

Editorial

El abordaje integral de las enfermedades tropicales desatendidas en América Latina y el Caribe: un imperativo ético para alcanzar la justicia y la equidad social

[...] de modo que muy pronto padecieron ambos (Aureliano y José Arcadio Buendía) la misma somnolencia, sintieron el mismo desprecio por la alquimia y la sabiduría de su padre, y se refugiaron en la soledad. "Estos niños andan como zurumbáticos", decía Úrsula. "Deben tener lombrices". Les preparó una repugnante pócima de paico machacado, que ambos bebieron con imprevisto estoicismo, y se sentaron al mismo tiempo en sus bacinillas once veces en un solo día, y expulsaron unos parásitos rosados que mostraron a todos con gran júbilo, porque les permitieron desorientar a Úrsula en cuanto al origen de sus distraimientos y languideces".

Gabriel García Márquez, "Cien Años de Soledad"

Las enfermedades tropicales desatendidas afectan, principalmente, a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con bajos ingresos, bajo nivel educativo, vivienda precaria, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras en el acceso a los servicios de salud. Las poblaciones vulnerables viven en las zonas rurales o en los cinturones de miseria de las ciudades de los países tropicales. Ellas son, sin duda, resultado de las condiciones de pobreza y marginación de ciertos grupos de población. Por compartir factores determinantes sociales y ambientales comunes, las enfermedades tropicales desatendidas frecuentemente presentan superposición geográfica. Por su naturaleza crónica y silenciosa y por afectar a comunidades con voz política débil, los Estados suelen dar poca prioridad a su prevención, vigilancia y control. A su vez, el sector privado ha limitado la investigación y el desarrollo de nuevos y mejores medicamentos y métodos de diagnóstico, por cuanto no encuentra en su comercialización un mercado capaz de generar utilidades que compensen las inversiones realizadas, dado el limitado poder adquisitivo de los grupos humanos afectados, aunque el establecimiento de varias iniciativas y, en especial, de la iniciativa de medicamentos para enfermedades desatendidas (*Drugs For Neglected Diseases Initiative*, DNDi), una asociación independiente, sin ánimo de lucro, ha significado un cambio favorable en la investigación y en el desarrollo de nuevos y mejores tratamientos. Cabe recordar que la meta 8e de los objetivos de desarrollo del milenio es la de proporcionar, en cooperación con las empresas farmacéuticas, acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles (1).

Más de mil millones de personas en el mundo sufren, al menos, de una enfermedad tropical desatendida (2) y la carga conjunta de enfermedad es de 56,6 millones años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), sólo superada, entre las enfermedades infecciosas, por las infecciones respiratorias bajas, el VIH-sida y las enfermedades diarreicas, y, a su vez, mayor que la carga de enfermedad por malaria, tuberculosis y sarampión (3).

La carga de enfermedad por enfermedades tropicales desatendidas en América Latina y el Caribe es el 8,8% de la carga mundial, aproximadamente, 5 millones de AVAD (4), superior a la carga de enfermedad por VIH en la región. Esta importante cifra se explica teniendo en cuenta que, en 2008, 40% de los aproximadamente 556 millones de habitantes de América Latina y el Caribe vivían en condiciones de pobreza, incluyendo 47 millones de personas con un ingreso per cápita diario menor de US \$ 1 y 74 millones con menos de US \$ 2 diarios (4). Aunque América Latina no es la región más pobre del mundo, sí es aquella con las mayores desigualdades: el 10% más rico de la población recibe el 48% de los ingresos mientras el 10% más pobre recibe apenas el 1,6% (5). En América Latina y el Caribe, 9% de la población

carecía en 2006 de acceso a agua potable, 3% en zonas urbanas y 28% en las rurales, mientras que 22% de la población carecía de acceso a adecuados servicios de saneamiento básico, 14% en zonas urbanas y 51% en las rurales (6).

Las enfermedades tropicales desatendidas son ocasionadas por diversos agentes etiológicos (7). Con la excepción del dengue y de las mordeduras de serpiente, todas ellas son enfermedades crónicas cuyos efectos en la salud son perdurables. Las geohelmintiasis y la esquistosomiasis ocasionan en los niños desnutrición, anemia, trastornos en su crecimiento, desarrollo, menor capacidad de aprendizaje y ausentismo escolar, que determinan que en su vida adulta se vea mermada su productividad y, por tanto, su capacidad de generar ingresos adecuados para ellos y sus familias. En las mujeres embarazadas son causa de anemia y desnutrición intrauterina. En algunos casos generan incapacidad laboral, como en la ceguera por oncocercosis y tracoma o en la cardiopatía crónica por la enfermedad de Chagas, o deformaciones y estigmatización social, como en la lepra, la filariasis linfática y la leishmaniasis. Todo ello contribuye a obstaculizar el progreso y el desarrollo de las comunidades, poblaciones y países afectados y a deteriorar aún más su ya precario nivel de vida, perpetuando así el círculo vicioso de la pobreza, pues son, a la vez, consecuencia y causa de ella.

En América Latina y el Caribe las geohelmintiasis, la enfermedad de Chagas, la leishmaniasis y el dengue se encuentran ampliamente diseminados, mientras que otras enfermedades, que constituyen un legado histórico de la esclavitud (8), presentan una distribución focal en algunos países: la esquistosomiasis en Brasil, Surinam, Santa Lucía y Venezuela; la filariasis linfática en Brasil, Guyana, Haití y República Dominicana, y la oncocercosis en Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela (9).

En Colombia, aproximadamente, 14 millones de habitantes viven en áreas de riesgo de transmisión de enfermedad de Chagas, con 700.000 personas infectadas (10) y la cardiopatía crónica causada por la enfermedad de Chagas en Colombia constituye un problema cuya magnitud falta aún por dimensionar adecuadamente. Aunque desde 1995 se hizo obligatoria la tamización universal de donantes para la enfermedad de Chagas en los bancos de sangre, evitando así la transmisión por la transfusión sanguínea (10), es necesario fortalecer y consolidar el control de la transmisión domiciliar por *Rhodnius prolixus* y los programas de mejoramiento de la vivienda para eliminar esta forma de transmisión en la presente década, dentro de la iniciativa de los países andinos, así como los programas de tratamiento antiparasitario para niños y adolescentes con enfermedad de Chagas en fase latente y la atención integral del paciente con cardiopatía crónica.

En el período de 2005 a 2009 se notificaron oficialmente en Colombia 63.108 casos de leishmaniasis cutánea, 34.267 (54,3%) de ellos en las Fuerzas Armadas (comunicación personal, Grupo de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud). El aumento de la notificación de casos de leishmaniasis en los últimos años refleja un posible incremento de la transmisión de esta parasitosis, atribuible a diversos factores, entre otros, al aumento de las actividades humanas en ambientes silvestres en donde existe transmisión enzoótica, y a los cambios en los entornos de transmisión, que ahora incluyen el peridomicilio y el domicilio, y las zonas periurbanas (11).

No se tiene un conocimiento actualizado de la situación de las geohelmintiasis a nivel nacional. La última encuesta nacional de prevalencia de geohelmintiasis fue realizada en Colombia en 1977-1980 (12). En 2006, 7% de la población colombiana carecía de acceso a agua potable, 1% en zonas urbanas y 23% en las rurales, y 22% de la población carecía de servicios de saneamiento básico, 15% en zonas urbanas y 42% en las rurales (6). Si consideramos que uno de los principales factores de riesgo de infección por geohelminthos es la carencia de acceso a saneamiento básico, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) calcula que poco más de 1,9 millones de niños en edad preescolar (1 a 4 años) y escolar (5 a 14 años), equivalente a 15% de la población en estos grupos de edad, se encuentran en alto riesgo de infección por geohelminthos. A pesar de que algunas organizaciones no gubernamentales adelantan campañas de desparasitación periódica en algunas ciudades, no existe en Colombia un programa integral de control de las geohelmintiasis. En este contexto, la realización de un nuevo estudio de prevalencia e intensidad de infección en niños en edad preescolar y escolar, suministraría la información básica para planear las intervenciones necesarias.

Aunque Colombia alcanzó desde 1997 la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel nacional, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una tasa de prevalencia menor de 1 caso por cada 10.000 habitantes (13), en 2005, 87 municipios de Colombia aún tenían prevalencias de lepra superiores a 1 caso por 10.000 habitantes, 30% por ciento de los casos detectados tenían discapacidad en el momento del diagnóstico y 10% discapacidad grado 2 (13). El plan estratégico para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de lepra 2010-2015, tiene como metas generales para el año 2015 lograr que todos los municipios del país tengan prevalencias menores a 1 caso por 10.000 habitantes y reducir en 35%, sobre las cifras de 2010, la tasa de nuevos casos detectados con discapacidad grado 2 (13).

Los esfuerzos de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca, del Instituto Nacional de Salud y del Ministerio de la Protección Social, con el apoyo técnico y financiero del Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA) y la donación del medicamento ivermectina por parte del programa de donación de Mectizan® del Laboratorio Merck, permitieron lograr en 2007 la interrupción de la transmisión de la oncocercosis en el único foco conocido de transmisión ubicado en la zona rural de López de Micay, Cauca, con una población en riesgo de cerca de 1.300 personas. Actualmente, este foco se encuentra en el tercero y último año del período de vigilancia epidemiológica posterior a la suspensión de los tratamientos y, si se confirma la interrupción de la transmisión, Colombia podría solicitar en 2011 a la OMS iniciar el proceso de certificación de la eliminación de la oncocercosis.

El dengue constituye un importante problema de salud pública, endémico en muchos países de América Latina y el Caribe, con epidemias periódicas de dengue y fiebre hemorrágica, como la ocurrida en Colombia en el primer trimestre de 2010. La ausencia de acueducto o de flujo constante y disponibilidad continua de agua potable en todas las viviendas en las áreas urbanas favorece la proliferación de *Aedes aegypti* en recipientes para el almacenamiento de agua.

A nivel mundial, a partir de la década de 1990, ha habido un interés creciente por la posibilidad de eliminar algunas enfermedades tropicales desatendidas, y de controlar y reducir sustancialmente la carga de enfermedad ocasionada por otras, con estrategias costo-efectivas que incluyen la educación en salud, la participación comunitaria, la administración masiva de medicamentos en dosis única en poblaciones con alta carga parasitaria, acciones interprogramáticas para la integración de los programas de vigilancia y control, y acciones intersectoriales para abordar sus factores determinantes sociales y mitigar sus efectos. Esto trajo como resultado la creación del Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas en la OMS, promovió la constitución de alianzas internacionales entre organizaciones públicas y privadas, incrementó la visibilidad internacional de la problemática de las enfermedades tropicales desatendidas, de su importancia en salud pública y de su impacto desfavorable en el desarrollo de los países en donde ellas son endémicas, y ha contribuido a aumentar la gestión y destinación de recursos por parte de los gobiernos de los países desarrollados, de los organismos internacionales y de las fundaciones filantrópicas para apoyar los programas dirigidos a su control o eliminación en los países en vías de desarrollo.

Si bien en América Latina y el Caribe ha habido avances importantes en el control o en la eliminación de varias de estas enfermedades, como la interrupción de la transmisión vectorial domiciliar de la enfermedad de Chagas por *Triatoma infestans* en Brasil, Chile y Uruguay, y por *Rhodnius prolixus* en Guatemala, Honduras y Nicaragua, la prevención de su transmisión por la transfusión mediante la tamización universal de donantes en la mayoría de los países (10), la interrupción de la transmisión de la filariasis linfática y de la oncocercosis en varios de los focos y un aumento en la cobertura anual de desparasitación de niños en edad escolar en la región, aún hay un importante camino por recorrer.

En octubre de 2009 el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD49.R19 sobre “*Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza*” (14). En ella se expresa el compromiso de los estados miembros de la OPS con metas concretas de control o eliminación de enfermedades desatendidas, que pueden combatirse con instrumentos existentes e intervenciones en salud pública costo-efectivas, de manera que dejen de ser consideradas como problemas de salud pública en el año 2015. La resolución enfatiza la importancia del enfoque integral que incluya estrategias interprogramáticas con programas de salud existentes, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones

(PAI), los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), etc., y acciones intersectoriales, con educación, vivienda, desarrollo, agua y saneamiento básico, medio ambiente, agricultura y ganadería, necesarias para el abordaje integral sostenible de los factores determinantes sociales de la salud.

Se espera que el compromiso político expresado en esta resolución traiga como resultado una mayor visibilidad de la problemática social y de salud relacionada con las enfermedades desatendidas, un fortalecimiento y aumento en los presupuestos para los programas de vigilancia y control en salud pública, esfuerzos y acciones de integración interprogramática e intersectorial para tener un mayor impacto y garantizar la sostenibilidad a largo plazo de los programas y logros, gestión de recursos nacionales e internacionales y un fortalecimiento de la cooperación técnica por parte de la OPS para la formulación e implementación de planes integrales de control o eliminación de las enfermedades desatendidas (14,15).

De ser así, se disminuiría notoriamente la carga de enfermedad por las enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, región reconocida mundialmente por su liderazgo histórico en la eliminación de la poliomielitis y el sarampión y en la notoria reducción de los casos de rabia humana transmitida por perros. Ello contribuiría a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones afectadas, a la disminución de la pobreza en la región y al logro de todos los objetivos de desarrollo del milenio (15).

Esta reducción no debe ser solamente una prioridad en salud pública. Como lo ha manifestado la doctora Mirta Roses-Periago, directora de la OPS, en diversos eventos públicos, es ante todo un imperativo ético impostergable, cuando existen el conocimiento y las intervenciones necesarias para hacerlo, pues contribuye a saldar la deuda social con las comunidades históricamente marginadas (16). Es, en fin, un asunto de justicia y equidad social, indispensable para la construcción de un mundo mejor, un mundo en donde “[...] las estirpes condenadas a cien años de soledad tengan por fin y para siempre una segunda oportunidad sobre la tierra” (17).

Steven Kenyon Ault
Rubén Santiago Nicholls

Programa Regional de Enfermedades Parasitarias y Desatendidas
Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles
Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street NW
Washington, D.C., 20037-2895
Estados Unidos de América
Teléfonos: (1 202) 974 3896 / 3272
aultstev@paho.org y nichollr@paho.org

Declaración de conflictos de intereses

Los autores son actualmente funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y no declaran conflicto de interés alguno. El contenido y las opiniones expresadas en este escrito son de su exclusiva responsabilidad y de ninguna manera representan la posición oficial de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud ni de sus cuerpos directivos.

Referencias

1. **Organización de las Naciones Unidas (ONU).** Objetivo de desarrollo del milenio 8. Fortalecer la alianza mundial para el desarrollo en una época de crisis. Informe del Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio de 2009. 81 pp. Fecha de consulta: 25 de mayo de 2010. Disponible en: http://www.un.org/esa/policy/mdggap/mdg8report_spw.pdf.
2. **Savioli L.** Neglected Tropical Disease Department, World Health Organization. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2010. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/director/en/index.html.
3. **Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A, Kumaresan J, Sachs SE, Sachs JD, et al.** Control of neglected tropical diseases. *N Engl J Med.* 2007;357:1018-27.

4. **Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Roses-Periago M.** The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: A review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2008;2:e300. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553488/?tool=pubmed>.
5. **The World Bank.** Inequality in Latin America & the Caribbean: Breaking with history? Fecha de consulta: 21 de mayo de 2010. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/0,,contentMDK:20384897~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258554,00.html>.
6. **Organización Panamericana de la Salud.** Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2009. PAHO/HSD/HA/09.01. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1878&Itemid=229&lang=es.
7. **World Health Organization.** Neglected tropical diseases. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2010. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/.
8. **Lammie PJ, Lindo JF, Secor WE, Vasquez J, Ault SK, Eberhard ML.** Eliminating lymphatic filariasis, onchocerciasis, and schistosomiasis from the Americas: Breaking a historical legacy of slavery. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2007;1:e71. Fecha de consulta: 17 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2100373/pdf/pntd.0000071.pdf>.
9. **Pan American Health Organization.** Prevention and Control of Communicable Diseases. Area of Health Surveillance and Disease Prevention and Control. Epidemiological profiles of neglected diseases and other infections related to poverty in Latin America and the Caribbean. HSD/CD/543. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2009. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1247&Itemid=1103.
10. **Moncayo A, Silveira AC.** Current epidemiological trends for Chagas disease in Latin America and future challenges in epidemiology, surveillance and health policy. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2009;104(Supl.1):17-30. Fecha de consulta: 25 de mayo de 2010. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762009000900005&lng=en&nrm=iso&tling=en.
11. **Saravia NG, Nicholls RS.** Leishmaniasis: un reto para la salud pública que exige concertación de voluntades y esfuerzos. *Biomédica*. 2006;26(Supl.)1:7-9. Fecha de consulta: 25 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=2306>.
12. **Corredor A, Arciniegas G, Hernández CA.** Parasitismo intestinal en Colombia. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2001.
13. **Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud.** Plan estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de lepra 2010-2015. Bogotá: Gráficas Ducal; 2009. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2010. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=504&Itemid=467.
14. **Organización Panamericana de la Salud, Consejo Directivo.** Resolución CD 49. R19, "Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza"; 2 de octubre de 2009. Fecha de consulta: 19 de mayo de 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es.
15. **Holveck JC, Ehrenberg JP, Ault SK, Rojas R, Vásquez J, Cerqueira MT, et al.** Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: Pathways to integrated, interprogrammatic, intersectorial action for health and development. *BMC Public Health*. 2007;7:6. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1797008/pdf/1471-2458-7-6.pdf>.
16. **Roses-Periago M.** Discurso de toma de posesión como directora de la Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, Estados Unidos, 1 de febrero de 2008. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2010. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/d/D_InaugSpeech_F08_spa.htm.
17. **García Márquez G.** La soledad de América Latina. Discurso de aceptación del Premio Nobel 1982. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.ciudadseva.com/textos/otros/ggmnobel.htm>.