

Control de la leishmaniasis visceral en Brasil: ¿fin de un ciclo?

La leishmaniasis visceral (LV) es una enfermedad de transmisión vectorial con una amplia distribución mundial, pese a que el 90% de los casos se produzcan en solamente seis países: India, Bangladesh, Sudán, Sudán del Sur, Brasil y Etiopía. Se estima que hay de 200 a 400 mil casos nuevos cada año en el mundo, cerca de un 10% de ellos derivan en óbito, afectando particularmente a las poblaciones que viven en situación de pobreza y vulnerabilidad social.

En Brasil el ciclo de la transmisión es zoonótico, siendo considerado el perro doméstico el principal reservorio, y el flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis* el vector de mayor importancia epidemiológica. Desde el principio del siglo XX, cuando se identificó en el país, y se elucidó el ciclo de transmisión, el control de la enfermedad se configuró en un desafío para investigadores y profesionales de salud.

Inicialmente descrita como una endemia rural, a partir de la década de 1980, la enfermedad pasó por un proceso de urbanización y expansión territorial. En el quinquenio de 2010-2014 se registraron cerca de 17 mil nuevos casos de LV y más de 1.100 óbitos, con origen en 1/4 de los municipios brasileños de 21 Estados de la Federación. Hoy más de 70% de los casos ocurren en cerca de 200 municipios, teniendo 1/4 de ellos más de 100 mil habitantes, incluyendo Aracaju (Sergipe), Araguaína (Tocantins), Baurú (São Paulo), Belo Horizonte (Minas Gerais), Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Fortaleza (Ceará), Montes Claros (Minas Gerais), São Luís (Maranhão) y Teresina (Piauí).

El Programa de Control de la Leishmaniasis Visceral (PVCLV) del Ministerio de Salud prevé acciones para la reducción de la transmisión y su morbimortalidad. Para disminuir la fuerza de transmisión se recomienda el control vectorial y encuestas seroepidemiológicas caninas, con posterior eutanasia de los perros seropositivos. Las acciones para la reducción de la letalidad involucran el perfeccionamiento de los procedimientos para el diagnóstico precoz y la rápida disponibilidad de medicamentos para el tratamiento. A pesar de los esfuerzos y los recursos invertidos para el pleno funcionamiento del PVCLV, se consolida en la comunidad científica la percepción de que las acciones dirigidas a la reducción de la transmisión no vienen surtiendo el efecto deseado. La LV y el dengue son los principales fracasos en el contexto del control de enfermedades transmisibles en el país ¹.

El artículo von Zuben & Donalísio, que integra este fascículo de CSP, cuenta con nuevos elementos empíricos que pueden ayudar a explicar la inefectividad de las acciones de control para reducir la incidencia y limitar la diseminación geográfica de la enfermedad. Al contrario que los estudios que demostraron los resultados insuficientes de la eliminación de perros infectados y del control vectorial, este artículo aborda las dificultades operacionales para la consecución de los objetivos del PVCLV. Aquí las autoras exploran el papel del propio proceso de ejecución de las acciones preconizadas como elemento definidor de su desempeño.

En base a entrevistas con gestores de los PVCLV de 6 municipios de gran porte, las autoras refuerzan evidencias anecdóticas o de base local de que los problemas estructurales están en el meollo de la cuestión. Por un lado, existe una crónica insuficiencia de insumos y de recursos humanos y financieros contribuyendo a la discontinuidad y/o baja cobertura de las acciones de control. Por otro, hay una creciente resistencia social a permitir acceso a las residencias por parte de los equipos del PVCLV para la ejecución de estas acciones, principalmente, en lo que se refiere a la eutanasia canina. A este contexto se le suman otras dificultades como la baja prioridad de la LV frente a otras enfermedades, particularmente dengue; la relativa imprecisión de los test diagnósticos para la detección de la infección

canina; la creciente interferencia judicial en respuesta a la actuación de organizaciones no gubernamentales y de clínicos veterinarios contra la eutanasia; el bajo impacto de las acciones de educación en salud basadas en una lógica donde la población es vista como pasiva y no artífice y los problemas crónicos de saneamiento ambiental. En suma, incluso si las acciones preconizadas fueran altamente eficaces, algo que no está cabalmente demostrado, todos los problemas apuntados serían suficientes para producir un programa de intervención incapaz de alcanzar plenamente sus objetivos.

Son necesarias transformaciones que ya se están produciendo, como dar énfasis a la reducción de la transmisión, el PVCLV dio un giro de timón para priorizar la reducción de la letalidad. Evitar las cerca de 250 muertes anuales por LV debe ser realmente la meta prioritaria, no sólo por su relevancia en el desenlace de la enfermedad, sino también por la mayor factibilidad en alcanzarla en comparación con la reducción substancial de la incidencia. El objetivo de reducción del riesgo de infección no fue dejado a un lado, habiendo sido perfeccionado incluso, a partir de una lógica donde las estrategias de vigilancia y control se implementan de acuerdo con niveles de transmisión, aunque existan muchas críticas a los métodos utilizados para definir estos niveles.

¿Serían estos cambios suficientes? Pese a que son bienvenidos, la respuesta es un sonoro ¡NO! Los pilares del actual PVCLV son los mismos que los establecidos por el *Decreto Presidencial 51.838* de 14 de marzo de 1963, o sea, hace más de 50 años. En la década de 1960 la LV era típicamente una endemia rural, concentrada en la región Nordeste del país, donde casi 2/3 de la población residía en áreas rurales, la tasa de analfabetismo era de 60%, la esperanza de vida era de 45 años y menos de 1/3 de los domicilios tenían acceso a agua potabilizada. Un escenario completamente diferente al actual.

En las grandes ciudades las dificultades de actuación de un programa que necesita combinar agilidad con una alta cobertura se potencializan. No sólo la magnitud del desafío es inmensa, sino que crecen también las barreras a la actuación de los equipos del PVCLV, bien sea por la complejidad del tejido urbano y la violencia restringiendo el acceso a territorios específicos, o por la menor pasividad de la población para aceptar sin cuestionar intervenciones como el sacrificio canino. Existe un claro anacronismo en estas estrategias, de manera que las modificaciones puntuales son meros paliativos.

Debe haber transformaciones, y estas deben ser más amplias y completas. Zélia Profeta da Luz y Gustavo Romero, comentaristas del artículo, recuerdan algunas condiciones para que los cambios en el PVCLV sean exitosos: mejoría en el acceso y cuidado al paciente con LV; primacía de la investigación científica de calidad para proveer evidencias sólidas de coste-efectividad que guíen la incorporación de nuevas herramientas de control; fortalecimiento de enfoques educativos que fomenten la participación activa de la población en las acciones de control e inversión en saneamiento ambiental. Para todo eso hay todavía mucho que hacer, pero el fortalecimiento del Sistema Único de Salud debe ser un punto de referencia fundamental de esa lucha.

Guilherme L. Werneck
Editor Asociado

1. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; 377:1877-89.