

COLECCIÓN **GENERAL**

Lina Pinto García

MARAÑA

**Guerra y enfermedad
en las selvas de Colombia**



Universidad de los Andes
Instituto Colombiano de Antropología e Historia

Maraña

Para citar este libro:

<https://doi.org/10.51573/Andes.9789587989670.9789587989717>

Maraña

Guerra y enfermedad en las selvas de Colombia

Lina Pinto García

Traducción de Alfonso Conde

Universidad de los Andes
Instituto Colombiano de Antropología e Historia

Nombre: Pinto García, Lina, autora. | Conde, Alfonso, traductor.

Título: Maraña : Guerra y enfermedad en las selvas de Colombia / Lina Pinto García ; traducción de Alfonso Conde.

Descripción: Bogotá : Universidad de los Andes, Ediciones Uniandes : Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2026. | lx, 192 páginas : ilustraciones ; 17 x 24 cm. Colección General.

Identificadores: ISBN 9789587989670 (rústica) | 9789587989687 (e-book) | 9789587989717 (e-pub)

Materias: Leishmaniasis | Soldados – Enfermedades – Colombia | Guerra – Asuntos médicos y sanitarios – Biomedicina – Conflicto armado

Clasificación: CDD 616.9364 –dc23

SBUA

Primera edición: marzo del 2026

© Lina Pinto García

© Alfonso Conde, por la traducción

© Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología

© Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH)

Ediciones Uniandes

Carrera 1.ª n.º 18A-12, bloque Tm

Bogotá, D. C., Colombia

Teléfono: 601 3394949, ext. 2133

<https://ediciones.uniandes.edu.co>

ediciones@uniandes.edu.co

ISBN: 978-958-798-967-0

ISBN e-book: 978-958-798-968-7

ISBN epub: 978-958-798-971-7

DOI: [https://doi.org/10.51573/](https://doi.org/10.51573/Andes.9789587989670.9789587989717)

[Andes.9789587989670.9789587989717](https://doi.org/10.51573/Andes.9789587989670.9789587989717)

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera 1.ª n.º 18A-12, bloque G-GB, piso 6

Bogotá, D. C., Colombia

Teléfono: 601 3394949, ext. 5567

<https://cienciassociales.uniandes.edu.co/>

[ediciones/libros/](https://cienciassociales.uniandes.edu.co/ediciones/libros/)

publicacionesfaciso@uniandes.edu.co

Corrección: Manuel de Zubiría

Diagramación: Nancy Cortés

Diseño de cubierta: Boga Visual

Ilustración de cubierta: DjLu

Impresión:

Imageprinting

Carrera 27 n.º 76-38

Teléfonos: 601 6311350 / 601 6311736

Bogotá, D. C., Colombia

Instituto Colombiano de Antropología
e Historia (ICANH)

Calle 12 n.º 2-31

Bogotá, D. C., Colombia

Teléfono: 601 7954790

www.icanh.gov.co

Impreso en Colombia – *Printed in Colombia*

Este libro cuenta con el aval de la Facultad de Ciencias Sociales y fue sometido a evaluación de pares académicos.

Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación. Reconocimiento como universidad: Decreto 1297 del 30 de mayo de 1964. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 28 del 23 de febrero de 1949, Minjusticia. Acreditación institucional de alta calidad, 10 años: Resolución 000194 del 16 de enero del 2025, Mineducación.

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial.

Para Lorenzo e Irene

Contenido

Lista de recursos gráficos · XI

Nota sobre la terminología · XIII

Introducción · XV

1 Leishmaniasis: una enfermedad de la guerra · 1

La leishmaniasis es más selva · 4

La leishmaniasis y las geografías de la guerra · 10

La enfermedad de la guerrilla · 16

2 La farmacuticalización de la guerra · 27

Glucantime: un elemento central de la maraña · 32

Las barreras burocráticas en el acceso al Glucantime · 40

El Glucantime es un medicamento controlado · 43

Los soldados gozan de un acceso privilegiado al Glucantime · 51

Rutas extralegales · 54

3 Las leishmaniasis en el Ejército colombiano · 63

Una nota sobre los soldados del Ejército colombiano · 68

La leishmaniasis y la guerra del Estado contra la guerrilla · 72

La farmacuticalización de la guerra en el Ejército · 82

Una guía de práctica clínica convertida en protocolo militar · 88

Innovaciones en el cuidado médico en tiempos de guerra · 94

4 El Glucantime y lo político de la curación · 101

Curar cuerpos desechables · 106

Un soldado enfermo es un mal soldado · 110

La curación con fármacos requiere una dosis de ignorancia · 112

Curable mientras sea útil · 115

5 Relatos científicos pacificados de la leishmaniasis · 119

La farmaceuticalización del problema y la solución en las ETD · 122

Los peligros de investigar la leishmaniasis · 125

Cuando la guerra es el contexto de la investigación biomédica · 128

El desplazamiento, la cosecha de coca y las úlceras de la
leishmaniasis · 131

Las úlceras de la guerra · 133

Investigación farmaceuticalizada y la omisión de la guerra · 136

Conclusión · 141

Agradecimientos · 149

Referencias · 153

Lista de recursos gráficos

Imagen I.1.	Lesión de leishmaniasis cutánea en el brazo derecho de un soldado del Ejército colombiano · xxvi
Imagen I.2.	Mapa político de Colombia que indica la capital, Bogotá, y las ubicaciones más importantes para el trabajo de campo · lvi
Imagen 2.1.	Casas improvisadas construidas por los exguerrilleros de las FARC en la ZVTN de Colinas · 29
Imagen 2.2.	Infraestructuras construidas por los excombatientes de las FARC en la Zona Veredal Transitoria de Normalización (ZVTN) en Colinas, Guaviare · 31
Imagen 2.3.	Enfermería de las FARC en la ZVTN de Colinas · 34
Imagen 2.4.	Superficies frontal y posterior de una de las cajas de Glucantime en la enfermería de las FARC · 34
Imagen 2.5.	Reservas personales de ampollas de Glucantime para cada uno de los soldados bajo tratamiento en el CRL · 56
Imagen 2.6.	Ampolla de Glucantime · 59
Imagen 3.1.	Centro de Recuperación de la Leishmaniasis (CRL) en el Batallón Silva Plazas en Duitama, Boyacá · 64

- Imagen 3.2.** Pares de jeringas llenas de Glucantime • 66
- Imagen 3.3.** Un soldado con leishmaniasis observa con ansiedad las inyecciones de Glucantime que están por administrarle • 66
- Imagen 3.4.** Caneca llena de ampollas vacías de Glucantime tras un solo día de tratamiento contra la leishmaniasis en el CRL • 67
- Imagen 3.5.** Gráfica que muestra los casos de leishmaniasis en el Ejército en comparación con el número de miembros de la Fuerza Pública (Ejército, Fuerza Aérea, Armada y Policía) que fueron víctimas mortales y no mortales de minas antipersonal • 75
- Imagen 3.6.** Losa de piedra tallada que conmemora la inauguración del CRL en el 2008 • 87
- Imagen 3.7.** Auxiliar de enfermería militar lustrando el asta de la bandera del CRL • 88
- Imagen 4.1.** Soldados con leishmaniasis, minutos después de recibir inyecciones de Glucantime en el CRL • 102
- Imagen 4.2.** Uno de los dormitorios del CRL • 103
- Imagen 5.1.** Médica examinando a un paciente con leishmaniasis en la clínica del INIL en Candelario • 130
- Imagen 6.1.** Bandera izada en el centro del campamento de desarme de Colinas, en Guaviare • 142

Nota sobre la terminología

PARA FACILITAR LA lectura, a continuación aclaro parte de la terminología que emplearé en las siguientes páginas.

Leishmaniasis

En el campo de la biomedicina se describen dos formas principales de leishmaniasis: la cutánea y la visceral. Salvo que se indique lo contrario, usaré el término *leishmaniasis* para hacer referencia a la leishmaniasis cutánea, la enfermedad en la que se concentra este libro.

Soldado y Ejército

A menos que se especifique lo contrario, en este libro la palabra *soldado(s)* se refiere siempre a los miembros del Ejército estatal de Colombia, y la palabra *Ejército*, con mayúscula, se refiere siempre al Ejército estatal colombiano.

FARC

Entre los actores que menciono con más frecuencia en este libro están los miembros de la ahora disuelta organización guerrillera Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo. Uso el acrónimo FARC,

en lugar del acrónimo oficial FARC-EP, para referirme a este grupo guerrillero porque esta es la forma en que las personas en Colombia suelen referirse a esta organización.

Paramilitares

Junto con las guerrillas de izquierda y el Ejército estatal, los grupos paramilitares de derecha son el tercer actor central del conflicto armado colombiano. Entre los paramilitares, las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), conformadas en 1997, fueron el grupo más grande. De acuerdo con un importante informe de memoria histórica publicado en el 2013, los paramilitares han sido los actores armados más crueles y sanguinarios, responsables de las mayores y más atroces masacres, asesinatos selectivos y desapariciones forzadas en el conflicto armado colombiano, en muchas ocasiones con el apoyo y la connivencia del Estado (CNMH 2013). Pese a la controvertida desmovilización de las AUC que se llevó a cabo entre 2003 y 2006, el movimiento paramilitar no se desmanteló. Aunque el Estado ha afirmado con frecuencia que los paramilitares no existen como solían hacerlo, usa los términos *bandas criminales*, o *bacrim*, para referirse a las estructuras criminales que aún operan (Valencia y Montoya 2016). Diferentes organizaciones de la sociedad civil han denominado a estos grupos *neoparamilitares*, *paramilitares de tercera generación*, *herederos del paramilitarismo*, o simplemente *paramilitares* (Masse 2011). En este libro uso el término *paramilitares*.

Departamentos

En términos políticos y administrativos, Colombia está dividida en treinta y siete entidades territoriales conformadas por treinta y dos departamentos y cinco distritos. Boyacá, Guaviare, Tolima, Caquetá y Putumayo son algunos de los departamentos que menciono con frecuencia. También me refiero en varias ocasiones a las entidades gubernamentales responsables de la salud a nivel departamental: las Secretarías Departamentales de Salud.

Fuerza Pública

En Colombia, el término *Fuerza Pública* abarca tanto a las fuerzas militares (Ejército, Armada y la Fuerza Aérea) como a la Policía Nacional.

Introducción

ANDREA GONZÁLEZ¹ PASÓ dos años viajando a bordo de helicópteros del Ejército colombiano al menos una vez por semana, entre 2006 y 2008. Estos helicópteros se usaban de forma regular para transportar soldados desde y hacia las zonas de combate; rescatar a los heridos; y abastecer de comida, municiones y otros suministros a las tropas dispersas en las densas selvas de la región amazónica. Andrea, sin embargo, estaba a cargo de una operación muy diferente, una de carácter científico. Como investigadora universitaria con formación en microbiología, Andrea coordinaba un ensayo clínico en el que se reclutaban participantes del Ejército para evaluar terapias biomédicas contra la leishmaniasis cutánea.

El signo característico de esta enfermedad es una llaga circular en la piel, hueca y en carne viva, que se forma después de que una mosca diminuta, conocida científicamente como flebótomo, pica a una persona y le transmite parásitos microscópicos de *Leishmania*. En Colombia el tratamiento estándar para curar estas úlceras es un medicamento cuyo nombre comercial es Glucantime. El ensayo clínico que Andrea coordinó buscaba comparar este fármaco con otras dos terapias. Con este fin, el protocolo del ensayo establecía que se debían realizar dos procesos de seguimiento a los participantes, a los tres y a los seis meses de finalizar el tratamiento. Andrea y sus colegas tuvieron

¹ Salvo que se indique lo contrario, todos los nombres utilizados en este libro son seudónimos. Para garantizar la confidencialidad, modifiqué algunos datos que permitirían la identificación de las personas a las que hago referencia.

que idear un plan para que ella pudiera realizar las visitas de seguimiento, pese a que los soldados que participaban como pacientes en el ensayo ya se habían reincorporado a la primera línea de combate en la selva. Se decidió que Andrea se uniría a las operaciones militares de rutina que se dirigían en helicóptero a zonas selváticas para tener acceso a sus pacientes y documentar el efecto que estas terapias experimentales contra la leishmaniasis tenían en un grupo de 437 soldados.

Desde el helicóptero el espeso dosel de árboles parecía una gigantesca alfombra verde y aterciopelada que se extendía hasta el horizonte. Ya en tierra, sin embargo, esta masa viva, en apariencia homogénea, adoptaba un aspecto muy diferente. Compuesta por una extraordinaria diversidad de plantas que compiten por cada rincón y rayo de sol disponibles, la selva tropical se muestra como una intrincada maraña de múltiples formas y texturas, coloreada por claroscuros y la más variada paleta húmeda de verdes, azules y marrones. Durante más de cinco décadas, este entorno tropical ha sido el principal escenario del conflicto armado colombiano, una de las guerras más largas y más violentas en la historia de América Latina.

Además de demarcar las zonas de conflicto, las fronteras ecológicas de la selva tropical delimitan los espacios de existencia de las diminutas moscas que transmiten la leishmaniasis. En este entorno exuberante, las grietas de las rocas, los nidos, el envés de las hojas, las madrigueras de los animales y las superficies irregulares de los troncos les ofrecen a estos insectos moradas húmedas y oscuras en las que pueden permanecer ocultos la mayor parte del día. Cuando llega la noche, sin embargo, los flebótomos hembra se vuelven particularmente activos y buscan mamíferos a los que puedan picar para obtener así la sangre que necesitan para el desarrollo de sus huevos. Zarigüeyas, armadillos, osos perezosos y hormigueros, murciélagos, ratas silvestres, puercoespines, pumas y jaguares son fuentes de sangre apetecidas por estos insectos; pero también lo son mamíferos selváticos de dos patas, muchos de ellos armados y vestidos de camuflaje. Para los flebótomos, estos seres representan simplemente una fuente de alimento más, una que se volvió particularmente abundante y accesible debido al conflicto armado. Como resultado, los soldados del Ejército y miembros de grupos guerrilleros y paramilitares constituyen las poblaciones más afectadas por la leishmaniasis en Colombia.

El helicóptero aterrizaba siempre que no fuera emboscado desde tierra, permitiéndole al personal militar a bordo y a Andrea descender para cumplir sus respectivas misiones. Por temor a un ataque repentino de la guerrilla, los militares cargaban y descargaban provisiones y personas de la aeronave con una prisa febril. Al mismo tiempo, junto al estruendo de las aspas giratorias del helicóptero, Andrea evaluaba y documentaba rápidamente el progreso en la curación de cada uno de los soldados que participaban en el ensayo clínico.

Andrea me relató su experiencia diez años más tarde, en su oficina universitaria, lejos de la Amazonía y de las tensiones diarias de la guerra. «Vi a muchos jóvenes sin piernas, incluso a un soldado de veintidós años al que una mina antipersonal le había destrozado la cara por completo, incluidos los ojos; fue terriblemente triste y horroroso», me dijo. Andrea hacía énfasis en lo diferente e impresionante que era estar en las remotas zonas selváticas del país, enfrentando la guerra cara a cara. En su opinión, su experiencia contrastaba drásticamente con la de la mayoría de los colombianos en las ciudades principales, que se habían acostumbrado a ver los sucesos de la guerra por televisión. «Fue un trabajo titánico, un trabajo suicida. Tuve que hacerlo incluso en Navidad. Fue muy difícil coordinar todo esto con los comandantes del Ejército. Pero el trabajo fue estupendo. ¡Me encantó!», dijo. Le pregunté si habría podido tener el mismo tipo de experiencia investigando una enfermedad distinta a la leishmaniasis. «No, es muy poco probable, muy poco probable», me respondió.

Historias como esta nunca llegaron a incluirse en los artículos científicos que Andrea y sus colegas publicaron sobre el ensayo clínico, y siguen sin documentarse hasta el día de hoy. Los investigadores dedicados a estudiar la leishmaniasis no suelen divulgar sus experiencias en terreno, salvo como anécdotas que podrían surgir de modo informal en las conversaciones de pasillo o durante los recesos de los congresos científicos. En esta medida, no forman parte de los recuentos «oficiales» sobre la leishmaniasis que aparecen en las revistas científicas o en los documentos de salud pública. Escenas como esta siguen siendo marginales, poco familiares y, en su mayoría, desconocidas para el mundo (científico). En consecuencia, personas con batas de laboratorio impecables y guantes de látex en salas asépticas y silenciosas, iluminadas por lámparas de luz blanca y fría, aún conforman la imagen icónica —pero no necesariamente la realidad— de la investigación biomédica y los ensayos clínicos relacionados con la leishmaniasis en Colombia.

Esta enfermedad cutánea transmitida por vectores está, no obstante, profundamente entrelazada con el complejo conflicto armado que el país ha vivido durante décadas. Tan es así que cuando se examina de cerca la leishmaniasis colombiana, como yo lo he hecho, es inevitable encontrar todo tipo de actores, objetos, violencias, inequidades, conocimientos e imaginarios engendrados, moldeados, conectados y preservados por la guerra. Como Andrea sugirió, habría tenido muchas menos probabilidades de develar el panorama que presento en las siguientes páginas si el foco de mi atención hubiera sido una enfermedad distinta a la leishmaniasis.

Entre aquellos que han oído sobre la leishmaniasis en Colombia, esta enfermedad —como ninguna otra— a menudo se estigmatiza como «la enfermedad de la guerrilla» o «la enfermedad subversiva» (véase, por ejemplo, Molano Bravo 2005b; Emanuelsson 2012). Si bien la leishmaniasis no afecta

únicamente a los guerrilleros, la idea errónea de que es una enfermedad exclusiva de la guerrilla se ha instalado en ciertos imaginarios con consecuencias terribles, incluso fatales, para algunas personas en las zonas rurales. Es significativo que esta estigmatización se ha visto reforzada por el control restrictivo del Estado sobre el acceso a los medicamentos contra la leishmaniasis, medida que se interpreta localmente como una estrategia militar destinada a poner en desventaja a los grupos insurgentes que viven en estrecha relación con las ecologías selváticas y los flebotomos que en ellas habitan.

* * *

Este libro explora los intrincados entrelazamientos de la leishmaniasis cutánea con el conflicto armado colombiano. Brinda un acercamiento detallado a las formas en que la guerra puede transformar la vida social y alterar las prácticas culturales cotidianas, incluidas aquellas relacionadas con la salud pública, la práctica médica, la investigación biomédica y la economía política y regulación de productos farmacéuticos. En esta medida, algunos ámbitos que suelen considerarse como pacíficos y desconectados de la guerra aparecen aquí directamente implicados en una red multidimensional de violencia intencional y no intencional. Las personas que pueblan estas páginas son las que cabría esperar en cualquier relato sobre la guerra colombiana: soldados, guerrilleros, paramilitares y civiles atrapados en medio de todo tipo de fuego cruzado, tanto simbólico como tangible. Pero otros actores menos usuales son también protagonistas en esta historia: científicos, trabajadores de la salud, funcionarios de salud pública, parásitos microscópicos, flebotomos y las ecologías selváticas en las que la leishmaniasis se desarrolla.

Esta exploración etnográfica del mundo social de la leishmaniasis en el contexto del conflicto armado colombiano cimenta una comprensión más compleja de las ontologías tanto de esta enfermedad como de la guerra misma. Por un lado, subvierte la dicotomía entre naturaleza y cultura al mostrar cómo la leishmaniasis constituye una dimensión patológica del conflicto armado en la que intervienen múltiples tipos de entidades no humanas. De este modo, el libro plantea un desafío a la definición de la guerra como un fenómeno estrictamente humano. Por otro lado, al resaltar el papel central del conflicto armado en la epidemiología y en la experiencia de la leishmaniasis, este trabajo desestabiliza la idea pasteuriana de que una enfermedad infecciosa se define por el patógeno que la causa. Aquí, la leishmaniasis no se presenta como algo ontológicamente natural, sino como un fenómeno inseparable de la cultura y de la violencia que los humanos provocan en medio del conflicto político y social.

Mi tesis es que la leishmaniasis colombiana no puede entenderse como una enfermedad aislada, desconectada de las particularidades del conflicto armado

colombiano. Esta enfermedad y la guerra no están simplemente vinculadas; están entrelazadas a través de discursos, lógicas, tecnologías y prácticas producidos por el Estado, la medicina, la investigación biomédica y el propio conflicto armado. Esta interacción implica entonces mucho más que un encuentro circunstancial e infortunado entre las moscas que transmiten la leishmaniasis y los combatientes en la selva. En este trabajo se demuestra la centralidad crítica del conflicto en la experiencia de la leishmaniasis en Colombia, lo que hace que cualquier comprensión de esta enfermedad resulte incompleta si no se consideran seriamente las diversas ramificaciones y expresiones localizadas de la guerra. En otras palabras, la leishmaniasis ha sido construida social, discursiva y materialmente como *una enfermedad de la guerra*, con la participación crucial de la salud pública, la medicina y, especialmente, los productos farmacéuticos. El caso de la leishmaniasis colombiana ejemplifica cómo un contexto violento engendra una tecnociencia violenta que, a su vez, produce conocimientos y recursos que contribuyen a perpetuar la violencia en la sociedad.

Elegí representar la intrincada asociación entre esta enfermedad y el conflicto armado colombiano como una *maraña* entrelazada. *Maraña* es una palabra que significa ‘enredo’, pero que en Colombia también suele utilizarse para hacer referencia a la selva. Así me lo explicaron varios soldados afectados por la leishmaniasis con quienes tuve la oportunidad y el privilegio de hablar durante los muchos meses en los que estuve haciendo trabajo de campo. *Maraña* hace referencia a la espesura de la selva tropical, a su ramaje entrecruzado y enredado, a las lianas trenzadas y al denso follaje que hacen de cualquier caminata a través de ella un desafío. Cuando los soldados entran al entorno selvático, hablan de *enmarañarse*, de adentrarse furtivamente en la vegetación, de volverse parte de la maraña, de entrelazarse tanto con ella y someterse hasta tal punto a sus vicisitudes que *desenmarañarse* se convierte en una tarea complicada. La *maraña* es un recurso conceptual que he recogido de las voces de quienes participaron en mi investigación para explicar la clase de contingencias, relaciones y elementos móviles, humanos y más que humanos, que dan origen a la leishmaniasis en espacios biodiversos históricamente afectados por la guerra. Mediante la maraña describo metafóricamente la relación entre la leishmaniasis y el conflicto como un entramado caótico de lianas que mantienen unidos estos dos fenómenos de múltiples formas interconectadas. Como concepto, maraña también pone de relieve que, si bien la leishmaniasis y el conflicto se han *enmarañado* —lo que hace fundamentalmente imposible darle sentido a esta enfermedad si se ignora o se le resta importancia a la guerra—, también pueden *desenmarañarse*. Dado que sus vínculos son relacionales y no inherentes a ellos, la leishmaniasis y la guerra pueden, y deben, conformar un tipo diferente de relación para aquellos que históricamente han vivido tanto con la enfermedad como con el conflicto. Su desenmarañamiento

inicia con un análisis cuidadoso de la compleja interacción entre guerra y enfermedad, con el propósito de visibilizar las violencias que sostienen el orden social actual y que requieren ser atendidas y reparadas.

En los discursos biomédicos y de salud pública, el conflicto armado suele describirse como un «determinante social» de la leishmaniasis en Colombia (véase, por ejemplo, INS y ONS 2017). Sin embargo, hasta ahora las interacciones entre estos dos fenómenos solo se han explorado y documentado de manera superficial, y se tiende a asumir el conflicto de forma reificada —con frecuencia como una métrica—, lo que hace difícil comprender realmente cómo la naturaleza compleja y variable de la violencia armada ha contribuido a la enfermedad y al deterioro de la salud. Además, al entender el conflicto como un factor determinante de la leishmaniasis, se reduce la relación a una flecha unidireccional que oscurece las formas en que la leishmaniasis y la estrategia del Estado para abordar esta enfermedad desde un enfoque biomédico también pueden ser una causa de violencia y de un mayor deterioro de la salud humana. Este libro llama la atención sobre el conflicto armado y el papel crucial que ha desempeñado en el moldeamiento de la morbilidad y la epidemiología de la leishmaniasis en Colombia. Asimismo, documenta cómo la leishmaniasis, a su vez, ha moldeado el curso del conflicto armado de maneras particulares. El libro le hace la debida diligencia a la relación entre la leishmaniasis y la guerra al matizar, complejizar y enriquecer esta asociación con contenido etnográfico y experiencias viscerales que demuestran su innegable y persistente enmarañamiento en el contexto colombiano.

Elaborar una comprensión más profunda de la interacción entre el conflicto y la leishmaniasis resulta especialmente pertinente en un momento en el que Colombia atraviesa un proceso desafiante de construcción de paz, después de la firma, en el 2016, de los acuerdos de paz entre el Estado y la organización guerrillera más grande y más antigua de América: las FARC. Este trabajo, sin embargo, también es relevante para otros territorios afectados por «remanentes» enfermizos de la guerra (Redfield y Rackley 2009). En este punto de inflexión en la historia colombiana, un estudio sobre la estrecha relación entre la leishmaniasis y el conflicto armado puede aportar a comprender el papel que la ciencia, la medicina y las tecnologías farmacéuticas han desempeñado en el fenómeno ineludible, generalizado y corrosivo de la guerra. Este estudio también permite vislumbrar cómo la atención en salud y la investigación biomédica podrían transformarse y reorientarse hacia la justicia social y hacia las aspiraciones colectivas de superar la violencia, tanto dentro como fuera de Colombia. Además, el análisis que ofrezco aquí brinda reflexiones clave sobre cómo formular y abordar de manera más adecuada los problemas y desigualdades en salud que enfrentan poblaciones cuyas vidas han sido trastocadas por la guerra durante décadas.

Al centrar la atención en la leishmaniasis, muestro cómo y por qué esta enfermedad se ha convertido en una *patología de la patria* en una Colombia asolada por la guerra, es decir, en una enfermedad que encapsula no solo años violentos de conflicto social y armado, sino también la concepción que tiene el Estado sobre sus enemigos, las poblaciones y los espacios rurales, el desarrollo y el progreso, y las formas legítimas de hacer la guerra. Para los historiadores Hochman, Di Liscia y Palmer (2012, 13-27), las patologías de la patria son construcciones científicas de enfermedades que, en momentos específicos de la historia moderna latinoamericana, han servido para delimitar espacios e identificar a ciertas poblaciones con miras a su posterior —pero condicionada— incorporación en proyectos de construcción de nación. Las patologías de la patria señalan particularidades espaciotemporales que, mediante el uso de etiquetas médicas, constituyen, demarcan y visibilizan a poblaciones que encarnan aspectos de la nación percibidos como negativos y que son abordadas mediante estrategias médico-científicas y de salud pública. Estas enfermedades no necesitan ser, desde un punto de vista epidemiológico, problemas graves de salud para adquirir tal carácter. Su construcción como patologías de la patria y su posicionamiento como preocupaciones de orden nacional dependen de factores contingentes: de las asociaciones y afinidades que se establecen entre individuos y espacios, de entrecruces con problemas y proyectos nacionales más amplios, y del encuadre de la intervención biomédica como un deber estatal.

Como patología de la patria en la Colombia contemporánea, la leishmaniasis es una enfermedad que condensa muchas de las dinámicas y patrones sociales que caracterizan un periodo de la historia nacional marcado por el conflicto armado. Esta enfermedad sirve de punto de partida para explorar cómo una afección y sus tecnologías, concepciones biomédicas y prácticas asociadas pueden moldearse, instrumentalizarse y resignificarse para generar violencia, estigmatización y exclusión en un contexto de conflicto. Este libro es entonces un ejemplo de cómo los enfoques etnográficos anclados en los estudios sociales de la ciencia y la tecnología (ESCT) y la antropología médica crítica pueden contribuir a develar —y, llegado el momento, alterar— el papel de los fármacos y de las epistemologías, los espacios y las prácticas de la biomedicina en la generación de campos de batalla y repertorios de violencia insospechados, que de otra forma resultaría muy difícil reconocer como tales.

En este trabajo hablo con frecuencia de la *leishmaniasis colombiana*. El uso que hago de esta terminología no corresponde de ninguna manera con la nomenclatura que usan los científicos, ni hace referencia a una especie particular del parásito *Leishmania*. Al hablar de la leishmaniasis colombiana, me baso en el concepto de biología local, acuñado por Margaret Lock, para señalar la convergencia entre los elementos sociales y biológicos que constituyen la

leishmaniasis en Colombia. Al hacerlo, me estoy refiriendo a esta enfermedad como un fenómeno *biosocial* que se origina en un tiempo y espacio particulares (Lock y Nguyen 2010). Procedo de este modo para problematizar la principal hipótesis de la biomedicina: que todos los cuerpos son biológicamente similares, con independencia de su ubicación geográfica, política e histórica (Lock 1995). En contraste, la terminología de la *leishmaniasis colombiana* enfatiza el hecho de que esta enfermedad es el resultado de trayectorias culturales e históricas particulares, en las que el conflicto armado permanece profundamente implicado en la experiencia y el conocimiento locales de la leishmaniasis.

Desenredar la maraña

Mi comprensión de la maraña que forman la leishmaniasis y la guerra se distancia de los enfoques antropocéntricos predominantes que conciben la violencia y el conflicto como fenómenos esencialmente humanos, en los que participan de manera exclusiva víctimas, perpetradores y testigos humanos. Tal como la entiendo, la guerra es, en cambio, un producto de un colectivo heterogéneo de entidades vivas y no vivas, «en el que la naturaleza y la cultura se reconfiguran, en el que humanos y no humanos se rehacen a través de discursos y de prácticas materiales» (Kosek 2010, 653). *Maraña* es así una reelaboración material y semiótica del conflicto armado (Law 2008), que amplía los esfuerzos de otros académicos que consideran las intrincadas relaciones socioecológicas entre humanos y no humanos como agentes cruciales en la configuración de la historia, el desarrollo de la guerra y la producción de la violencia (De León 2015; Pugliese 2020; Ruiz-Serna 2023; Ruiz-Serna y Ojeda 2023)². De este modo, *maraña* encierra una comprensión relacional de la guerra que toma como base —pero también trasciende los límites de— la aproximación humanista al conflicto armado colombiano y el marco antropocéntrico de los procesos de construcción de paz.

A partir del trabajo de Karen Barad, Alex Nading (2014) se ha apoyado considerablemente en la noción de *entrelazamiento* (*entanglement*) para ilustrar las conexiones intrincadas, complejas e inquebrantables entre las entidades humanas y no humanas que conforman el dengue en Nicaragua. En física cuántica se dice que dos partículas están «entrelazadas» cuando, pese a estar separadas en el espacio, *no pueden* describirse de forma independiente porque el estado de una está conectado con, y es dependiente de, el estado de la otra.

2 En el 2019 la revista colombiana de antropología *Maguaré* publicó un número especial titulado *Conflicto y paz en Colombia, más allá de lo humano*. Véase Lyons, Pinto García y Ruiz Serna 2019.

Para Nading, el *entrelazamiento* hace referencia a relaciones indestructibles entre humanos y no humanos cuya sustracción haría incompleta cualquier comprensión del dengue. Aunque el concepto de *entanglement* a menudo se traduce al español como ‘enmarañamiento’, quiero indicar en qué forma esta noción se asemeja y difiere del concepto de maraña que desarrollo en este libro.

Si bien *entrelazamiento* y *maraña* tienen en común una connotación relacional, entiendo *maraña* como el resultado de procesos de *enmarañamiento* y acciones de *enmarañar* que, a diferencia del *entrelazamiento*, pueden deshacerse al desenmarañar —al menos de forma parcial— aquello que mantiene sus elementos unidos. A pesar de que mi investigación enfatiza el carácter relacional del *entrelazamiento* —tanto para subrayar que es imposible darle sentido a la leishmaniasis sin tener en cuenta la guerra, como para describir cómo y por qué la leishmaniasis y el conflicto armado han creado vínculos complejos que involucran de forma constante a entidades no humanas—, me resisto a ver estos dos fenómenos como inseparables. Sostengo que la leishmaniasis y el conflicto armado *pueden* romper los lazos que los han unido en tiempos de guerra y que *deberían* conformar otro tipo de relación —una *desenmarañada*— en tiempos de paz. En otras palabras, si el enmarañamiento entre la guerra y la leishmaniasis no es inevitable, su desenmarañamiento debería ser posible. Más aún, al hacer énfasis en «las condiciones de posibilidad patogénica» que convergen en un tiempo y espacio específicos (H. Brown y Kelly 2014, 282), *maraña* denota un fuerte sentido de localización que el concepto de *entrelazamiento* no logra transmitir. En esta medida, *maraña* nos obliga a pensar siempre desde —y nunca dejando de lado— las condiciones ecológicas, materiales y sociales que posibilitan el desarrollo de la leishmaniasis de formas histórica y espacialmente situadas (Peluso y Watts 2001).

Si considero que el conflicto armado y la leishmaniasis pueden desenmarañarse, no es porque crea que es posible separar la leishmaniasis del mundo social. En línea con hallazgos de larga data en los campos de los EScT y la antropología médica, las enfermedades, como cualquier otra representación de la naturaleza construida a través de prácticas y discursos científicos, siempre impregnan y están impregnadas por configuraciones sociales, valores y trayectorias históricas particulares (Latour 1993; Lock 1995). Desenmarañar la guerra y la leishmaniasis en Colombia implica entonces reconstruir los lazos que unen ambos fenómenos a través de procesos guiados por los objetivos y principios de la construcción de la paz y la justicia social (Woodhouse *et al.* 2002). De acuerdo con esto, desenmarañar implica una postura normativa que subraya la necesidad de producir *otros* lazos ente la leishmaniasis y la sociedad, mediante programas científicos, diseños tecnológicos, prácticas de atención en salud, regulaciones, y procesos culturales y sociales *diferentes*, capaces de desafiar la violencia, el sufrimiento y la desigualdad.

La posibilidad de desenmarañamiento, cuyo logro sugiero como parcialmente alcanzable si nos aferramos al concepto de maraña, también se desprende del trabajo de Eva Haifa Giraud (2019). Al reconocer la necesidad ética, política y material de entender que la naturaleza y la cultura no son categorías ontológicas mutuamente excluyentes, su trabajo se alinea con una porción importante del campo de los ESCT que concentra sus esfuerzos en desestabilizar visiones de mundo antropocéntricas y binarias, insistiendo en que la condición humana depende de, y está constituida por, relaciones complejas y entrelazadas con entidades no humanas (Haraway 2003; Strathern 1980). Sin embargo, Giraud sostiene que esta «complejidad irreductible [...] puede resultar paralizante y dispersar las responsabilidades de maneras que socavan la acción política» (2019, 2). Giraud explora la posibilidad de que a través de la acción política se construyan futuros más éticos y vivibles pese a, y en medio de, las complejidades entrelazadas. Para ello, propone que se adopte una *ética de la exclusión*, en la que se le preste atención a aquellas relaciones, prácticas y disposiciones más que humanas «que quedan *excluidas* cuando otras realidades entrelazadas se materializan» (2019, 2). En otras palabras, no basta con darle sentido al mundo iluminando los entrelazamientos problemáticos que existen entre entidades humanas y no humanas. Es necesario también pensar en el reverso de esos entrelazamientos: en las exclusiones que los constituyen y sostienen en el presente, con el fin de crear relaciones alternativas que den forma a los futuros en los que aspiramos vivir.

Al considerar la necesidad de desenmarañar la maraña formada por la leishmaniasis y el conflicto armado colombiano, a lo largo de este libro llamo la atención sobre algunas de las relaciones y prácticas que deberían excluirse para que otro tipo de asociaciones puedan emerger y materializarse. El concepto de maraña resalta entonces las relaciones enrevesadas que mantienen unidas a la leishmaniasis y a la guerra en Colombia, pero también la posibilidad esperanzadora de su desenmarañamiento. El desenmarañamiento nos obliga a pensar creativamente más allá de «soluciones» simples que, al reducir un problema muy complejo a una solución tecnológica (por ejemplo, al desarrollo de un medicamento o una vacuna), no atienden la raíz del problema, ofrecen en el mejor de los casos un remedio paliativo y, con frecuencia, generan nuevos inconvenientes. Pensar en términos de desenmarañamiento implica reconocer que la tecnología puede ser parte de la solución, pero no es *la* solución al conjunto de problemas que plantea la maraña formada por la guerra y la enfermedad. Se trata de trabajar transversalmente entre diferentes disciplinas para desarrollar diversas intervenciones de naturaleza sociotécnica y cultural —lo que Linda Layne (2000) llama soluciones sociotécnicas y culturales— para abordar la amplia gama de problemas enredados en la maraña.

La leishmaniasis como una categoría biomédica con implicaciones ocupacionales

En el mundo biomédico, la palabra *leishmaniasis* hace referencia a un amplio espectro de enfermedades que se han agrupado en dos formas principales, y muy diferentes, de la enfermedad: la leishmaniasis cutánea y la leishmaniasis visceral. La leishmaniasis visceral, también conocida con el término hindi *kala-azar*, afecta los órganos internos del cuerpo y usualmente resulta fatal si no se trata. La leishmaniasis cutánea —la enfermedad en la que se centra este libro— no es mortal ni contagiosa, y solo afecta la piel. Los científicos han identificado más de veinte parásitos del tipo *Leishmania* como agentes causantes de la leishmaniasis. Desde un punto de vista biomédico, estas criaturas microscópicas se transmiten a los mamíferos —incluidos los humanos— a través de la picadura de diminutos flebótomos hembra que se alimentan de sangre para desarrollar sus huevos. De aproximadamente ochocientas especies de flebótomos, los entomólogos consideran que al menos noventa y ocho son vectores de leishmaniasis (OMS 2010).

En el caso de la leishmaniasis cutánea, semanas o meses después de la picadura de un flebótomo hembra infectado, se desarrolla una lesión cutánea, generalmente en el lugar de la picadura. Empieza como un pequeño grano que crece gradualmente hasta formar una úlcera. La lesión típica de la leishmaniasis suele describirse en la práctica médica como un pequeño volcán: una llaga circular de borde elevado y un cráter entre rojizo y rosado que puede supurar o estar cubierto con una costra (imagen I.1). Sin embargo, las úlceras pueden tener todo tipo de formas y tamaños. La mayoría son indoloras, crecen lentamente y, en varios casos, desaparecen de forma espontánea, sin necesidad de tratamiento. En América se estima que la leishmaniasis que se cura por sí sola corresponde a entre 6 y 26 % de los casos, variación que depende de la especie del parásito (Fernandes Cota *et al.* 2016). Como resultado, la leishmaniasis cutánea tiende a considerarse como una enfermedad en su mayor parte benigna, en especial cuando se la compara con la leishmaniasis visceral, que es potencialmente letal. No obstante, una lesión cutánea de leishmaniasis puede causar dolor, sobre todo cuando se presenta una segunda infección con hongos o bacterias, lo cual a veces hace que la úlcera se hinche, supure y adquiera mal olor. Además, tener una llaga que, con el paso de los días, se expande hacia los lados y hacia la profundidad de la piel no solo es inquietante e incómodo, sino que también puede generar sensación de asco en uno mismo y en los demás. En algunos casos, las lesiones de leishmaniasis llegan a convertirse en úlceras crónicas que no cicatrizan, pueden durar por varios años y, con frecuencia, no responden a los medicamentos (véase Fernández *et al.* 2014).



Imagen I.1. Lesión de leishmaniasis cutánea en el brazo derecho de un soldado del Ejército colombiano. Las líneas trazadas con un marcador negro se utilizan para definir y medir los límites de la lesión y para determinar si su tamaño se está reduciendo como resultado del tratamiento. Todas las fotografías son de Lina Pinto García, salvo que se indique lo contrario.

Aunque a la leishmaniasis difusa y a la leishmaniasis mucosa se las considera en ocasiones como dos formas adicionales de la enfermedad, estas se presentan con una frecuencia mucho menor y a menudo se entienden como presentaciones hipo e hiperreactivas de la leishmaniasis cutánea, respectivamente (Rojas *et al.* 2006). La leishmaniasis difusa se caracteriza por lesiones múltiples extensamente diseminadas en la piel que no forman úlceras. Por su parte, la leishmaniasis mucosa se considera una forma de la enfermedad restringida exclusivamente al continente americano, que se presenta cuando los parásitos *Leishmania* migran desde una lesión cutánea, a través de los vasos sanguíneos o linfáticos, hasta las membranas mucosas, en especial las de la nariz,

la boca y la garganta. Este proceso de migración, o metástasis, puede ocurrir o bien al mismo tiempo que aparece la lesión cutánea o incluso años después de que la úlcera ha sanado. En ocasiones, la leishmaniasis mucosa puede conducir a mutilaciones y deformaciones de la nariz, la boca y la garganta, y, en casos extremos, una sobreinfección bacteriana secundaria del tracto respiratorio superior puede llevar a la muerte (MinSalud e INS 2017).

El espectro de la leishmaniasis también abarca individuos asintomáticos, es decir, personas que, pese a haber sido picadas por flebótomos e infectadas con parásitos de *Leishmania*, no desarrollan nunca úlceras. Aunque las personas asintomáticas carecen de relevancia clínica y resultan muy difíciles de cuantificar, son importantes desde la perspectiva de la salud pública porque pueden actuar como fuentes de infección para flebótomos que pueden picar a otras personas y transmitirles la enfermedad (Rosales-Chilama *et al.* 2015). WorldLeish es la principal conferencia internacional sobre la leishmaniasis y en el encuentro del 2017, en Toledo, varios científicos usaron la imagen de un iceberg para representar el lugar de los pacientes asintomáticos en la concepción biomédica actual de la enfermedad. Mientras la punta del iceberg, pequeña y visible, correspondía a los casos que pueden detectarse a simple vista en la práctica clínica, la parte más grande —sumergida, oculta y poco estudiada— representaba los casos asintomáticos.

Diez países concentran entre el 70 y el 75 % de los doscientos mil casos anuales de leishmaniasis cutánea reportados en el mundo: Afganistán, Irán, Siria, Argelia, Etiopía, Sudán del Norte, Costa Rica, Perú, Brasil y Colombia. Tomando en cuenta que muchos casos se quedan sin ser reportados a los sistemas de vigilancia en salud pública nacionales, se ha estimado que hay entre 0,7 y 1,2 millones de casos anuales de leishmaniasis cutánea en el mundo (Alvar *et al.* 2012). Si bien la leishmaniasis cutánea está extensamente distribuida en todo el mundo, las generalizaciones y comparaciones entre regiones del mundo no son siempre fáciles o útiles, ya que la enfermedad, en sus múltiples formas, se desarrolla y manifiesta de modos diferentes, en particular a uno y otro lado del océano Atlántico. Según la especie del parásito y del vector, las características ecológicas de los lugares de transmisión, y la exposición previa y actual de los humanos a los parásitos, la manifestación de la leishmaniasis varía ampliamente de un lugar a otro (OMS 2010).

Aunque hay una amplia brecha en lo que refiere a trabajos académicos que estudien la historia social y política de la leishmaniasis³, algunos científicos han

3 Una excepción notable es un libro en portugués, titulado *Uma história das leishmanioses no novo mundo: fins do século XIX aos anos 1960*, editado por Jaime Benchimol y Denis Guedes Jogas Junior (2020), que aborda la historia de la leishmaniasis desde una perspectiva contextual, enfocándose principalmente en Brasil.

elaborado historias centradas en los profesionales médicos involucrados en el establecimiento de la leishmaniasis como categoría médica durante la ocupación británica de la India (Steverding 2017; Vincent 2017). Si bien estos textos no lo presentan explícitamente, revelan de manera implícita que la leishmaniasis comparte los mismos patrones coloniales y militares que subyacen al origen científico de otras enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria y la fiebre amarilla (Espinosa 2009; Packard 2011; Quevedo V. *et al.* 2017). Resulta significativo que la preocupación de los británicos por el *kala-azar* (leishmaniasis visceral) se volviera prominente a finales del siglo XIX, cuando los trabajadores de las plantaciones de té se vieron fuertemente afectados por esta enfermedad en el noreste de la India, lo que supuso pérdidas económicas y de ingresos para el Gobierno británico (Dutta 2008). Aunque los síntomas de esta enfermedad son similares a los de la malaria, los pacientes no respondían al tratamiento con quinina. Se les asignó entonces a varios investigadores la tarea de estudiar la etiología de la enfermedad y determinar si se trataba simplemente de otra forma grave de malaria o quizás de algo diferente. La descripción científica de la asociación entre los parásitos *Leishmania* y el *kala-azar* en 1903 se le atribuye principalmente al teniente general William Leishman. Leishman fue un médico militar escocés que, tras servir en el ejército británico en la India, pasó a formar parte del personal médico del Hospital Royal Victoria en Netley, Inglaterra. Allí, Leishman observó unos parásitos desconocidos en un frotis obtenido, durante la autopsia, del bazo de un soldado que había estado en Calcuta, y publicó sus observaciones en 1903. Ese mismo año, Charles Donovan, un doctor irlandés, miembro del Servicio Médico Indio —el cuerpo médico militar en la India británica— y profesor de la Facultad de Medicina de Madrás, informó sobre la presencia del mismo tipo de parásitos en los frotis de pacientes de *kala-azar* tanto vivos como fallecidos (Dutta 2008). Fue Ronald Ross —el mismo médico militar que recibió el premio Nobel en 1902 por identificar la relación patológica entre la malaria, los parásitos y los mosquitos— quien actuó como intermediario entre Leishman y Donovan y propuso que el nuevo parásito debía llamarse *Leishmania donovani* (Gibson 1983).

En 1904 Leishman asoció este parásito causante de la leishmaniasis visceral con otros similares que el patólogo estadounidense James Homer Wright había encontrado en llagas cutáneas. Como observa Louis-Patrick Haraoui: «Esta fue la primera relación que se estableció entre entidades clínicas con sintomatologías muy distintas: por una parte, lesiones cutáneas usualmente benignas, y, por la otra, la afectación grave y mortal de los órganos internos» (2007, 62). Después de esto vinieron nuevas descripciones de otros parásitos *Leishmania* responsables ya fuera de la forma letal (visceral) o de la no letal (cutánea) de la enfermedad. En América, las descripciones de leishmaniasis cutánea que comenzaron

a aparecer en 1909 transformaron lo que los centros europeos de medicina tropical involucrados en el proyecto colonial consideraban ya establecido sobre la enfermedad. De hecho, la leishmaniasis y sus muy diversas manifestaciones clínicas se convirtieron en una oportunidad importante de intercambio entre especialistas suramericanos y europeos (Jogas, Guedes y Benchimol 2020). En el continente americano, a partir de 1911 se empezaron a nombrar diferentes parásitos *Leishmania* que causaban la leishmaniasis cutánea. Muchos de ellos —*L. peruviana*, *L. braziliensis*, *L. guyanensis*, *L. amazonensis*, *L. panamensis*, *L. venezuelensis*, *L. mexicana*, *L. colombiensis*, etc.— recibieron nombres científicos que reflejan sus particularidades locales y geográficas, así como la amplia diversidad de parásitos implicados en la leishmaniasis en la región⁴. De manera similar, la enfermedad misma ha sido nombrada a partir de referencias espaciales e imperiales. Aún hoy, en diferentes partes del mundo, la leishmaniasis cutánea es conocida con nombres que perpetúan y les conceden primacía a imaginarios coloniales asociados con pueblos y geografías particulares, tales como el mal de Alepo, el forúnculo de Bagdad, el forúnculo de Delhi y la llaga oriental (véase Bowker y Star 1999, 79-80).

De un modo que evoca el imperialismo y los orígenes coloniales de la leishmaniasis como categoría biomédica, los científicos aún usan la terminología del Nuevo y del Viejo Mundo para resaltar las diferencias epidemiológicas entre ambos hemisferios. La leishmaniasis cutánea en el continente americano —a lo que los científicos se refieren como «leishmaniasis cutánea del Nuevo Mundo» o «leishmaniasis cutánea americana»— se asocia de forma predominante con ecologías selváticas, a diferencia de las condiciones semiáridas o incluso desérticas donde se transmite la leishmaniasis cutánea en otras partes del mundo. De hecho, en epidemiología suele emplearse el término *sylvatic* para describir los ciclos de vida y de transmisión del parásito *Leishmania* que involucran flebótomos y mamíferos no humanos en medio de las ecologías boscosas que caracterizan gran parte de la ruralidad colombiana. *Sylvatic* se refiere a espacios boscosos y salvajes, a menudo inhabitados e incluso prístinos, donde el insecto vector y el reservorio mamífero viven y mantienen a los parásitos *Leishmania* de manera independiente de los humanos. Bajo esta interpretación, la irrupción temporal de los humanos en estas ecologías selváticas los hace vulnerables a la leishmaniasis y los convierte en «huéspedes

4 En 1991 se describió la *Leishmania colombiensis* como una nueva especie de parásito, con base en muestras tomadas de humanos, flebótomos y un oso perezoso en Colombia y Panamá (Kreutzer *et al.* 1991). A pesar de su nombre, esta especie no es la más extendida en el país. De las nueve especies de parásitos *Leishmania* que circulan en Colombia, *L. panamensis*, *L. braziliensis* y *L. guyanensis* son las más frecuentemente implicadas en los casos de leishmaniasis (Ovalle-Bracho *et al.* 2019).

accidentales como resultado de la búsqueda que hace el vector de una fuente de sangre» (Ferro *et al.* 2015, 1). Como explica Matheus Duarte da Silva (2023), la concepción de espacios como salvajes y carentes de presencia humana mediante el uso del término *sylvatic* está profundamente asociada con una mentalidad arraigada en la expansión colonial europea, que se aplicó especialmente a la selva amazónica. La descripción de la leishmaniasis cutánea en Colombia como una enfermedad selvática, sin embargo, no se restringe a la región amazónica, sino que se extiende a zonas de abundante vegetación, rurales y remotas, distribuidas por todo el territorio nacional. De hecho, con base en los reportes de casos al Estado, la leishmaniasis se considera endémica en todo el país, a excepción de las islas de San Andrés, el departamento del Atlántico y la ciudad capital, Bogotá (MinSalud e INS 2017).

En el continente americano, la leishmaniasis cutánea ha sido considerada principalmente como una enfermedad ocupacional que afecta en su mayor parte a hombres que ingresan a, o viven en contacto cercano con, la selva debido a la actividad económica que desempeñan (Weigle *et al.* 1993; OMS 2010; Benchimol *et al.* 2019). En América Central, por ejemplo, la enfermedad es conocida como la *úlcera del chiclero*, lo que resalta cómo ha afectado de forma predominante a los trabajadores que explotan los árboles de chicle. En Colombia la leishmaniasis cutánea se ha entendido por lo general como una enfermedad que afecta a hombres que están en contacto con la selva debido a su trabajo y, en especial, a los combatientes que están directamente implicados en el prolongado conflicto armado que se ha desplegado en este entorno. En los últimos años, sin embargo, quienes estudian la leishmaniasis en Colombia han notado un incremento en los casos entre mujeres y niños. Este fenómeno se atribuye con frecuencia a que la transmisión de la enfermedad ya no es exclusivamente selvática, sino también doméstica y peridoméstica, como resultado de los procesos de urbanización y deforestación (véase, por ejemplo, Rodríguez-Barraquer *et al.* 2008). No obstante, esta interpretación pasa por alto el hecho de que las mujeres y los menores a menudo forman parte de grupos armados no estatales o son trabajadores en economías consideradas ilícitas, como la del cultivo y recolección de hoja de coca. Aun así, la relación entre la leishmaniasis y las ecologías selváticas continúa predominando en la concepción epidemiológica de la enfermedad en el país.

La vasta mayoría (95-98 %) de los casos de leishmaniasis en Colombia corresponde a la leishmaniasis cutánea. De hecho, Colombia tiene el segundo número más alto de casos de leishmaniasis cutánea en América, después de Brasil. Aunque también se presentan casos de leishmaniasis visceral en el país, esta forma de la enfermedad representa menos del 1,5 % de todos los casos de leishmaniasis reportados y permanece concentrada en dos zonas específicas y bien caracterizadas, distintas de los ecosistemas selváticos donde se desarrolla

la leishmaniasis cutánea (INS 2017). En Colombia cuando se emplea el término *leishmaniasis* sin la compañía de las palabras *visceral* o *mucosa*, las personas casi con seguridad están haciendo referencia a la leishmaniasis cutánea. Tal como lo he hecho hasta ahora, adoptaré el mismo uso a lo largo de este libro. A menos que se indique lo contrario, utilizaré la palabra *leishmaniasis* para referirme a la leishmaniasis cutánea, la enfermedad que está fuertemente asociada al conflicto armado en Colombia y que constituye el foco de mi trabajo. Aunque este libro se concentra en la leishmaniasis cutánea, en ocasiones hablaré de la leishmaniasis mucosa. Si bien la forma mucosa da cuenta únicamente del 1 al 4 % de todos los casos de leishmaniasis en Colombia (INS 2017), el riesgo potencial que representa para los pacientes con leishmaniasis cutánea ha sido relevante para el manejo general de la enfermedad en el país (Pinto García 2022).

Dependiendo de la región, la leishmaniasis cutánea es conocida comúnmente en Colombia como *guaral*, *bejuco*, *yateví* o *pito*. El término usado con más frecuencia es *pito*, en especial en Caquetá, Putumayo, Guaviare y Meta, zonas en las que el conflicto armado y la presencia de los grupos guerrilleros han sido particularmente prominentes. La terminología biomédica que se usa para la leishmaniasis y la gran heterogeneidad de denominaciones que no pertenecen a la biomedicina reflejan más una amplia diversidad de experiencias que una comprensión unificada o uniforme de la enfermedad (Pinto García 2024).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la leishmaniasis como una «enfermedad tropical desatendida». Clasificada de esta manera y entendida como una enfermedad cutánea transmitida por vectores que afecta exclusivamente a personas pobres en países en desarrollo, la leishmaniasis carga con las etiquetas que han hecho a los campos de la medicina tropical, la salud internacional y la salud global famosas e infames en el contexto del imperialismo y de la expansión (neo)colonial (Haraoui 2007; Benchimol y Jogas Junior 2020). Este estudio de la leishmaniasis y sus enmarañamientos con la guerra en Colombia dialoga entonces con un creciente conjunto de trabajos que abordan las relaciones pasadas y presentes entre el colonialismo, la investigación biomédica y la salud internacional o global⁵. En la misma línea, más recientemente, la leishmaniasis también ha sido clasificada como una *enfermedad emergente*, lo que busca resaltar su potencial de convertirse en una epidemia de proporciones mundiales. En los textos biomédicos, el turismo, las operaciones militares y la inmigración (desde países en desarrollo en los que la leishmaniasis es endémica a países desarrollados en los que no) han sido descritos como

5 Por ejemplo, Anderson 2006, 2008; Brown *et al.* 2006; Cueto 2006; Fassin 2012; Lezaun y Montgomery 2015; Neill 2012; Packard 2016; Quevedo *et al.* 2004; Stepan 2015.

un riesgo creciente⁶. De acuerdo con esto, los trabajos que analizan críticamente el discurso de las enfermedades emergentes, sus fundamentos políticos y económicos, y su implementación institucional en el contexto de la salud global son también relevantes para este proyecto (French y Mykhalovskiy 2013; Lakoff 2010; King 2004, 2002). Aunque supera el alcance de este libro, el discurso sobre las enfermedades emergentes enmarca muchas de las conexiones entre la gobernanza local de la leishmaniasis en Colombia, la investigación biomédica sobre la leishmaniasis que se realiza en el país, los intercambios bilaterales entre Estados Unidos y Colombia, y la agenda multilateral de la salud global.

Esto está estrechamente relacionado con el hecho de que, entre las enfermedades infecciosas, la leishmaniasis —tanto cutánea como visceral— se destaca como un problema considerable de salud pública en contextos recientemente afectados por la guerra y el terror político, incluyendo el genocidio perpetrado por Israel recientemente en la Franja de Gaza (Berry y Berrang-Ford 2016; Guert-Zand 2024). Por ejemplo, los epidemiólogos le han atribuido la grave epidemia de leishmaniasis visceral en Sudán a la guerra que ocurrió entre 1983 y 2005 (J. Seaman, Mercer y Sondorp 1996). En Irak, se cree que la guerra y la inestabilidad son las causantes del incremento en el número de casos de leishmaniasis visceral (Jacobson 2011; Majeed *et al.* 2013). Los principales brotes de leishmaniasis cutánea en Afganistán se presentaron en campos de refugiados en Kabul entre 2002 y 2007, y la persistencia de la enfermedad se le ha atribuido a la migración constante de personas como resultado de la guerra (Aagaard-Hansen, Nombela y Alvar 2010). Aunque se han producido varios brotes de leishmaniasis en el Medio Oriente, ligados principalmente a la migración de la población como consecuencia de la guerra, la frecuencia y magnitud de los brotes en la región ha aumentado considerablemente con la guerra en Siria (Alawieh *et al.* 2014; Inci *et al.* 2015; Sharara y Kanj 2014). Varios artículos también señalan el drástico aumento de casos de leishmaniasis entre las tropas extranjeras desplegadas en el Medio Oriente, en especial los miembros del ejército estadounidense que participan en la denominada *guerra contra el terrorismo* (Beiter *et al.* 2019; Kitchen, Lawrence y Coleman 2009; Lesho *et al.* 2004). De hecho, para el 2005, la leishmaniasis cutánea se había convertido en «el motivo de consulta ambulatoria más frecuente asociado a la guerra mundial contra el terrorismo» en el Centro Médico Militar Walter Reed en Bethesda, Maryland, EE. UU. (Zapor y Moran 2005, 395; véase también Profounda, Inc. 2023).

6 Véase, por ejemplo, Ashford 2000; Choi y Lerner 2001; Dujardin *et al.* 2008; Pavli y Maltezou 2010; y Saravia y Nicholls 2006.

De acuerdo con esto, la relación entre la guerra y la leishmaniasis en Colombia no puede disociarse de conexiones más amplias entre estos dos fenómenos en otros lugares del mundo. Si bien los mecanismos y los actores implicados en los entrelazamientos de la guerra y la leishmaniasis en otros contextos difieren de un modo significativo de las particularidades que he rastreado en Colombia, se pueden establecer conexiones entre los diferentes lugares, en especial a la luz de las regulaciones globales de salud y los discursos que las sostienen. Como el primer estudio etnográfico a profundidad de la leishmaniasis y el primer trabajo en ciencias sociales que investiga la relación entre esta enfermedad y el conflicto armado colombiano, este libro espera provocar nuevas reflexiones y motivar investigaciones adicionales y necesarias sobre los vínculos actuales entre las enfermedades infecciosas y la guerra, tanto dentro como fuera del territorio colombiano.

Tratamiento farmacológico de la leishmaniasis

La leishmaniasis está etiquetada como una «enfermedad tropical desatendida» porque afecta a poblaciones marginadas en contextos en desarrollo que no representan un mercado rentable para las empresas farmacéuticas. En tanto implica un proceso altamente incierto, riesgoso y prolongado, que no necesariamente va a resultar en ganancias suficientes ni inmediatas, el desarrollo de fármacos para enfermedades como la leishmaniasis tiende a verse como un negocio que encierra poco interés. Esta «crisis de innovación» explica por qué los medicamentos actualmente disponibles contra la leishmaniasis no son muy diferentes a los de la farmacopea colonial, incluida una colección de fármacos altamente tóxicos, costosos y obsoletos, la mayoría de los cuales fueron desarrollados para tratar enfermedades distintas a la leishmaniasis (Barbeitas 2019, 131).

Glucantime es el nombre comercial del medicamento estándar que se utiliza para tratar la leishmaniasis en Colombia y en la mayoría de los países latinoamericanos. Este fármaco altamente tóxico es producido por la farmacéutica multinacional francesa Sanofi. El tratamiento estándar es sistémico, lo que significa que el medicamento se inyecta por vía intramuscular o intravenosa, viaja a lo largo del torrente sanguíneo y llega a todas las células del cuerpo, afectándolo en su totalidad. Mientras los trabajadores de la salud en países como Brasil tienen una marcada preferencia por la administración intravenosa de Glucantime, la práctica estándar en Colombia es administrar este medicamento por vía intramuscular, inyectándolo en los glúteos. La terapia implica la administración diaria de dos inyecciones, una en cada glúteo, durante veinte días (veintiocho en el caso de la leishmaniasis mucosa). La dosis

de Glucantime a administrar depende del peso del paciente. Para un paciente adulto, la dosis usual es de tres a cuatro ampollas por día.

El antimonio es el ingrediente activo del Glucantime. La mayor parte del antimonio del mundo (84 %) proviene de 114 minas ubicadas en China, donde la contaminación causada por este elemento químico en suelos, sedimentos, agua y plantas cercanas a la zona de extracción y fundición constituye una grave amenaza para la vida humana y más que humana (He *et al.* 2012). Hoy en día, este químico se utiliza principalmente como un ignífugo que se incorpora a textiles, papeles, adhesivos, neumáticos, forros de freno y plásticos (He *et al.* 2012). Aunque el uso actual del antimonio en medicina es marginal en comparación con su aplicación industrial, su historia terapéutica es mucho más extensa. En la Europa del siglo xvii, la capacidad del antimonio para provocar sudoración, vómito y purgas se consideraba una valiosa alternativa a la sangría, capaz de expulsar del cuerpo humores indeseados (McCallum 1999). En ese momento de la historia, sin embargo, la naturaleza tóxica de esta sustancia era ya objeto de intensa disputa entre los médicos —y en particular entre los galeanistas y los iatroquímicos— que sostenían acalorados debates sobre si el antimonio debía ser aceptado como una medicina o rechazado como un veneno (Debus 2001). Esta última postura prevaleció, razón por la cual el uso de antimonio en medicina se redujo en los siglos siguientes. No obstante, en el siglo xx los compuestos de antimonio empezaron a utilizarse para el tratamiento de dos enfermedades parasitarias: la leishmaniasis y la esquistosomiasis (Greenwood 2008). Si bien se desarrollaron alternativas menos tóxicas y libres de antimonio a finales de la década de 1970 para la esquistosomiasis, el tratamiento farmacológico de la leishmaniasis persiste al día de hoy como la única aplicación médica de este elemento químico (Sundar y Chakravarty 2010).

La historia del uso de compuestos de antimonio contra la leishmaniasis en el siglo xx se originó en Brasil. En 1905 se demostró que una sustancia que contenía antimonio, conocida como tártaro emético, actuaba contra los parásitos que causaban la enfermedad del sueño en África (Haldar, Sen y Roy 2011, 2). Desde un punto de vista biomédico, la leishmaniasis, la enfermedad del sueño y la enfermedad de Chagas son todas causadas por parásitos flagelados conocidos como protozoos tripanosomátidos. Esta relación llevó al médico brasileño Gaspar Vianna a pensar que el tártaro emético también podía resultar útil para combatir los parásitos que causaban la leishmaniasis. En 1912 informó que las inyecciones de tártaro emético habían sido usadas con éxito para el tratamiento de la leishmaniasis en su país (Vianna 1912). Desde ese momento, los compuestos de antimonio han sido la primera opción en la terapia contra la enfermedad. Pese a que se desarrollaron compuestos de antimonio menos tóxicos en la década de 1920 (Haldar, Sen y Roy 2011), no se han logrado mejoras sustanciales desde entonces. Resulta significativo que la toxicidad siga

siendo hoy en día el principal problema del tratamiento farmacológico contra la leishmaniasis, lo que subraya la necesidad de utilizar y desarrollar alternativas terapéuticas (DNDi 2023; Organización Panamericana de la Salud 2013, vii).

En la mayoría de los países en los que la leishmaniasis es endémica, la estrategia de salud pública para manejar la enfermedad es principalmente una intervención terapéutica de tipo farmacológico. No existe una vacuna preventiva o terapéutica contra ninguna forma de leishmaniasis, y es poco probable que su desarrollo se concrete en el corto plazo (véase Kamhawi 2017). A pesar de su toxicidad y los graves efectos nocivos que tienen, en especial, sobre el corazón, el hígado, los riñones y el páncreas, los compuestos de antimonio siguen siendo la terapia estándar de primera línea contra la leishmaniasis. Sanofi y GlaxoSmithKline producen estos medicamentos, conocidos comercialmente como Glucantime y Pentostam, respectivamente. Aunque se considera que ambos tienen una eficacia terapéutica similar, actualmente la distribución mundial de estos medicamentos no es uniforme, sino que refleja una división geopolítica global heredada de la Segunda Guerra Mundial. De acuerdo con uno de los científicos que participó en el desarrollo del Pentostam en el Reino Unido, «la guerra estalló en 1939 y hubo una carrera para reemplazar los medicamentos esenciales que ya no podían obtenerse de Alemania», entre ellos un fármaco con antimonio llamado Solustibosan, usado para el tratamiento de la leishmaniasis (Goodwin 1995, 340). Esto llevó a los británicos a desarrollar el Pentostam y a los franceses, el Glucantime (Rath *et al.* 2003, 551).

En el Wellcome Chemical Research Laboratory, en Londres, William Solomon estuvo a cargo de probar diferentes compuestos en hámsteres con el objetivo de encontrar un sustituto para el Solustibosan. Este trabajo concluyó en 1946 con el registro de una molécula muy similar bajo el nombre de Pentostam (Barbeitas 2020). Ese mismo año, Durand y sus colegas (1946) informaron, por primera vez, sobre el uso exitoso de antimoniato de meglumina (Glucantime) para tratar a seis pacientes que sufrían de leishmaniasis en Francia. Otro estudio clínico sobre el Glucantime apareció en la literatura médica francesa en 1947 (Davis Marsden 1985, 187), y se realizaron ensayos clínicos posteriores en Italia en 1948, lo que llevó a que la empresa francesa Specia comercializara el medicamento (Greenwood 2008, 309). Specia —Société Parisienne d'Expansion Chimique— era una filial de Poulenc Frères-Usine du Rhône, que posteriormente se fusionó con una empresa estadounidense y una alemana para constituir el grupo Aventis en 1999. En el 2004 Aventis se fusionó con Sanofi, y Sanofi-Aventis emergió como una de las mayores empresas farmacéuticas del mundo (Ravina 2011, 54). En el 2011 Sanofi-Aventis cambió su nombre a Sanofi.

Tradicionalmente, los países que se encontraban bajo influencia británica han usado el Pentostam, y los países bajo influencia francesa han preferido el Glucantime (Barbeitas 2020, 19). En una línea similar, los países francófonos

e hispanohablantes, como Colombia, han utilizado convencionalmente el Glucantime, mientras que los países anglófonos han optado por el Pentostam (Wortmann *et al.* 2002, 261). En Brasil, la preferencia del Glucantime frente al Pentostam fue también el resultado del establecimiento en 1919 de una sucursal de la empresa Poulenc —la predecesora de Sanofi— cerca de São Paulo. Esto probablemente contribuyó a facilitar la exportación del Glucantime a otros países de Latinoamérica y a estandarizar el uso de este fármaco para tratar la leishmaniasis en lugares como Colombia (Barbeitas 2020, 19-20).

Además de los compuestos de antimonio, hay otros fármacos actualmente disponibles para el tratamiento sistémico de la leishmaniasis: un medicamento oral llamado miltefosina y otros dos medicamentos inyectables llamados pentamidina y anfotericina B (convencional y liposomal). Sin embargo, cada uno de estos medicamentos tiene sus desventajas, en su mayoría relacionadas con altos niveles de toxicidad, duración del tratamiento y precios elevados. En el caso de la pentamidina, Guillaume Lachenal (2017) reconstruyó el fracaso de este fármaco después de que causara desastrosos «accidentes» terapéuticos y muchas muertes en África, donde se usó en la década de 1950 para prevenir la enfermedad del sueño. Los medicamentos contra la leishmaniasis libres de antimonio no son entonces necesariamente mejores que el Glucantime o el Pentostam (Didwania *et al.* 2017). De hecho, una de las afirmaciones que escuché una y otra vez en la conferencia WorldLeish del 2017 fue que, al día de hoy, no hay un medicamento satisfactorio para la leishmaniasis y que el conjunto actual de opciones para tratar la enfermedad seguirá siendo el mismo por bastante tiempo.

En Colombia las estrategias de control de vectores son casi inexistentes en la gestión estatal de la leishmaniasis que está disponible para la población general. En esta medida, el manejo que se le da desde la salud pública a la leishmaniasis en Colombia se centra de forma casi exclusiva en el Glucantime. Debido, ante todo, a su elevado costo, el uso de tratamientos diferentes al Glucantime es la excepción y no la regla. En la práctica, el uso de estos otros fármacos se considera únicamente cuando el paciente presenta condiciones específicas, como la falla terapéutica; es decir, cuando las úlceras cutáneas persisten a pesar del tratamiento con Glucantime (MinSalud 2023, 12-13). Como muestro en las siguientes páginas, a lo largo de la historia la población no militar se ha enfrentado a múltiples barreras en el acceso al Glucantime que el Estado erigió durante la guerra y que mantiene al día de hoy, incluso tras haber llegado a un acuerdo de paz con las FARC (véase capítulo 2). Si esta es la situación con la opción terapéutica de primera línea (el Glucantime), el uso de terapias de segunda línea, que son más costosas y de más difícil acceso, es aún más marginal. Esto significa que las personas que logran acceder a la atención y tratamiento médicos para la leishmaniasis son tratadas por lo general con Glucantime y muy rara vez con miltefosina, pentamidina o anfotericina B.

En particular, la directriz actual recomienda el uso de miltefosina como una terapia de segunda línea para adultos y como una terapia de primera línea para niños (MinSalud 2023, 12-13). Sin embargo, este medicamento muy pocas veces se prescribe en Colombia porque usualmente no está disponible y resulta demasiado costoso para el Estado. De acuerdo con funcionarios del Ministerio de Salud entrevistados en el 2017, la miltefosina cuesta seis veces más que el Glucantime. Al ser el primer medicamento oral contra la leishmaniasis cutánea, muchos científicos biomédicos son entusiastas de la miltefosina. No obstante, este producto farmacéutico sigue siendo un medicamento muy tóxico que también implica un tratamiento sistémico que afecta todo el cuerpo. Aunque el desarrollo de la miltefosina para el tratamiento de la leishmaniasis fue el resultado de un acuerdo entre la OMS, una entidad pública, y una empresa farmacéutica privada llamada Asta Medica, los derechos de propiedad del medicamento han cambiado de manos muchas veces entre cuatro empresas farmacéuticas mediante fusiones y adquisiciones empresariales (Barbeitas 2020). Bajo el nombre comercial de Impavido, Asta Medica vendió la miltefosina a Zentaris, que luego la vendió a Paladin, que, a su vez, la vendió a Knight Therapeutics. En Estados Unidos, Profounda lo comercializa desde el 2016. Como resultado, la «vocación pública» de la miltefosina se ha perdido casi por completo. Su precio es ahora muy alto, el propietario actual (Knight Therapeutics) no está dispuesto a volverla accesible, y muchos países en los que la leishmaniasis es endémica —como Colombia— no han logrado garantizar la disponibilidad continua de este medicamento (Barbeitas 2020; Pinto García 2016).

El Ejército colombiano, que representa a la población con mejor acceso a los medicamentos contra la leishmaniasis en Colombia (véanse los capítulos 2 y 3), siempre ha utilizado el Glucantime como la terapia de primera línea para la leishmaniasis. En esta institución, la pentamidina se emplea únicamente cuando el tratamiento con Glucantime falla. Como «medicamento de segundo orden, utilizado principalmente en la periferia del mundo occidental» (Lachenal 2017, 17), la pentamidina también es un fármaco cuyos beneficios son dudosos. Si este medicamento no funciona, los soldados reciben un tratamiento sistémico con anfotericina B. Infortunadamente, este medicamento también es altamente tóxico y costoso.

La farmacéuticalización de la guerra

La noción de determinantes sociales ha sido importante para señalar la incidencia del conflicto en la leishmaniasis en Colombia, pero no más que eso. Bajo este paradigma, la atención médica y las tecnologías de la salud son consideradas por sí mismas insuficientes para resolver un problema de salud pública.

En contraste, los factores sociales tienen un papel mucho más importante en la comprensión de las causas fundamentales de las enfermedades y las disparidades en salud, así como para pensar en posibles soluciones (Braveman y Gottlieb 2014). Por otra parte, los investigadores de los ESCT se han interesado más en estudiar cómo las tecnologías biomédicas, tales como los productos farmacéuticos, son objetos complejos, de múltiples capas, cuyo éxito o fracaso (o algo intermedio) depende del contexto social en el que se insertan. En un esfuerzo por acercar estas literaturas sobre determinantes sociales y los ESCT, Stefan Timmermans y Rebecca Kaufman (2020) han subrayado la importancia de estudiar los efectos de las tecnologías en las disparidades relacionadas con la salud. Ambos exhortan a los ESCT a prestar más atención a las formas en que las tecnologías biomédicas no solo reconfiguran subjetividades y prácticas de salud, sino que también estratifican sociedades. Esto implica evitar asumir desde el comienzo que las tecnologías son una parte esencial del problema o de la solución a la desigualdad. Por el contrario: se convierten en un objeto de estudio.

El antropólogo João Biehl (2007) brinda un ejemplo notable de este enfoque. Biehl estudió la implementación de la terapia antirretroviral (TAR) en Brasil que se inició en 1996: una política estatal ampliamente celebrada por demostrar que era posible suministrar fármacos a gran escala a las personas con VIH en los países en desarrollo. Aunque Biehl reconoce que esta estrategia trajo consigo mejoras notables en el acceso a la terapia para miles de personas y redujo significativamente la tasa de mortalidad, advierte que un modelo de salud pública de este tipo, centrado en los fármacos, tiende a marginar estrategias preventivas. Más aún, pasa por alto mejoras en la atención médica, la infraestructura de salud y el bienestar general, que en última instancia dependen de mitigar la pobreza, equilibrar desigualdades y atender las violaciones de derechos humanos. Esta *farmaceuticalización de la salud pública*, sostiene, es especialmente perjudicial para las personas más vulnerables que viven con VIH porque el Estado se hace presente en forma de fármacos, pero no como un sistema de salud pública fortalecido, capaz de respaldar el suministro constante de medicamentos y otros aspectos no farmacéuticos, igualmente cruciales para llevar una vida saludable y digna. Se ha mostrado que este tipo de enfoque de salud pública es particularmente prominente en el hemisferio sur, donde los problemas de salud con frecuencia se comprenden como una carencia de productos farmacéuticos, reduciendo así el alcance de las estrategias de salud pública y el rango de posibles soluciones simplemente al suministro de fármacos (Pollock 2011; Ecks 2005)⁷.

7 Con respecto a la farmaceuticalización de la salud pública en países en desarrollo, véanse también Whitmarsh 2008; Hayden 2007; y S. E. Bell y Figert 2012.

En Colombia no es exagerado decir que la gestión estatal de la leishmaniasis empieza y termina con el Glucantime. Un modelo *farmaceuticalizado* de la salud pública que se apoya casi exclusivamente en este medicamento ha terminado por desplazar estrategias preventivas y hace caso omiso de problemas más amplios de desigualdad económica y marginación que son cruciales para la aparición de la enfermedad entre quienes habitan zonas empobrecidas y apartadas del país (Pinto García 2022). Aún más perturbador es que, como este libro muestra, el Glucantime se suministra de manera oficial bajo un complejo esquema de control que, apoyándose en regulaciones, instituciones, discursos, experticias y conocimientos, sirve para manejar poblaciones y producir distinciones terapéuticas entre aliados del Estado (soldados del Ejército) y enemigos del Estado (miembros de la guerrilla y civiles con afiliaciones inciertas) en el contexto del conflicto armado.

Mi trabajo muestra entonces que el Glucantime no es una entidad apolítica ni neutral, ni tampoco una tecnología predeterminada que resuelve un problema de salud pública de formas previsibles. De hecho, este fármaco hace mucho más —y mucho menos— que simplemente cumplir con su propósito terapéutico asignado. Junto con los rifles, las minas antipersonal, los uniformes militares y muchos otros objetos típicamente asociados a la guerra, el Glucantime es un producto farmacéutico que ha vuelto el conflicto colombiano «materialmente denso» (Widger 2018, 397). El Estado ha hecho del Glucantime un arma y lo ha transformado en un valioso instrumento biopolítico de guerra al restringir su circulación y accesibilidad según un orden social de aliados incluidos y enemigos excluidos que está enraizado en el conflicto armado. De modo crucial, la farmaceuticalización de la salud pública en el caso de la leishmaniasis colombiana funciona como una condición subyacente para este proceso. En otras palabras, la farmaceuticalización de la salud pública proporciona el contexto que posibilita la expansión de las tecnologías farmacéuticas hacia los procesos mediante los cuales se hace la guerra: lo que denomino la *farmaceuticalización de la guerra*.

Como instrumento biopolítico de la guerra, el Glucantime desborda el ámbito y las preocupaciones propias de la práctica y la autoridad médicas, reforzando la ideología del enemigo interno y las divisiones sociales establecidas en tiempos de guerra. Así, toda persona con leishmaniasis que acude al Estado en busca de atención médica ingresa en el régimen del Glucantime y, con ello, en un régimen de guerra. Por una parte, a aquellos considerados enemigos (guerrillas) o enemigos potenciales del Estado (civiles con afiliaciones inciertas) se les excluye del acceso a *el* fármaco que encapsula la respuesta del Estado a la leishmaniasis. Por otra, a aquellos considerados aliados del Estado (soldados) se los incluye y protege a través de la atención farmacéutica. Una porción significativa de las siguientes páginas se centra entonces en el

Glucantime y en las diversas formas en las que este objeto farmacéutico está enredado en la maraña formada por la leishmaniasis y el conflicto a través de la farmacéuticalización de la guerra.

La noción de farmacéuticalización puede entenderse como una extensión del concepto de medicalización, un término más antiguo pero clave en la sociología de la salud y la enfermedad, y que ha servido de fundamento para trabajos académicos importantes desde la década de 1970 (Abraham 2010; S. E. Bell y Figert 2012). La medicalización se ha ocupado principalmente de la medicina como una institución de creciente control social que vuelve «las etiquetas “saludable” y “enfermo” *relevantes* para una parte creciente de la existencia humana» (Zola 1972, 487). El concepto de medicalización ha resultado útil para pensar críticamente en las situaciones en las que un problema que no es médico se define en términos médicos o se aborda a través de intervenciones médicas (Conrad 2005). De modo similar, la *farmacéuticalización* denota la tendencia cada vez más marcada a utilizar productos farmacéuticos para abordar una amplia variedad de problemas y situaciones, incluso algunas que no tienen una naturaleza médica (Williams, Martin y Gabe 2011). Los estudios que rastrean la farmacéuticalización conciben el papel creciente de los productos farmacéuticos en la sociedad como «un proceso sociotécnico dinámico, complejo y heterogéneo» que implica la expansión de los *regímenes farmacéuticos* (Williams, Martin y Gabe 2011, 721). «Esto quiere decir que puede ser entendida como una red de instituciones, organizaciones, actores y artefactos, junto con aquellas estructuras cognitivas y procesos afectivos asociados con la creación, producción y uso de terapéuticos» (Gabe *et al.* 2015, 193). De acuerdo con esto, los proyectos académicos interesados en los procesos de farmacéuticalización le prestan atención a la participación de un conjunto heterogéneo de entidades, prácticas, conocimientos y emociones en la colonización farmacológica de la vida cotidiana.

El protagonismo de las empresas farmacéuticas en la creciente presencia de productos farmacéuticos en la sociedad ha sido el foco de la mayoría de los estudios sobre farmacéuticalización (por ejemplo, Dumit 2012). El concepto ha sido así empleado principalmente para comprender casos en los que las empresas farmacéuticas que buscan expandir su mercado desarrollan o redefinen el propósito de medicamentos para condiciones que antes no se reconocían como patológicas o que no se creía que requirieran una solución farmacéutica. En esa línea, la farmacéuticalización ha sido particularmente fructífera en el estudio del uso de medicamentos como remedios psicosociales para problemas sexuales, trastornos del sueño, hiperactividad, ansiedad, déficit de atención y depresión (Abraham 2010). Sin embargo, otros académicos han documentado procesos de farmacéuticalización que se desarrollan en ámbitos en los que la industria farmacéutica no tiene necesariamente un papel dominante. Entendida como «la traducción o transformación de las condiciones,

capacidades y aptitudes humanas en oportunidades para la intervención farmacológica» (Williams, Martin y Gabe 2011, 711), la farmacéuticalización ha sido crecientemente útil para comprender fenómenos que ocurren lejos del ámbito médico y de la industria farmacéutica (McReynolds-Perez 2014). Elbe y sus colegas (2015), por ejemplo, han llamado la atención sobre el papel que desempeñan los gobiernos en la creación de condiciones regulatorias y el diseño de políticas para la expansión de los fármacos en la sociedad. Estos autores muestran cómo, ante el temor generado por la posibilidad de pandemias y ataques bioterroristas, diferentes Gobiernos en Estados Unidos y Europa han adquirido y acumulado enormes cantidades de productos farmacéuticos, a la vez que han promovido el desarrollo de nuevas contramedidas médicas. Según ellos, «los Gobiernos también están actualmente acelerando, intensificando y abriendo nuevas trayectorias de farmacéuticalización en la sociedad» (Elbe, Roemer-Mahler y Long 2015, 263). De un modo similar, este libro documenta un caso en el que el papel de la industria farmacéutica o del estamento médico en el proceso de farmacéuticalización no es tan relevante como las prácticas, las visiones y las lógicas de un Estado en guerra.

En Colombia, las rutas restringidas por las que circula el Glucantime naturalizan la leishmaniasis como una enfermedad de la guerrilla, diferencian a la población entre amigos y enemigos, y estabilizan los órdenes sociales y las formas de control que la guerra ha engendrado. Parafraseando a Didier Fassin (2008, 160), el Glucantime *cataliza*, en el sentido de que este fármaco no solo revela tensiones históricas en una Colombia asolada por el conflicto, sino que también contribuye a producirlas, al forzar a las personas a ubicarse de un lado u otro de la guerra estatal contra las guerrillas. Este patrón de inclusión y exclusión que interviene en el acceso a los tratamientos contra la leishmaniasis revela que el orden propio de las sociedades en guerra también se manifiesta en ámbitos convencional y nominalmente pacíficos, como la ciencia, la tecnología y la salud pública. Esta coevolución de un régimen farmacéutico y de órdenes sociales en tiempos de guerra es lo que llamo la *farmacéuticalización de la guerra*. Esta noción pone en primer plano los procesos a través de los cuales los órdenes sociales de la guerra y los regímenes farmacéuticos se constituyen mutuamente. Bajo estas premisas, este libro narra una historia sobre cómo los productos farmacéuticos penetran en los procesos bélicos y cómo el aparato de guerra se adapta para ajustarse a las restricciones de un régimen terapéutico basado principalmente en el Glucantime. Si bien esto no es del todo diferente a los procesos simultáneos de *militarización de la medicina* y *medicalización de la guerra* que sugirió Mark Harrison (1996), la *farmacéuticalización de la guerra* pone un énfasis especial en la participación crucial de los fármacos en los conflictos armados y la co-constitución de los órdenes sociales de la guerra y los regímenes farmacéuticos.

Existen dos tipos principales de violencia producto de la farmacéuticalización de la guerra. Por un lado, se produce exclusión en el acceso al medicamento que el Estado emplea para enfrentar la leishmaniasis; por otro, la elevada toxicidad del Glucantime afecta la salud de los pocos que sí tienen acceso a él. Como se muestra en el capítulo 4, esto es especialmente cierto en el caso de los soldados del Ejército colombiano, quienes pueden recibir hasta seis tratamientos contra leishmaniasis durante sus años de servicio. Dicho de otro modo, la farmacéuticalización de la guerra produce violencia tanto por la carencia como por el exceso de medicación. En esta medida, la toxicidad asociada al uso de fármacos contra la leishmaniasis en medio del conflicto armado es también un componente significativo de la maraña.

En el contexto de un mundo permanentemente contaminado, los académicos del campo de los ESCT han prestado especial atención al carácter ineludible de las exposiciones tóxicas que caracteriza nuestro presente. La ubicuidad de estos químicos hace que los problemas resultantes de salud humana y animal sean tan diversos, múltiples e interrelacionados que resulta prácticamente imposible aislar con precisión sus causas, magnitudes y temporalidades, lo que, a su vez, dificulta identificar a los culpables y exigir una reparación (Nading 2020). Sin embargo, el daño provocado por las exposiciones tóxicas no está distribuido de manera uniforme, como sostienen Liboiron, Tironi y Calvillo (2018). Si bien todos compartimos una condición en la que la vida está permanentemente alterada por exposiciones químicas, la toxicidad no nos afecta a todos de la misma manera porque está «ubicada en territorios específicos, y se sustenta en y reproduce por sistemas de colonialismo, racismo, capitalismo, patriarcado y otras estructuras que exigen tierras y cuerpos como zonas de sacrificio» (Liboiron, Tironi y Calvillo 2018, 332). En esta medida, el daño tóxico puede comprenderse mejor como un sistema que, por un lado, altera el orden y las relaciones sociales, pero que, al mismo tiempo, preserva estructuras de desigualdad y sacrificio; un rasgo definitorio de muchas formas de violencia, incluida la guerra (Liboiron, Tironi y Calvillo 2018).

Aunque los productos farmacéuticos suelen entrar en nuestros cuerpos con un mayor consentimiento que los contaminantes ambientales, la toxicidad que portan tampoco está distribuida de un modo uniforme, lo que reproduce desigualdades y estructuras de poder (Langston 2010). En la Colombia desgarrada por el conflicto, los cuerpos más afectados por el sistema de daño tóxico basado en el Glucantime son los de hombres jóvenes provenientes de contextos empobrecidos, a menudo rurales y racializados, que se unen a las fuerzas militares por obligación o necesidad. El tratamiento contra la leishmaniasis tiene un carácter coercitivo, ya que negarse a recibirlo supondría la expulsión de la institución castrense. Los rangos bajos del Ejército están poblados por cuerpos considerados a la vez esenciales y prescindibles. El desgaste farmacológico al

que el Estado y la sociedad someten a estos cuerpos ha quedado por fuera del balance oficial de la guerra. Las arritmias cardíacas de los soldados, su páncreas debilitado, su incapacidad para reproducirse y los kilos de peso que ya nunca recuperarán no se contabilizan entre los costos del conflicto. Tampoco figuran en la condena pública de la violencia ni en los artículos científicos publicados por los investigadores colombianos que estudian la leishmaniasis. Cynthia Enloe escribe que «los Gobiernos que hacen la guerra cuentan con que nosotros *no* contemos a los heridos» (2023, 84). Del mismo modo, el Estado colombiano confía en que no prestemos atención a los soldados que se han convertido en víctimas farmacológicas en nombre de la leishmaniasis, una enfermedad que contraen mientras hacen que la guerra ocurra.

Guerra y enfermedad

«Somos una sociedad enferma». Con frecuencia, esta expresión aparece en Colombia para referirse a los crímenes, la vulneración de derechos humanos y las manifestaciones de la guerra que han saturado las noticias día tras día, durante muchas décadas. La enfermedad se refiere aquí a la naturalización de la violencia, a un daño profundo: una especie de insuficiencia insondable y terrible que se traduce en una escasez de empatía y compasión. No estoy diciendo que los colombianos seamos por naturaleza, de forma esencial o inevitable, violentos ni indolentes. Nuestra sociedad, sin embargo, se ha visto profundamente transformada y fragmentada por el conflicto armado, hasta el punto de que aún hoy nos resulta muy difícil comprender y ponernos de acuerdo sobre la magnitud de lo ocurrido, sobre la forma en que todos hemos participado —directa o indirectamente— y sobre lo que se necesita para poner fin a la violencia, curar las heridas y evitar repeticiones.

Es posible sostener que aún no entendemos por completo cómo nos ha enfermado la guerra, cómo nos hemos enfermado *de* guerra. Aunque el conflicto armado es el problema más apremiante de Colombia y probablemente el tema más investigado en el país (Blair Trujillo 2009; González 2003), se han desarrollado muy pocos trabajos sobre las relaciones entre la salud y la guerra. La Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición (en adelante CEV), constituida en el 2017, realizó un esfuerzo sin precedentes por documentar y hacer visibles diferentes aspectos de esa relación en torno a tres líneas principales: los actos de violencia contra el personal de salud, el uso de infraestructuras de atención médica con fines de guerra y la desviación de los fondos públicos del sector salud para propósitos bélicos e ilegales (CEV 2021). Sin embargo, nuestra comprensión de la forma en que la

violencia ha producido y agravado enfermedades durante los muchos años de guerra sigue siendo bastante incompleta⁸.

Aunque gran parte de este libro aborda las marcas corporales que deja la guerra, la violencia estructural y las implicaciones del conflicto armado en las instituciones, el acceso a la salud y los trabajadores de este sector, para hacerlo adopta un enfoque diferente. Se centra en una sola enfermedad: la leishmaniasis cutánea. Por supuesto, esta no es la única enfermedad que ha afectado a los miembros de los diferentes ejércitos que se han enfrentado a lo largo de la historia en Colombia, desde soldados de las fuerzas militares del Estado, pasando por los paramilitares de extrema derecha, hasta los guerrilleros de extrema izquierda. Por ejemplo, la malaria, las infecciones gastrointestinales y las infecciones urinarias (en el caso de las mujeres guerrilleras) también han sido muy comunes (Orjuela Benavides 2017). Sin embargo, decidí prestarle una atención especial a esta enfermedad cutánea —que no es contagiosa ni letal— porque es particularmente emblemática e ilustrativa del complicado enmarañamiento entre biomedicina, salud pública y guerra en el contexto colombiano. La naturaleza misma de la leishmaniasis y su epidemiología resultan más bien poco notables e invitan al olvido, como fue el caso con la pandemia de la gripa española durante la Primera Guerra Mundial hasta la reciente aparición de la covid-19 (Crosby 2003). En este libro, no obstante, muestro cómo una enfermedad infecciosa que puede no parecer extraordinaria ni merecedora de atención pública e internacional puede resultar profundamente reveladora de los entrelazamientos entre la guerra y la medicina en la actualidad.

Como es bien sabido, han sido las enfermedades —y no las heridas en el campo de batalla— la causa principal de bajas y decesos en muchos contextos de conflicto armado a lo largo de la historia. Esto es especialmente cierto para el caso de las enfermedades infecciosas en las que diferentes patógenos —parásitos, bacterias o virus— han afectado y diezmado poblaciones de civiles

8 La limitada bibliografía existente sobre la relación entre salud y conflicto en Colombia abarca trabajos que exploran las lesiones y discapacidades causadas por la guerra en los cuerpos de cientos de miles de combatientes y civiles (Carmona Lozano 2016; CNMH y Fundación Prolongar 2017; Cohen 2012; Valencia *et al.* 2015). Se han realizado investigaciones importantes sobre los efectos de la violencia armada sobre la salud mental de los civiles y, en especial, sobre las víctimas del desplazamiento forzado interno (Tamayo-Agudelo y Bell 2019; Gómez-Restrepo *et al.* 2016; V. Bell *et al.* 2012). Otros han examinado las formas en las que la guerra brinda sustento a la violencia estructural, causante de que ciertos grupos poblacionales vivan en condiciones particulares de vulnerabilidad frente a la enfermedad (Abadía y Oviedo 2009; Abadía *et al.* 2008; Cardona *et al.* 2005; Franco Agudelo 2003; Moreno y López 2009). Otras investigaciones exploran la destrucción de la infraestructura de atención médica, la desviación de fondos del sector salud hacia la guerra, las afectaciones en el sistema de salud como consecuencia de la guerra o las acciones violentas contra los trabajadores de la salud (Breyer *et al.* 2007; Franco *et al.* 2006; D. Z. Urrego Mendoza 2003; Z. Urrego Mendoza 2011, 2015).

y combatientes en escenarios de guerra del pasado y del presente⁹. Entre las enfermedades infecciosas, aquellas transmitidas por insectos han sido con frecuencia determinantes para el curso y el desenlace de las guerras en diferentes momentos históricos¹⁰. Al reconocer la guerra como un proceso altamente disruptivo que impacta la salud de modos muy diversos y contextualmente dependientes, los antropólogos médicos han explorado etnográficamente la enfermedad, la salud pública y la práctica clínica en escenarios de conflicto. Han examinado los mecanismos específicos a través de los cuales la guerra y la enfermedad han terminado entrelazándose de forma inextricable en ciertos contextos, develando costos de la confrontación armada que, en narrativas más difundidas sobre el conflicto, tienden a permanecer ocultos¹¹. Aunque me inspiro en estos trabajos, este libro considera a profundidad las prácticas e instituciones de producción de conocimiento, así como las tecnologías, infraestructuras y regulaciones que median la experiencia de una enfermedad que se desarrolla en el marco del conflicto armado.

En contextos de guerra, el deterioro de la salud con frecuencia se agudiza debido a los bloqueos en el suministro de comida y productos farmacéuticos, la interrupción de programas de salud pública, la militarización de la atención médica, los ataques al personal de salud y la destrucción intencional de infraestructuras de salud. Las guerras actuales en Sudán y Ucrania, por ejemplo, confirman que los conflictos armados van casi invariablemente de la mano con brotes epidémicos y crisis de salud que agravan drásticamente la violencia (Ogao 2023; Kellman 2022; Kluger y Law 2022). Aunque el mundo de hoy se ve cada vez más afectado por conflictos armados y epidemias, la intersección entre guerra y enfermedades infecciosas es un campo de indagación crucial

9 La asociación entre la guerra y las crisis de salud ha quedado bien establecida en muchos contextos diferentes para una amplia gama de enfermedades. Véase, por ejemplo, Pedersen 2002; Ghobarah, Huth y Russett 2004; Smallman-Raynor 2004; Levy y Sidel 2007; Berrang-Ford, Lundine y Breau 2011; Ostrach y Singer 2012; R. Seaman 2018.

10 En 1935, Hans Zinsser (2010) publicó una biografía muy popular sobre el tifo, en la que sostenía que las enfermedades infecciosas, y en especial el tifo transmitido por vectores, han sido mucho más decisivas en el resultado de las guerras a lo largo de la historia que los humanos y sus maniobras militares. Andrew McIlwaine Bell (2010), Mariola Espinosa (2009) y Timothy Winegard (2019) han mostrado cómo los mosquitos cambiaron el curso de varios eventos bélicos en la historia. Jeffrey Lockwood (2010) ofrece un panorama histórico del uso de los insectos como armas en diferentes momentos históricos y, a partir de esto, aborda el presente y el futuro de la guerra entomológica.

11 Véase, por ejemplo, Dewachi 2015; Dewachi *et al.* 2014; Fassin 2009; Renne 2014; Westershaus 2007. También se ha desarrollado un conjunto rico y estimulante de trabajos académicos que describen a las enfermedades como experiencias corporizadas o encarnadas de la violencia. Véase Adams 1998; Cocker 2004; Fassin 2007; Green 1994; Henry 2006; Quesada 1998.

que no ha recibido suficiente atención por parte de los etnógrafos de los ESCT¹². Esto se ha vuelto aún más urgente y notable en vista de las múltiples formas de militarización asociadas con el control estatal de la pandemia de la covid-19 (Díaz y Mountz 2020), en especial en los contextos marcados históricamente por el conflicto y por una enorme concentración de poder y recursos en las fuerzas militares y policíacas (Ojeda y Pinto García 2020; M. Parker, MacGregor y Akello 2020).

Mi análisis se desarrolla en estrecho diálogo con las etnografías que han explorado los vínculos entre la guerra, la corporalidad, la biomedicina y la salud pública. Aunque los trabajos de Kenneth T. MacLeish (2013) y Zoë Wool (2015) no se enfocan exclusivamente en la salud, sus estudios etnográficos sobre la vida ordinaria de soldados y veteranos estadounidenses constituyen ejemplos notables de investigación académica que, apoyándose en parte en las contribuciones teóricas de los ESCT, examinan las dimensiones corporales y las realidades cotidianas de aquellos cuyo trabajo es hacer que la guerra ocurra. Wool explora el significado de llevar una vida ordinaria tras una guerra, en medio de la precariedad y el daño físico y mental producido por formas extraordinarias de violencia. La etnografía de MacLeish es particularmente útil para comprender la condición biopolítica de los soldados, un grupo de personas que se vuelven vulnerables por «vivir en y con cuerpos que son instrumentos y objetos de violencia» (2013, 13). A través de una documentación cuidadosa de las experiencias de guerra de miembros activos del Ejército estadounidense, MacLeish muestra que la guerra es un fenómeno sin fin que permea diferentes aspectos de la sociedad. Tanto Wool como MacLeish dejan claro que es imposible trazar una línea entre las fuerzas armadas del Estado y el resto de la sociedad, así como demarcar las fronteras espaciales, temporales, culturales y corporales donde la guerra empieza y termina. Este libro también presta atención a las experiencias de aquellos cuyos cuerpos sufren daños mientras hacen que la guerra ocurra, así como las de los civiles inmersos en espacios, lógicas y prácticas moldeadas por la confrontación armada. Muestro que la leishmaniasis no es solo una de las formas ordinarias en las que la guerra afecta y altera las vidas de los combatientes y civiles en las zonas de conflicto de Colombia; es también una condición corporizada que desplaza el conflicto a lugares en los que su presencia resulta inesperada. Los cuerpos afectados tanto por la leishmaniasis como por la guerra también habitan los ámbitos de la salud pública, la medicina y la investigación biomédica, donde las dimensiones

12 Se han desarrollado trabajos académicos reveladores que adoptan un enfoque diferente al etnográfico para explorar la conjunción entre la (bio)medicina y la guerra. Véase J. Anderson y Perry 2014; Cooter 1993; Mark Harrison y Yim 2017; Linker 2011; Perry 2014.

epistémicas y tecnológicas se hacen mucho más patentes que en las publicaciones de MacLeish y de Wool.

En este sentido, el libro también dialoga con el trabajo de Jennifer Terry (2017), quien ha dirigido su atención al análisis de la intersección entre la biomedicina y la guerra posterior al 11-S, en el marco de las operaciones militares dirigidas por Estados Unidos en Irak y Afganistán. Terry se interesa especialmente por el desarrollo de nuevas tecnologías biomédicas en EE. UU. y por cómo estas se entrecruzan con discursos y prácticas bélicas, actuando dentro pero también mucho más allá de los márgenes de las instituciones militares. El término *biodesigualdad* ocupa un lugar importante en la explicación de Terry, en tanto resalta que «los cuerpos que sufren heridas de guerra se clasifican según diferentes tecnologías sociales» que valoran unas vidas más que otras (2017, 20). Como resultado, los beneficios y promesas de nuevas terapias, dispositivos y productos farmacéuticos desarrollados gracias a —y en nombre de— la guerra están disponibles para algunos pero se le niegan a la mayoría de las personas.

Mientras el trabajo de Terry se concentra principalmente en «el desarrollo que ha hecho la industria biomédica de terapias costosas de alta tecnología, que resultan demasiado caras para la inmensa mayoría de las personas heridas en la guerra» (2017, 21), mi caso muestra que incluso tecnologías añejas, provistas por el Estado y altamente deficientes —como el Glucantime— pueden utilizarse para redefinir distinciones entre personas en las sociedades en guerra. La instrumentalización de los productos farmacéuticos que documento en este libro resuena con el trabajo de Joseph Masco (2014), en el que sostiene que las armas no son el único medio de violencia que el Estado monopoliza. Afectos, imaginarios, infraestructuras y otros elementos del mundo material son también parte del arsenal del Estado para producir violencia. Este libro hace evidente cómo el control estatal de un producto farmacéutico para generar distinciones entre aliados y enemigos del Estado en un contexto de guerra ejemplifica las formas en las que los medicamentos también pueden participar en la perpetración de la violencia estatal.

La instrumentalización de medicamentos en contextos de guerra no es necesariamente nueva ni exclusiva de Colombia. En su estudio sobre el auge y la caída de la medicina estatal en Irak, Omar Dewachi documentó que, tras la guerra del Golfo de 1991, este país fue sometido a una serie de sanciones internacionales que prohibieron, entre otras cosas, la importación de antibióticos esenciales «debido a su “uso dual” para fines militares y civiles» (Dewachi 2017, xi). La ONU afirmó que el objetivo era destruir la capacidad militar de Irak después de su ocupación de Kuwait en 1990, «cortando las “líneas de suministros” de las que dependía el régimen iraquí» (Dewachi 2017, 7). Dewachi ha caracterizado estas restricciones al acceso a medicamentos y otros bienes necesarios para la reconstrucción de Irak como «uno de

los experimentos de guerra más crueles bajo las sanciones económicas de la ONU» (2017, ix). La implicación de productos farmacéuticos en la guerra que exploro en este libro es un ejemplo más de las dramáticas consecuencias que puede tener una estrategia tan despiadada, no solo para los combatientes, sino también para los civiles.

El conflicto armado colombiano

Durante más de seis décadas, Colombia ha vivido una guerra trágica. El conflicto armado colombiano es un fenómeno muy complejo y prolongado que ha causado 282 044 muertes entre 1958 y el 30 de septiembre del 2025 (Observatorio de Memoria y Conflicto 2025). De estas muertes, el 80,5 % corresponden a civiles, y la guerra ha causado más de 10,1 millones de eventos victimizantes, tanto fatales como no fatales¹³. Sus inicios se remontan a 1946, cuando se desató una ola de violencia entre los dos grandes partidos tradicionales, el Liberal y el Conservador. Lo que comenzó como una lucha bipartidista adoptó nuevos matices políticos con el cambio del escenario internacional tras la Segunda Guerra Mundial. La consolidación del socialismo en la Unión Soviética, las divisiones ideológicas y geopolíticas durante la Guerra Fría, las estrategias imperialistas de Estados Unidos y el triunfo de la Revolución cubana en 1959 cobraron gran relevancia en muchos países latinoamericanos. En la década de 1960, tras un acuerdo entre representantes liberales y conservadores de alternarse el poder cada cuatro años durante el periodo entre 1958 y 1974, surgieron varios grupos guerrilleros de izquierda en Colombia que se rebelaron contra las élites en el poder y las profundas desigualdades del país, en especial aquellas relacionadas con la distribución de la tierra. Si bien algunos de estos grupos firmaron acuerdos de paz con el Gobierno al inicio de la década de 1990, y uno de ellos —el Movimiento 19 de Abril, o M-19— desempeñó incluso un papel protagónico en la promulgación de la

13 Trágicamente, el número de víctimas del conflicto armado en Colombia continúa creciendo. La cifra de 10,1 millones de víctimas, que corresponde aproximadamente al 20 % de la población colombiana (cincuenta millones de personas), es la proporcionada por el Registro Nacional Único de Víctimas (RUV), al 31 de octubre del 2025 (<https://www.unidadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas-ruv/>). Este número corresponde a personas registradas por el Estado como victimizadas en el marco de eventos relacionados con el conflicto armado, tales como abandono o despojo forzado de tierras, acciones terroristas, atentados, combates, amenazas, confinamiento, crímenes contra la libertad y la integridad sexual, desaparición forzada, desplazamiento forzado, homicidio, lesiones físicas, afectaciones psicológicas, minas antipersonal, dispositivos explosivos, secuestro, tortura, y reclutamiento de niños y adolescentes. Puede encontrarse una exploración de ESCT sobre las políticas y prácticas implicadas en la construcción del RUV en Mora-Gámez 2023.

constitución que rige en Colombia desde 1991, otros continuaron combatiendo contra las fuerzas militares del Estado.

En la década de 1980, el negocio de las drogas ilegales despegó y, al mezclarse con un ambiente ya caldeado, generó condiciones favorables y los medios económicos para que escalaran las confrontaciones armadas. La economía ilícita de la cocaína permitió el fortalecimiento de las FARC y del Ejército de Liberación Nacional, o ELN. Estos grupos guerrilleros también empezaron a recurrir al secuestro extorsivo de personas adineradas —entre ellas capos de la droga— como medio de financiación. Los carteles de la droga, las guerrillas de izquierda, los intereses económicos y las élites políticas regionales se entrecruzaron en una espiral interminable de violencia y corrupción. La consolidación paralela de grupos paramilitares de derecha durante estos años alcanzó proporciones sin precedentes en 1997 con su unificación bajo el nombre de Autodefensas Unidas de Colombia, o AUC. Las AUC se establecieron como una fuerza armada para combatir a las guerrillas y acabar con cualquier expresión ideológica de izquierda en Colombia. Estaban patrocinadas por empresas, ganaderos, grandes terratenientes y narcotraficantes, y con frecuencia actuaban en connivencia con el Estado y sus fuerzas armadas. Mientras que las organizaciones guerrilleras tenían un carácter antiestatal y buscaban destruir el Estado para crear algo nuevo, el objetivo de los paramilitares era mantener el *statu quo* y cooptar al Estado (Ávila 2019, 34-35).

Desde la década de 1980, el escalamiento del conflicto armado colombiano fue notable, en especial bajo el gobierno de Álvaro Uribe, que fue elegido presidente por dos periodos (2002-2006 y 2006-2010). Uribe impulsó la idea de que la solución militar —más guerra contra la guerra— era el único camino posible para ponerle fin a la violencia armada. Un momento crucial llegó cuando Uribe lanzó una ofensiva militar sin precedentes contra los grupos guerrilleros —principalmente contra las FARC— a través de la denominada Política de Defensa y Seguridad Democrática, o PSD. En el contexto de la prolongada guerra contra las drogas y la incipiente guerra contra el terrorismo, los discursos antiterroristas en relación con los grupos guerrilleros se enfatizaron considerablemente durante el gobierno de Uribe para obtener apoyo internacional con el cual erradicar tanto la insurgencia como la producción de cocaína. Haciendo uso de la terminología de la Administración para el Control de Drogas de EE. UU. (DEA), Uribe ya no hablaba de guerrillas sino de «narcoterroristas» (Andreas 2020). Bajo el gobierno de Uribe, el número de soldados en el Ejército aumentó un 31,6 % (Leal Buitrago 2011). Entre 2003 y 2009 el Estado pasó de gastar nueve a casi veinte billones de pesos en seguridad y defensa (Angarita 2011, 294). Asimismo, se crearon nuevas brigadas móviles, se implementaron comandos de fuerzas conjuntas y se fortalecieron tecnológicamente

las operaciones militares. En consecuencia, el Ejército dejó de actuar de forma reactiva y pasó a tomar la iniciativa en términos operacionales (Cruz 2015).

Aunque las guerrillas tradicionalmente han ocupado todo tipo de zonas rurales, bajo el gobierno de Uribe el Ejército y los grupos paramilitares las forzaron a replegarse y concentrarse en los entornos selváticos de la nación. Las guerrillas también modificaron su estrategia, priorizando los sabotajes y las emboscadas intermitentes, acciones más típicas del combate de guerrilla que recuerdan las estrategias militares utilizadas en las etapas iniciales del conflicto armado. El *modus operandi* de la guerrilla se concentró en exasperar y desgastar al oponente tanto física como emocionalmente, con el objetivo de maximizar las bajas y los logros estratégicos con el menor costo operativo posible. Adicionalmente, dada su inferioridad militar, las guerrillas optaron por limitar su control territorial a corredores estratégicos, principalmente con el uso extensivo de minas antipersonal y otros dispositivos explosivos similares (CNMH y Fundación Prolongar 2017; Echandía Castilla y Bechara Gómez 2006).

Hay dos elementos de la estrategia militar de Uribe que resultan importantes para entender la maraña formada por la leishmaniasis y la guerra en Colombia. El primero es que, con el crecimiento del Ejército y la realización de incursiones masivas que se extendían por varios meses en la selva, la enfermedad empezó a afectar de forma crítica al Ejército en términos de su capacidad militar para librar la guerra (capítulo 3). Como subrayo a lo largo del libro, esto tuvo un impacto considerable en la forma en que se manejó la leishmaniasis dentro y fuera del Ejército. El segundo es que Uribe usó un discurso belicista e incendiario contra las guerrillas y también —con consecuencias devastadoras— contra los movimientos sociales, los grupos que actuaban en defensa de la justicia social y ambiental, los defensores de derechos humanos y, en general, contra cualquier persona crítica de su gobierno y de las estructuras de poder en Colombia. Las guerrillas, etiquetadas como terroristas, fueron peligrosamente equiparadas a cualquier persona, grupo o expresión que no estuviese alineada con el *statu quo* o con las acciones y objetivos de Uribe (Cruz 2015; Gallón 2005). Este tipo de estigmatización no era nuevo en Colombia y tenía una extensa trayectoria arraigada en la Doctrina de Seguridad Nacional que Estados Unidos había extendido a lo largo de América Latina durante la Guerra Fría. La PSD de Uribe ha sido vista como una actualización de esta doctrina y una continuación del sesgo anticomunista más allá de la Guerra Fría (Angarita 2011). De hecho, la PSD apuntaba a la integración de la sociedad en torno a un propósito antiterrorista, «lo que se traducía en la negativa deliberada del Gobierno a distinguir entre combatientes y no combatientes: toda la población debería ponerse al servicio de las FF. AA. [Fuerzas Armadas]» (Cruz 2015, 16).

Una parte de mi tesis sostiene que la comprensión de la leishmaniasis como una enfermedad típica de la guerrilla, junto con las lesiones visibles que

esta enfermedad deja en la piel, se combinaron de tal modo que estas marcas corporales han funcionado como auténticos estigmas para distinguir a los «enemigos» del Estado, apenas discernibles de los ciudadanos comunes. En el conflicto armado colombiano, las distinciones entre combatientes y civiles se han hecho perversamente difusas, en especial bajo la administración de Uribe. Asimismo, las guerrillas han sido equiparadas a terroristas y cualquier manifestación en contra del establecimiento ha sido equiparada al terrorismo o a acciones guerrilleras. Como las personas con leishmaniasis también han sido equiparadas con miembros de la guerrilla, se han convertido igualmente en blanco de la violencia estatal y paramilitar. En un país en el que las guerrillas han sido demonizadas sistemáticamente durante décadas como el principal enemigo del Estado, portar una llaga de leishmaniasis llegó a convertirse en una amenaza para la vida, como exploro en el capítulo 1.

Desde 1982 se hicieron varios intentos por alcanzar un acuerdo negociado de paz entre el Estado y la guerrilla de las FARC. En el 2012 se iniciaron los diálogos de paz entre las FARC y el gobierno de Juan Manuel Santos en La Habana, Cuba. Tras casi cuatro años de negociaciones, el líder de las FARC Rodrigo Londoño (mejor conocido como Timochenko, su nombre de guerra) y el presidente Santos firmaron los acuerdos de paz en Cartagena, Colombia, el 26 de septiembre del 2016. Menos de una semana después, el plebiscito que buscaba el apoyo popular para la ratificación del acuerdo final fue rechazado, con un 50,2 % de los votantes en contra. El país quedó en un limbo político tras esta situación, con un Gobierno debilitado y una oposición de derecha fortalecida, liderada por el entonces senador y expresidente Álvaro Uribe. El Gobierno ideó una solución rápida para esta inquietante situación con la firma de una versión revisada del acuerdo de paz el 24 de noviembre del 2016, que fue ratificada por el Congreso menos de una semana después. Se contaba, finalmente, con un acuerdo de paz, pero el apoyo popular y político de la sociedad estaba —y sigue estando— lejos de ser uniforme. Durante las negociaciones, la paz se convirtió en un tema muy polémico, y, con los resultados del plebiscito, la subsiguiente implementación de los acuerdos de paz sufrió aún más a causa de esta polarización en la sociedad colombiana. No ha habido suficiente voluntad política ni recursos para llevar a cabo un proceso de las dimensiones necesarias, una situación que ya era evidente bajo la administración que firmó el acuerdo de paz. Este fue el contexto político en el que desarrollé mi trabajo de campo.

Las posibilidades de un proceso exitoso de construcción de paz se redujeron aún más cuando Iván Duque, el candidato presidencial que contaba con el apoyo del grupo que se oponía al acuerdo, llegó al poder entre 2018 y 2022. El Gobierno colombiano y las FARC designaron al Instituto Kroc de Estudios Internacionales de Paz, con sede en la Universidad de Notre Dame, en Estados Unidos, para que verificara y le hiciera seguimiento al progreso de

implementación del acuerdo de paz durante quince años. En su informe más reciente, publicado en junio del 2023, se muestra que solo 20 % de los compromisos se encuentran en un nivel intermedio de implementación, mientras que el 37 % y el 13 % se encuentran en un estado de mínima implementación y sin iniciar, respectivamente. Aunque la implementación del acuerdo de paz había mostrado una tendencia ascendente desde su firma, el ritmo de este proceso se redujo significativamente en el 2019, durante el Gobierno de Duque (Kroc Institute 2023, 3). Pese al hecho de que los excombatientes de las FARC conformaron un partido político con escaños en el Congreso y de que la tasa de homicidios registrada en el 2017 fue la más baja en cuarenta y dos años (*El Espectador* 2018), el pueblo colombiano sigue luchando por construir la paz en medio de una violencia continua, el rearme de algunos excombatientes de las FARC y los esfuerzos insuficientes por materializar los acuerdos. En comparación con el periodo de negociación que precedió la firma del acuerdo de paz, la violencia se ha intensificado en los últimos años. A pesar de la inauguración, en agosto del 2022, del primer gobierno de izquierda en la historia de Colombia, en cabeza de Gustavo Petro, esta realidad no ha cambiado significativamente.

Entre octubre del 2016 y diciembre del 2017, en medio de esta transición incierta de la guerra a la paz, emprendí un camino para explorar, desde el caso de la leishmaniasis, las conexiones entre las regulaciones de salud, las prácticas de atención médica, las estrategias de guerra, la ciencia y la tecnología. No habría podido realizar el trabajo de campo sin las garantías del acuerdo de paz. Practicar etnografía en ese contexto —negociando el acceso a diversos lugares, viajando por territorios asolados por el conflicto, realizando observación participante y entrevistas a profundidad a víctimas y actores de distintos bandos— determinó los modos de indagación que adopté, las conversaciones que entablé y el amplio espectro de emociones que experimenté como etnógrafa en su tierra natal. En otras palabras, esta etnografía fue posible gracias a las condiciones del período de transición y es, a la vez, un producto de ese proceso y un reflejo de las dificultades que lo caracterizan. Aunque pude hacer investigación etnográfica gracias a las promesas, imaginarios y materialidades de la paz, también tuve que esforzarme por *ver* la paz, evitar la violencia y abrir espacios de esperanza para mí misma y para otros.

El rastro de la maraña

Mi interés en la leishmaniasis y su enmarañamiento con la guerra empezó cuando, en el 2012, trabajaba en el equipo administrativo de una institución colombiana de investigación dedicada principalmente al estudio biomédico de esta enfermedad. Después de trabajar allí algunos meses, me sorprendió escuchar

—en una conversación casual de pasillo— que el Glucantime estaba controlado de forma restrictiva por el Estado para perjudicar a las guerrillas. Para mi sorpresa, también me contaron que muchos de los pacientes que se acercaban a las instalaciones clínicas del instituto estaban implicados en actividades que se consideraban ilegales: con frecuencia eran miembros de la guerrilla o recolectores de coca, conocidos localmente como «raspachines». Me intrigó, en especial, la forma en que los científicos veían la restricción impuesta sobre el Glucantime como algo equivocado, pero aún así concebible, imaginable e incluso *normal* en el contexto de violencia que cotidianamente se vive en Colombia.

Mediante una investigación preliminar, entendí que, en su mayor parte, la relación entre la leishmaniasis y el conflicto armado no había sido escrita ni documentada. Esto también me hizo consciente de la necesidad de adoptar metodologías etnográficas para registrar las narrativas, experiencias y prácticas más subrepticias asociadas con la enfermedad y la guerra en Colombia. Esporádicamente, algunos periodistas han expresado su preocupación por la leishmaniasis y sus conexiones con el conflicto armado. Sin embargo, no ha habido ningún esfuerzo sistemático por desentrañar las múltiples relaciones entre la enfermedad y el conflicto, y ni académicos ni periodistas han ofrecido un análisis a profundidad, informado por la experiencia cotidiana, la historia, la política y las dinámicas sociales de la guerra.

Como acceder al Glucantime no es nada sencillo, ha surgido la pregunta de si este medicamento ha sido, o no, instrumentalizado con fines bélicos¹⁴. Esta pregunta, sin embargo, a veces se desestima de forma simplista como un mito: algo en lo que las personas creen pero que —según se argumenta— no refleja la distribución libre y oportuna del fármaco por parte del Ministerio de Salud y sus instituciones subordinadas¹⁵. Dado que se trata de un asunto espinoso que podría interpretarse como un crimen de guerra bajo el derecho internacional humanitario, tanto periodistas como científicos se muestran reacios a señalar culpables o hacer acusaciones cuando el tema emerge. Pese a ser un secreto a voces —un secreto bien conocido, lo que Taussig (1999) denominaría un «secreto público»—, los «hechos» que subyacen al control restrictivo del Glucantime y sus usos bélicos no pueden encontrarse en un documento estatal de política pública, y sería difícil que un funcionario de salud pública o un comandante del Ejército los verbalizara de este modo. Esto no significa, sin embargo, que esta realidad no exista o que sea imposible de rastrear.

Uno de los principales desafíos en el estudio etnográfico de la leishmaniasis es que resulta difícil encontrar un caso en cualquier clínica o centro de salud,

14 Véase, por ejemplo, Guarnizo Álvarez 2010; Molano Bravo 2005.

15 Véase, por ejemplo, *El Tiempo* 2008; Vélez y Pérez 2016. Retomo esto en el capítulo 2.

incluso en aquellas instalaciones médicas que se encuentran cerca de las zonas endémicas. La leishmaniasis, además, sigue siendo una enfermedad marginal en la práctica y en la formación médicas, incluso en lugares como Colombia, lo que también limita la circulación de discursos sobre esta enfermedad. Como resultado, he reconstruido una imagen de la leishmaniasis colombiana a partir de los datos que recogí en lugares donde los casos y las narrativas sobre esta enfermedad tienden a concentrarse. En Colombia la investigación biomédica y el conflicto armado funcionan como dos «imanes» que atraen, concentran y articulan experiencias y discursos en torno a la leishmaniasis. Tomé como punto de partida estos dos polos magnéticos para trazar un camino de indagación etnográfica y construir el espacio multisituado de mi investigación, rastreando la enfermedad a través de localidades donde esta emerge en la vida cotidiana (Marcus 1995; Fortun 2009).

Mientras le seguía los pasos a la enfermedad, noté rápidamente que era imposible observar y analizar la experiencia de las personas con leishmaniasis sin atender también sus itinerarios terapéuticos y sus (des)encuentros con los tratamientos disponibles, en particular con el Glucantime. Dicho de otro modo, estaba confirmando la persistente interdependencia entre lo natural, lo social y lo material (Latour 1992). Entender la presencia y ausencia fluidas de este medicamento se convirtió en un elemento constante de mi trayectoria etnográfica. Mientras seguía la leishmaniasis, terminé adoptando también una aproximación biográfica al Glucantime, trazando los distintos circuitos por los que circula este fármaco a través de diferentes contextos, poniendo en escena un elenco diverso de actores y diferentes regímenes de valores (Van der Geest, Whyte y Hardon 1996). Al reconocer los medicamentos como productos y productores de la cultura humana, empleé el Glucantime como un dispositivo de muestreo útil para comprender la forma crítica en que los fármacos están implicados en la producción recíproca de la guerra y la leishmaniasis en Colombia (Charles Rosenberg, citado por Greene y Sismondo 2015, 5).

Mi trabajo de campo etnográfico comenzó dos semanas después de que el líder de las FARC Timochenko y el presidente Santos firmaran los acuerdos de paz. Carolyn Nordstrom (2004) sostiene que no contamos con un término apropiado para describir la realidad política que sigue a la terminación de un conflicto armado. «Ni guerra ni paz» parece ser una denominación apropiada para describir esta situación. «Esencialmente es un tiempo en el que ocurren acciones militares que, al juzgarlas por sí mismas, serían denominadas “guerra” o “guerra de baja intensidad”, pero que no reciben esta denominación porque están ocultas tras un proceso de paz cuyo fracaso nadie quiere admitir» (Nordstrom 2004, 166-167). Realicé una investigación de campo de catorce meses entre octubre del 2016 y diciembre del 2017, en las etapas tempranas del periodo de ni guerra ni paz que sigue desarrollándose mientras escribo este

libro. Había diseñado un proyecto para estudiar el entrelazamiento de la leishmaniasis y la guerra, pero pronto advertí que mi investigación se desarrollaría en medio de un conflicto inacabado y una paz naciente, parcial y aún muy precaria. Mi trabajo de campo se convirtió entonces en una corroboración diaria y encarnada de que «la paz nunca se distingue claramente de la guerra» y «no es un punto final independiente que se alcanza en el tiempo o en el espacio» (Koopman 2017, 1). En cada uno de los lugares donde realicé mi investigación, experimenté esta realidad ambigua, una mezcla de optimismo sobrio y pesimismo lúcido que los participantes de mi investigación —la mayoría de los cuales había vivido la guerra de cerca— continuaban alimentando con sus narrativas escépticas, endulzadas a veces por destellos de esperanza.

Pasé tres meses haciendo trabajo de campo en el Centro de Recuperación de la Leishmaniasis (en adelante, CRL) del Ejército. Este centro clínico, único en su tipo y situado en el Batallón Silva Plazas, a las afueras de Duitama, Boyacá, fue establecido a mediados de la década de los 2000 exclusivamente para el tratamiento y la recuperación de soldados afectados por la enfermedad (imagen I.2). Justo antes de empezar mi trabajo de campo en el CRL, en octubre del 2016, todos los tratamientos con Glucantime que realizaba el Ejército se centralizaron en este centro clínico. Antes de eso, el Glucantime también se administraba en el Hospital Militar de Tolemaida (Tolima) y en el Distrito Militar de Carepa (Antioquia). Durante el tiempo que pasé en el CRL, el número de soldados bajo tratamiento con Glucantime fluctuó entre 50 y 120.

En un país que ha estado en guerra durante más de cincuenta años, el Ejército es una institución grande, extremadamente poderosa y casi impenetrable, con unos 250 000 integrantes. Como nos recuerda Ana María Forero Ángel, «El estado de sitio, de excepción y de conmoción interior se declaró permanentemente en Colombia, lo que ha repercutido en que el Ejército haya gozado de manera estable de poderes excepcionales» (2017, 46). Hasta ese momento, mi relación con el Ejército y sus miembros había sido completamente inexistente. Sin embargo, a través de conexiones familiares, pude hacerle llegar una carta a un miembro de alto rango de la Fuerza Pública, en la que le explicaba quién era yo, de qué se trataba mi investigación y por qué me interesaba realizar una parte de mi proyecto etnográfico en el CRL. Como estaba convencida de que mi solicitud iba a ser categóricamente rechazada, me sorprendió y emocionó enormemente recibir una autorización firmada por el comandante general de las Fuerzas Armadas. La Fuerza Pública, y en especial el Ejército colombiano, han sido siempre muy respetuosos con mi trabajo. Nunca me han pedido nada a cambio ni exigido que los productos de la investigación sean revisados por la institución antes de ser publicados. La independencia intelectual que se me ha otorgado es algo que quiero resaltar y por lo cual estoy profundamente agradecida.



Imagen I.2. Mapa político de Colombia que indica la capital, Bogotá, y las ubicaciones más importantes para el trabajo de campo: la región del Pacífico y los poblados de Duitama (Boyacá) y San José del Guaviare (Guaviare).

Fuente: elaboración propia con base en <https://openverse.org/image/f4990822-2659-455d-a8fa-da80c4036fo2?q=mapa+regi%C3%B3n+pac%C3%ADfico+colombia&p=1>

En el CRL tuve la oportunidad única de acompañar a cientos de soldados durante su tratamiento con Glucantime y en su posterior recuperación de la enfermedad y del fármaco. Observé a estos hombres jóvenes soportar los efectos intoxicantes del medicamento y lidiar con la testarudez de sus lesiones, en medio de los dramas, las humillaciones, las bromas, el aburrimiento, las negociaciones y la camaradería propios de la cotidianidad del régimen militar. También compartí tiempo con trabajadores de la salud, la mayoría mujeres y civiles, que combinaban prácticas militares y de cuidado en su labor de cada día. Los oficiales hombres responsables de disciplinar a los soldados y administrar el CRL también me compartieron sus historias y me enseñaron sobre el Ejército como institución, sobre cómo funcionaba el centro y sobre sus relaciones con otros departamentos militares.

Mi investigación también implicó tres meses de trabajo de campo en un municipio que llamaré Candelario, ubicado en la región del Pacífico de Colombia (imagen I.2). Si bien la guerra ha impactado de manera severa tanto a las áreas rurales como a las urbanas de este municipio, la leishmaniasis constituye un problema significativo de salud pública para la ruralidad de Candelario. Una institución de investigación biomédica que llamaré el Instituto de Investigación sobre la Leishmaniasis (INIL), cuyas oficinas y laboratorios están ubicados en una de las ciudades más grandes de Colombia, estableció un pequeño centro clínico permanente en la zona urbana de Candelario en la década de 1980. Mantengo anónimos los nombres del centro de investigación y su ubicación porque no quiero particularizar responsabilidades institucionales ni personales, ni entorpecer valiosos proyectos científicos y de formación que actualmente se desarrollan allí. Mi objetivo es discutir patrones que no son exclusivos del INIL, sino que son compartidos por otras instituciones que realizan investigación biomédica sobre la leishmaniasis en Colombia. Personas afectadas por la leishmaniasis, provenientes de zonas rurales remotas y empobrecidas de Candelario y de municipios aledaños, acuden al INIL en busca de diagnóstico y tratamiento. A cambio, a menudo son reclutados como participantes en estudios clínicos y otras investigaciones en curso. En las instalaciones del INIL, en Candelario, hablé con varios civiles afectados por la enfermedad, así como con el personal encargado de reclutar pacientes para proyectos sobre leishmaniasis que reciben financiación nacional e internacional. El papeleo, las prácticas biomédicas y las interacciones con los pacientes que día a día se desarrollan en este pequeño centro médico, y que en conjunto hacen posible la investigación que el INIL realiza, fueron de particular interés para mi exploración etnográfica. Dos congresos científicos —uno nacional y otro internacional— me ofrecieron nuevas oportunidades para aprender acerca de la investigación biomédica sobre la leishmaniasis y rastrear discursos, así como identificar otros actores implicados en la comprensión y el manejo de la leishmaniasis dentro y fuera de Colombia.

Las instalaciones clínicas en las que conduje el trabajo de campo —el CRL y la sede del INIL en Candelario— son espacios excepcionales para el manejo médico de la leishmaniasis. En ellos, tanto la concentración de los casos de leishmaniasis como el amplio acceso que tienen las personas al diagnóstico y a los medicamentos contra la enfermedad son atípicos. Sin embargo, en estos lugares especiales, la intersección entre la guerra y la enfermedad aparece de formas tan flagrantes como ordinarias. «El a veces sorprendente carácter ordinario de circunstancias en apariencia extraordinarias» (Wool 2015, 3) fue lo que me permitió rastrear la expansión generalizada de la violencia y la preservación cotidiana de desigualdades para quienes padecen de leishmaniasis tanto dentro como fuera de estos lugares.

Para el momento en que empecé a concebir este proyecto, era claro que tenía que incluir en mi trabajo las voces de (ex)combatientes guerrilleros. Aunque me puse en contacto con personas que trabajaban para la institución estatal a cargo de los procesos de desmovilización y reincorporación a la vida civil de miembros de la guerrilla, obtener autorización para realizar entrevistas a excombatientes era un proceso largo e incierto. Mientras estaba de vacaciones en Cuba en agosto del 2016, apenas un mes antes de regresar a Colombia para iniciar la investigación de campo, terminé de un modo imprevisto en el hotel en el que se estaban llevado a cabo las negociaciones entre el Gobierno y las FARC desde noviembre del 2012. Allí conocí a Francisco, un comandante guerrillero de rango medio que había formado parte de las FARC durante veintiocho años. Me sentí enormemente afortunada cuando, algunos días después de nuestra conversación en el hotel, me dijo por teléfono que se podía organizar una reunión en Colombia con miembros de las FARC para hablar sobre sus experiencias con la leishmaniasis. Esa reunión se llevó a cabo seis meses después, en febrero del 2017, tres meses después de que se firmara el acuerdo de paz.

Durante los primeros días de la implementación del acuerdo de paz, que inició el 1.º de diciembre del 2016, se crearon veintiséis de las denominadas Zonas Veredales Transitorias de Normalización (en adelante ZVTN) en áreas rurales de Colombia para que los miembros de las FARC se concentraran durante algunos meses y entregaran las armas. Dos de estos campamentos de desarme —Colinas y Charras— estaban ubicados en el Guaviare, un departamento en la región centro-sur de Colombia, cuya capital es San José del Guaviare (imagen 1.2). En febrero del 2017, pasé una semana en la ZVTN de Colinas, donde estaban reunidos aproximadamente quinientos combatientes, la mayoría provenientes del legendario Bloque Oriental de las FARC (Véase *Verdad Abierta* 2013). Hablé sobre la leishmaniasis con guerrilleros de todos los rangos y pasé la mayor parte del tiempo acompañando a enfermeras y enfermeros empíricos que tenían responsabilidades médicas en esta organización guerrillera.

Realicé más de setenta entrevistas semiestructuradas con un grupo diverso de actores: soldados, suboficiales y oficiales del Ejército, miembros de

la guerrilla de las FARC, científicos, personal de investigación, profesionales de la salud, auxiliares de enfermería, campesinos, pescadores, madereros, representantes de instituciones multilaterales de salud, servidores públicos y sobrevivientes de secuestro. Al escuchar a estas personas, sentí emociones que iban desde la empatía, la compasión, la admiración y la esperanza, hasta el desprecio, el desacuerdo, el resentimiento y la desesperanza. Reí y lloré con ellas. A veces celebraba sus historias. En ocasiones, cuando sentía que era seguro y contaba con el espacio, confrontaba amablemente sus argumentos y los contrastaba con mi propio punto de vista. En otras ocasiones evitaba intencionalmente escuchar o participar en ciertas conversaciones. A veces, optaba por asentir tímidamente o incluso guardar silencio.

Mientras realizaba la observación participante y las entrevistas, solo en contadas ocasiones tuve la sensación de escuchar historias ensayadas o narrativas previamente preparadas; esto sucedió, por ejemplo, con algunos servidores públicos o miembros de alto rango del Ejército. Probablemente esto se debe a que las conversaciones sobre un asunto de salud como la leishmaniasis no parecen estar directamente asociadas a la violencia o no se perciben como algo que esté cargado de tensiones políticas. Sin embargo, aproximarme al conflicto armado a través de las historias sobre la enfermedad llevó frecuentemente a que las personas con las que hablé se vieran a sí mismas como víctimas de otras formas de violencia generada por la guerra, o a que reconocieran que la guerra se experimenta de formas diferentes a aquellas que suelen describirse. Entendí que, al profundizar en la dinámica del conflicto desde un ángulo inusual como la leishmaniasis, se hace más difícil caer en los lugares comunes que dan cuenta del conflicto armado colombiano desde las geografías, los mecanismos y los actores «tradicionales» de la guerra. Al adoptar esta perspectiva *oblicua*, se hace más fácil dar cuenta de la naturaleza ubicua, ineludible y penetrante de la guerra, tal como se manifiesta en realidades que aún permanecen en gran medida inexploradas. Como señala Michael Jackson, «En toda sociedad humana, el rango de experiencias que son reconocidas socialmente y nombradas es siempre mucho más estrecho que el rango de experiencias que las personas en realidad viven» (2002, 23). Este libro demuestra cómo las narrativas con puntos de entrada atípicos —como la leishmaniasis— «amplían y pluralizan nuestros horizontes de conocimiento» sobre la guerra (2002, 25).

Esquema de los capítulos

Cada capítulo de este libro explora la maraña desde un punto de vista diferente. Mi intención ha sido tirar y tensar algunos de sus hilos centrales para