 2005 y 2011 fue 1,3 veces mayor, y entre 2012 a 2018 fue 0,9 veces más. Lo anterior permite presumir que la reducción en la tasa de mortalidad por homicidios se acompaña de la disminución de la brecha del indicador entre los municipios con mayor y menor tasa.

Al colocar el lente sólo en los municipios que, en uno de los dos periodos estudiados, presentaron el mayor IICA, se encontró que cerca del 50% de estos municipios registraron las tasas más altas de mortalidad por homicidio. Particularmente en los departamentos de Antioquia, Cauca, Chocó y Nariño. (**Gráfico 6**)

Gráfico 6. Tasa de mortalidad por homicidios según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 4 del IICA



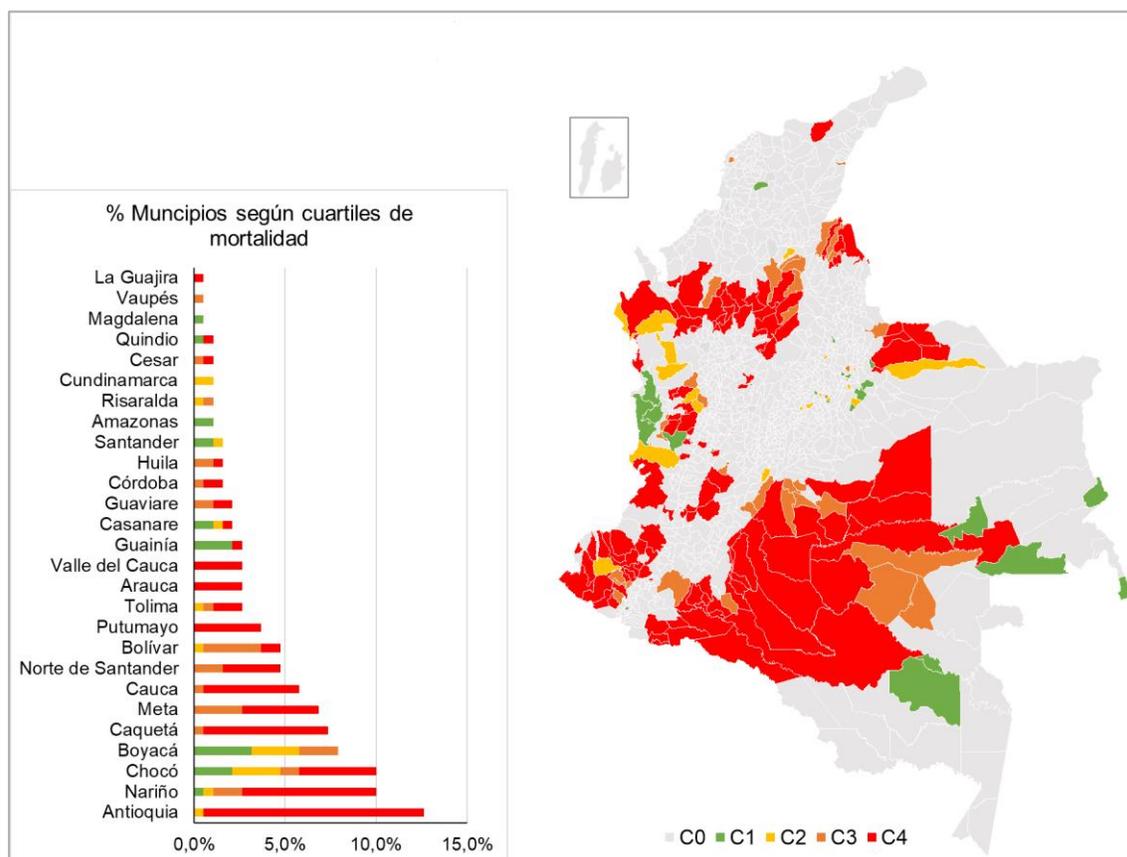
Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022 y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Ahora bien, de los 190 municipios clasificados con una mayor intensidad y permanencia del conflicto armado² (C4) en el periodo 2019 y 2022, el 60,0% presentaron las tasas más altas de mortalidad (Cuartil 4). De acuerdo con la distribución territorial, los departamentos de Antioquia (20,2%), Nariño (12,3%), Caquetá (11,4%) y Cauca (8,8%) concentraron el 52,6% de los municipios con las tasas de homicidio más altas. Específicamente, los municipios Puerto Santander - Norte de Santander (182,9), Tarazá - Antioquia (165,8), Segovia - Antioquia (164,3), Argelia - Cauca (147,4), Corinto - Cauca (142) y Vegachí - Antioquia (132,3) presentaron las

² Se consideran municipios con mayor intensidad y permanencia del conflicto armado como aquellos que se mantuvieron en el cuartil de peor condición según el IICA (C4) en los dos periodos de tiempo observados

tasas más elevadas. En este grupo de municipios solo 20 hicieron parte del cuartil del indicador en salud con las tasas más bajas (**Mapa 7**).

Mapa 7. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por homicidios entre 2019 y 2022



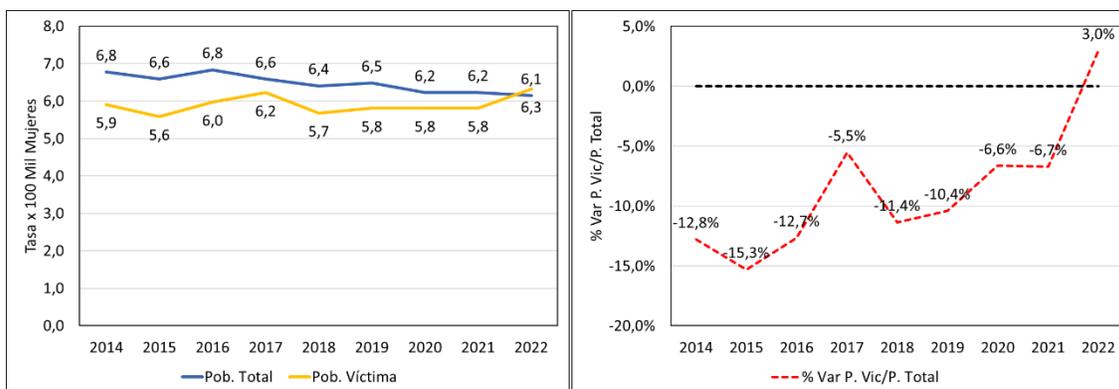
Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022 y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Cáncer de cuello uterino

Para el 2022, se estimó una tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino de 6,1 muertes por cada 100.000 mujeres en la población total. En la población víctima de conflicto armado, esta tasa fue ligeramente superior, alcanzando las 6,3 muertes por cada 100.000 mujeres (un 3% más). Se observó una tendencia decreciente de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en la población total desde el 2014, con una reducción promedio anual del 1,2%. Sin embargo,

con diferencias no significativas se estima en la población víctima un ligero aumento promedio anual del 1%. (**Gráfico 7**)

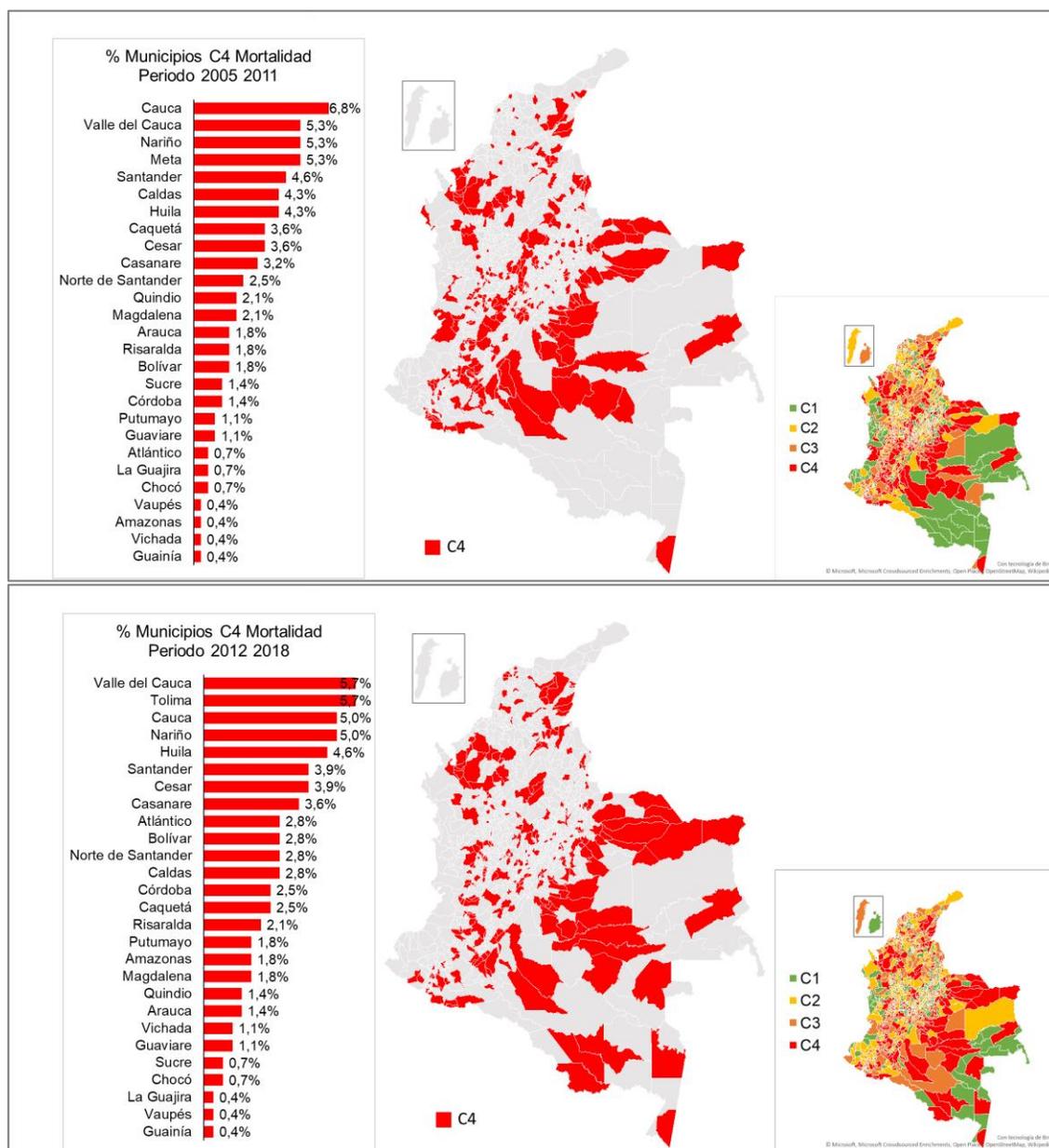
Gráfico 7. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 a 2022



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Entre el 2012 y 2018, la tasa promedio de mortalidad por cáncer de cuello uterino fue de 5,9 por cada 100.000 mujeres, con una reducción de 16,5% (1,2 muertes menos por cada 100.000 mujeres), si se compara con el periodo 2005 a 2011 (7,1). La distribución territorial muestra que los municipios con tasas más altas de cáncer de cuello uterino se encuentran principalmente en Magdalena y Cesar, de igual forma en los límites entre Antioquia y Córdoba, al oriente en municipios de Arauca, Casanare y Vichada, como también por los municipios de Meta, Guaviare y Caquetá. Con una aparente reducción en los municipios de la región Amazónica entre 2012 y 2018. Los departamentos que aportaron el mayor número de municipios con las tasas más altas de mortalidad por cáncer de cuello uterino fueron Boyacá, Antioquia y Cundinamarca. Los municipios con las tasas más altas fueron Puerto Santander - Amazonas, Mutatá – Antioquia, Solita – Caquetá, La Chorrera - Amazonas y El Retorno – Guaviare (entre 9,1 y 34,8 por cada 100.000 mujeres) (**Mapa 8**).

Mapa 8. Municipios con las mayores tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino según periodos del IICA.

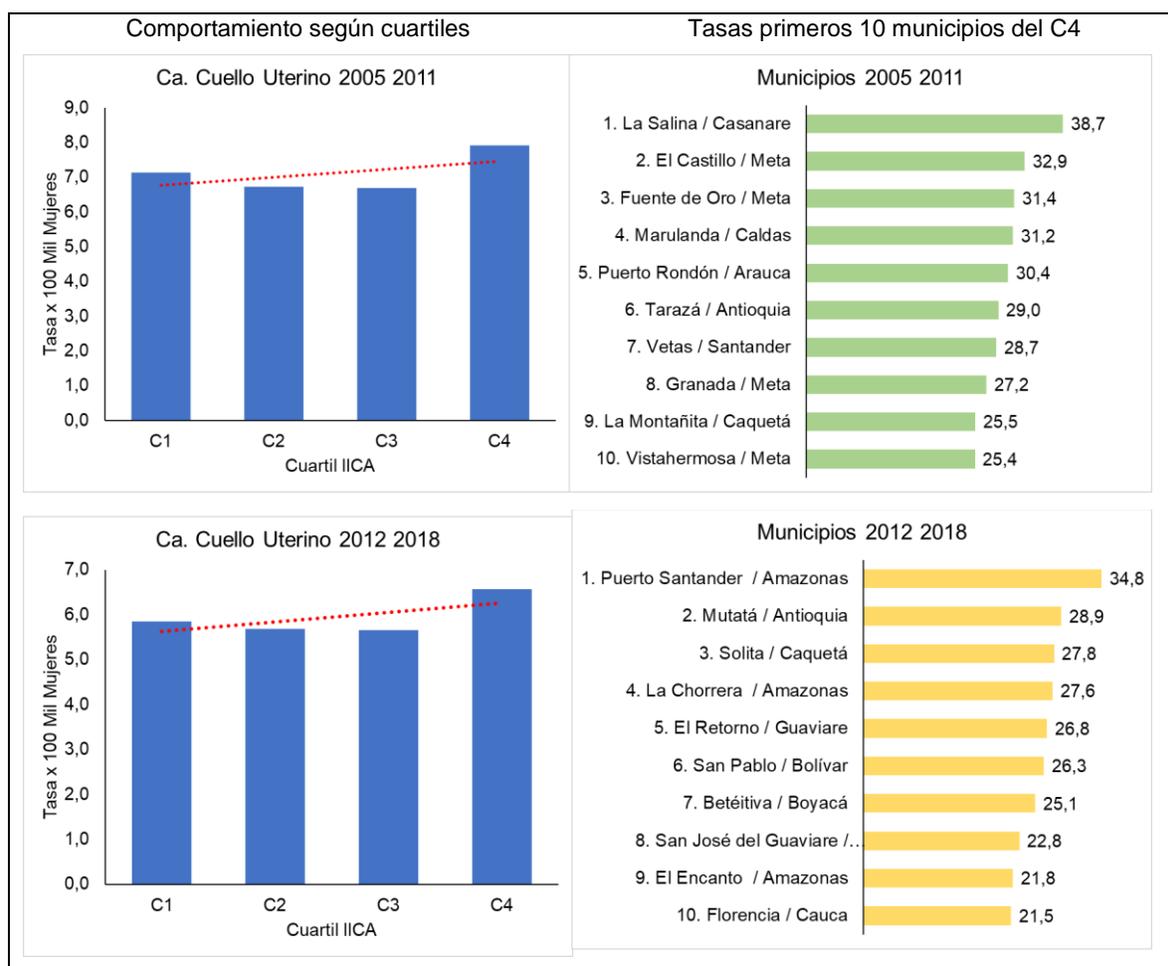


Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

En cuanto a la distribución de la tasa de mortalidad según los cuartiles del IICA se encontró para ambos periodos una tasa promedio más alta en el cuartil con mayor intensidad del conflicto (C4). Los promedios más bajos del indicador en salud se observaron en los cuartiles intermedios del IICA; ahora bien, como se señaló, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello ha mostrado una

reducción entre los periodos analizados, pero al comparar el promedio de los grupos extremos del IICA (C1 y C4) la diferencia relativa muestra un incremento, pasando del 11% en el periodo 2005 a 2011 al 12,3% para el periodo 2012 a 2018. Esto sugiere, que la reducción de las muertes por cáncer de cuello uterino no ha logrado mitigar las desigualdades existentes entre municipios, particularmente en aquellos con mayor intensidad del conflicto (4). Es importante señalar que para ambos periodos cerca del 28% de los municipios con una mayor intensidad del conflicto (C4) también estuvieron en el cuartil con las tasas de mortalidad más alta, estos municipios pertenecen a los departamentos de Antioquia, Meta, Caquetá y Cauca (**Gráfico 8**).

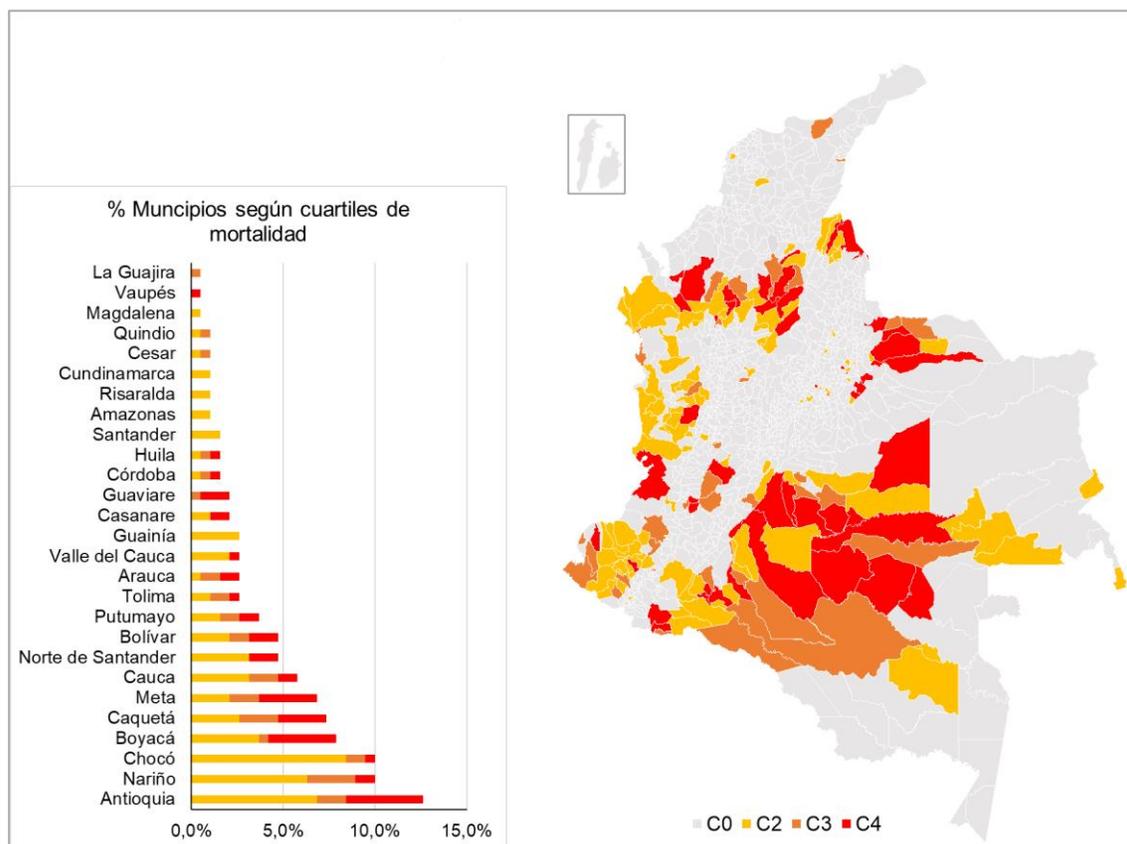
Gráfico 8. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 4 del IICA



Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022 y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 – 2022.

De los 190 municipios con criterios de alta intensidad y permanencia, en el periodo 2019 a 2022 el 26,8% se clasificaron en el cuartil con mayores tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino y el 54,7% estuvo en el cuartil 2. Ningún municipio fue clasificado en el cuartil con la menor tasa de mortalidad promedio (C1). La distribución geográfica muestra que el 51% de los municipios con las tasas más altas de mortalidad estuvieron en los departamentos de Antioquia (12,6%), Boyacá (7,9%), Meta (6,8%) y Caquetá (7,4%); de igual forma, los municipios donde se estimaron las tasas promedio más altas fueron Carurú - Vaupés (69,7), Pisba - Boyacá (37,7), Mutatá - Antioquia (29), Sáchica - Boyacá (28,4), Sácama - Casanare (25,4) y Pajarito - Boyacá (21,7) (**Mapa 9**).

Mapa 9. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino entre 2019 y 2022



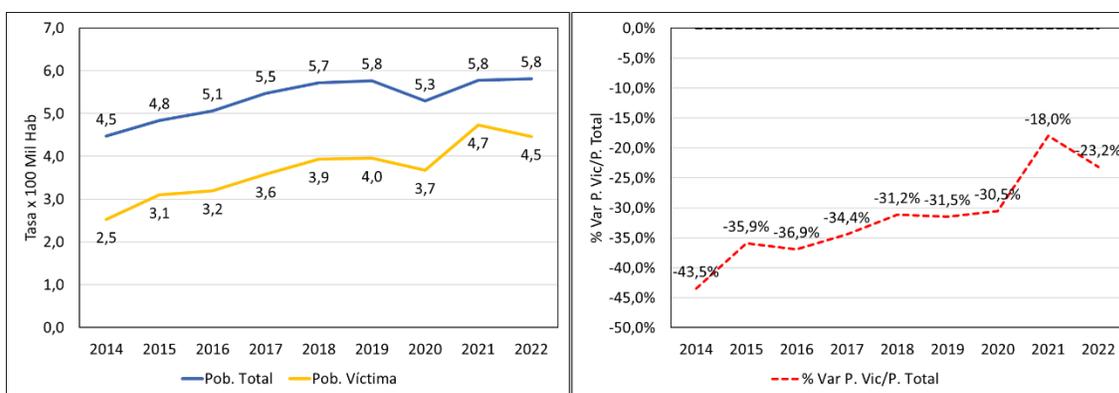
Fuente: Elaboración propia a partir de la información del centro nacional de memoria histórica y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Suicidio

En 2022 la tasa de mortalidad por suicidio en Colombia fue de 5,8 por cada 100 mil habitantes. La población víctima presentó una tasa menor (4,5), aunque su crecimiento anual ha sido superior al de la población total (8,0% y 3,5% respectivamente). Esta divergencia en las tendencias sugiere una reducción progresiva de la diferencia entre ambos grupos, explicado por el incremento de la tasa en la población de víctimas del conflicto. (**Gráfico 9**)

Gráfico 9. Tasa de mortalidad por suicidio en población víctima de conflicto y población total. Colombia.

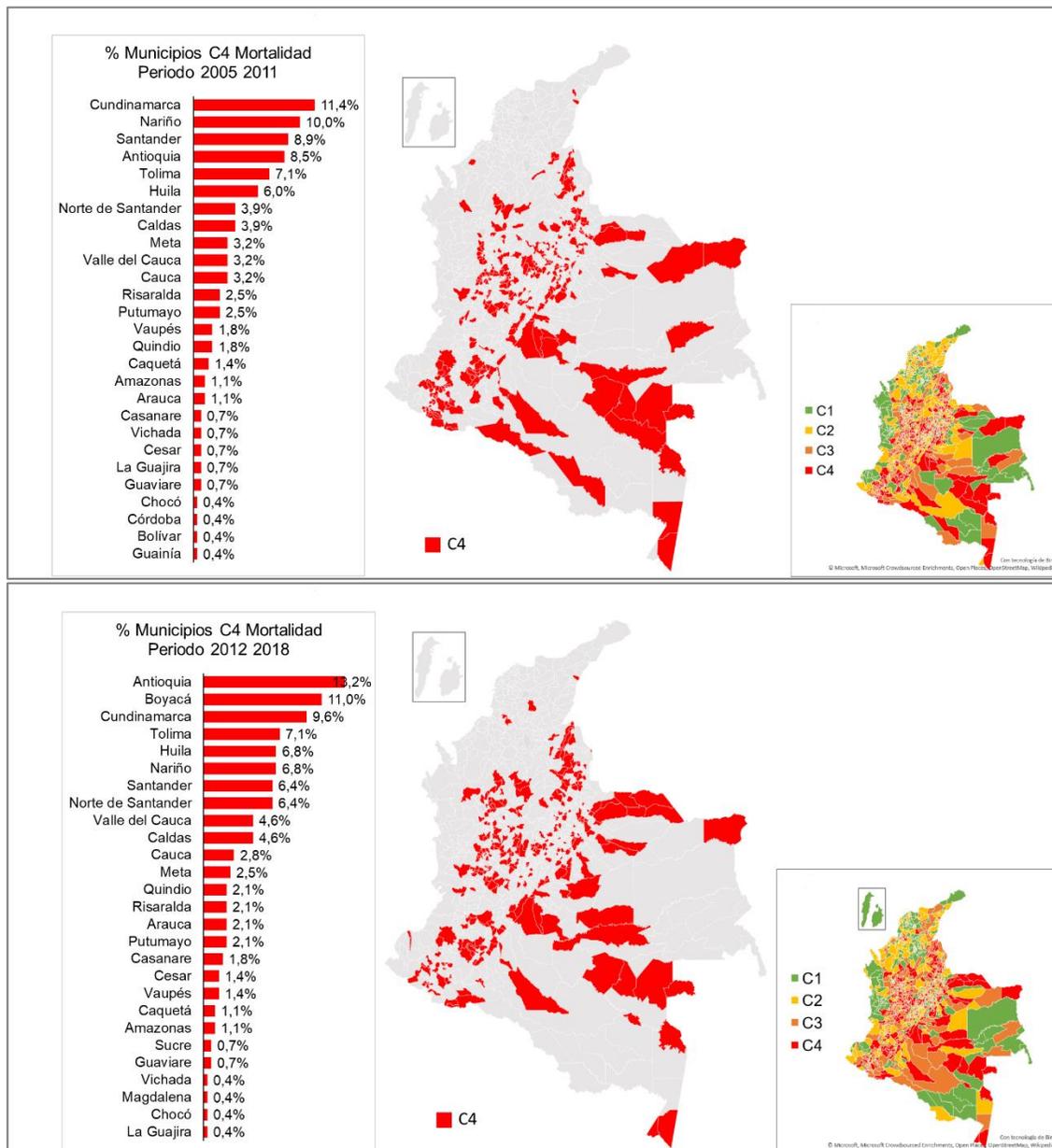
2014 a 2022



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022

Entre 2012 y 2018 la tasa promedio de mortalidad por suicidio fue de 5,5 casos por cada 100.000 habitantes, al compararse con el periodo 2005-2011 la tasa fue un 10,7% menor (6,2 por cada 100.000 habitantes). El comportamiento territorial muestra que los municipios más afectados estuvieron ubicados principalmente en la región central y la región de la Orinoquía y la Amazonía, es así como el 49,6% de los municipios en peor resultado en salud, hicieron parte de los departamentos de Boyacá, Antioquia, Cundinamarca, Nariño y Santander. Los municipios con las tasas promedio más altas fueron Yavaraté - Vaupés, Pijao – Quindío, Fortul – Arauca, Carurú – Vaupés y Mitú – Vaupés (entre 17,9 y 25,2 suicidios por cada 100.000 nacidos vivos) (**Mapa 10**)

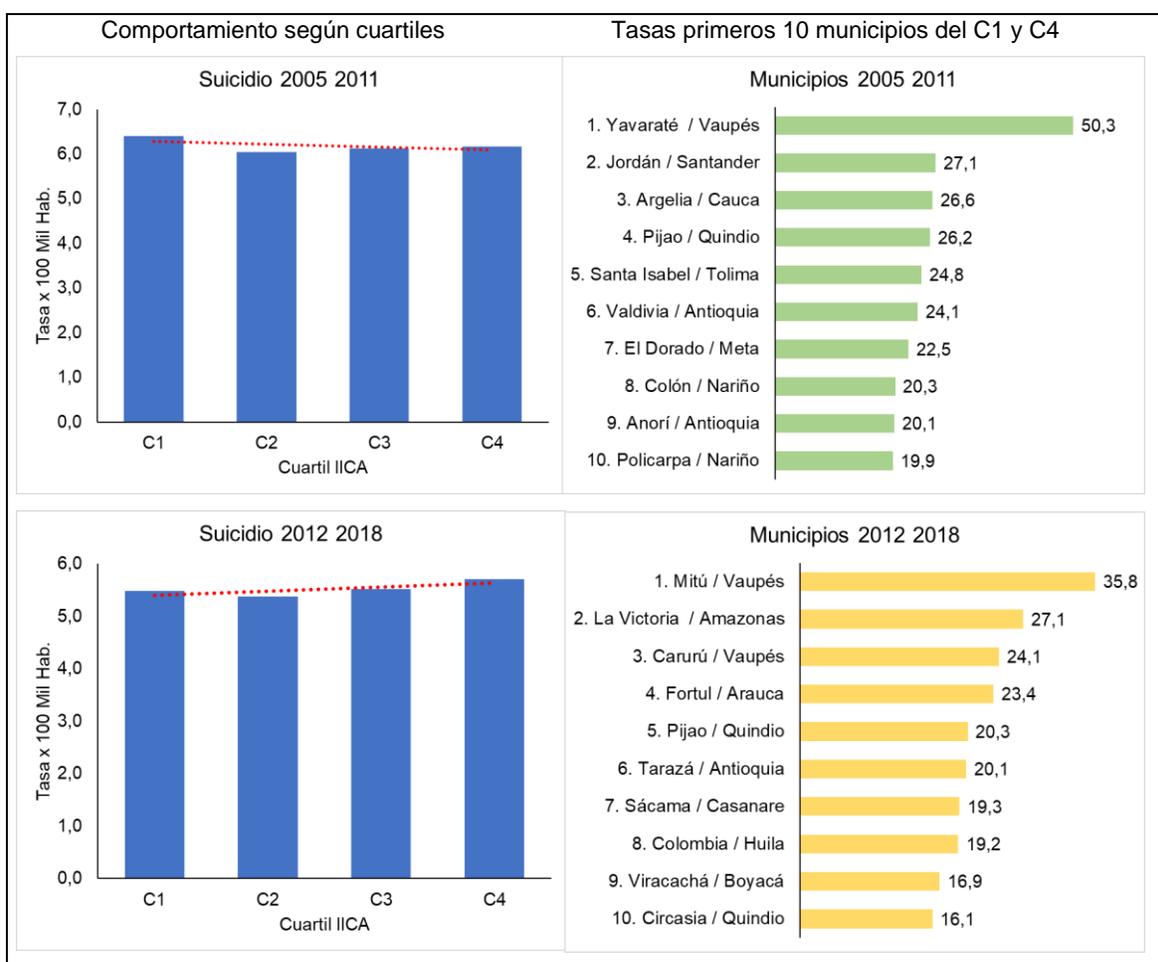
Mapa 10 Municipios con las mayores tasas de mortalidad por suicidio según periodos del IICA.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Al analizar el comportamiento del suicidio según los cuartiles del Índice de Intensidad del Conflicto Armado (IICA), se evidencia un cambio de tendencia entre los periodos evaluados. Mientras que entre 2005 y 2011 las tasas de suicidio más altas se concentraron en las zonas con menor intensidad de conflicto (C1), entre 2012 y 2018 se observa un cambio en esta tendencia, con las tasas más elevadas en las zonas de mayor intensidad (C4, un 4% superior a C1). Este comportamiento podría estar relacionado con un efecto de largo plazo que afecta a las poblaciones de territorios donde el conflicto tiene alta intensidad. Entre 2012 y 2018 el 28,3% de los municipios con una mayor intensidad del conflicto, también tuvieron las tasas más altas de mortalidad por suicidio (**Gráfico 10**)

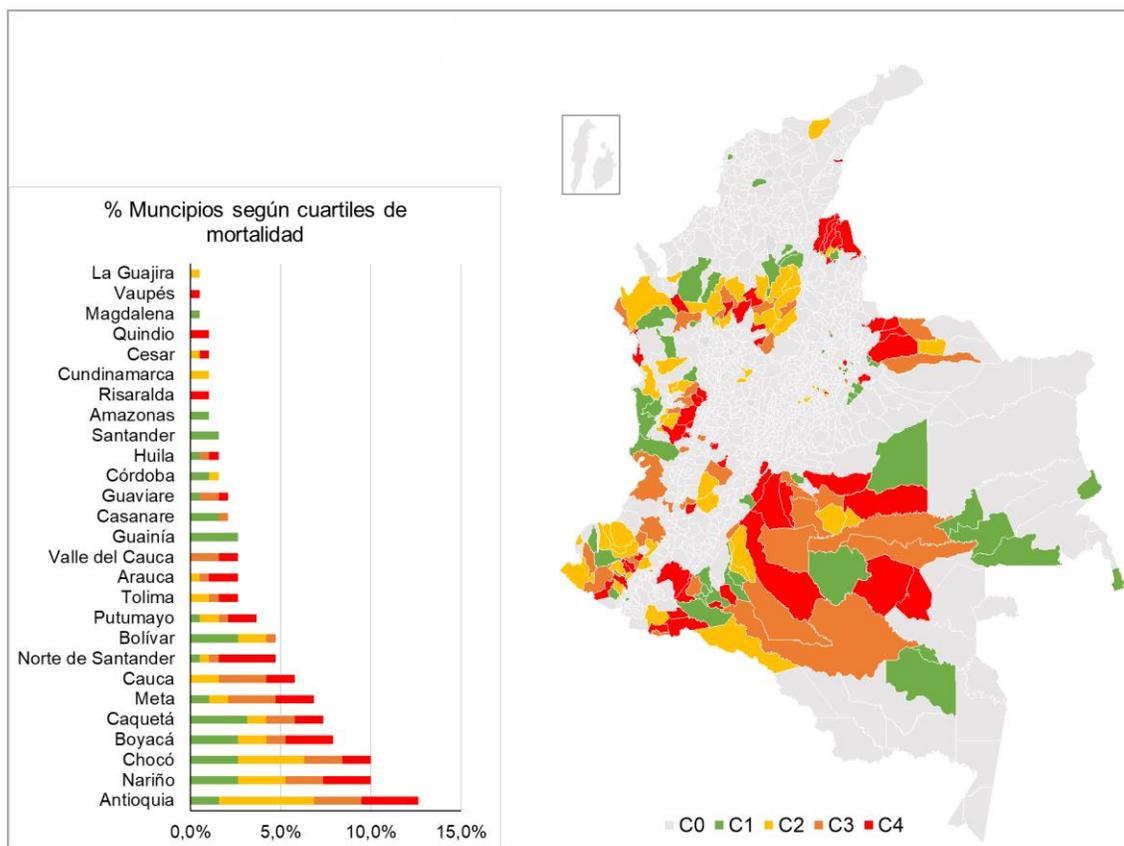
Gráfico 10. Tasa de mortalidad por suicidio según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 2 y 3 del IICA



Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022 y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

El análisis de los 190 municipios con alta intensidad y permanencia del conflicto muestra que el 27,9% de estos también hicieron parte del cuartil con las tasas más altas de mortalidad por suicidio entre 2019 a 2022. La distribución geográfica sugiere algunas zonas particulares como Norte Santander, Arauca, Meta, Caquetá y Putumayo. Los municipios con las tasas promedio de suicidio más altas fueron Pueblo Rico - Risaralda (28,7), Carurú - Vaupés (27,9), El Tarra - Norte de Santander (23,9), Villarrica - Tolima (23,4), Busbanzá - Boyacá (23,2) y Pijao - Quindio (22,6) (Mapa 11)

Mapa 11. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por suicidio entre 2019 y 2022



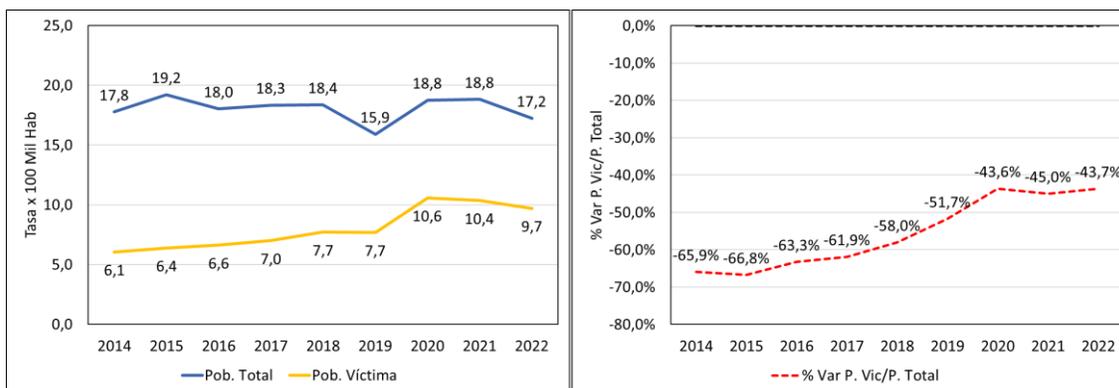
Fuente: Elaboración propia a partir de la información del centro nacional de memoria histórica y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

3.3. Hipertensión arterial en contextos territoriales de mediana intensidad del conflicto armado interno.

Hipertensión arterial

En 2022, la tasa de mortalidad por hipertensión arterial en la población general fue de 17,2 por cada 100.000 habitantes, un 43,7% superior a la de la población víctima (9,7 por cada 100.000 habitantes). Sin embargo, mientras la tasa en la población general se mantuvo relativamente estable desde 2014, la tasa en la población víctima aumentó en promedio un 6,8% anual durante ese mismo periodo. Como resultado, la diferencia observada entre ambos grupos entre 2014 y 2019 se han reducido gradualmente hasta 2022. **(Gráfico 11).**

Gráfico 11. Tasa de mortalidad por hipertensión arterial en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 - 2022

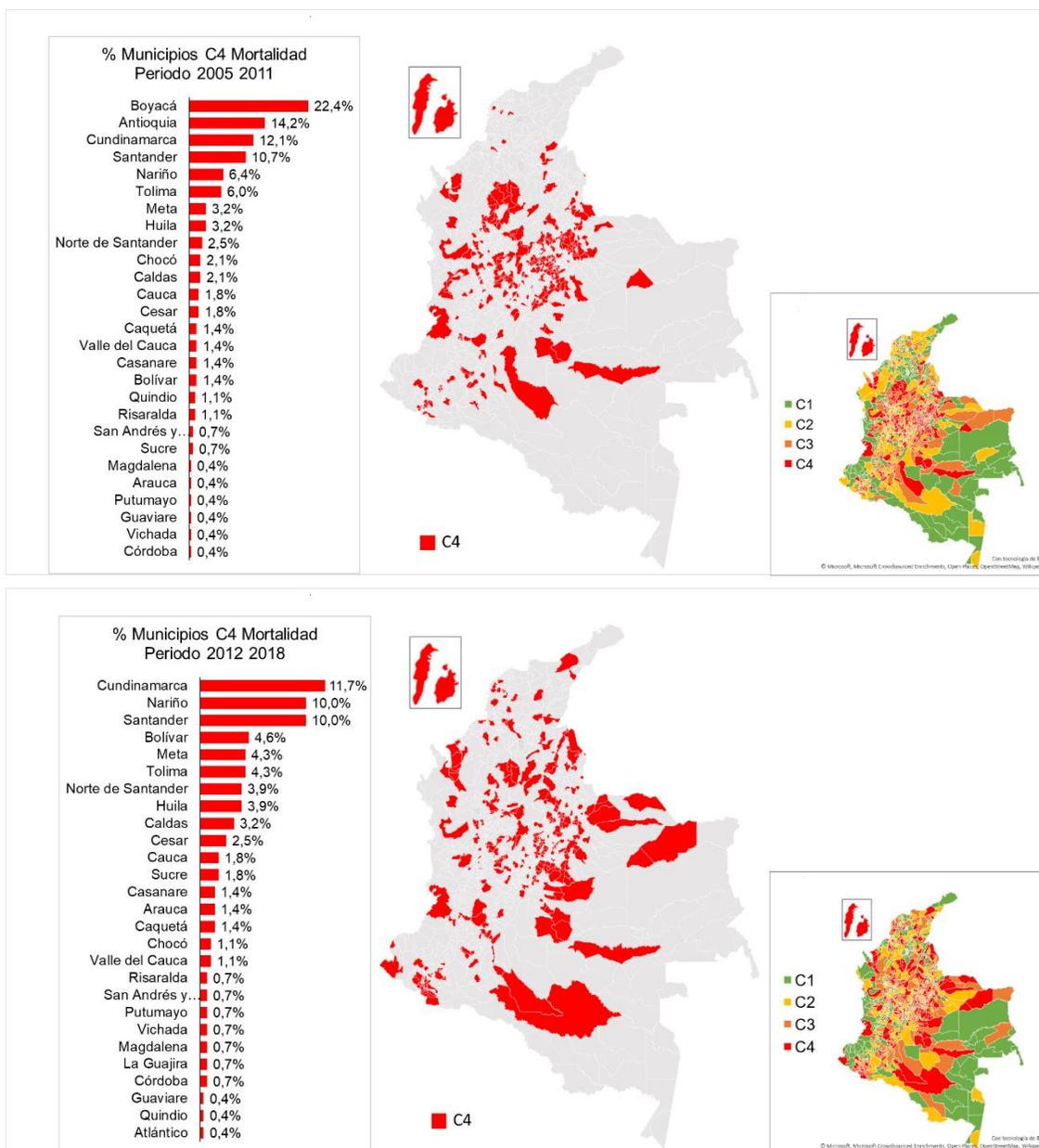


Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022

En el periodo 2012 a 2018 se estimó una tasa promedio de mortalidad por hipertensión arterial en Colombia de 17,2 por cada 100.000 habitantes, lo que muestra una pequeña reducción comparado con el periodo 2005 a 2011 (17,4 por cada 100.000 habitantes). La región central, especialmente Boyacá, Antioquia y Cundinamarca, concentró la mayor proporción de municipios con las tasas más altas en ambos periodos. Sin embargo, entre 2012 y 2018 se evidenció un incremento en el número de municipios con peores resultados en departamentos como Nariño, Bolívar, Norte de Santander, Meta, Caldas y Arauca. Municipios como Yacuanquer – Nariño,

Angostura – Antioquia, Iza – Boyacá y Marulanda – Caldas destacaron por sus altas tasas promedio en este último periodo (**Mapa 12**).

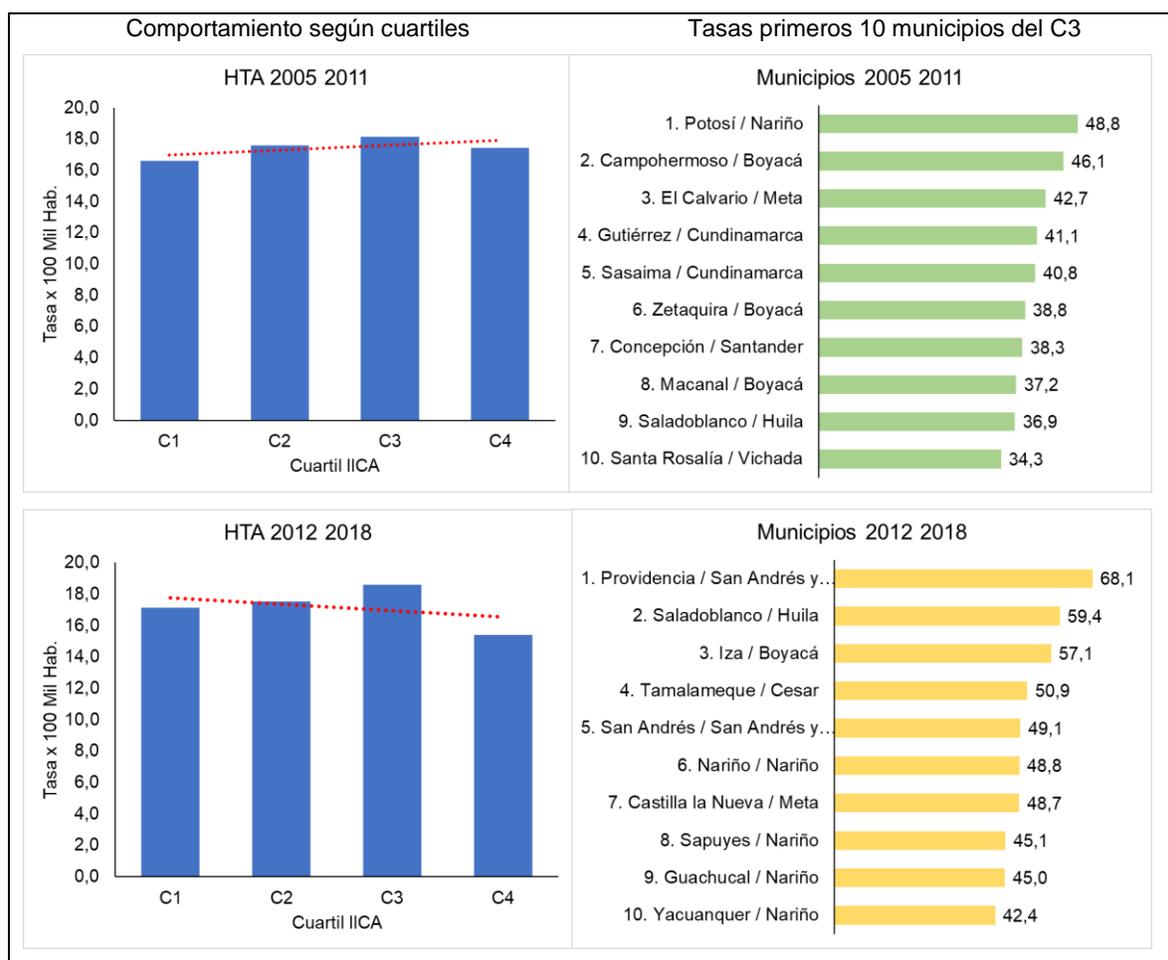
Mapa 12 Municipios con las mayores tasas de mortalidad por hipertensión arterial según periodos del IICA.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

La distribución de la tasa promedio de mortalidad por hipertensión según los cuartiles del IICA, mostró en ambos periodos que en el cuartil 3 estuvieron los valores promedio más altos, aunque no se observan diferencias marcadas con los demás cuartiles. Sin embargo, al comparar los resultados del C1 y C4 del IICA se identifica que entre 2005 a 2011 el C1 presentó la tasa más baja. En el periodo 2012 a 2018 es en el cuartil 4 donde se obtuvo la tasa más baja de mortalidad. Entre el 29 y el 28% de los municipios que se clasificaron en el cuartil 3 del IICA estuvieron en el cuartil con la tasa más alta de mortalidad por HTA (**Gráfico 12**).

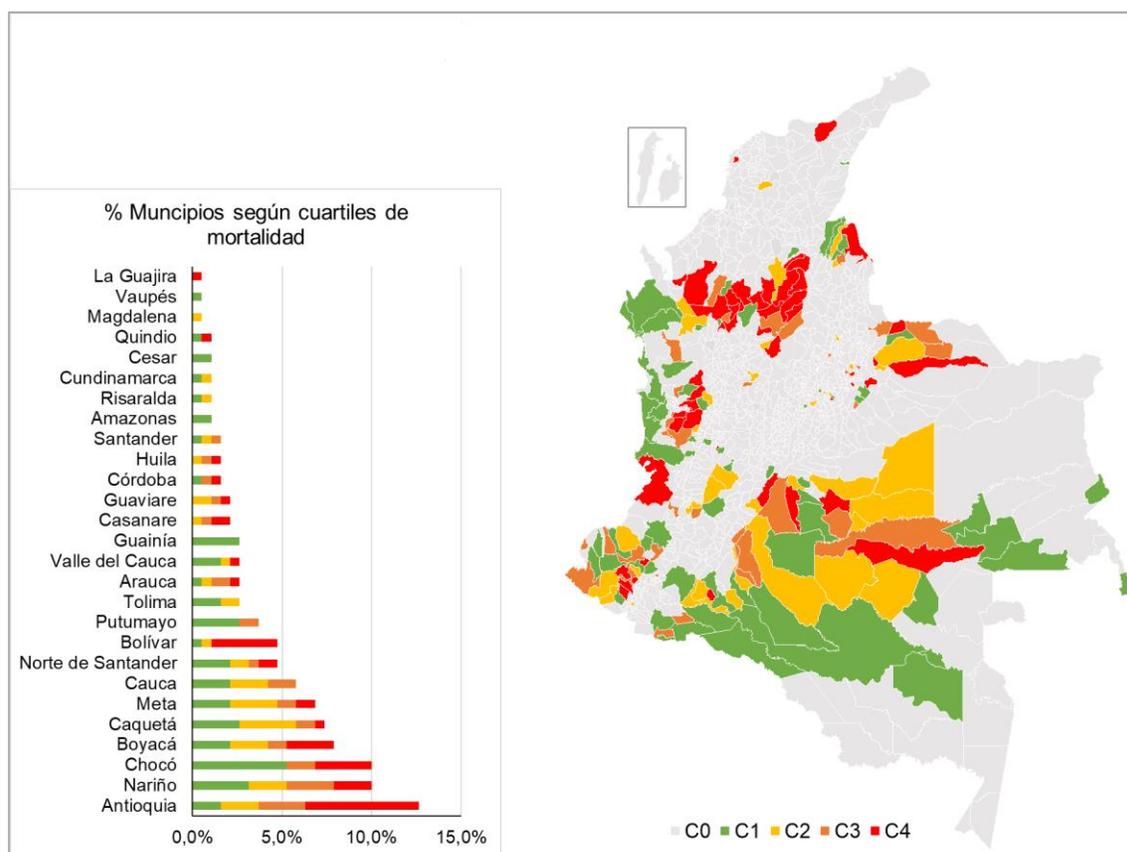
Gráfico 12. Tasa de mortalidad por hipertensión arterial (HTA) según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 3 del IICA.



Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022 y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

En cuanto a los 190 municipios clasificados con una alta intensidad y permanencia del conflicto armado, para el periodo 2019 a 2022 el 25,3% estuvieron en el cuartil de mayor tasa de mortalidad (4), mientras que el 35,8% de los municipios estuvieron en cuartil 1. La visualización de la distribución territorial parece indicar que hay zonas de proximidad en los municipios del cuartil 4 en Norte de Santander son afectaciones de los municipios del sur de Bolívar, norte de Antioquia y Córdoba. En dialogo con algunos de los departamentos que aportaron el mayor número de municipios con las tasas más altas, como Antioquia (6,3%), Bolívar (3,7%), Chocó (3,2%), Boyacá (2,6%) y Nariño (2,1%) (**Gráfico 13**)

Mapa 13. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por hipertensión arterial entre 2019 y 2022



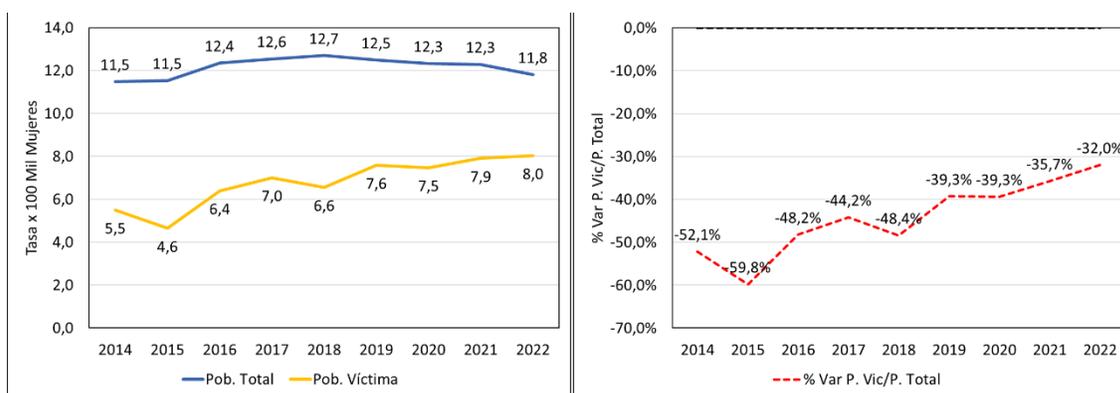
Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022 y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

3.4. Cáncer de mama y diabetes mellitus en contextos de baja intensidad del conflicto armado interno.

Cáncer de mama

En 2022, la tasa de mortalidad por cáncer de mama fue de 11,8 por cada 100.000 mujeres, mientras que en la población víctima de del conflicto armado fue de 8 por cada 100.000, con una diferencia del 32%. A lo largo del periodo 2014-2022 no se observaron diferencias significativas entre ambas poblaciones, sin embargo, la población víctima ha experimentado un incremento anual promedio más elevado (5,9%) en comparación con la población general (0,4%). (**Gráfico 13**).

Gráfico 13. Tasa de mortalidad por cáncer de mama en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 a 2022

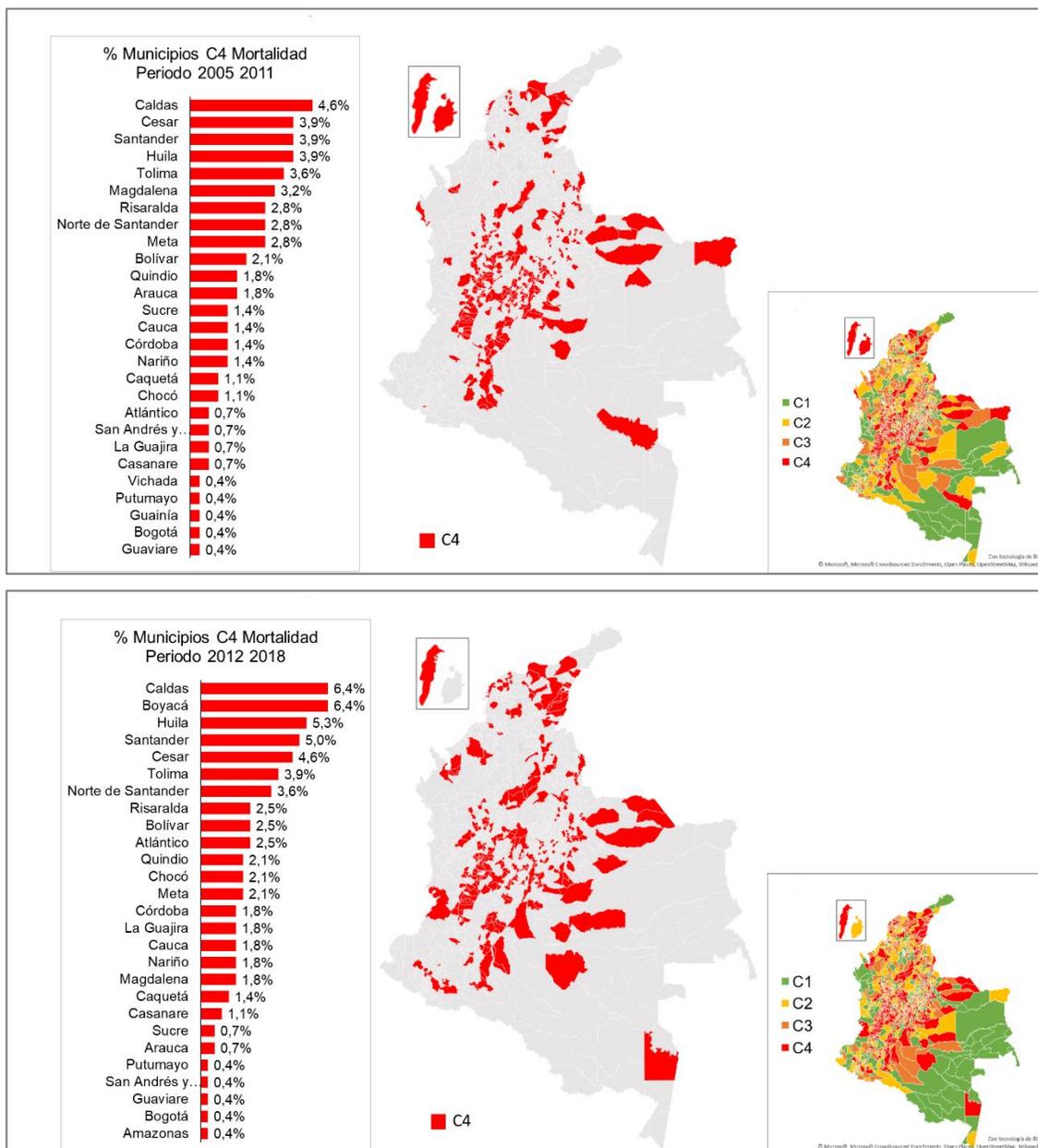


Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

El comportamiento de la tasa promedio de mortalidad por cáncer de mama en el periodo 2012 a 2018 fue de 13,2 por cada 100.000 mujeres, al compararse con el periodo 2005 a 2011 muestra una reducción del 9,1% (14,5 muertes por cada 100.000 mujeres). El comportamiento a nivel territorial muestra que para ambos periodos las regiones con una mayor afectación estuvieron al norte entre los departamentos de La Guajira, Magdalena y Cesar, en la región central entre Boyacá, Caldas y Santander y al oriente Municipios de Arauca, Casanare y Meta. De igual forma, es importante señalar que para el periodo 2012 a 2018 se observó un aumento en el número de municipios con tasas altas al sur oriente del país, en departamentos como Nariño, Putumayo,

Caquetá y el Meta. En cuanto a las tasas más altas, fueron observadas en los municipios Puerto Berrío – Antioquia, Puerto Santander - Norte de Santander, Segovia – Antioquia, Río Quito – Chocó y Abriaquí – Antioquia (**Mapa 14**)

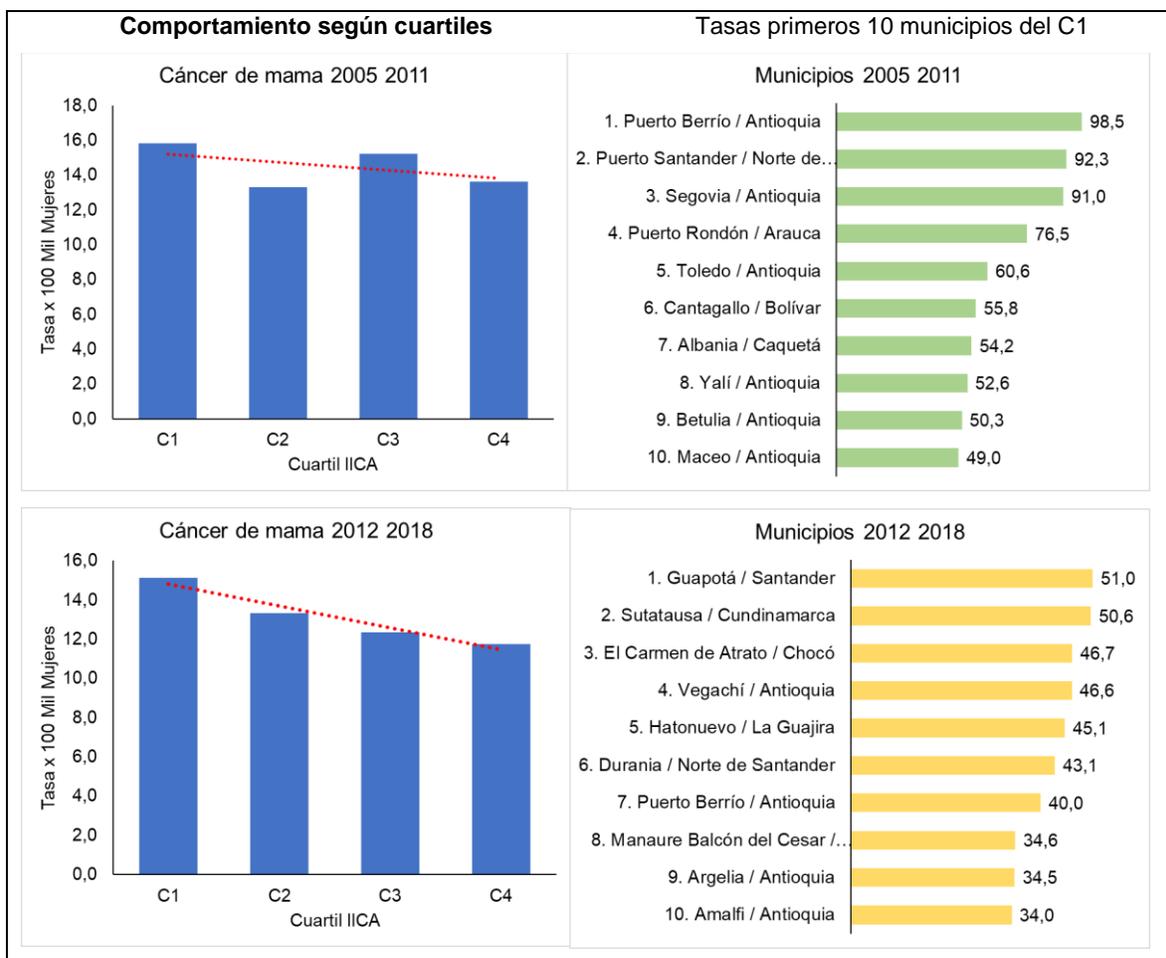
Mapa 14. Municipios con las mayores tasas de mortalidad por cáncer de mama según periodos del IICA.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Al analizar la tasa de mortalidad por cáncer de mama según los cuartiles del IICA, se identificó que los con menor intensidad (C1) tienen las tasas más altas, siendo esta tendencia más marcada en el periodo 2012 y 2018. En el periodo 2005 a 2011 los municipios del cuartil 2 mostraron la tasa de mortalidad promedio más baja. En el periodo 2012 a 2018 la tasa más baja está en los municipios IICA 4. La diferencia relativa entre el C1 respecto al C4 fue un 13,8% en el periodo 2005 y 2011, y 22,5% en el periodo 2012 a 2018. Esto parece indicar que la tasa de mortalidad por cáncer de mama tiene una mayor magnitud en los municipios donde el conflicto ha tenido una baja intensidad (**Gráfico 14**)

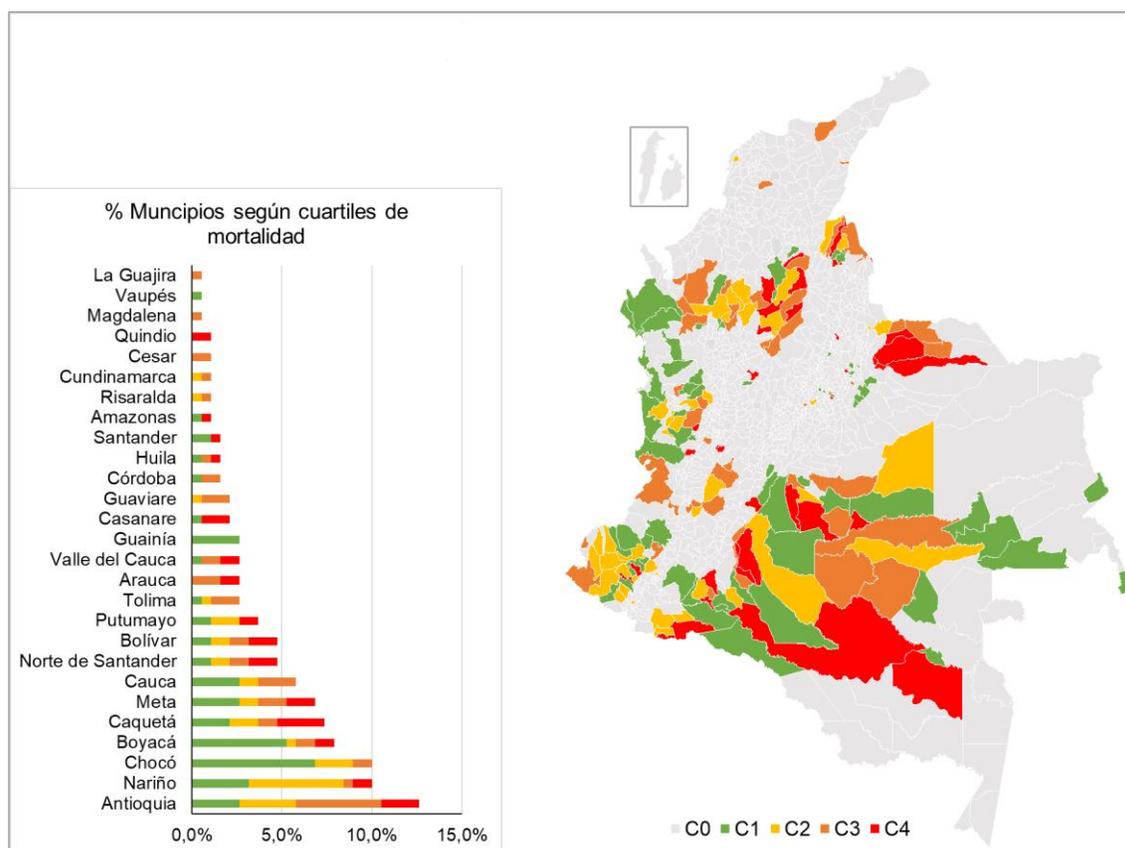
Gráfico 14 Tasa de mortalidad por cáncer de mama según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 1 del IICA



Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022 y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

La revisión de los 190 municipios clasificados con alta intensidad y permanencia del conflicto, entre el 2019 y el 2022, muestra que 35,8% hacen parte del cuartil con menores tasas promedio de mortalidad por cáncer de mama(C1); y 18,9% de los municipios hicieron parte del cuartil con las tasas de mortalidad más altas (C4). Con valores más altos en Buenavista - Quindío (55), La Salina - Casanare (47,7), Miriti - Paraná - Amazonas (38,9), El Cairo - Valle del Cauca (27,6), Sácama - Casanare (25,7) y Villanueva - Santander (22,9). En términos geográficos también llama la atención las altas tasas en municipios de Arauca y Norte de Santander donde con el IICA alcanzo los mayores valores (**Mapa 15**)

Mapa 15. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por cáncer de mama entre 2019 y 2022

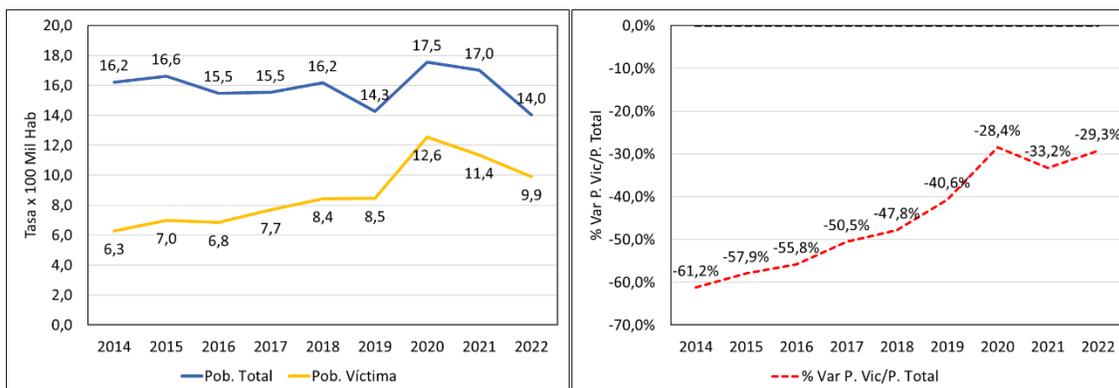


Fuente: Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022 y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Diabetes mellitus

En 2022, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en la población total fue de 14 muertes por cada 100.000 mil habitantes, mientras que en la población víctima fue menor, con una tasa de 9,9 muertes por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, entre 2014 y 2022, la tasa de mortalidad por diabetes en la población víctima ha aumentado en promedio un 7,2% anual, mientras que en la población total se observa una disminución promedio del 1,2%. La brecha entre ambas poblaciones se ha reducido gradualmente, siendo más evidente entre 2014 y 2016, cuando se observaron diferencias significativas en las tasas de mortalidad (**Gráfico 15**)

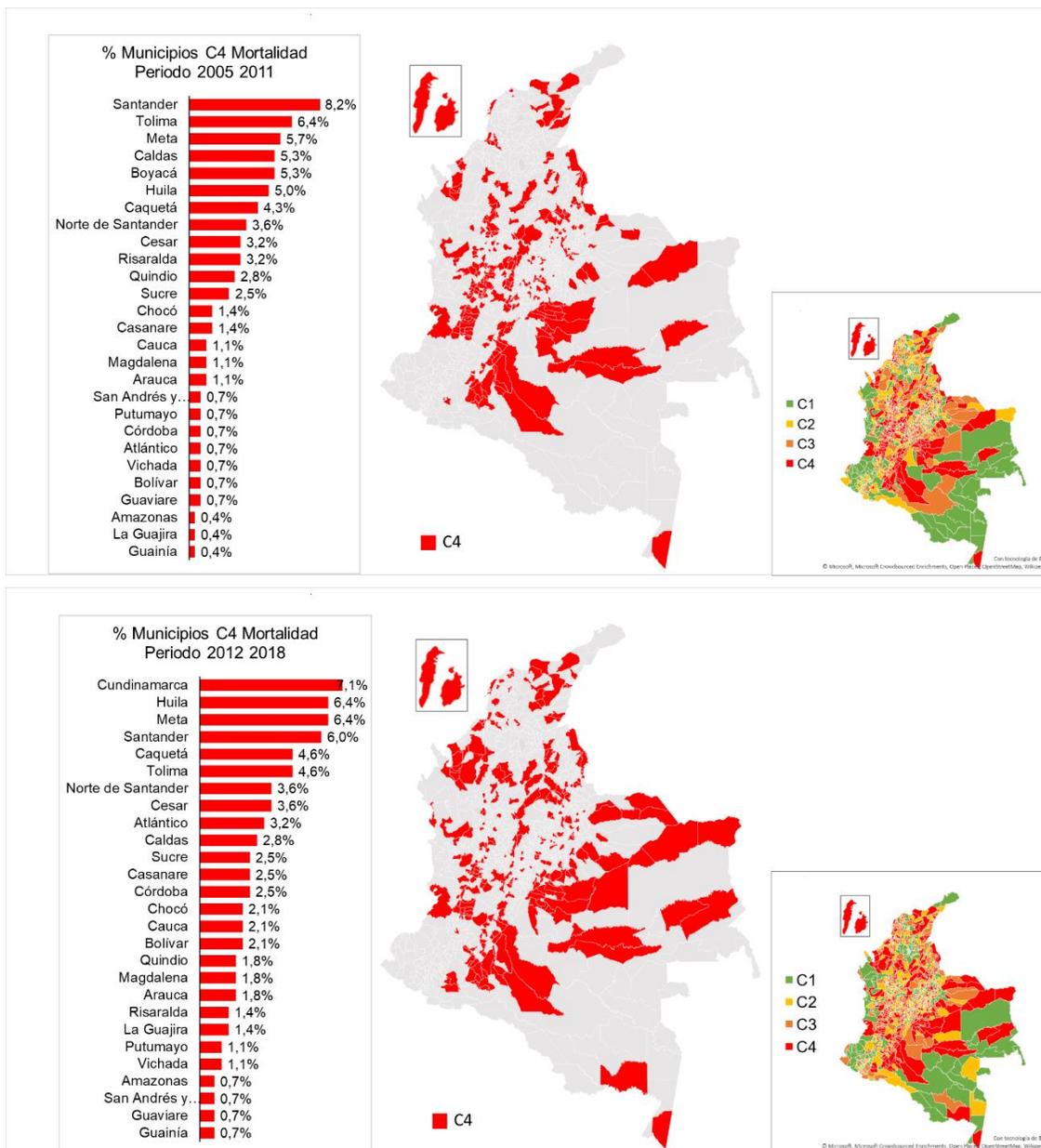
Gráfico 15. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus en población víctima de conflicto y población total. Colombia. 2014 a 2022



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Entre 2012 a 2018, la tasa promedio de mortalidad por diabetes mellitus en los municipios de Colombia fue de 12,9 por cada 100.000 habitantes, al compararlo con la estimación del periodo 2005 a 2011, se observa una reducción del 7,6% (14 muertes por cada 100.000 habitantes). Respecto a la distribución territorial, aunque para ambos periodos el número de municipios con las tasas más altas (C4) es el mismo, para el periodo 2012 a 2018 se observan una mayor afectación en la región próxima a la región Caribe, donde departamentos como Córdoba, Atlántico y La Guajira aportan un mayor número de municipios. Lo anterior se observa al oriente del país con una mayor participación de departamentos como Arauca, Casanare, Meta, Vichada y Guainía. Las tasas de mortalidad más altas se estimaron en El Retorno – Guaviare Santa Rosalía – Vichada, Providencia - San Andrés y Providencia, Fortul – Arauca, Puerto Santander - Norte de Santander, Villavicencio – Meta (**Mapa 16**).

Mapa 16. Municipios con las mayores tasas de mortalidad por diabetes mellitus según periodos del IICA.

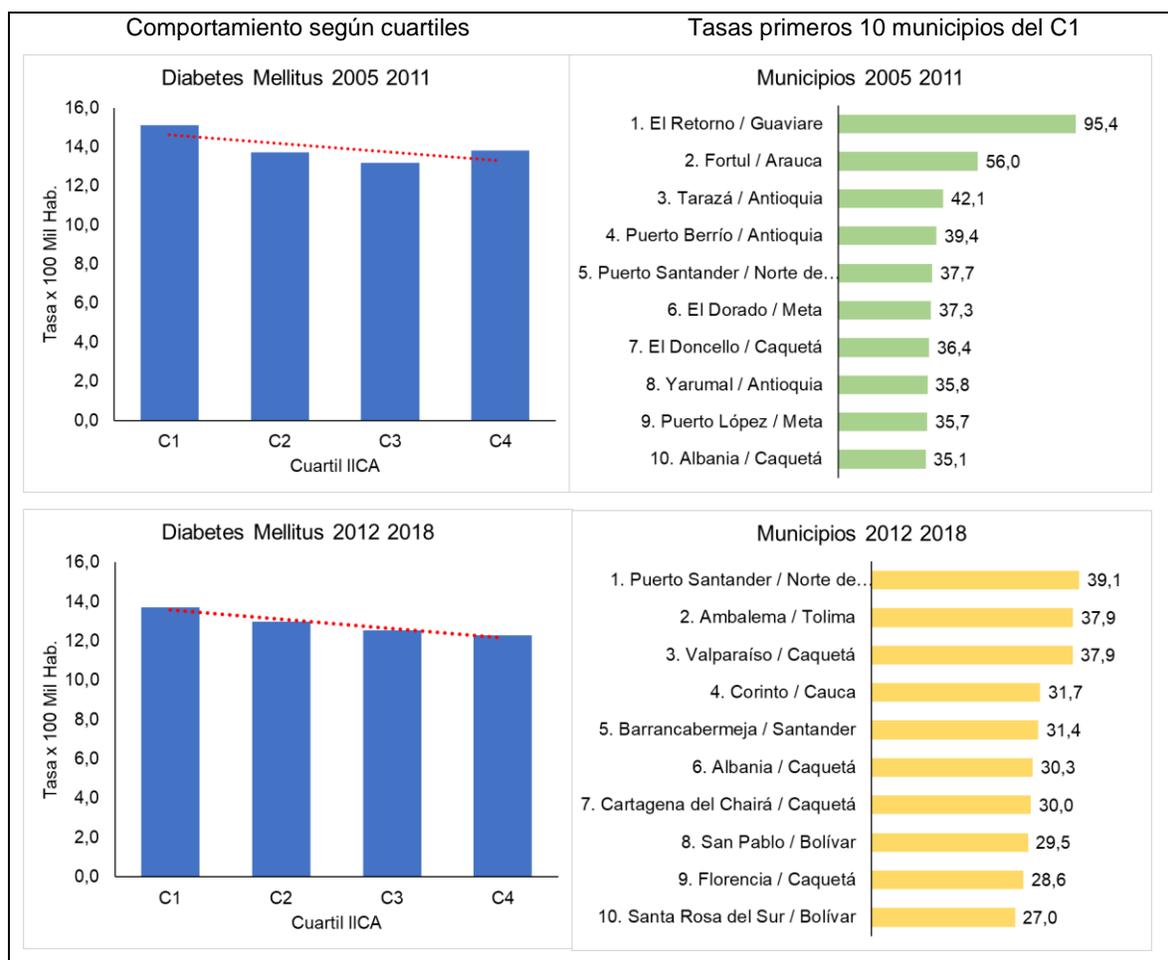


Fuente: Elaboración propia a partir del cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Los resultados del análisis de la tasa de mortalidad por diabetes mellitus, agrupadas por los cuartiles del IICA, muestran altas tasas de mortalidad en los municipios donde el conflicto tuvo una baja intensidad, esta tendencia es más evidente en el periodo 2012 a 2018, donde la tasa promedio de mortalidad en los municipios con mayor intensidad del conflicto (C4) fue un 10,4%

menor comparado con el C1. En el periodo 2005 a 2011 esta diferencia fue del 8,4%. Cerca del 30% de los municipios que estuvieron en el C1 del IICA hicieron parte del cuartil de municipios con la tasa promedio de mortalidad más alta por diabetes mellitus, Santander, Cundinamarca, Antioquia, Valle del Cauca y Sucre tuvieron el mayor número de municipios (**Gráfico 16**).

Gráfico 16. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus según cuartiles del IICA y 10 principales municipios en el cuartil 1 del IICA

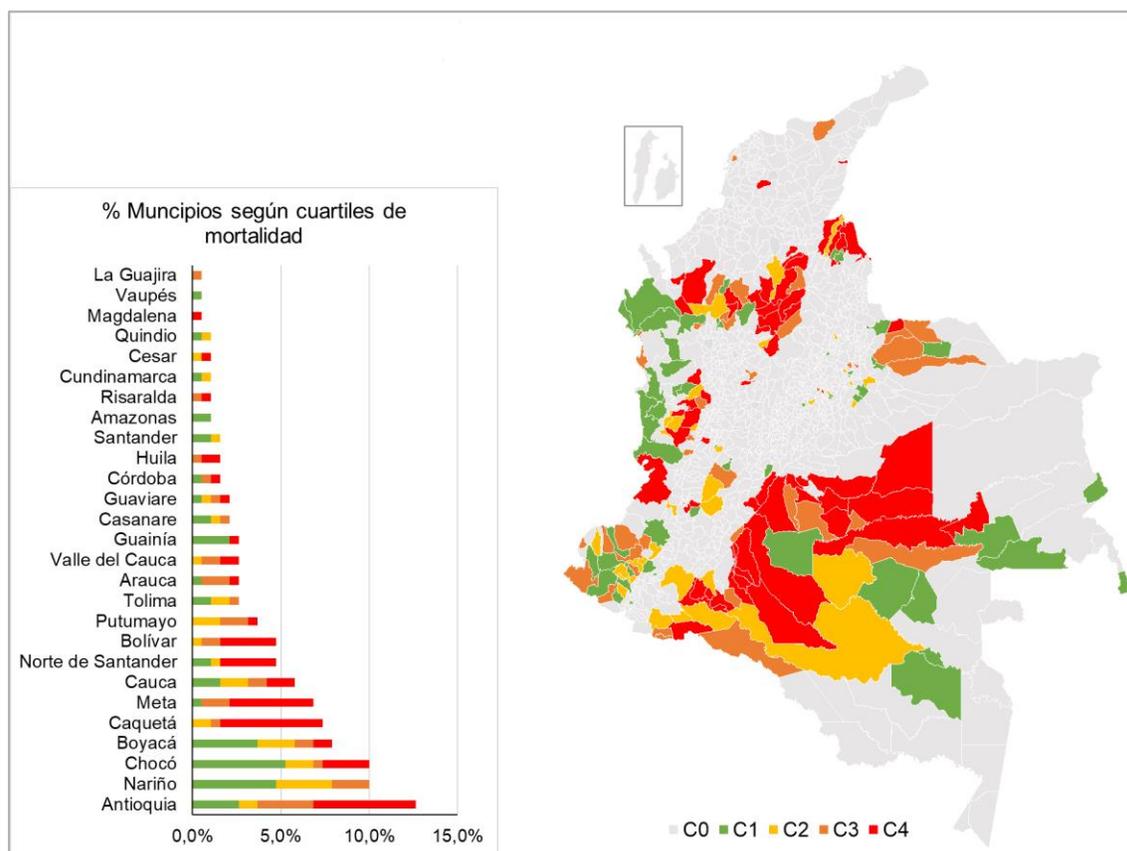


Fuente Elaboración propia con base en los coeficientes obtenidos por el INS para el IICA y los datos CNMH.2012 – 2022 y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

Frente a los municipios con una alta intensidad y permanencia del conflicto armado, entre 2019 y 2022, el 34,2% hicieron parte del cuartil con la tasa promedio más alta de mortalidad por diabetes mellitus, los departamentos Caquetá (16,9%), Antioquia (16,9%), Meta (13,8%) y Norte de Santander (9,2%) aportaron el 56,9% de los municipios. La visualización geográfica sugiere

que los municipios de Norte de Santander, norte y región del Urabá antioqueño y Arauca, tienen altas tasas de mortalidad (**Mapa 17**).

Mapa 17. Municipios con mayor permanencia e intensidad del conflicto armado distribuidos según cuartiles de la tasa de mortalidad por diabetes mellitus entre 2019 y 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de la información del centro nacional de memoria histórica y el cubo SISPRO de estadísticas vitales y las proyecciones y retroproyecciones del DANE. 2005 - 2022.

4. Discusión

Este estudio buscó comprender la relación entre el conflicto armado interno y la salud de la población colombiana entre 2005 y 2022, complementando análisis previos realizados como parte del Análisis de Situación de Salud. Para ello, se compararon las tasas de mortalidad entre la población víctima del conflicto y la población total a nivel nacional y municipal. Además, se utilizó el Índice de Intensidad del Conflicto Armado (IICA) para identificar desigualdades territoriales y categorizar los municipios en tres contextos de conflicto.

4.1. Contextos territoriales del conflicto armado interno y los desenlaces en salud

Se identificaron tres contextos territoriales con patrones de salud diferenciados.

El primer contexto es alta intensidad y permanencia del conflicto armado, en estos municipios se observó un gradiente social en la distribución de las tasas de homicidio, cáncer de cuello uterino y suicidio a nivel territorial. En ambos periodos, las víctimas del conflicto presentaron tasas de homicidio más altas que la población total. Esta desigualdad fue más evidente en los municipios con el mayor nivel de intensidad, donde las tasas de homicidio son hasta 1,3 veces superiores en el periodo 2005 y 2011, y 0.9 veces más entre 2012 y 2018. Aunque los periodos analizados en este estudio difieren de los del Instituto Nacional de Salud, los hallazgos concuerdan en cuanto a la existencia de un gradiente social en la mortalidad por el homicidio en municipios con alta intensidad del IICA (Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud., 2017).

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino también mostró relación entre el nivel del IICA del municipio y la tasa de mortalidad en los periodos 2005 y 2011; 2012 y 2018. Este hallazgo dialoga con los resultados del Instituto Nacional de Salud, que encontró una mayor afectación en municipios cuartil cuarto de IICA en los periodos estudiados 1998-2003, 2004 -2009 y 2010-2015 (Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud., 2017).

Para comprender los escenarios actuales de conflicto armado es importante recordar que la dinámica de la guerra caracterizada por la disputa territorial y la violencia contra civiles (Kaldor, 2001; Kaldor, 2001) (Rinaldi, Gagnani, Moro, & Della Rossa, 2022), explica el patrón de

gradiente observado en el caso de homicidio. En estos escenarios es difícil diferenciar entre la violencia directa del conflicto y otras formas de violencia (UNDOC, 2013) (CEV - JEP - HRDAG, 2023), por lo que se espera un efecto amplificador de la violencia letal. Como resultado, tanto la población víctima del conflicto como la población total en municipios con alta intensidad del conflicto experimentan tasas de homicidio elevadas. Asimismo, en estos escenarios se ha descrito la violencia sexual como un patrón sistemático de acción contra la población civil, en particular las mujeres (Comisión de la verdad, la convivencia y la no repetición., 2022), y sin pretender una explicación simplista de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, estos escenarios la relación entre violencia sexual y cáncer parece estar presente, a esto se suma el impacto sobre la precaria institucionalidad en salud existente en estos territorios, aspecto que en conjunto constituyen barreras de acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Los resultados obtenidos respecto de la tasa de suicidio desafían las expectativas iniciales sobre la relación entre la población total y la población víctima del conflicto armado, toda vez que se observa mayor afectación de la población total. El análisis de la distribución de la intensidad del conflicto armado y las tasas de suicidio muestra que en los municipios con alta intensidad las tasas de suicidio son ligeramente superiores si se comparan con los de menor intensidad. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos que reportaban un ligero aumento de las tasas de suicidio en contextos de mayor intensidad (Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud., 2017). De otra parte, los resultados de Gómez y otros (2016), señalan que el intento de suicidio en personas mayores de 18 años se reportó más en contextos sin conflicto (3,1%),³ respecto de contextos con permanencia 2.9; y fue mayor en contextos de alta intensidad respecto de los contextos de baja intensidad (2,8 y 2,2, respectivamente) aspectos que pueden estar reflejando sub registro de la información. La presencia de altas tasas de suicidio para los municipios en contexto de alta intensidad del conflicto y mayoritariamente étnicos como Vaupés y Amazonas evidencian la complejidad social que viven los pueblos y comunidades étnicas en estos contextos, donde la afectación en salud mental debe considerarse en sí misma parte de la realidad social que afecta la pervivencia de las comunidades. También resulta relevante tener en el visor las cifras que dan cuenta de la salud mental de la población –no solo suicidio-, dado que se ha descrito en la población víctima del conflicto armado que ha permanecido en territorios de alta intensidad del conflicto mayores prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas,

³ Los autores advierten que esta estimación tiene un CVE de 33%.



depresión y ansiedad (Gómez-Restrepo, y otros, 2016). Los resultados sugieren la necesidad de investigaciones que profundicen sobre las múltiples variables que influyen en la conducta suicida en contextos donde el conflicto armado ha disminuido o transitan hacia procesos de convivencia. Se requiere un análisis más granular que considere factores como la historia del conflicto, las características de la población, los servicios de salud mental disponibles y las dinámicas socioculturales específicas de cada región.

El segundo contexto hace referencia a los municipios ubicados en el cuartil 3 del IICA, en el cual se identificó que la tasa de mortalidad por hipertensión arterial muestra un comportamiento no esperado respecto de la literatura reportada en Colombia. En particular el ONS -INS encontró para ambos sexos un gradiente mayor de mortalidad según el índice de intensidad del conflicto armado, en dos de los periodos estudiados 2004 y 2009; 2010 y 2015 (2017). Ahora bien, el análisis particular de los 190 municipios que entre 2019 y 2022 tienen un alto IICA señala que el 25,3% tienen altas tasas de mortalidad por HTA, aspecto que puede orientar acciones particulares en estos territorios.

El tercer contexto se sitúa en municipios con baja intensidad del conflicto armado interno, en el cual se encontró que el cáncer de mama presentó tasas de mortalidad más altas en los municipios de cuartil 1, con cifras que señalan aumento para el 2012-2018. Los resultados parecen mostrar que la mortalidad por cáncer de mama no tiene una distribución que afecte de manera diferencial a la población víctima del conflicto armado. No obstante, la heterogeneidad de los resultados al interior de los municipios con alta intensidad de conflicto, junto con la baja proporción de atenciones en salud para esta población, sugieren la necesidad de abordajes diferenciados en el orden local, que permitan una mayor comprensión del comportamiento del evento. Es importante destacar que, no se encontró literatura académica que explore la relación entre el cáncer de mama y los contextos de conflicto armado.

Para el caso de la diabetes mellitus, se identifica que entre 2005 y 2011, las tasas más altas de mortalidad por diabetes mellitus se concentraron en los municipios de baja intensidad del conflicto armado (IICA, cuartil uno), patrón que se mantiene en el periodo 2012 y 2018. Sobre el particular el Instituto Nacional de Salud indicó que la tasa de mortalidad por diabetes en mujeres (2017) sugiere un impacto a mediano plazo del conflicto armado en la distribución de la mortalidad por esta enfermedad, con mayor afectación en zonas de alta intensidad y



permanencia del conflicto. El análisis realizado por el Ministerio no incluyó un análisis diferenciado por sexo/género, aspecto que explica la diferencia en los hallazgos.

En términos generales se puede decir que aproximarse de una mirada contextual al conflicto armado y la relación con la salud de las personas muestra de manera contundente el impacto sobre la vida de la población en particular ante hechos fatales. No pasa lo mismo, cuando se exploran eventos cuyo cambio en el comportamiento han sido señalados como consecuencias indirectas del conflicto, en particular en contextos de crisis humanitarias, como es el caso de las ENT. Lo anterior no significa que los municipios con alto IICA no tengan altas tasas de ENT, por el contrario, la proporción de municipios con C4 del IICA coloca una alerta adicional, que implicaría un abordaje singular del territorio. También se debe tener presente, que en estos escenarios se han descrito barreras de acceso a servicios de salud, por lo que es posible la existencia de subregistro en el tema. La Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, por ejemplo, ha señalado que el conflicto armado se acompaña de una oferta institucional precaria en las zonas rurales, limitando el acceso a servicios esenciales para la salud (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No repetición., 2022).

4.2. Limitantes para interpretar los resultados

Inicialmente, sobre la utilización del IICA diseñado por el INS para analizar los gradientes municipales del conflicto armado, no se realizó la validación del índice, tal y como lo recomienda el INS. Por ello, se incluyó una mirada específica del periodo 2019-2022, dada la reconfiguración de los grupos armados, sus fines y medios en ese periodo, que permitiera visualizar el comportamiento de tres desenlaces en salud de los municipios afectados por el conflicto en ese marco temporal.

Lo anterior, constituye un reto metodológico, si se incluye esta variable, como parte del análisis sistemático del ASIS nacional, toda vez, que hay eventos en salud, que teóricamente pueden aparecer en el largo plazo con nexos explicativos en las violaciones de DDHH del pasado y efectos en salud de *corto* plazo que afectarían solo a las poblaciones donde el conflicto armado prevalece. A esto se suma, la existencia de otros índices del conflicto armado en el país, con diseños menos complejos estadísticamente y con categorías diferentes respecto de la violación



de DDHH, se puede mencionar el Índice de Planeación Nacional que incluye a partir del 2018 la valoración específica de asesinatos de líderes sociales, como una categoría de igual valor respecto del comportamiento del homicidio total consecuencia del conflicto armado.

5. Reflexiones finales

El reto de incluir un análisis hermenéutico en el Análisis Situacional de Salud implica que éste Ministerio incluya en el análisis de ASIS variables empíricas del orden socio-político y de trazadores de salud, que en términos epidemiológicos puedan estar relacionados con el impacto del conflicto armado en la población. En este ejercicio se identificaron tres contextos territoriales que constituyen un primer insumo para orientar el análisis respecto del comportamiento de los desenlaces en salud escogidos. No obstante, para avanzar en un ASIS nacional se debe establecer los procedimientos pertinentes de imputación de datos, que permitan visibilizar los efectos en salud de los territorios donde el sistema de reporte de estadísticas vitales, vigilancia epidemiológica y de registros clínicos tienen mayor fragilidad.

Asimismo, es necesario que los análisis empíricos dialoguen con los marcos de sentido que la población de un territorio determinado tiene sobre el conflicto armado y los efectos en la salud de la comunidad. Toda vez, que el conflicto produce impactos generalizados en la vida de las personas, independiente de su estatus de víctima, que en conjunto pueden explicar los desenlaces en salud de una población. Lo anterior es la sombrilla, para que el territorio incluya el análisis de la situación de salud de grupos poblacionales específicos existentes en el territorio, por ejemplo, la población víctima del conflicto, para quienes reconocer las necesidades en salud constituye en sí mismo un acto de reparación de derechos humanos en el marco de la Ley 1448 e 2011.

Para lo anterior es necesario que el personal de salud se apropie de una conceptualización respecto de los DDHH para abordar estas temáticas, dado, que la categoría proximal al desenlace de salud es una violación de DDHH en el marco de dinámicas contextuales de la guerra, y la única manera de traducir eso en análisis epidemiológicos es evidenciar cómo operar estas categorías ético-políticas con el conjunto de los datos. Una muestra de ello es el IICA, pero esto, como se dijo, requiere validación temporal y territorial.



De manera específica para los territorios en conflicto armado se deben priorizar indicadores que permitan un monitoreo y evaluación de la salud de la población. La tasa de homicidio es uno de ellos. Pero, también se debe hacer seguimiento a la salud de las mujeres por ello se considera pertinente analizar de forma conjunta el comportamiento del cáncer de cuello uterino y la violencia sexual. En particular en territorios mayoritariamente indígenas debe estar relacionado el suicidio como parte del análisis del ASIS territorial, haciendo énfasis en el comportamiento de pueblos y comunidades étnicas.

Finalmente, se debe avanzar en obtener una mayor completitud y calidad de los datos, logrando disminuir el subregistro de la mortalidad y la morbilidad de la atención, en los territorios de la llamada Colombia profunda. Esto en el marco de la implementación del PDSP 2022-2031, puede constituirse en un reto de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, dado que el subregistro en estadísticas vitales, en los sistemas de vigilancia epidemiológica y en los propios RIPS es otra forma de niega el impacto de las violaciones de DDHH en grupos poblaciones del territorio nacional y como consecuencia estas poblaciones caen en el olvido.

Bibliografía

- Campo, A., Sanabriab, A., Ospino, A., G, V., & Caamano, B. (2017). Polivictimización por el conflicto armado y sufrimiento emocional en el departamento de Magdalena, Colombia. *rev colomb psiquiat*, 46(3), 147-153.
- Carpiniello, B. (2023). The Mental Health Costs of Armed Conflicts—A Review of Systematic Reviews Conducted on Refugees, Asylum-Seekers and People Living in War Zones. *International Journal of enviremental Reserach and Public Health.*, 20(2840). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>
- Célis, A., Caballero, N., Malagón, S., Acosta, J., Del Rio, A., Herrera, M., . . . Marin, D. (2024). *Un florero que se rompe. Relatos de exintegrantes de la Comisión de la Verdad Colombia*.
- CEV - JEP - HRDAG. (2023). *Integración de datos y estimación estadística de víctimas en el marco del conflicto armado*. Obtenido de microdatos.dane.gov.co: <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/795>
- Comisión de la verdad, la convivencia y la no repetición. (2022). *Mi cuerpo es la verdad*. Bogotá: Comisión de la verdad.
- Comisión para el Esclarecimiento de la verdad, l. c. (2022). *Hasta la guerra tiene limites. Violaciones de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario y responsabilidad colectiva*. Comisión de la Verdad.
- Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No repetición. (2022). *Sufrir la guerra y rehacer la vida. Impactos, afrontamientos y resistencias*. Bogotá.
- Comisión para el Esclarecimiento, la Convivencia y la No Repetición. (2022). *No Mataras. Relato Histórico del Conflicto Armado Interno en Colombia*. Bogotá: Comisión de la Verdad.

- Comisión para el Esclarecimiento, La Verdad y la NO Repetición. (2022). *Sufrir la Guerra y Rehacer la Vida. Impactos afrontamientos y resistencias*. Bogotá: Comisión de la Verdad.
- Forrest, W., Edwards, B., & Daraganova, G. (2018). The intergenerational consequences of war: anxiety, depression, suicidality, and mental health among the children of war veterans. *Int J Epidemiol. Int J Epidemiology*, 47(4), 1060-1067. doi:10.1093/ije/dyy040. PMID: 29590363.
- Garry, S., & Checchi, F. (de 2019). Armed conflict and public health: into the 21st century. *Journal of Public Health*, 42(3), e287–e297. doi: doi:10.1093/pubmed/fdz095
- Gilden, D., Maeusezahl, D., Salis Gross, C., Battegay, E., Flubacher, P., Tanner, M., . . . C. (2005). Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health & Place*, 11, 261–273.
- Gómez-Restrepo, C., Martínez, N., Buitrago, G., Herreno, C., Garzón, N., Eslava-Schmalbachf, J., . . . Rincóna, C. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta a colombiana. *rev colomb psiquiat*, 45(S1), 147-153.
- Gómez-Restrepo, C; Rincón, J; Medina-Rico, M. (2017). Enfermedades crónicas en población afectada por el conflicto armado en Colombia, 2015. *Rev Panam Salud Publica*, 41(e144). doi:10.26633/RPSP.2017.144
- Informe sobre la implementación de la Ley de Justicia y Paz: Etapas iniciales del proceso de desmovilización de las AUC y primeras diligencias judiciales. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Organización de los Estados Americanos. 2007).
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2023). *Boletines Estadísticos Mensuales 2023*. Bogotá.
- Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Noveno Informe Técnico*. Bogotá.

- Kaldor, M. (2001). *Las Nuevas Guerras. Violencia Organizada en la era Global*. Tusquets Editores S.A.
- León-Giraldo, S., Casasc, G., Cuervo-Sánchez, J. S., García, T., González-Uribec, C., Moreno-Serrae, R., & Bernal, O. (2021). Trastornos de salud mental en población desplazada por el conflicto en Colombia: análisis comparado frente a la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(2), 121-12.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública*.
- Office of the Special Representative of the Secretary-General for Children and Armed Conflict. (2023). *Climate Insecurity Impacts on Children and Armed Conflict. A Discussion Paper*. New York, NY : United Nations. Obtenido de <http://childrenandarmedconflict.un.org/>
- OMS. (16 de 1 de 2016). *Sobrevivir a la guerra para luchar contra la diabetes como refugiado*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/surviving-the-war-to-fight-diabetes-as-a-refugee>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Seguridad vial*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/seguridad-vial#:~:text=1%2C35%20millones%20de%20personas,sufren%20lesiones%20en%20el%20mundo>.
- Procuraduría General de la Nación. (2023). *Suicidio disparao en Colombia por cuenta de los trastornos mentales*. Bogotá.
- Registro único de Víctimas. (04 de 07 de 2024). *DatosPaz.unidadvictimas.gov.co*. Obtenido de <https://datospaz.unidadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas/>

- Rinaldi, S., Gragnani, S., Moro, F., & Della Rossa, F. (2022). A Theoretical Analysis of Complex Armed Conflicts. *PLoS ONE*, 17(3), e0264418. Obtenido de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264418>
- Ross-Sheriff, F. (2013). *Review: Contagio of violence against refugee women un migration and displacement*. Obtenido de National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information.
- Ruiz, L., Urrego, Z., & Escobar, F. (2019). Desplazamiento forzado interno y salud mental en pueblos indígenas de Colombia. El caso Emberá en Bogotá. *14(2)*, 42-65.
- Ryken, K., Hogue, M., Lawrence, J., & Schweizer, M. (2017). Long-term consequences of landmine injury: A survey of civilian survivors in Bosnia-Herzegovina 20 years after the war. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 2688–2692.
- Tamayo, C. (2023). Beyond Battlefields and Conventional Research Agendas: The Importance of Understanding Surveillance Activities and Practices During Long-Term Armed Conflicts. *Surveillance & Society*, 21(1), 103-107.
- Torrise, O. (2023). Young-age exposure to armed conflict and women's. *Journal of Marriage and Family*, 85, 7-32. doi:DOI: 10.1111/jomf.12876
- UNDOC. (2013). *Estudio Mundial sobre el homicidio. Resumen ejecutivo*.
- World Health Organization. (2022). *Mental health and climate change: policy brief*. World Health Organization. Recuperado el 5 de 7 de 2024, de CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.