

# Geografía de la expansión de la Leishmaniasis en el conflicto armado en Colombia (Antioquia)<sup>1</sup>

Iván Darío Vélez y Mónica Zuleta S.

Recibido 27.09.2013 - Aceptado 30.10.2013

## Resumen / Résumé / Abstract

La prevalencia e incidencia de enfermedades tropicales transmitidas por vectores está determinada por la presencia de condiciones ambientales propicias para el vector y la vulnerabilidad social de poblaciones que habitan sus áreas endémicas. Fenómenos sociales como la guerra y el desplazamiento de poblaciones afectadas, deterioran aún más su vulnerabilidad social e incrementan espacialmente el número de casos de población afectada por enfermedades tropicales. En el departamento de Antioquia (Colombia) los casos de Leishmaniasis aumentaron notoriamente a partir de la década de los 90 debido a las olas de desplazamiento forzado que se presentaron como consecuencia del recrudecimiento del conflicto armado en el país.

La prévalence et l'incidence des maladies tropicales transmises par des vecteurs sont déterminées par la présence de conditions environnementales favorables au vecteur, ainsi qu'à la vulnérabilité sociale des populations qui habitent dans les zones endémiques. Des phénomènes sociaux, comme la guerre ou le déplacement des populations infectées, détériorent davantage leur vulnérabilité sociale et augmentent le nombre de cas dans la population touchée par les maladies tropicales dans un espace donné. Dans le département d'Antioquia (Colombie), les cas de leishmaniose ont considérablement augmenté depuis les années 90 par les vagues de déplacements forcés qui ont eu lieu dans le pays à cause de l'intensification du conflit armé.

The prevalence and incidence rate of tropical vector-borne diseases is determined by the existence of favorable environmental conditions for the vectors and the social vulnerabilities of the population that inhabits in those endemic areas. Social phenomena such as wars or forced migrations of affected population worsen such vulnerability and increment the amount of individuals affected by tropical diseases. At the region of Antioquia (Colombia), the cases of Leishmaniasis increased notoriously after the 90s due to continuous forced displacement caused by the armed conflict in the country.

## Palabras clave / Mots-clé / Key Words

Leishmaniasis, conflictos armados, desplazamientos forzados de población

Leishmaniose, conflits armés, déplacement forcé des populations.

Leishmaniasis, armed conflict, forced displacement.

En su tratado *Violencia pública en Colombia, 1958-2010* (2012), Marco Palacios señala que esta nación suramericana, además de ser un país internacionalmente conocido por la suavidad y calidad del café que exporta, por el negocio lucrativo y sangriento alrededor de la producción, manejo y exportación de droga ilegal, es reconocido por el largo y doloroso conflicto armado que vive hace más de 50 años. Y aunque en verdad este conflicto se remonta a la llamada Guerra de los Mil Días (1899-1902), el periodo que Palacios menciona es el que más se percibe en la memoria colombiana. Pero es corriente entender que el actual conflicto armado tiene sus antecedentes más inmediatos en la llamada época de *la Violencia*, que comienza algunos años antes de su estallido en *El Bogotazo* del 9 de abril de 1945. Innumerables estudios demuestran que el fenómeno afectó inicialmente las áreas rurales, en donde entonces se concentraba la mayor parte de la población,

<sup>1</sup> Nota: esta publicación es resultado de investigación realizada por los autores.

lo que generó una tragedia humanitaria que con el desplazamiento masivo contribuyó sustantivamente a incrementar el retraso histórico, que en el desarrollo del campo ya venía experimentando el país agrario. La masificación urbana que se incrementa exponencialmente desde entonces, y que no fue producto del desarrollo industrial, tiene una vía negativa de poblamiento que volvería a repetirse a partir de la década de los 80 del siglo veinte (se incuba y desarrolla a partir de 1958 [Palacios, 2012: 42]), aumentando el número de desplazados urbanos y rurales en todo el país.

Valga anotar que en la década mencionada, Colombia mantenía un gobierno constitucional, mientras otros países latinoamericanos enfrentaban golpes y gobiernos militares (Romero, 2003). Sin haber logrado involucrar a las guerrillas a la vida institucional, es en esa década cuando Colombia experimenta el surgimiento del narcoterrorismo que, como la guerrilla, avasalla espacios rurales y urbanos a causa del abandono estatal (Uribe, M., 1987).

Con sus altibajos, este último conflicto armado de larga duración (1958-2014), difícil de equiparar a otros conflictos armados internacionales (González M., 2002), en los últimos veinte años ha involucrado diferentes actores armados y ha afectado de manera heterogénea a todas las regiones urbanas y rurales de Colombia. Determinado especialmente por un aspecto de gran impacto y visibilidad periodística como es la confluencia, movilidad y mezcla de diversas modalidades del crimen organizado, ante la opinión pública y las mismas instituciones estatales, se ha hecho casi invisible la expansión geográfica de las enfermedades tropicales, especialmente la *Leishmaniasis*, a causa transporte del vector de zonas endémicas a zonas no endémicas, ya sea creando nuevos focos a través de personas enfermas o de sus animales infectados con el vector, o por la llegada de población de zonas no endémicas a zonas endémicas del vector, donde eran más propensos a ser víctimas de la enfermedad; en el marco de la movilización de grupos armados y del desplazamiento forzado.

Y es que de acuerdo con el Registro Único de Población Desplazada (RUPD), herramienta estatal usada por el programa estatal Acción Social para sistematizar la información de la población desplazada en el país, hasta el 2010 cerca al 7,3% de la población colombiana era víctima de

desplazamiento forzado (CIDH, marzo 2010). Las variables más significativas de esta problemática son la expropiación, las desapariciones forzadas y el asesinato. Algunos descensos de la tasa de homicidios ocurren durante los gobiernos de los presidentes Carlos Lleras Restrepo (1966-1970) y Belisario Betancur (1982-1986); este último inicia las primeras negociaciones con los grupos guerrilleros. Sólo a finales de los 70 y hasta mediados de los 80, el promedio de asesinatos en Colombia estaba en 32 homicidios por cada 100 000 habitantes, ocupando el primer lugar dentro de sus vecinos latinoamericanos. A mediados de los 80 y hasta finales de los 90, la tasa promedio había alcanzado 69,5 homicidios por cada 100 000 habitantes (Departamento Nacional de Planeación, 2014).

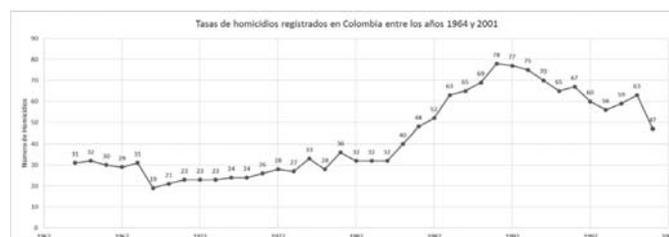


Figura 1. Tasas de homicidios registrados en Colombia entre 1964 y 2001

Fuente: Instituto de Medicina Legal – Departamento Nacional de Planeación 2014

Algunos hechos asociados al conflicto armado agudizaron más la crisis: el fracaso de las reformas agrarias del gobierno de Lleras (Romero, 2005), el fracaso de los diálogos durante los gobiernos de Betancur y Pastrana, el aumento de los cultivos ilícitos en el país, con la participación de grupos guerrilleros en el negocio del narcotráfico, y la infiltración del narcotráfico en la vida política nacional (el llamado Proceso 8000) durante el gobierno del presidente E. Samper (1994). A partir de la década de los 80 aumentan las masacres, los asesinatos selectivos, las extorsiones, las desapariciones forzadas, el desplazamiento forzado y la empresa criminal del secuestro. Este último aumenta significativamente entre los 90 y principios de la década del 2000. A partir del 2003, de acuerdo con datos de la Policía Nacional, País Libre y Fondelibertad en sus Series DJS-DNP (2014), se registra una disminución de los secuestros extorsivos pasando de 2986 casos registrados en el 2002, a 2200 casos en el 2003 y a 1441 casos en el 2004.

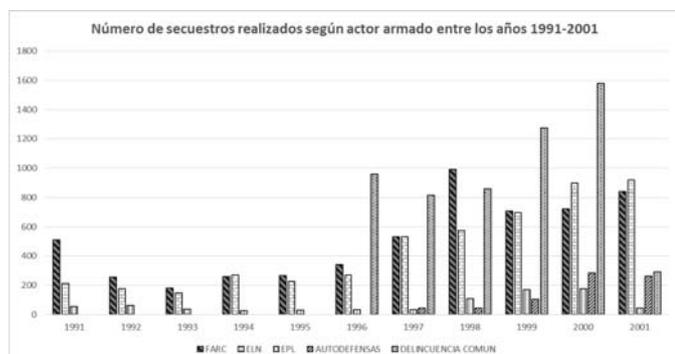


Figura 2. Secuestros realizados por los diferentes grupos entre 1991 y 2001, con un incremento de este tipo de acciones por parte de la delincuencia común.

Fuente: Policía Nacional – Departamento Nacional de Planeación. Series DJS-DNP. 2014

## Desplazamiento forzado y salud

Si bien algunos movimientos de población en el interior del país fueron históricamente fenómenos constitutivos de construcción de territorios bajo la lógica del trabajo, como la llamada “Colonización Antioqueña”, el desplazamiento forzado a lo largo del siglo XX se encuentra asociado a fenómenos de violencia política y social, como también a lo que se denomina “colonización armada” (Palacios, 2012: 57). Este último fenómeno se ve incentivado a finales del siglo XX por el auge de la producción de cultivos ilícitos que configuran nuevos territorios en el interior del país, donde “el poder del fusil” (Palacios, 2012: 59) reemplazó la presencia del Estado.

El desplazamiento forzado representó un punto crítico en la crisis humanitaria que se vivió en Colombia a finales de los años 90 y principios del siglo XXI. Las víctimas del desplazamiento no solamente vieron disminuidas sus garantías de seguridad, de protección de sus propiedades, de su derecho a trabajar y alimentar a sus familias, sino también su acceso a programas estatales de atención básica. Esta crisis humanitaria generó, así mismo, un gran movimiento de poblaciones, de manera que a finales de los años 90 las comunidades desplazadas empezaron a ser reconocidas por el Estado, mediante la promulgación de la Ley 387 de 1997, con la cual se comienza a visibilizar políticamente a las víctimas de desplazamiento forzado en el país:

Es desplazada toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público” (Artículo 1° de la Ley 387 de 1997).

Con la promulgación del Decreto 2569 de diciembre de 2000 en Colombia, se reglamentó parcialmente una ayuda estatal por tres meses a las víctimas de desplazamiento y el acceso gratuito al sistema subsidiado de Salud (Sisbén), con el fin de garantizar el acceso de la víctima y su grupo familiar a los servicios básicos de atención y prevención en salud. Si bien es un avance en la atención de las víctimas de desplazamiento forzado, este requiere de un trámite largo y burocrático por parte de la víctima para comprobar su condición de desplazado. Este trámite, en algunos casos, se ha convertido en un obstáculo para que el desplazado pueda acceder al apoyo estatal ofrecido; [obstáculo que] a veces pone en riesgo la seguridad del desplazado (González, 2002).

Sumado a esta situación, el acceso a la atención en salud bajo la acreditación de la condición de desplazado, no garantiza tampoco el acceso de manera pronta o ágil a todos los servicios de control, atención y prevención en salud (Quintana, 2002). Posteriormente, la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia respaldarán la Ley 1448 del 2011 conocida como Ley de víctimas y restitución de tierras. Estas tres leyes allanan un camino importante en el reconocimiento de las comunidades afectadas por el desplazamiento forzado, por parte del Estado colombiano, de su condición de víctimas del conflicto y desplazamiento forzado y su derecho a obtener apoyo y protección estatal.

Según datos del informe de Desplazamiento forzado en Colombia, publicado por el programa gubernamental Acción Social (2010), al finalizar el siglo XX y comienzos del

siglo XXI se distinguen varios periodos de desplazamiento forzado en el país. Un período se observa finalizando el siglo XX, entre 1996 y 2002, con el aumento de casos de desplazamiento forzado y con un punto álgido durante 1997. Recordemos que es en este año que se expide en Colombia la Ley 387 de 1997.

De acuerdo con este informe publicado por el programa Acción Social, el desplazamiento durante ese período se incrementó en un 603% y se debió al aumento en el accionar de los grupos guerrilleros y autodefensas (Acción Social, 2010). El desplazamiento se concentró principalmente en los departamentos de Antioquia, Chocó, Magdalena, Bolívar y Córdoba. En total, según datos que aporta González (2002), los desplazados en ese período se asentaron en las áreas urbanas y periurbanas de 586 municipios, en 32 departamentos del país (Codhes, 2002).

Otro período se observa entre 2003 - 2009, en el cual el desplazamiento se concentró más en los departamentos de Nariño, Antioquia, Chocó, Valle del Cauca y Caldas (Acción Social, 2010). Regionalmente, el desplazamiento en este período afectó en mayor grado las regiones colombianas del Caribe, Pacífico y Andina, como lo muestra la gráfica 3:

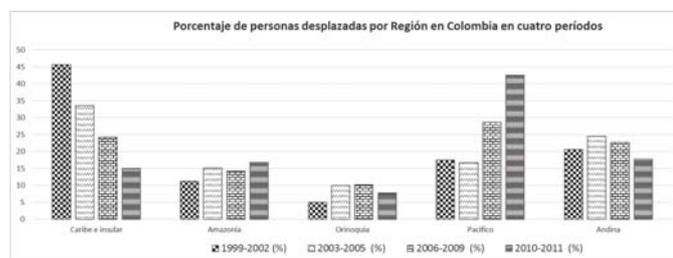


Figura 3. Distribución del porcentaje de personas desplazadas por región en Colombia en cuatro periodos. Fuente: Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Informe nacional de desplazamiento forzado en Colombia: 1985 a 2012- Datos Anexo 1- Desplazamiento por expulsión - Acción Social 1999-2011 (\*primer semestre), 2013

El informe de desplazamiento de Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas (2013), indica que a 2009

En general, los departamentos que han registrado mayor número de hogares expulsados individual y masivamente

son en su orden: Antioquia (131.931), Bolívar (62.528), Magdalena (51.609), Chocó (41.372), Tolima (38.660), Caquetá (38.552) y Nariño (37.289). Estos departamentos concentraron el 76% del desplazamiento en el país durante la primera década del siglo XXI, posteriormente los desplazamientos aumentan durante el 2010-2011 en la región del Pacífico y en las zonas al sur de los departamentos de Córdoba y el Bajo Cauca antioqueño (Codhes2012).

Las víctimas del desplazamiento forzado ven disminuidas sus garantías de protección y acceso a servicios básicos, como son los de prevención, control y atención de enfermedades, ya que se exponen a mayores riesgos de contraer enfermedades, como es el caso de las enfermedades tropicales transmitidas por vectores. La prevalencia e incidencia de estas enfermedades en la población dependen también de la vulnerabilidad social de la población; por ejemplo, de la falta de atención médica especializada para atender de manera efectiva los casos reportados de dichas enfermedades. Este sería el caso de la prevalencia e incidencia de *Leishmaniasis* en comunidades víctimas de desplazamiento forzado.

## La Leishmaniasis y el conflicto armado en Colombia

La *Leishmaniasis* se encuentra dentro del grupo de enfermedades tropicales desatendidas (NTDs: *neglected tropical diseases*) que se encuentran entre las enfermedades más frecuentes que afectan principalmente a las poblaciones más pobres en el mundo. En la 63a. Asamblea Mundial de la Salud (2010) la Organización Mundial de la Salud indicó que la *Leishmaniasis* “es una de las enfermedades más desatendidas en el mundo, y es un problema relevante de salud pública”; además, es considerada de baja atención y ligada a la pobreza y, como se deduce del presente trabajo, influenciada, en Colombia, por el conflicto armado.

La *Leishmaniasis* es causada por más de veinte especies de parásitos, tipo jején del género *Leishmania* (*Kinetoplastida: Trypanosomatidae*) que viven en ambientes húmedos o en medios acuáticos, ya sean aguas saladas o aguas dulces, y sus víctimas son vertebrados. Se encuentran en mosquitos de los géneros *Phlebotomus*, flebótomos, (en

Eurasia y África) y *Lutzomyia* (en América). afecta a animales que han sido tomados por el vector también como reservorios, El parásito de la *Leishmaniasis* se mantiene en animales que han sido tomados como reservorios, afectando especialmente mamíferos silvestres como marsupiales, ratones, zarigüeyas, osos hormigueros, y primates, entre otros, así como animales domésticos, especialmente el perro y también en la población humana.

La permanencia de la enfermedad depende de la presencia de los dos elementos básicos de transmisión: vectores y reservorios infectados.

Desde el punto de vista clínico la *Leishmaniasis* presenta un gran polimorfismo que depende de la especie del parásito, la respuesta inmune del huésped y el tamaño del inoculo de parásitos que haga el insecto vector en el momento de la picadura. Sin embargo se pueden identificar 3 formas clínicas principales de la enfermedad: la *Leishmaniasis cutánea* cuando el parásito se circunscribe a la piel, generalmente en el sitio de la picadura del flebotomo, donde ocasiona nódulos, placas o úlceras características, algunas veces sobreinfectadas con bacterias u hongos; la *Leishmaniasis mucosa* que ocurre cuando el parásito desde la piel viaja por vías linfáticas y sanguíneas y se instala en las mucosas del tabique nasal, boca y/o garganta, destruyendo estos tejidos y ocasionado un gran deterioro en la calidad de vida de los pacientes y la *Leishmaniasis visceral* que afecta órganos como bazo, hígado, médula ósea y ganglios linfáticos y que si no se diagnostica y trata a tiempo puede ser mortal.

Especialmente su distribución depende de la permanencia de la enfermedad en un sitio geográfico determinado, denominado foco natural de Infección, y de la presencia de los tres elementos básicos de transmisión: vectores y reservorios infectados con los parásitos. A su vez la presencia y permanencia de estos elementos y principalmente de los vectores en un lugar geográfico depende de factores ecológicos como temperatura, precipitación, vegetación, suelos y geomorfología.

Los vectores se encuentran distribuidos en múltiples tipos de clima, vegetación y altura, dependiendo de la especie; también la variabilidad climática y otros factores ecológicos influyen directamente en la aparición de nichos ecológicos apropiados para los reservorios. Sumado a esto,

factores como el movimiento de la población y actividades antrópicas, se asocian a la distribución de la enfermedad. (Lafferty K, 2009; Foley et al., 2008; Forattini, 1998; Githeko et. al, 2000).

A pesar de contar con un gran subregistro de la enfermedad, Colombia ocupa el segundo lugar de casos reportados de *leishmaniosis* cutánea en las Américas después de Brasil. En Colombia la *Leishmaniasis* se presenta en forma endémica en todos los departamentos continentales del país, en focos naturales de infección localizados a alturas entre 0 y 1800 msnm. Se han identificado 6 especies del parásito y las 3 formas clínicas de la enfermedad, además de otras variantes clínicas como la *Leishmaniasis cutánea diseminada* que se manifiesta por la presencia de nódulos y placas por todo el cuerpo, debido a la inhibición específica de la inmunidad contra el parásito inducida por el mismo parásito.

A pesar de contar con un gran subregistro de la enfermedad, Colombia ocupa el segundo lugar de casos reportados de *leishmaniosis* cutánea en las Américas después de Brasil.

Los vectores en Colombia se distribuyen ampliamente en muchas zonas de vida, desde áreas desérticas y de bosque seco tropical pasando por zonas de cultivo de café y de banano, por zonas de bosque pluvial premontano, hasta las selvas primarias.

Aunque la mayoría de los casos de infección se presentan cuando las personas ingresan a los bosques y son picadas por los vectores (ciclo de transmisión denominado selvático) también ocurren especialmente, en los valles interandinos y en la Costa Caribe, por el ingreso de los vectores al interior de los domicilios. En este caso afectando a todo el núcleo familiar, especialmente a los niños, quienes al acostarse más temprano son más fácilmente picados por vectores que tiene actividad temprana, como la *Lutzomyia gomezi*. (Vélez ID et al., 1997 Vélez ID et al., 2001). Recientemente se ha observado el proceso de urbanización de la enfermedad con la aparición de casos autóctonos en ciudades, tanto en ciudades de la Región Costa Caribe como de la Región Andina (Contreras et. Al 2014, Sandoval, C. et al, 2006, Santamaría E. et. Al. 2006, Bejarano E. et. Al 2003, Bejarano et. Al, 2002, entre otros)

En Colombia se presenta una gran diversidad de especies de flebotomíneos con cerca de 150 especies informadas de las cuales unas 10 han sido incriminadas como vectoras, entre estas especies se encuentran: *Lu. gomezi*, *Lu. hartmanni* y *Lu. panamensis*, para leishmaniasis cutánea, y *Lu. longipalpis* y *Lu. evansi* para la leishmaniasis visceral. Estas especies se encuentran distribuidas en variados ecosistemas, lo que ha demostrado su gran adaptabilidad a diferentes tipos de hábitats, y a nuevos ambientes.

En cuanto al tratamiento de la *Leishmaniasis* en Colombia se ha contado muy pocos medicamentos. Durante muchos años y aun hoy, el medicamento de primera opción sigue siendo el de sales de antimonio pentavalentes, como el antimoniato de meglumina (Glucantime) que se viene utilizando desde hace 60 años a pesar de su toxicidad. En Colombia el Glucantime es comprado y distribuido por el Ministerio de Salud y no se encuentra comercialmente disponible en las farmacias. Este medicamento debe aplicarse bajo supervisión médica, ya que las dosis se determinan de acuerdo al peso y edad del paciente, y es altamente tóxico y en ocasiones fatal. En Colombia, el acceso al medicamento presenta en algunas zonas restricciones por parte del ejército, especialmente en aquellas áreas endémicas afectadas por el conflicto armado, ya que se señala al paciente enfermo de *Leishmaniasis* de “posible guerrillero”, lo que le causa temor al enfermo, al momento de acudir al Centro de Salud. Esta situación aumenta el subregistro y favorece el uso de tratamientos empíricos, con cáusticos o con plantas. El que no se consiga en farmacias es percibido por la población como un control por parte de las fuerzas militares en su lucha contra la guerrilla, toda vez que esta población al estar en zonas selváticas endémicas, es propensa a sufrir de la enfermedad. Adicionalmente, se suma el contrabando y tráfico de este medicamento, como botín de guerra, por parte de los diferentes actores armados (“Glucantime, la otra disputa de la guerra”. *El Colombiano*, 16 de agosto de 2010).

## El incremento de la Leishmaniasis en Antioquia (Colombia)

El departamento de Antioquia está situado al noroccidente de Colombia (ver mapa No. 1) y se encuentra conformado por nueve subregiones, cada con características de confor-

mación territoriales diversas. Estas son: Urabá, Occidente, Bajo Cauca, Norte, Nordeste, Magdalena Medio, Valle de Aburrá, Oriente y Suroeste.

Según Jojoa (2012), en Colombia se presentan “[...] alrededor de 10 millones de personas en riesgo, dándose la transmisión generalmente en el área rural” (p. 19) y casos de la enfermedad, en sus diversas formas de incidencia cutánea-mucocutánea-visceral, se han registrado en los departamentos de Meta, Antioquia, Tolima, Guaviare, costa Atlántica y Magdalena Medio (Córdoba, Sucre y Bolívar). Las regiones donde se presenta el mayor número de casos son el noroccidente de Colombia en los límites con Panamá, en zonas selváticas del sureste del país y en la Costa Pacífica, todas ellas con alta presencia de guerrilla, ejército y cultivos ilícitos.

En el departamento de Antioquia se han presentado más casos de incidencia de la enfermedad en las subregiones de Urabá (especialmente en los municipios de Carepa, Apartadó y Turbo), Nordeste (especialmente en Valdivia, Ituango, Tarazá, Anorí, Segovia, Remedios), en la subregión Bajo Cauca (Cáceres) y Occidente (Dabeiba) y se han informado pocos casos, todos importados, en el centro del departamento en los municipios que hacen parte del Altiplano antioqueño (“tierra fría”) y en la subregión Oriente, en donde las condiciones ambientales impiden el establecimiento de los vectores.



Mapa 1: Localización de Colombia y del Departamento de Antioquia con subregiones

Fuente: Gobernación de Antioquia-Departamento Administrativo de Planeación. Atlas Veredal del Departamento de Antioquia (2007). Departamento Nacional de Planeación DNP (2014)

Se ha observado que los cambios ecológicos producidos por el hombre afectan la distribución y densidad de los vectores. Fenómenos como la deforestación permite la alternancia de vectores y la introducción de otros como *Lu gomezi* que se adapta a zonas rurales intervenidas y presenta comportamiento antropofílico (preferencia alimenticia por las personas) y endofílico (pica dentro y alrededor de las casas).

El conflicto armado provocó un aumento de los fenómenos de desplazamiento de población de áreas endémicas de *Leishmania*, así como movimiento de grupos armados, desde o hacia áreas endémicas de la enfermedad. En algunos casos las víctimas se desplazan con todo su grupo familiar, incluyendo a sus mascotas. Reiterativamente y especialmente cuando se dan brotes epidémicos de la enfermedad en algunos focos del país, las poblaciones refieren la aparición de casos nuevos luego de la llegada de personas con la enfermedad. Allí encuentran los vectores y se establece la transmisión.

Desde el año 1986 el PECET (Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales) de la Universidad de Antioquia, se ha dedicado a realizar estudios multidisciplinarios de foco en áreas endémicas de *Leishmaniasis*, empleando para ello el *Metodo Ecoepidemiologico* que permite determinar los riesgos epidemiológicos de infección luego de analizar los diferentes elementos de la transmisión: los vectores y su comportamiento de picadura, las especies del parásito presentes, las manifestaciones clínicas, la población en mayor riesgo de infectarse, las concepciones, actitudes, creencias y prácticas populares sobre la enfermedad, los reservorios, los límites geográficos del foco de infección y las condiciones ecológicas que permiten la presencia del vector. De esta forma se determina la zona de riesgo o macrófoco, la época del año de mayor riesgo de transmisión, la hora del día o de la noche en que las personas son más propensas a ser picadas por los vectores, el grupo de la población en mayor riesgo de infectarse y de enfermar y el micrófono o lugar respecto al domicilio (intra, peri o extra domicilio) donde se da el contacto de los vectores infectados con las personas. Con esta información se construyen mapas de riesgo, sistemas de alerta temprana y se diseñan medidas específicas, económicas y efectivas de prevención y control que son recomendadas a las autoridades de salud.

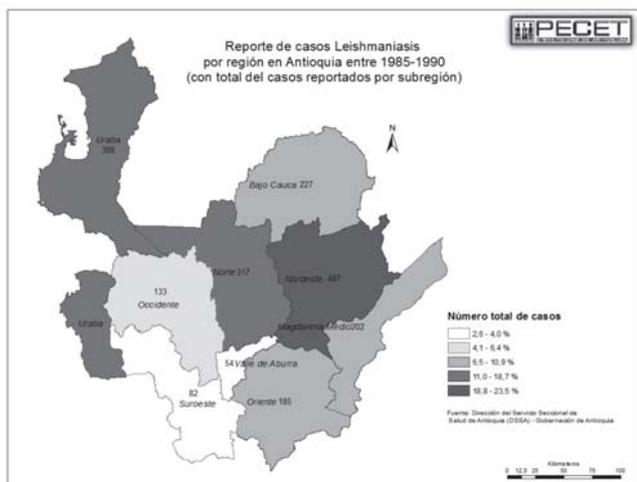
La Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) es el ente oficial encargado de la recolección de la información de casos por periodo epidemiológico y para cada municipio.

Gracias al análisis de la información de los casos reportados en el departamento de Antioquia, entre 1985 y 2011, y los datos recolectados por los autores, miembros del Pecet, se determinó un aumento inusitado de casos de la enfermedad en casi todas las subregiones del Departamento, lo que motivo el análisis de esta situación y como resultado de investigación, la presente publicación. Estos aumentos de casos reportados ocurrieron en periodos muy cortos, además de que algunas veces fueron muy significativos, lo que no se ajustaba a los modelos naturales para entender la transmisión y/o expansión geográfica del vector. Lo anterior llevó a la decisión de estudiar la asociación de estos incrementos de casos de *Leishmania* junto con el movimiento de grandes flujos de población, causado por el fenómeno del desplazamiento forzado por conflicto armado en el período estudiado, en y desde áreas endémicas. El estudio se enfocó en el departamento de Antioquia, ya que afectó a todas sus subregiones.

En el mapa 2 se observa que en la segunda mitad de la década de los años 80 (1985-1990) los reportes e identificación de casos de *Leishmaniasis* cutánea en el departamento de Antioquia no superaron los 500 casos por subregión, registrando así los mayores casos en las subregiones Nordeste y Urabá. Entre 1985 y 1987 los casos reportados no pasaron de 100 casos anuales por región; sin embargo, a finales de la década de los 80, más exactamente entre 1988 y 1990, principalmente las subregiones Norte, Urabá y Nordeste registraron el mayor número de casos reportados, es decir, superior a los 100 casos anuales. Los municipios más afectados en Antioquia fueron los municipios de Dabeiba (occidente), Apartado (Urabá) y Cáceres (Bajo Cauca).

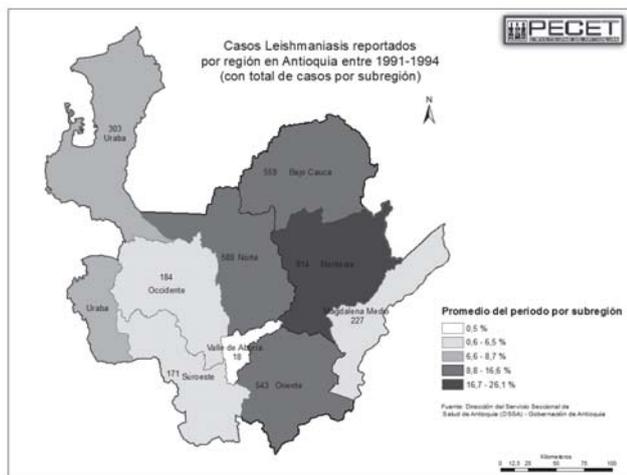
A mediados de 1987, el gobierno colombiano declaró el rompimiento de las conversaciones con la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), lo cual incrementó las acciones armadas en todo el país. En este período los grupos guerrilleros acuerdan agrupar sus acciones como Coordinadora Guerrillera Simón Bolívar (CGSB). El gobierno de turno los reconoce como grupo “terrorista”, según el Estatuto de Defensa de la

Democracia, y decide confrontarlos. En la subregión de Urabá el gobierno refuerza la presencia del Estado mediante la creación de una Jefatura Militar en la subregión de Urabá (Palacios, 2012). A esto se suma, también, el incremento del accionar de los grupos paramilitares en las subregiones.



Mapa 2. Distribución regional de Casos reportados de Leishmaniasis durante el período 1985 – 1990 en Servicio Seccional de Salud de Antioquia (2012)

Fuente: Datos de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2012)



Mapa 3 Distribución regional de Casos reportados de Leishmaniasis durante el período 1991 – 1994 en Servicio Seccional de Salud de Antioquia (2012).

Fuente: Datos de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2012)

Nota: no se encontraron datos para 1995 de casos reportados.

En el período 1991-1994 se incrementa el número de casos registrados en las subregiones de Nordeste, Bajo Cauca y Norte. Durante el mismo, casi todas las subregiones, exceptuando la subregión Valle de Aburrá, registran un gran aumento de casos de *Leishmaniasis*; por ejemplo, la subregión Nordeste reportó en el período cerca de 900 casos, con un reporte anual de más de 200 casos, es decir, hubo un 200% de incremento con respecto a los casos anuales reportados durante el período 1988-1990.

Durante esa época se registra en Antioquia el auge de la minería, la expansión de los cultivos ilícitos (Ávila, 2008) y el aumento de procesos asociados a la deforestación, sobre todo en las subregiones mineras y ganaderas, como fue el caso de las subregiones mineras del Bajo Cauca y Nordeste, y la ganadera del Magdalena Medio. Sumado a esto, se presenta un incremento en los casos de desplazamiento de población, debido al accionar de actores armados en todo el país.: “[...] estas explotaciones mineras marcaron otro foco de violencia que comenzó a presentarse en los primeros años de la década de 1990: invasiones de predios (sic), desplazamientos y homicidios caracterizaron la disputa entre campesinos y los dueños de la expansión minera en el departamento” (Ávila, 2008: 3).

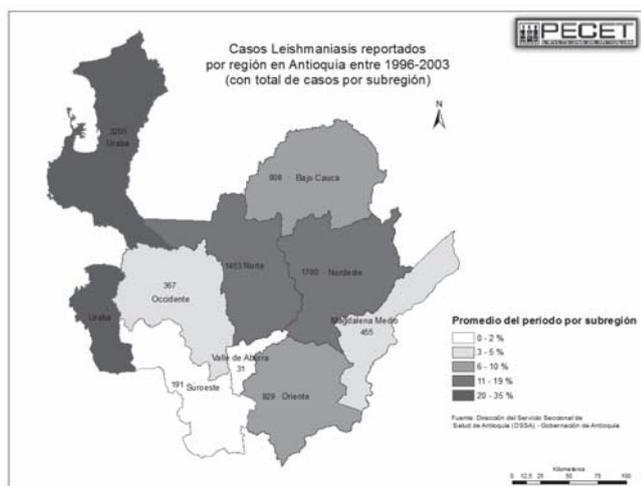
La subregión Bajo Cauca es una subregión minera, con gran auge minero desde 1989 gracias a la explotación de oro aluvial. Desde finales de los 90 esta subregión ha sido históricamente marcada por la presencia de grupos armados ilegales; allí operan la guerrilla de las FARC con los frentes 18 y 36, así como grupos paramilitares como son el bloque Mineros y el bloque Central Bolívar, los cuales aumentaron su presencia entre 1998 y 2005. En la subregión se ha presentado un incremento de casos reportados de *Leishmaniasis* cutánea en los años 1992, 1996, 2002, 2003 y 2010.

Por su recurso natural, explotación de oro y la expansión de cultivos de coca en la subregión, que según García (2006) “[...] llegarían a representar el 3% de los cultivos a nivel nacional” (p.13), el control de esta subregión fue estratégico para los actores en conflicto. Además, su cercanía a los departamentos de Córdoba, Sucre y Bolívar, que a finales de los 90 tenían una alta presencia paramilitar, la convirtieron en corredor para la movilización de población y actores armados.

Desde finales de la década de los 90 comienza a incrementarse la minería ilegal en las subregiones mineras de Antioquia y se presenta expropiación de minas, especialmente de oro, por parte de los actores del conflicto armado (guerrilla y paramilitares). Sumada a estas actividades que se incrementan en la subregión desde los años 90, se registran aumentos en el reporte de casos de *Leishmaniasis*, los cuales continuará en la subregión a lo largo del 2002 y el 2004, con un reporte mayor de casos en el año 2003.

Debido a la intensidad del conflicto armado (Acción Social, 2010), a partir de 1996 se registra en todo el país un aumento de casos de desplazamiento forzado, especialmente durante el año 1997. La Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (Codhes) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, Colombia, 1999) plantean que los éxodos en masa sucedidos durante 1997 en Antioquia, llegaron a representar el 28% del total de los desplazamientos registrados en el país.

A finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI (años 1996-2003) se presenta un incremento de casos reportados de *Leishmaniasis* en las subregiones de Norte, Bajo Cauca, Nordeste y Oriente. La mayor cantidad de casos (3.205) reportados fueron en la subregión Urabá, afectando principalmente a los municipios de Carepa y Necoclí.



Mapa 4 Distribución regional de Casos reportados de Leishmaniasis durante el período 1996 – 2003 en Servicio Seccional de Salud de Antioquia (2012).

Fuente: Datos de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2012)

Según datos de la Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (Codhes) y Sistema de Información sobre Desplazamiento Forzado y desplazamiento forzado (Sisdhes, 2010) el municipio de Carepa registró la mayor cantidad de llegada de personas (3 150) desplazadas en el año 1999 en el Departamento, después de la ciudad de Medellín (10 450). Carepa estará también en la lista de municipios con mayor recepción de desplazados en los años 2001, 2002 y 2007 (Codhes, 2010).



Figura 4. Distribución de personas desplazadas por región entre 1995 y 2003 en Antioquia

Fuente: Datos del Observatorio de víctimas del conflicto – Gobernación de Antioquia (2012)

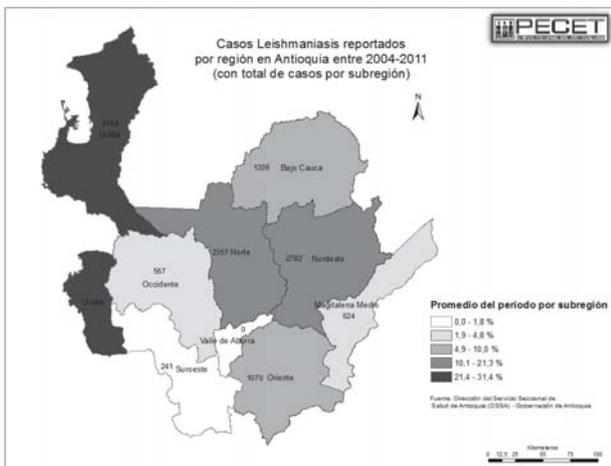
La dinámica del conflicto armado a principios del siglo XXI determina geográficamente corredores de conflicto y desplazamiento en el país. En el departamento de Antioquia estos corredores son dominados por los diferentes actores armados y se extienden en un gran corredor a lo largo de la zona norte del Departamento, a través de las subregiones de Urabá, Norte, Nordeste, Bajo Cauca y parte norte de la subregión Occidente (Cinep, 2004). Dos corredores logísticos, de ingreso de armamento y contrabando, se configuran en el Golfo de Urabá y norte del departamento del Chocó, en límites con Panamá. Mientras tanto, las subregiones Suroeste y Oriente se van a configurar en nuevos corredores en disputa (Cinep, 2004) para los diferentes actores armados.

El 7 de abril del 2002 el gobierno da por terminados unos nuevos diálogos de paz con la guerrilla de las FARC y la apertura de la zona de despeje, de 40.000 kilómetros cuadrados que les habían concedido, al suroriente del país. A partir de ese momento se incrementa el conflicto armado, y con ello los fenómenos de desplazamiento en todo el país. Además, entre los años 2002 y 2003 en todas las subregiones se evidencia un incremento de casos reportados de *Leishmaniasis*. Por ejemplo, en la subregión Urabá, entre los años 2000 y 2003, se reportan valores superiores a los

800 casos anuales. Los municipios más afectados serían Necoclí y Carepa en Urabá.

Finalizando la primera década del siglo XXI (años 2009-2011), se traslada el conflicto “a las zonas periféricas y de frontera con una alta presencia de cultivos ilícitos” (Acción Social, 2010: 3). Durante ese período se observa una disminución, de acuerdo con casos reportados de *Leishmania* en los datos reportados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) en las subregiones Norte, Nordeste y Bajo Cauca, en comparación con el incremento de casos reportados entre los años 2002-2004.

Entre los años 2002 y 2010 un nuevo gobierno ordeno la persecución de la guerrilla y la destrucción de cultivos ilícitos e incremento sustancialmente el número de soldados que ingresaron a las zonas selváticas, quienes contrajeron *Leishmaniasis cutánea* lo que ocasiono el mayor brote de *Leishmaniasis* en la historia con más de 50.000 casos en los soldados entre 2005 y 2010 (Jojoa, 2012; datos PECET 2010) y convirtió a las Fuerzas Militares en el grupo de población con mayor riesgo de infección de *Leishmaniasis*, así como a Colombia en el segundo país de América en registrar el número de casos, después de Brasil.



Mapa 5. Distribución regional de casos reportados de Leishmaniasis durante el período 2004 – 2011 en la Dirección del Servicio Seccional de Salud de Antioquia (DSSA)

Fuente: Datos de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2012)

En Antioquia el accionar del ejército y el aumento de casos de infección en soldados se presentó con mayor intensidad

en la subregión de Urabá que se consolido como la región con el mayor número de casos en general durante la primera década e inicios de la segunda década del siglo XXI.

En general, durante el período estudiado, las subregiones que han presentado la mayor cantidad de casos reportados de *Leishmaniasis* (superior a 3000 casos) de mayor a menor, son Urabá, Nordeste, Norte, Bajo Cauca y Oriente.

Estas subregiones se han caracterizado durante el período de estudio por presentar dinámicas sociales como: incremento de la explotación minera, generación y desarrollo de corredores de conflicto armado y sitios de salida y de recepción de personas desplazadas. La siguiente gráfica muestra la distribución de personas desplazadas entre el 2004 y el 2011 en el departamento de Antioquia por subregiones. Las subregiones de Urabá y Oriente antioqueño son, luego del área metropolitana Valle de Aburrá, las regiones con mayor porcentaje de población desplazada.

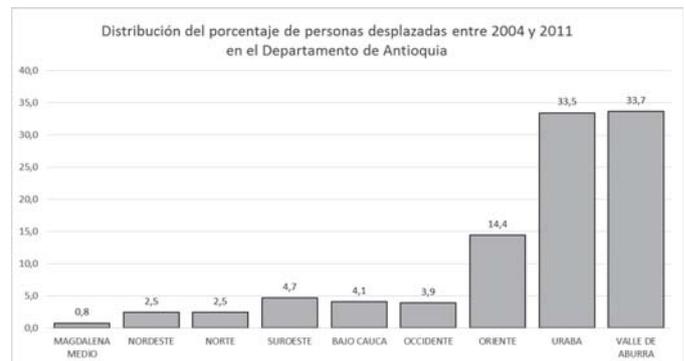


Figura 5. Distribución de personas desplazadas por región entre 2004 y 2011 en Antioquia

Fuente: Datos del Observatorio de víctimas del conflicto – Gobernación de Antioquia (2012)

Las subregiones que reportaron valores inferiores a 2.000 casos de pacientes con *Leishmaniasis*, durante el periodo estudiado 1985-2011, de mayor a menor grado son: Magdalena Medio, Occidente, Valle de Aburrá y Suroeste. El siguiente mapa muestra la distribución de los casos de *Leishmaniasis* reportados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) y por municipio entre 1985-2011.

De la información suministrada por la DSSA, se observó que los municipios de Antioquia que registraron los



## Bibliografía

- ACCIÓN SOCIAL (2010), *Desplazamiento forzado en Colombia*, en <http://www.dps.gov.co/documentos/Retornos/CIDH%20Desplazamiento%20Forzado%20en%20Colombia%20Marzo%202010%20para%20Canciller%C3%ADa1.pdf>.
- GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA-DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN (2007), *Atlas Veredal del Departamento de Antioquia*, 2a ed. Medellín.
- ÁVILA, Ariel Fernando (2008), “Contexto de Violencia y conflicto armado”, en *Monografía político-cultural del departamento de Antioquia*. Observatorio de Conflicto Armado, en [http://www.moe.org.co/home/doc/moe\\_mre/CD/PDF/antioquia.pdf](http://www.moe.org.co/home/doc/moe_mre/CD/PDF/antioquia.pdf)
- BEJARANO, Eduar, SIERRA, Diana & VÉLEZ Iván. (2003). *Novedades en la distribución geográfica del grupo verrucarum (Diptera: Psychodidae) en Colombia*. *Biomédica*, 23(3) septiembre, pp. 341-350.
- BEJARANO Eduar Elías, URIBE Sandra, ROJAS Winston, VÉLEZ Iván Darío (2002). *Phlebotomine Sand Flies (Diptera: Psychodidae) Associated with the Appearance of Urban Leishmaniasis in the City of Sincélejo, Colombia*. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* Vol. 97(5) July, pp. 645-647.
- BUENAVENTURA, Nicolás (1962), “Significado del libro ‘La violencia en Colombia’”, *Documentos Políticos*, 28 (53), pp.42-55.
- CINEP (2004), *Sistema de Información geográfico*, en [http://www.cinep.org.co/images/stories/SIG/georreferenciacion/mapa\\_cualitativo.jpg](http://www.cinep.org.co/images/stories/SIG/georreferenciacion/mapa_cualitativo.jpg)
- CODHES (2010), *Desplazamiento Forzado en Colombia*, en [http://www.dps.gov.co/documentos/CIDH\\_Desplazamiento\\_Forzado\\_en\\_Colombia\\_Marzo\\_2010\\_para\\_Canciller%C3%ADa1.pdf](http://www.dps.gov.co/documentos/CIDH_Desplazamiento_Forzado_en_Colombia_Marzo_2010_para_Canciller%C3%ADa1.pdf)
- \_\_\_\_\_ (2012), “Desplazamiento creciente y crisis humanitaria invisibilizada”, Codhes Informa, Boletín de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, (79), en [http://www.acnur.org/t3/uploads/media/CODHES\\_Informa\\_79\\_Desplazamiento\\_creciente\\_y\\_crisis\\_humanitaria\\_invisibilizada\\_Marzo\\_2012.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/uploads/media/CODHES_Informa_79_Desplazamiento_creciente_y_crisis_humanitaria_invisibilizada_Marzo_2012.pdf?view=1)
- CODHES y UNICEF (1999), “[Colombia] Un país que huye: Desplazamiento”, Capítulo XIII, en <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/libros/despl/index.html>. Capítulo XIII
- CODHES-SISDHES (2010), Consultoría para los derechos Humanos y Desplazamiento. Número de personas desplazadas por municipio de llegada 1999-2010.
- COLOMBIA, DANE, Censo 2005, en: <https://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/censos/censo-2005>
- COLOMBIA, Instituto de Medicina Legal – Departamento Nacional de Planeación, en <https://www.dnp.gov.co/EstudiosEconomicos/Estad%C3%ADsticasHist%C3%B3ricasdeColombia.aspx>
- COLOMBIA, Policía Nacional - Departamento Nacional de Planeación, en <https://www.dnp.gov.co/EstudiosEconomicos/Estad%C3%ADsticasHist%C3%B3ricasdeColombia.aspx>
- COLOMBIA, Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. “Anexo 1” en *Informe nacional de desplazamiento forzado en Colombia 1985 A 2012* (2013), en <http://www.cjyiracastro.org.co/attachments/article/500/Informe%20de%20Desplazamiento%201985-2012%20092013.pdf>
- COLORADO, Jesús Abad (2000), *Foto Granada-2000*. Colección de fotos del artista.
- CONTRERAS G., María Angélica, VÉLEZ Iván Darío, PORTER Charles, URIBE Sandra I. (2014). *Lista actualizada de flebotómíneos (Diptera: Psychodidae: Phlebotominae) de la región cafetera colombiana*. *Biomédica*, 34(3), pp.1-51.
- DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA (2012), Datos sobre casos reportados de Leishmaniasis durante el período 1985-1990, en Servicio Seccional de Salud de Antioquia, Sivigila.
- FOLEY Desmond, WEITZMAN, Anna, MILLER, Scott, FARAN Michael, RUEDA Leopoldo & WILKERSON Richard (2008), *The value of georeferenced collection records for predicting patterns of mosquito species richness and endemism in the Neotropics*, *Ecological Entomol*, 33, pp.12-23.
- FORATTINI, Oswaldo (1998), *Mosquitos Culicidae como vectores emergentes de infecciones*, *Revista de Saúde Pública*, 32 (6), pp.497-502.
- GARCÍA, Clara Inés (2006), *Panorama actual del Bajo Cauca antioqueño*. Programa Presidencia de Derechos Humanos y DIH, *Serie Geográfica* 29.

- GITHEKO Andrew, LINDSAY, Steve W., CONFALONIERI, Ulisses E. & PATZ (2000), *El cambio climático y las enfermedades transmitidas por vectores: un análisis regional. Salud y medio ambiente, Bulletin of the World Health Organization*, 78 (9), pp.1136-1147.
- GONZÁLEZ BUSTELO, Mabel (2002), *Desterrados: el Desplazamiento forzado sigue aumentando en Colombia*, *Convergencia*, 9 (27), pp.78
- JOJOA, Sandra Jimena (2012), *Detección molecular de Leishmania spp en lesiones cutáneas del personal de ejército nacional de Colombia expuestos en zonas endémicas*, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias (Maestría en Microbiología), Bogotá, Colombia.
- LAFFERTY, Kevin (2009), *The ecology of climate change and infectious diseases, Ecology*, 90 (4), pp.888-900.
- PALACIOS, Marco (2012), *Violencia pública en Colombia: 1958-2010*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (2012), Panorama actual del Magdalena Medio, en [http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/documents/2010/Estu\\_Regionales/04\\_03\\_regiones/magdalenamedio/index.htm](http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/documents/2010/Estu_Regionales/04_03_regiones/magdalenamedio/index.htm)
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio del Interior y Justicia (2011), Ley de víctimas y restitución de tierras, en <http://www.unidadvictimas.gov.co/normatividad/LEY+DE+VICTIMAS.pdf>
- QUINTANA, Stella (2002), *El acceso a los servicios de salud en Colombia*, en *Cuadernos para el Debate*, (13), Barcelona: MSF-E, en <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/msf/accesosaludcol.htm>
- ROMERO, Mauricio (2003), *Paramilitares y Autodefensas: 1982: 2003*, Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Colombia, Grandes temas/13, Bogotá: Planeta.
- SÁNCHEZ, Juan Antonio (2010), *Glucantime, la otra disputa de la guerra*, *El Colombiano*, en [http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/G/gluca-time la otra disputa de la guerra/gluca-time la otra disputa de la guerra.asp](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/G/gluca-time%20la%20otra%20disputa%20de%20la%20guerra/gluca-time%20la%20otra%20disputa%20de%20la%20guerra.asp)
- SANDOVAL Claudia, GUTIÉRREZ Reynaldo, CÁRDENAS Rocio, FERRO, Cristina (2006). *Especies del género Lutzomyia (Psychodidae, Phlebotominae) en áreas de transmisión de leishmaniasis tegumentaria visceral en el departamento de Santander, en la cordillera oriental de los Andes colombianos. Biomédica* 26(Supl.1). pp. 218-227.
- SANTAMARÍA, Erika, PONCE, Nubia, ZIPA, Yaneth, FERRO Cristina. (2006). *Presencia en el peridomicilio de vectores Infectados con Leishmania (Viannia) panamensis en dos focos endémicos en el occidente de Boyacá, piedemonte del valle del Magdalena medio, Colombia. Biomédica: 26(suppl.1), pp. 82- 94.*
- URIBE, María Teresa, ÁLVAREZ, Jesús María. (1987), *Poderes y Regiones: Problemas en la Constitución de la Nación Colombiana, 1810-1850*, Universidad de Antioquia: Departamento de Publicaciones.
- VÉLEZ, Iván Darío, HENDRICKS Erik, ROBLEDO, Sara, y AGUDELO Sonia (2001), *Leishmaniosis cutánea en Colombia y género: Gender and cutaneous leishmaniasis in Colombia. Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), pp.171-180.
- VÉLEZ, Iván Darío, HENDRICKS Erik, Roman, Oscar, y AGUDELO Sonia (1997), *Gender and leishmaniasis in Colombia: a redefinition of existing concepts. Gender Tropical Diseases*; (3).97.1. UNDP/World Bank/WHO. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR).