

Leishmaniosis cutánea en Colombia y género

Gender and cutaneous leishmaniasis in Colombia

Iván Darío Velez ¹
 Erik Hendrickx ¹
 Sara María Robledo ¹
 Sonia del Pilar Agudelo ¹

¹ Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales, Universidad de Antioquia. Carrera 50a No. 63-85, Apartado 1226, Medellín, Colombia. idvelez@muiscas.udea.edu.co

Abstract *Leishmaniasis in Colombia has traditionally been seen as a health risk for adult males, as they become infected when they enter the vector's biotopes to tap natural resources. National health statistics seem to confirm this theory. However, during field studies, the Program for the Study and Control of Tropical Diseases (PECET) observed both equal proportions of men and women with active leishmaniasis and delayed hypersensitivity skin tests and equal proportions of males and females having had contact with the parasite from early childhood. Several factors that have not been analyzed in depth in Colombia thus far appear to distort the disease's epidemiological pattern in the country, and gender-linked differences in access to health care appear to exist. As a consequence, no relief is provided for this source of human suffering, and socioeconomic repercussions for households are significant. Preventive measures by the Colombian Ministry of Health (MOH) systematically underestimate the magnitude of intra- and peridomestic transmission, and female patients are excluded from active case detection. Further research should be devoted to this phenomenon. The MOH should be encouraged to improve leishmaniasis control programs, especially with regard to active case detection, training, and teaching, so that quicker diagnosis can be performed. Meanwhile, the MOH should retrain its health personnel.*

Key words *Cutaneous Leishmaniasis; Gender; Communicable Diseases*

Resumen *En Colombia, tradicionalmente se ha visto la leishmaniosis como un problema de Salud Pública para hombres adultos dado que se considera que la transmisión es selvática y que ellos empiezan a infectarse cuando entran a los biotopos del vector con el fin de utilizar los recursos naturales. Sin embargo, el Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales (PECET) ha observado iguales proporciones de hombres y mujeres con leishmaniosis activa y pruebas cutáneas positivas. Algunos factores, hasta ahora nunca analizados, parecen distorsionar el patrón de la enfermedad y al parecer existen diferencias inherentes al género relacionadas con el acceso a la atención en salud. Como consecuencia, el sufrimiento humano no es aliviado y las repercusiones socio-económicas para las amas de casa son significativas. El Ministerio de Salud subestima la magnitud de la transmisión intra y peridomestica y la detección de casos activos se descuida para mujeres, por lo cual se deben mejorar los programas de control de leishmaniosis, especialmente en lo relacionado con la detección de casos activos, entrenamiento y educación, de tal forma que el diagnóstico se realice en forma más rápida.*

Palabras clave *Leishmaniosis Cutánea; Género; Enfermedades Transmisibles*

Introducción

La leishmaniosis es un grupo de enfermedades producidas por parásitos protozoarios pertenecientes al género *Leishmania*, transmitida por insectos dípteros de los géneros *Phlebotomus*, vectores en el Viejo Mundo y *Lutzomyia*, vectores en el Nuevo Mundo. Tiene como reservorios a animales domésticos, silvestres y, en algunas ocasiones, al hombre. Clínicamente se manifiesta por la producción de lesiones cutáneas, mucosas o viscerales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cerca de tres millones de personas sufren la enfermedad, 12 millones están infectadas y 350 millones viven en zonas de riesgo y la señalan como una de las enfermedades prioritarias para la investigación y el control (WHO, 1995).

En Colombia la leishmaniosis se presenta en forma endémica en focos naturales de infección localizados en zonas rurales, produciendo las tres formas clínicas principales de la enfermedad, esto es, la forma cutánea, la forma mucosa y la forma visceral. Los focos se encuentran en una gran diversidad de regiones naturales que incluyen zonas selváticas de la Costa Pacífica y del Amazonas, áreas de bosque seco tropical como la Costa Caribe, la región andina donde se cultiva el café y áreas de llanos y desiertos localizadas en región interandina, oriente del país y península de la Guajira. Se diagnostican cerca de 8.500 casos anuales, aunque se acepta la existencia de un gran subregistro. En Colombia se ha demostrado la presencia de seis especies de *Leishmania* y se han descrito 125 especies de flebotomíneos, aunque sólo siete de ellas se han encontrado naturalmente infectadas con *Leishmania* e incriminadas como vectoras (Travi et al., 1990). Esta diversidad de especies de parásitos y vectores hace más compleja la caracterización ecoepidemiológica y el control de la enfermedad en el país. Los reservorios, animales vertebrados que mantienen el parásito permitiendo que los vectores se infecten de ellos y persista el ciclo de transmisión, pueden ser animales domésticos como el perro o animales silvestres como los marsupiales (*Didelphis* spp.); para algunas especies de *Leishmania*, el reservorio principal es el hombre (WHO, 1995).

Panorama de la Leishmaniosis Cutánea en Colombia

Una visión del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud informa alrededor de 6.500 casos anuales de leishmaniosis, excluyendo los casos que se presentan en el Ejército (aproximadamente 2.000); sin embargo, se acepta que hay un subregistro considerable. En 1990, las pérdidas ocasionadas por la leishmaniosis a la sociedad colombiana en términos de años de vida saludables se estimaron en 198 años por discapacidad y en 168 años por mortalidad, para un total de 366 años perdidos. Las pérdidas son proporcionalmente mayores para los hombres que para las mujeres y para la población rural comparada con la urbana (Ministerio de Salud de Colombia, 1994). Existe una tendencia al aumento de la incidencia de la enfermedad en Colombia, con tasas que varían desde 18,3 x 100.000 en 1985 a 60,92 x 100.000 en 1995 (Ministerio de Salud de Colombia, 1996), lo cual se explica porque el hombre cada vez penetra al nicho ecológico propio de los vectores y los reservorios de la leishmaniosis, involucrándose como hospedero accidental del parásito. También puede ocurrir por la probable adaptación de algunas especies de vectores a los nuevos hábitats creados por la acción colonizadora del hombre, lo que podría significar un incremento de las tasas de incidencia para los próximos años (Ministerio de Salud de Colombia, 1994). Por lo tanto, es imperativo fortalecer las investigaciones que permitan evaluar nuevas medidas de control y de lucha antivectorial.

Entre 1983 y 1992, el 65,3 % de los casos de leishmaniosis fueron hombres y el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años (57,1% de todos los casos). Sin embargo en este periodo se observó un importante incremento de los casos en los menores de 15 años (28% del total de casos entre 1981 y 1986 y 30% entre 1987 y 1992) (Ministerio de Salud de Colombia, 1994). Se registra también una diferencia entre los sexos para la leishmaniosis visceral, cuya distribución fue 61% hombres y 39% mujeres, en su mayoría niños menores de 5 años, aunque no es fácil imaginar factores de riesgo diferentes por sexo en este grupo de edad. Desde la perspectiva del Ministerio de Salud, los factores de riesgo relacionados con la leishmaniosis tegumentaria en Colombia son los siguientes:

- Edad: 15-44 años, población económicamente activa.
- Sexo: masculino.

- Ocupación: aserrador, cazador, minero, colonizador, trabajador del campo, personal de las fuerzas armadas, guerrilleros.
- Factores ambientales: clima cálido y medio, altura entre 0 y 1750 msnm, presencia de bosques primarios, secundarios o de galería.
- Eventos económicos: colonización, apertura de vías de penetración, nuevas explotaciones forestales, agrícolas o mineras.
- Eventos sociales: migración, urbanización de áreas semiforestales.

La Leishmaniosis Cutánea al interior de los focos de transmisión en Colombia

La leishmaniosis cutánea se presenta en forma endémica en focos localizados en áreas rurales del país, muchos de ellos alejados de los centros de atención de salud de las zonas urbanas. Desde 1983 el Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales (PECET), de la Universidad de Antioquia, ha venido realizando búsqueda activa de casos e investigaciones de focos en 15 departamentos del país, permitiendo la observación directa de los patrones de infección natural en los diferentes focos de transmisión. El contacto con la población ha hecho posible la realización de investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre las concepciones acerca de las causas de la enfermedad que le atribuyen las diferentes comunidades, los tratamientos empleados popularmente, la prevalencia de infección y la distribución por grupo de edad y de sexo de la leishmaniosis en cada uno de los focos. Ha permitido comparar además las interpretaciones acerca de la prevalencia y el riesgo de infección que presenta el Ministerio de Salud. Tradicionalmente se ha creído que las mujeres son menos frecuentemente afectadas por la leishmaniosis tegumentaria americana al considerarse que la enfermedad se presenta principalmente en áreas selváticas donde habita el insecto vector. En consecuencia, la leishmaniosis es considerada una enfermedad profesional que compromete principalmente a los hombres por sus actividades laborales de tipo rural.

Los estudios realizados en los últimos años muestran que la epidemiología de la leishmaniosis cutánea en Colombia es más compleja que la generalmente aceptada y aplicada si nos basamos solamente en los datos oficiales. Esta contradicción motivó a los investigadores a hacer un análisis retrospectivo de los hallazgos en los diferentes focos. Con el presente trabajo se pretendió además estimular al mundo científico a la búsqueda de explicaciones para estas aparentes contradicciones, lo que permitirá

mejorar los conocimientos epidemiológicos acerca de la transmisión, mejorar la vigilancia epidemiológica para el control de la enfermedad. Es importante además determinar si las mujeres (adultas y niñas) tienen menor riesgo de adquirir la leishmaniosis o si tienen menos acceso a diagnóstico y tratamiento adecuados, lo que conllevaría a sufrimiento y a deterioro de la calidad de vida, no sólo por lo crónico de las lesiones o la presentación clínica de la enfermedad ya sea como nódulos, úlceras, compromiso mucoso, sino también por la localización de las mismas en áreas expuestas de la piel.

En los focos en donde la transmisión ocurre intra y/o peridomiciliaria, donde se postula el papel de animales domésticos y aún de las personas que tienen úlceras activas como reservorios, demostrar que la enfermedad en estos focos afecta por igual a mujeres y hombres y al tratamiento adecuado de las personas brinda argumentos para proponer mejores métodos de control y servirá además como una medida de control de la transmisión en los focos donde los humanos son reservorios. En el presente estudio se evaluó la distribución por sexo de los casos de leishmaniosis cutánea que consultan a centros urbanos o a hospitales locales comparada con los que se encuentran cuando se hace búsqueda activa en focos endémicos para la enfermedad. Se presenta el análisis retrospectivo de los estudios realizados en los municipios de Montebello (1986-1989), San Roque (1987) y San Carlos (1992) en el departamento de Antioquia y en los municipios de San Andrés de Sotavento (1990-1991) y Tierralta (1995-1996), en el departamento de Córdoba.

Metodología

En los estudios de foco, el PECET ha empleado el método ecoepidemiológico que implica la evaluación de todos los elementos que intervienen en la transmisión, esto es, la población humana, los vectores, los animales reservorios, las especies del parásito y los factores ecológicos que inciden en la transmisión de la enfermedad. En la población humana se hace búsqueda activa de casos, se evalúan las características clínicas de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Así mismo, se aplica una encuesta epidemiológica por medio de la prueba de Montenegro (WHO, 1995; Vélez & Agudelo, 1996) a fin de determinar la población en mayor riesgo de infección. Se determina además la prevalencia de infección y enfermedad y se hacen entrevistas con informantes clave para determinar concepciones, actitudes y prácti-

cas populares acerca de la enfermedad. En poblaciones de vectores se identifica la especie responsable de la enfermedad y su comportamiento con respecto al domicilio, la época del año y las horas de la noche de mayor actividad de picadura. Igualmente se buscan animales reservorios domésticos y silvestres y finalmente, se determinan las características ecológicas de las zonas de transmisión en busca de marcadores. Con todo esto se logra determinar el riesgo epidemiológico de infección, es decir, las características de la población de mayor riesgo de infectarse, la época del año y horas en las cuales se da el contacto con el vector, el lugar con respecto al domicilio donde se da dicho contacto y la distribución espacial o límite del foco natural de infección.

Resultados

La evaluación de la distribución por sexo de los casos de leishmaniosis cutánea que consultaron a centros urbanos en comparación con los casos encontrados por búsqueda activa, mostró que la enfermedad está afectando a muy diversos grupos étnicos y culturales y que, en cada región, los habitantes han elaborado sus propias concepciones sobre el origen y manejo de la enfermedad. Se encontró además una proporción similar de infección en ambos sexos, contrario al predominio en hombres registrado por el Ministerio de Salud. Las encuestas epidemiológicas realizadas mediante la aplicación de la prueba de Montenegro en la población residente en los focos permitieron demostrar un contacto temprano de la población con el parásito sin discriminación por sexo. En algunos focos, las mujeres sufren de la enfermedad tanto como los hombres. Sin embargo, las mujeres tienen menos acceso al tratamiento apropiado aún cuando el medicamento es suministrado por las unidades locales de salud. Se observó además un incremento del contagio intra y peridomiciliario que afecta a todo el núcleo familiar sin preferencia por el hombre, sugiriendo la existencia de sistemas de transmisión diferentes al selvático.

Encuestas con prueba de Montenegro en diferentes focos

- **Municipio de Montebello, Antioquia**

En 1986 se presentó un brote epidémico de leishmaniosis en el municipio de Montebello, situado en las estribaciones de la cordillera Central, a 50km de la ciudad de Medellín, en una

zona de cultivo de café. El brote epidémico afectó principalmente a los niños (50%). Con el fin de determinar el grado de contacto de la población con el parásito de la leishmaniosis, se escogió la población escolar como indicador del contacto, toda vez que son los niños quienes menos migran, no están expuestos a riesgos profesionales e igualmente reflejan el grado de infección intra y peridomiciliario por *Leishmania* sp. La prueba de Montenegro se aplicó y leyó a 154 niños con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, de los cuales 101 niños (65%) tuvieron la prueba positiva. Estos resultados sugieren un contacto temprano de la población con el parásito que es similar para los 2 sexos y que la transmisión ocurre en el intra y peridomicilio (Tabla 1) (Vélez et al., 1991).

- **Corregimiento de Saisa, Municipio de Tierralta, Córdoba**

En 1995, se aplicó y leyó la prueba de Montenegro a 114 personas menores de 35 años, observándose que las tasas de positividad del Montenegro son similares para los 2 sexos, sin diferencia por grupo de edad. Encontramos además la tendencia que tienen las niñas de 7 hasta 14 años de sufrir más de la enfermedad (activa y pasada) que los niños del mismo grupo de edad, aunque sin diferencia significativa ($p = 0,075$). En el grupo de los adultos, la diferencia de lesiones activas y de cicatrices no es significativa; sin embargo, el tamaño de la muestra es limitado (Tabla 2).

- **Municipio de San Andrés de Sotavento, Córdoba**

Se aplicó y leyó la prueba de Montenegro a 682 menores de 7 años. El 40,1% de los niños y el 39,4% de las niñas fueron Montenegro positivo ($p = 0,59$). En este foco, que es endémico de leishmaniosis cutánea y visceral, el riesgo de infección en los grupos de edad mencionados parece independiente del sexo, lo que está en contradicción con las estadísticas del Ministerio de Salud (Vélez et al., 1995) (Tabla 3).

Casos de Leishmaniosis Cutánea. Búsqueda activa vs búsqueda pasiva de los casos

- **Búsqueda activa**

En la búsqueda activa de casos realizada por el PECET en los focos de San Roque, Montebello, San Carlos y Saisa se diagnosticaron 138 casos de leishmaniosis cutánea (Vélez et al., 1987, 1990) cuya distribución por sexo se muestra en

la Tabla 4. Entre 1983 y 1992, el Ministerio de Salud informó 33.702 casos de leishmaniosis, de los cuales el 35% se presentó en mujeres y el 65% se presentó en hombres. A fin de hacer una comparación de proporciones de la distribución de casos por sexo entre los datos del Ministerio de Salud y los hallazgos del PECET en los estudios de foco, se tuvieron en cuenta las siguientes hipótesis:

a) Hipótesis cero (H_0): los dos grupos provienen de la misma población

b) Hipótesis alterna (H_a): los 2 grupos no provienen de la misma población.

Para ello se empleó la siguiente fórmula (Colton, 1974): $Z = \frac{p_T - p_C}{\sqrt{pq \left(\frac{1}{n_T} + \frac{1}{n_C} \right)}}$, donde:

$$\sqrt{pq \left(\frac{1}{n_T} + \frac{1}{n_C} \right)}$$

$$p = \frac{X_T + X_C}{n_T + n_C}$$

$$q = 1 - p$$

X_T : Número de individuos en una población

X_C : Número de individuos en la otra población

p_T y p_C : proporciones de los casos en los dos grupos

p y q representan las proporciones ponderadas de los casos

Z : el ratio crítico

Aplicando esta fórmula a los datos del PECET y del Ministerio de Salud, se obtuvo un valor $Z = 3,938$ que corresponde a una probabilidad $p < 0,003$ que rechaza la hipótesis que las dos muestras provienen de una misma población.

• Atención de pacientes en la consulta del PECET en la ciudad de Medellín

Entre 1983 y 1998, se atendieron en total 3.664 pacientes de los cuales 1.763 tuvieron diagnóstico parasitológico de leishmaniosis cutánea. Una parte importante de estos pacientes residentes de la ciudad de Medellín, zona no endémica de leishmaniosis, contrajeron la infección durante salidas al campo por motivos de trabajo o turismo. También se atendieron militares que se infectaron durante sus patrullajes en zonas rurales.

Se tomó una muestra al azar de 204 pacientes atendidos en el laboratorio y se excluyeron los militares, los residentes en Medellín y los pacientes examinados durante trabajos de campo, quedando una muestra de 66 pacientes procedentes de zonas rurales y, por lo tanto, comparables con las poblaciones atendidas durante los estudios de foco. La proporción hombres/mujeres en esta muestra fue de 42 hombres (63,6%) y 24 mujeres (36,4%), cifras semejantes

Tabla 1

Positividad de la prueba de Montenegro en Montebello (Antioquia) según edad y sexo.

Edad en años	Sexo		Sexo		Total	
	Masculino +/total	%	Femenino +/total	%	+/total	%
6	2/6	33	8/10	80	10/16	63
7	6/13	46	10/19	53	16/32	50
8	15/24	63	18/26	69	33/50	66
9	17/22	77	15/22	68	32/44	73
10	4/7	57	2/2	100	6/9	67
11	0/1	0	2/2	100	2/3	67
Total	44/73	60	55/81	68	99/154	64

+/total = Número de pruebas positivas sobre el total de niños;
% = porcentaje de positividad.

Tabla 2

Positividad de la prueba de Montenegro en Saisa, Municipio de Tierralta (Córdoba).

Edad en años	Sexo		Sexo		Total	
	Masculino +/total	%	Femenino +/total	%	+/total	%
0-6	6/7	86	10/12	83	16/19	84
7-14	24/33	73	31/42	74	55/75	73
15-35	13/16	81	4/4	100	17/20	85
Total	43/56	77	45/58	78	88/114	77

+/total = Número de pruebas positivas sobre el total;
% = porcentaje de positividad.

Tabla 3

Positividad de la prueba de Montenegro en San Andrés de Sotavento (Córdoba).

Edad en años	Sexo		Sexo		Total	
	Masculino +/total	%	Femenino +/total	%	+/total	%
0 < 1	2/34	6	5/33	15	7/67	10
1 < 2	17/51	33	9/38	24	26/89	29
2 < 3	16/48	33	15/45	33	31/93	33
3 < 4	28/58	48	21/53	40	49/111	44
4 < 5	22/55	40	23/47	49	45/102	44
5 < 6	22/51	43	25/51	49	47/102	46
6 < 7	33/54	61	32/63	51	65/117	56
7 < 8	1/1	100	0/0	0	1/1	100
Total	141/352	40	130/330	39	271/682	40

+/total = Número de pruebas positivas sobre el total;
% = porcentaje de positividad.

a las informadas por el Ministerio de Salud. Otro estudio realizado en el PECET (Restrepo et al., 1991), esta vez incluyendo a los 169 pacientes con diagnóstico comprobado de leishmaniosis cutánea mostró una proporción de 118 hombres (69,8 %) y 51 mujeres (30,2 %), cifras también similares a las del Ministerio de Salud. Se encontró que tanto en el caso de los pacientes procedentes de área rural que consultan en la ciudad por presentar lesiones compatibles con leishmaniosis como en el caso de los pacientes con diagnóstico comprobado, existe una proporción mayor de hombres que de mujeres. Estas proporciones son similares a las informadas por el Ministerio para el conjunto del país.

Evaluación de tratamientos previos

En la muestra anteriormente descrita de 66 pacientes atendidos en el PECET, se analizaron los tratamientos recibidos antes de consultar en Medellín (Tabla 5). El primer análisis reveló que la mitad de los pacientes recibieron trata-

miento médico antes de consultar en el PECET para un diagnóstico de leishmaniosis y que cerca del 80% de los pacientes habían recibido algún tipo de tratamiento previo, ya fuera médico, tradicional o mixto. Al parecer las mujeres ensayan más tipos de tratamientos que los hombres, aunque muy pocas con antimonio pentavalente. El grupo de pacientes que se había automedicado con Glucantime® consistió casi exclusivamente de hombres.

Evaluación de tiempo de evolución de las lesiones

En un estudio previo, donde se evaluó la eficacia del alopurinol en el tratamiento de leishmaniosis cutánea, se encontró diferencia por sexo en el tiempo transcurrido entre el inicio de las lesiones y la búsqueda de tratamiento específico (Vélez et al., 1997). En una muestra al azar de 114 hombres y 68 mujeres con edades entre 6 y 60 años, quienes se presentaron voluntariamente para diagnóstico y tratamiento en Medellín y en algunos centros rurales de salud, se encontró que el tiempo promedio de evolución de las lesiones al momento de la consulta fue de $2,5 \pm 1,9$ meses ($X \pm DS$) para los hombres y $3,2 \pm 2,0$ meses para las mujeres. Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, se constata de nuevo una tendencia diferente para los dos sexos.

En los diferentes estudios de foco, se ha podido constatar además la alta proporción de personas con cicatrices y antecedentes clínicos compatibles con leishmaniosis, pero sólo uno de cada 10 pacientes consulta al centro de salud y recibe tratamiento específico para la leishmaniosis. Al indagar sobre las razones por las cuales los pacientes no acuden a los centros de salud cuando presentan la enfermedad, se encuentran las siguientes:

Tabla 4

Leishmaniosis cutánea activa en diferentes focos colombianos.

Foco	Mujeres		Hombres	
	+/total	%	+/total	%
San Roque	25/41	61	16/41	39
Montebello	24/56	43	32/56	57
San Carlos	4/7	57	3/7	43
Saisa	17/34	50	17/34	50
Total	70/138	51	68/138	49

+/total = Número de pruebas positivas sobre el total;
% = porcentaje de positividad

Tabla 5

Tipos de tratamiento recibidos por los pacientes antes de consultar al Centro de Referencia.

Tipo de Tratamiento	Ninguno		Médico		Tradicional		Mixto		Glucantime®		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Hombres	7	64	20	61	2	100	3	33	10	91	42	64
Mujeres	4	36	13	39	0	0	6	0	1	9	24	36
Total	11	17	33	50	2	3	9	14	11	17	66	100

Ninguno = no tratamiento recibido antes de consultar el PECET.

Tratamiento Médico = no específico para Leishmaniosis.

Tratamiento Tradicional = cáusticos, yerbas. No drogas modernas ni Glucantime.

Tratamiento Mixto = los 2 modos de tratamiento han sido usados.

Glucantime = Glucantime con o sin tratamiento médico ó tratamiento tradicional.

- Desconocimiento por parte de los campesinos sobre la posibilidad de obtener tratamiento adecuado y específico en los hospitales y centros de salud. Ante la presencia de lesiones en la piel, solicitan en las farmacias pomadas antibióticas que no son efectivas contra la enfermedad.
- La creencia, en las zonas de conflicto, que la leishmaniosis es la “enfermedad del guerrillero” y que, por lo tanto, el tratamiento está controlado por el Ejército.
- La poca incapacidad de la enfermedad. Generalmente, la lesión no duele, excepto cuando está infectada en forma sobreagregada con bacterias. Por lo tanto, las personas que viven en áreas muy alejadas de los centros de salud no están motivadas para buscar atención médica.
- La alternativa terapéutica que ofrece la medicina tradicional con plantas o con cáusticos dado que el tratamiento de la medicina oficial exige la realización de una serie de pruebas diagnósticas que demuestren la presencia del parásito *Leishmania* para suministrar el tratamiento, múltiples y costosos viajes al hospital para la administración del mismo, una aplicación por vía parenteral durante 20 a 28 días y la compra de jeringas y agujas, al igual que el pago de honorarios a la persona que aplica las inyecciones.

Discusión

El presente estudio muestra que las diferencias de género asumidas se presentan en función del lugar donde se realizan las consultas. Debido a la adaptación doméstica de los vectores, la aparición de picos epidémicos de leishmaniosis cutánea en diferentes regiones afecta a todo el grupo familiar. La aparición de brotes epidémicos puede deberse a la suspensión de las fumigaciones intradomiciliarias que se hacían para el control de la malaria o a cambios en el comportamiento del vector causados por factores como la electrificación rural y el fototropismo de los insectos. En el curso de los diferentes trabajos no se ha observado un cambio en las actividades que desarrolla la mujer en el campo que pueda explicar un mayor contacto con el vector. El contacto de las personas con el vector infectado se demostró que ocurre dentro y alrededor de las casas (Vélez et al., 1987, 1990).

Si, como muestran las encuestas, aplicando la prueba de Montenegro, hombres y mujeres tienen un riesgo similar de infección, cómo se explica la proporción diferente por sexo, tanto en las estadísticas del Ministerio de Salud como en la consulta pasiva en el PECET? En el ca-

so de la leishmaniosis visceral, esto es especialmente grave debido a que involucra a niñas infectadas que no son reconocidas ni reciben tratamiento, lo que se traduce en una pérdida mayor en años de vida, un sufrimiento humano importante y un costo alto para el país. En el caso de la leishmaniosis cutánea, se pueden formular las siguientes hipótesis para explicar el fenómeno:

Las funciones desempeñadas por hombres y mujeres

En las regiones rurales del país los hombres y las mujeres tienen roles bien definidos. El hombre es el responsable de las labores agrícolas y el manejo del ganado, mientras que la mujer se encarga del manejo del hogar y el cuidado de los niños y animales domésticos. El hombre sale de su vereda a la cabecera municipal para vender los productos que cosecha, comprar el mercado y, si tiene una enfermedad como la leishmaniosis, consultar al centro de salud o buscar remedios en la farmacia. A su vez, la mujer permanece en su casa, cuidando de los niños y de los enseres. Dado que la leishmaniosis no es una enfermedad incapacitante, la mujer permanece con sus lesiones o consulta al curandero tradicional de su vereda o se aplica los remedios que su marido le lleva de la farmacia.

Los problemas de funcionamiento de los servicios de salud en las zonas endémicas

Los centros de atención se encuentran en las cabeceras municipales y no en las veredas, haciendo que el desplazamiento al centro de atención para el diagnóstico demande muchas horas. El diagnóstico es seguido por un tratamiento que consiste en inyecciones durante al menos 20 días. Por otro lado, en muchas regiones endémicas, los trabajadores de la salud no están lo suficientemente entrenados para detectar y tratar la enfermedad y ésta usualmente es manejada como otra entidad clínica. Los laboratorios de referencia funcionan mal y no retroalimentan con la información de los resultados de los procedimientos diagnósticos solicitados. Frecuentemente se agota el medicamento, lo que implica para el paciente realizar varias visitas al centro de salud. Los desplazamientos desde las veredas se hace más difícil para la mujer que para el hombre. Por lo tanto, al consultar más fácilmente en los centros de salud, el hombre aparece como población de riesgo, lo que se interpreta como confirmatorio de un contagio extradomiciliario.

Las diferencias observadas en los tratamientos empíricos previos a la consulta

El hombre con mayor frecuencia se aplica ampollas de Glucantime® compradas en el mercado negro (esta droga no se consigue comercialmente en Colombia) se podría explicar por el hecho que, en regiones rurales, sólo el hombre maneja el dinero. Usualmente el precio de cada ampolla es el equivalente a 2 o 3 días de jornal, por lo que sus condiciones económicas sólo le permiten realizar tratamientos incompletos.

La facilidad de desplazamiento en busca de diagnóstico y tratamiento

Frente a un deterioro en la calidad de vida ocasionado por la leishmaniosis, el hombre busca curarse y gasta mucho dinero en desplazamientos a zonas aún muy distantes. Estos desplazamientos no los pueden realizar las mujeres, ya que no tienen dinero ni alguien que las reemplace en las labores domésticas. El tratamiento para la mujer resulta más costoso que para el hombre, pues el hombre es quien tiene que viajar regularmente a la cabecera municipal, lo que significa que el tratamiento de una mujer es visto como oneroso porque incluye el costo de transporte exclusivamente para visitar el Centro de Salud.

Consideramos que la mujer que no tiene acceso a un tratamiento adecuado sufre efectos físicos (dolor e infección sobre agregada) y estéticos (cicatrices con su impacto sobre las relaciones sociales), además de sufrimientos psicológicos. Es frecuente observar el rechazo del hombre a seguir conviviendo con la pareja enferma de leishmaniosis, bajo la creencia de que puede contagiarle la enfermedad. Por otro lado, las lesiones podrían disminuir la capacidad de trabajo de la mujer con sus consecuencias sobre el bienestar propio, de los niños y del hogar (educación y atención de los niños, gestión de las labores domésticas e incapacidad para asistir al esposo en el campo).

Consideramos también que la población afectada por la leishmaniosis sufre y busca curarse de esta enfermedad a través de la automedicación ó acudiendo a curanderos que viven generalmente en la misma vereda, dado lo oneroso del tratamiento específico con Glucantime® o la facilidad del tratamiento, puesto que la medicina tradicional no requiere de procedimientos para el diagnóstico y, por lo tanto, el tratamiento es instaurado inmediatamente. Algunas veces el campesino acepta y busca el tratamiento empírico porque logra una más rápida cicatrización. Sin embargo, en muchas

oportunidades, no se observa mejoría y aún hay empeoramiento o agravación de la lesión por aumento del tamaño, infección sobre agregada, cambio en la morfología de la lesión y disminución en el número de parásitos, dificultando el posterior diagnóstico parasitológico. En la zona rural, resulta una mejor opción para el campesino utilizar el tratamiento empírico para la mujer, a pesar de que el Ministerio de Salud reparte gratuitamente el tratamiento a los casos confirmados, debido a las dificultades en la atención de salud anteriormente señaladas. Además existe una preferencia en curar al jefe del hogar porque es quien aporta el dinero para la familia.

En otros países de América, se encuentran diferencias entre los sexos con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de la leishmaniosis cutánea. Es así como los autores de un estudio en Tres Brazos, Brasil, comprobaron que las mujeres conocían menos las respuestas a las preguntas acerca de la leishmaniosis cutánea en comparación con los hombres (Netto et al., 1985). En la Provincia de Pichincha, Ecuador, donde, al igual que en Colombia, las mujeres se ocupan principalmente de las tareas domésticas y del cuidado de huertos y animales domésticos, se observó una mayor tendencia entre las mujeres a mirar la leishmaniosis como un problema médico de gravedad en comparación con los hombres, tal vez por las consecuencias sicosociales de la enfermedad. Las mujeres con úlceras ó cicatrices, especialmente en el rostro, suelen considerarse menos atractivas, las perspectivas matrimoniales disminuyen, la capacidad de retener a su pareja puede disminuir por el menor atractivo físico, llevando a un posible menoscabo de sus relaciones sociales y por ende de su posición y movilidad socio-económica (Weigel et al., 1994).

En las diferentes regiones geográficas de Colombia que son endémicas para la leishmaniosis, los campesinos siguen una estrategia que es muy típica en la aplicación del tratamiento. En las manifestaciones tempranas de la enfermedad, los pequeños nódulos o úlceras costrosas generalmente se interpretan como picaduras de insectos o como infecciones bacterianas postraumáticas y se tratan con la aplicación local de mertiolate, alcohol, pomadas antibióticas, agua oxigenada, yodo o baños con plantas. Al progresar la enfermedad y presentarse la úlcera franca, el campesino reconoce la leishmaniosis con el nombre popular de la región e inicia los tratamientos según las experiencias locales. En comunidades campesinas del noroccidente colombiano, es más frecuente la aplicación local de cáusticos (pólvora, pa-

nela caliente, nitrato de plata, petróleo, ácido de baterías) y la cauterización con objetos metálicos candentes (cucharas o la punta de un machete). Las comunidades indígenas y viejos asentamientos humanos de raza negra como los que se encuentran en la Costa Pacífica colombiana priorizan el uso local de plantas, muchas de ellas con verdadera acción leishmanicida (Jaramillo et al., 2000). Dicha estrategia de tratamiento no es particular de Colombia. En Ecuador, por ejemplo, se observa un manejo similar (Weigel et al., 1994).

Es interesante comparar las observaciones descritas con el modelo de Igun (1979), quien demostró que la selección de un tratamiento dado o de un sistema de cuidado de salud está determinada por conceptos personales, familiares y socioculturales relacionados con la causa y la gravedad de la enfermedad y sus consecuencias potenciales, así como por la eficacia, el costo y la dificultad en obtener los diferentes tipos de cuidados de salud (tradicionales o modernos). Solamente cuando falla la estrategia terapéutica seleccionada, la persona puede reconsiderar su diagnóstico inicial y proceder al siguiente nivel de atención de salud el cual puede ser más costoso o difícil de obtener, como lo sería la consulta a un especialista.

Conclusiones

El presente trabajo aporta argumentos que demuestran que, en los focos donde la transmisión es intra y peridomiliar, las mujeres y los niños están tan afectados por la leishmaniosis como los hombres, pero las mujeres tienen menos acceso a la atención de salud. Se muestra además que las estadísticas del Ministerio de Salud no son un buen reflejo de la verdadera situación epidemiológica de la leishmaniosis en las zonas rurales en Colombia. El hecho que las mujeres consulten menos hace que se subestime la prevalencia y exista una falsa estimación de la tasa específica por sexo. Se re-

quiere una mejor estrategia por parte del Ministerio de Salud para corregir la desigualdad en el acceso al tratamiento por la mujer, como también una estrategia para el control de la enfermedad, orientada hacia la transmisión intra y peridomiliar. Se quiere igualmente llamar la atención a los responsables de la Salud para que tomen en cuenta que esta desigualdad de acceso a los servicios de salud que existe para la mujer respecto a la leishmaniosis se puede presentar para otros problemas y situaciones de salud rurales.

Recomendaciones

Este trabajo busca sensibilizar al personal de salud en la posibilidad de diagnosticar la leishmaniosis cutánea en las mujeres aun cuando ellas acuden a sus servicios por otras razones (niños enfermos, vacunación, consultas pre o posnatales, y otros). Con base en los diferentes hallazgos, se sugieren las siguientes recomendaciones: 1) Capacitar al personal de salud en el reconocimiento de las diferentes formas clínicas de la leishmaniosis y en la posibilidad que existe de encontrar esta enfermedad en mujeres y niños, aun cuando consultan por otros motivos, tanto como en hombres que viven en zonas rurales. 2) Asegurar que, en la educación comunitaria, se haga énfasis en la leishmaniosis y al hecho que esta enfermedad no afecta únicamente a los hombres. 3) Estimular al Ministerio de Salud para mejorar su programa de control de leishmaniosis especialmente respecto a la búsqueda activa de casos, capacitación y dotación, para que el diagnóstico se realice rápidamente, disminuyendo así el número de consultas actualmente necesarias, y manteniendo un buen stock del medicamento en los puestos de salud rurales y 4) Estimular investigaciones biosociales en el campo de la leishmaniosis para comprender las características particulares de estos fenómenos en otros focos de infección.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las doctoras Carmen de la Cuesta y Carol Vlassoff, por sus aportes para el mejoramiento del manuscrito y motivación para su publicación. A los diferentes trabajadores de la Salud, por su colaboración en los trabajos de campo, y al sociólogo Oscar Román Tobón.

Referencias

- COLTON, T., 1974. *Statistics in Medicine*. Boston: Little, Brown & Co.
- IGUN, U. A., 1979. Stages in health seeking: A descriptive model. *Social Science and Medicine*, 13: 445-456.
- JARAMILLO, C.; ARANGO, G. J.; GONZALEZ, M. C.; ROBLEDO, S. & VELEZ, I. D., 2000. Citotoxic and antiparasitic activity from fruit skin of *Annona muricata*. *Journal of Fitoterapia*, 71:183-186.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, 1994. *Leishmaniasis: Plan Nacional de Control. Manual de Normas Técnico-administrativas*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, 1996. *Situación Epidemiológica de la Leishmaniasis en Colombia*. Documento Interno. Santafé de Bogotá: Departamento Administrativo de Campañas Directas, Ministerio de Salud de Colombia.
- NETTO, E. M.; TADA, M. S.; GOLIGHTLY, L.; KALTER, D. C.; LAGO, E.; BARRETO, A. C. & MARSDEN, P. D., 1985. Conceitos de uma população local a respeito da leishmaniose mucocutânea em uma área endêmica. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*: 18:33-37.
- RESTREPO, A. M.; JARAMILLO, L.; OCAMPO, O. & VELEZ, I. D., 1991. Características clínicas y epidemiológicas de la leishmaniasis cutánea: Estudio de pacientes atendidos en Medellín (1986-1988). *IATREIA*, 4:49-55.
- TRAVI, B. L.; VELEZ, I. D.; BRUTUS, L.; SEGURA, I.; JARAMILLO, C. & MONTOYA, J., 1990. *Lutzomyia evansi* an alternate vector of *Leishmania chagasi* in a Colombian focus of Visceral Leishmaniasis. *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*; 84:676-677.
- VELEZ, I. D., 1990. Leishmaniasis cutánea en Montebello, Antioquia: Determinación del riesgo epidemiológico de contraer la enfermedad. Actas XI Congreso Colombiano de Medicina Interna. *Acta Médica Colombiana*, Sup.:99-105.
- VELEZ, I. D. & AGUDELO, S., 1996. *Diagnóstico de la Leishmaniasis*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- VELEZ, I. D.; AGUDELO, S.; HENDRICKX, E.; PUERTA, J.; GROGL, M. & BERMAN, J. 1997. Inefficacy of Allopurinol as monotherapy for Colombian cutaneous Leishmaniasis. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 126:232-236.
- VELEZ, I. D.; OSPINA, S. & JARAMILLO, L., 1987. Epidemiología de la leishmaniasis cutánea en San Roque (Antioquia). *Boletín Epidemiológico de Antioquia*; 12:354-359.
- VELEZ, I. D.; TRAVI, B.; GALLEGO, J.; PALMA, G. & AGUDELO, S., 1995. Evaluación ecoepidemiológica de la leishmaniasis visceral en la comunidad indígena Zenú de San Andrés de Sotavento, Córdoba: Primer paso para su control. *Revista Colombiana de Entomología*, 21:111-122.
- VELEZ, I. D.; WOLFF, M.; VALDERRAMA, R.; ESCOBAR, J. P. & OSORIO, L., 1991. Community and environmental risk factors associated with cutaneous leishmaniasis in Montebello, Antioquia, Colombia. In: *Leishmaniasis Control Strategies. A Critical Evaluation of IDRC-Supported Research* (P. Wijeyaratne, T. Goodman & C. Espinal, eds.), pp. 261-274, Ottawa: Editorial International Development Research Center.
- WEIGEL, M. M.; ARMIJOS, R. X.; RACINES, R. J.; ZURITA, C.; IZURIETA, R.; HERRERA, E. & HINOJOSA, E., 1994. La Leishmaniasis cutánea en la región subtropical del Ecuador: Percepciones, conocimientos y tratamientos populares. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*; 117:400-412.
- WHO (World Health Organization), 1995. *Control of Leishmaniasis*. Technical Report Series No. 793. Geneva: WHO.