

Biomédica Instituto Nacional de Salud

Volumen 32, Suplemento No. 1, Bogotá, D.C., Colombia - Abril, 2012

Editorial

Requisitos para una nueva historia de la malaria

En los últimos años, los titulares de las diversas publicaciones científicas y no científicas parecen reflejar que nos encontramos escribiendo un capítulo nuevo en la historia de la malaria. Se tienen medicamentos nuevos (por ejemplo, la artemisinina sintética), esperanzas renovadas de una vacuna eficaz, e información nueva sobre la biología de *Plasmodium* spp. y *Anopheles* spp. que, a su vez, abren expectativas de nuevos blancos terapéuticos o de vacunas y estrategias de control innovadoras.

El reporte más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las muertes y los casos por paludismo a nivel global disminuyeron entre el 2000 y el 2010 en 26 % y 17 %, respectivamente. Esta reducción ha sido atribuida al aumento de la cobertura de mosquiteros impregnados con insecticidas, a los tratamientos a base de la combinación con derivados de la artemisinina y al uso de las pruebas de diagnóstico rápido (1).

Desde hace algunos años, se cuenta con nuevos entes financiadores como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la iniciativa presidencial estadounidense para la malaria y la Fundación Bill y Melinda Gates, quienes declararon frente a la comunidad científica internacional su empeño en ayudar a erradicar la malaria suministrando recursos suficientes en áreas clave (2).

Finalmente, se cuenta con un nuevo compromiso político asumido por los países que firmaron el acuerdo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas, que incluye detener y reducir la incidencia de malaria para el año 2015 (3).

A pesar de este optimismo, los avances científicos, la implementación de las estrategias, los recursos y el compromiso político no son requisitos suficientes para escribir una nueva historia de la malaria.

El Programa Global de Erradicación de la Malaria de la década de los 50 nos dejó varias lecciones, que Nájera, *et al.*, resumieron en

1. no hay que considerar que una sola estrategia se puede aplicar en todas partes,
2. se requiere un compromiso a largo plazo que incluya la participación de las comunidades, y
3. la integración con los sistemas de salud y sistemas de vigilancia ágiles es indispensable (4).

Para ilustrar el primer punto, Tobón, *et al.*, argumentan sobre la necesidad de revisar los signos de alarma y los criterios de malaria grave desarrollados por la OMS con base, principalmente, en los estudios realizados en África y el sureste asiático, y adoptar criterios propios que correspondan a zonas de transmisión baja e inestable como la nuestra (5).

Para el segundo punto, Ospina, *et al.*, confirman que actualmente el 39 % de los puestos de diagnóstico de malaria en el país corresponden a microscopistas, generalmente personas de las mismas comunidades afectadas, quienes necesitan entrenamiento y apoyo permanente para poder hacer el diagnóstico y suministrar el tratamiento en sus lugares de residencia (6).

Y, como ejemplo de la tercera lección, tenemos la información que aportan Chaparro, *et al.*, de las debilidades del sistema de vigilancia de malaria en los departamentos endémicos en Colombia (7).

La adaptación de estrategias a las realidades locales, la sostenibilidad de las intervenciones con participación de las comunidades y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia son otros factores necesarios para intentar emprender un programa de eliminación, si acaso erradicación, de la malaria.

El conocimiento local del comportamiento e interacciones de los parásitos, vectores y seres humanos, y la respuesta social organizada a los problemas de salud, son fundamentales para poder construir

y mantener actualizados los programas de eliminación o de erradicación, de acuerdo con la realidad heterogénea de las diversas áreas de transmisión.

Aún continuamos estudiando el comportamiento del vector e involucrando nuevas especies en la transmisión, como lo reportan Jiménez, *et al.* (8), mientras que el descubrimiento reciente de que *P. knowlesi* está implicado en el ciclo de transmisión natural al ser humano y la presencia cada vez mayor de casos hospitalizados atribuibles a *P. vivax*, son tan sólo dos ejemplos de los cambios dinámicos con relación a la epidemiología y el conocimiento clínico de la malaria (9,10).

Pero, asegura Blair, en este número de *Biomédica*, que no sólo hace falta conocimiento —y mucho— sino también cambiar los modelos biomédicos tradicionales con los cuales se aborda la malaria y ampliarlos para reconocer las fuerzas de poder de distintos orígenes que afectan las posibilidades de eliminación o de erradicación (11). Borrero, *et al.*, abordan algunos de estos factores, particularmente aquellos que tienen que ver con la organización del sistema de salud, y demuestran el impacto de la descentralización en la incidencia de malaria en el país (12); sin embargo, otros procesos no fueron incluidos. La epidemia de malaria prácticamente incontrolable que originan las explotaciones mineras en el bajo Cauca, Chocó o Buenaventura, ilustra claramente cómo las políticas macroeconómicas inciden en el riesgo de la salud de las comunidades pero que se olvidan frecuentemente en el estudio de la malaria. Su inclusión en un posible programa de eliminación o erradicación de la malaria en Colombia es un requisito ineludible.

Mientras estos aspectos complementarios para una nueva historia de la malaria se dan, pudiéramos aspirar a llegar a un compromiso mundial por la erradicación de las muertes por malaria dentro de las zonas endémicas y fuera de ellas. Hoy se debate en los medios científicos cuántas son realmente las muertes que se atribuyen a la malaria (13). Si bien la tendencia es a la reducción de la mortalidad por paludismo en el país (14), las muertes por malaria son evitables y el hecho de que se presenten demuestra una falla fundamental en el sistema de prevención y atención primaria (15). Las demoras en el diagnóstico y en el tratamiento son un problema regional, no sólo en Colombia, sino también en Bolivia, según Añez, *et al.* (16).

La atención oportuna y adecuada de los casos de malaria exige: una acción inmediata para fortalecer la capacidad de respuesta de los niveles de menor complejidad; la inclusión obligatoria de competencias en el diagnóstico y en el tratamiento de la malaria en los currículos de medicina, enfermería y bacteriología; la educación continua del personal de salud que labora en áreas endémicas y no endémicas; el suministro oportuno de los insumos para el diagnóstico, y la disponibilidad —donde se necesiten— de medicamentos en cantidad suficiente y de buena calidad.

Todo esto requiere el fortalecimiento de los servicios de salud y de la capacidad gerencial de quienes tienen como misión, por ahora, el control de la malaria en el país.

Lyda Osorio

Grupo de Epidemiología y Salud Poblacional, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Martha C. Suárez-Mutis

Laboratório de Doenças Parasitárias, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

Referencias

1. **World Health Organization.** The World Malaria Report 2010. Fecha de consulta: 7 de febrero de 2012. Disponible en: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/en/index.html.
2. **Roberts L, Enserink M.** Did they really say... eradication? *Science*. 2007;318:1544-5.
3. **The General Assembly of United Nations.** 55/2 United Nations Millennium Declaration. New York, 2000. Fecha de consulta: 7 de febrero de 2012. Disponible en: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>.
4. **Nájera JA, González-Silva M, Alonso PL.** Some lessons for the future from the Global Malaria Eradication Programme (1955-1969). *PLoS Med*. 2011;8:e1000412.
5. **Tobón A, Giraldo C, Blair S.** Utilidad de los signos clínicos y parasitológicos en el pronóstico de malaria grave en Colombia. *Biomédica*. 2012;32:79-94.

6. **Ospina O, Cortés L, Cucunubá Z, Mendoza N, Chaparro P.** Caracterización de la Red Nacional de Diagnóstico de Malaria, Colombia, 2006-2010. *Biomédica*. 2012;32:46-57.
7. **Chaparro P, Soto E, Padilla J, Vargas D.** Estimación del subregistro de casos de paludismo en diez municipios de la costa del Pacífico nariñense durante 2009. *Biomédica*. 2012;32:29-37.
8. **Jiménez P, Conn J, Brochero H, Wirtz R.** *Anopheles* (Diptera: Culicidae) vectores de malaria en el municipio de Puerto Carreño, Vichada, Colombia. *Biomédica*. 2012;32:13-21.
9. **Martínez E, Tobón A, Blair S.** Malaria en humanos por infección natural con *Plasmodium knowlesi*. *Biomédica*. 2012; 32:121-30.
10. **Arboleda M, Pérez M, Fernández D, Usuga L, Meza M.** Perfil clínico y de laboratorio de los pacientes con malaria por *Plasmodium vivax*, hospitalizados en Apartadó, Colombia. *Biomédica*. 2012;32:58-67.
11. **Blair S.** Retos para la eliminación de malaria en Colombia: un problema de saber o de poder. *Biomédica*. 2012;32:131-48.
12. **Borrero E, Carrasquilla G, Alexander N.** Descentralización y reforma: ¿cuál es su impacto sobre la incidencia de malaria en los municipios colombianos? *Biomédica*. 2012;32:68-78.
13. **Murray CJ, Rosenfeld LC, Lim SS, Andrews KG, Foreman KJ, Haring D, et al.** Global malaria mortality between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2012;379:413-31.
14. **Chaparro P, Padilla J.** Mortalidad por paludismo en Colombia, 1979-2008. *Biomédica*. 2012;32:95-105
15. **Fernández J, Osorio L, Murillo O, Escobar H, Bustamante P, Agudelo H, et al.** Caracterización de la mortalidad por malaria en el Valle del Cauca, 2005-2006. *Biomédica*. 2009;29:582-90.
16. **Añez A, Suárez MF, Cuba J.** Factores que retardan el diagnóstico y el tratamiento de la malaria en el municipio de Riberalta, Bolivia. *Biomédica*. 2012;32:38-45.