

Editorial

El drama de las enfermedades tropicales desatendidas

Las enfermedades tropicales desatendidas son un grupo de cerca de 20 enfermedades infecciosas presentes en 149 países, las cuales afectan a más de mil millones de personas en el mundo, principalmente en África, Asia y Latinoamérica. La gran mayoría se presenta en forma simultánea en un mismo lugar e, incluso, una persona puede padecer más de una de ellas simultáneamente. Desde el punto de vista institucional y social, estas enfermedades presentan una serie de dificultades que les son inherentes y aumentan el drama de las personas que las sufren. Entre estas, cabe destacar las características sociales y económicas de las poblaciones afectadas, las pocas opciones terapéuticas con que cuentan, la escasa información científica de calidad sobre la eficacia y la seguridad de los tratamientos disponibles, las dificultades de acceso a los tratamientos médicos y la tardanza con que los gobiernos actualizan los protocolos y las guías de manejo.

Además de su alta incidencia, las enfermedades tropicales desatendidas afectan a las poblaciones más pobres de los países más pobres. Son grandes núcleos de población de bajos ingresos y nivel de escolaridad, que viven en lugares remotos, apartados de los centros de atención médica, donde el acceso al agua potable y al saneamiento básico es limitado y, en ocasiones, inexistente. Se trata de poblaciones olvidadas y desatendidas, aquejadas por enfermedades que —aunque muchas veces son objeto de programas especiales de los ministerios de salud— no por ello reciben una atención suficiente, eficiente y oportuna pues, en ocasiones, implican mayores dificultades para acceder al tratamiento, como en el caso de la leishmaniasis cutánea, cuyo tratamiento no se consigue comercialmente en las farmacias y puede obtenerse únicamente mediando un diagnóstico parasitológico. Y es precisamente allí donde radica el problema, dada la poca formación del personal de salud en torno al manejo de la enfermedad y la toma y lectura de las pruebas diagnósticas, lo que obliga a los paciente a acudir en repetidas ocasiones al centro de salud, o a optar por tratamientos empíricos con sustancias cáusticas o con plantas, como hemos podido comprobarlo directamente con las comunidades residentes en los lugares que son focos naturales de la infección.

Como consecuencia del perfil de las poblaciones que las padecen, las enfermedades tropicales desatendidas no son atractivas para las compañías farmacéuticas debido a la escasa rentabilidad que representan, situación que se ha visto reflejada en el poco desarrollo de fármacos, vacunas y pruebas diagnósticas, así como de medidas de prevención y de control.

En diversos estudios se ha constatado que desde 1975 el desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas para estas enfermedades ha sido mínimo, comparado con el de los productos para combatir otro tipo de enfermedades; es la llamada “brecha 90/10”, es decir, el 90 % de los recursos que se destinan para la investigación en medicamentos se concentra en enfermedades que afectan al 10 % de la población mundial (1). Sumado a esto, los medicamentos para tratarlas generalmente son adquiridos y distribuidos directamente por los gobiernos, mecanismo que si bien permite que las poblaciones pobres tengan acceso gratuito a ellos, también limita su comercialización abierta por parte de las compañías farmacéuticas.

A estas dificultades debe sumarse el hecho de que, además de escasa, la investigación clínica de las enfermedades desatendidas es costosa, y lo que es peor, la poca investigación que se hace no se guía por normas unificadas, lo que deriva en estudios con multitud de diseños y resultados que no son comparables, y dificulta la realización de metaanálisis que permitirían hacer recomendaciones suficientemente sustentadas sobre esquemas de tratamiento bien definidos y ajustados a las características de los

pacientes y de las poblaciones. Para paliar esta situación, periódicamente la comunidad científica y los comités de expertos internacionales, liderados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se reúnen para unificar los protocolos de los ensayos clínicos y emitir recomendaciones para el tratamiento de estas enfermedades. El material producto de estas reuniones se comparte con la comunidad académica y con las autoridades de salud de cada país y se pone a disposición de los gobiernos para que tomen decisiones y lo incorporen en las guías nacionales de manejo.

Si bien algunos países han aprovechado esta contribución para actualizar las guías de atención, otros, como es el caso de Colombia, no siempre tienen en cuenta dichas recomendaciones en el momento de revisar y ajustar sus protocolos. Un ejemplo de este problema es la reciente actualización de la guía de atención de la leishmaniasis en nuestro país; como se sabe, la leishmaniasis hace parte de las enfermedades tropicales desatendidas y su incidencia anual en Colombia es de 15.000 casos, aproximadamente, lo que ubica al país en el segundo lugar en las Américas en cuanto al número de casos (2).

En marzo de 2010 se llevó a cabo en la sede de la OMS en Ginebra el Segundo Comité de Expertos en Leishmaniasis, en el cual se trazaron nuevas recomendaciones para el tratamiento de las diferentes formas clínicas de esta enfermedad. La presencia de investigadores colombianos en dicho comité permitió socializar los avances clínicos nacionales y los aportes que el país ha hecho al estudio de la enfermedad. Antes de este encuentro, se llevaron a cabo revisiones sistemáticas de la literatura científica sobre alternativas terapéuticas, información que sirvió de base para la elaboración de las nuevas guías de manejo y control contenidas en el informe de la OMS (3).

Al año siguiente de la reunión de la OMS, la OPS, con el apoyo de la Universidad de Antioquia, reunió en Medellín a los expertos en leishmaniasis y a las autoridades de salud latinoamericanas para adaptar las recomendaciones del Comité de Expertos de la OMS al contexto latinoamericano con base en la información regional disponible. En dicha reunión se elaboró el documento denominado “Leishmaniasis en las Américas – Recomendaciones para el tratamiento” (4), el cual constituye una valiosa herramienta de apoyo para que los programas nacionales de control de la enfermedad en cada país estructuren los protocolos de tratamiento. Después de la reunión en Medellín se ha seguido recabando información científica en los diversos países sobre alternativas terapéuticas locales y sistémicas, además de estudios sobre la costo-efectividad de los esquemas terapéuticos.

En los dos documentos mencionados se introdujeron grandes cambios en las recomendaciones sobre los tratamientos con respecto a las adoptadas hace 20 años en la Primera Reunión del Comité de Expertos de la OMS. Después de la publicación de las nuevas guías de la OMS y la OPS, las guías colombianas no se actualizaron en los siguientes seis años, hasta que en el 2017 el Ministerio de Salud publicó las nuevas guías, pero en estas no se tuvieron en cuenta las recomendaciones de los comités de expertos y se mantuvieron esquemas terapéuticos que, dada su eficacia y seguridad, no deberían ser la primera elección para tratar a los pacientes colombianos (5).

Las universidades, los centros de investigación, así como algunas compañías farmacéuticas, se esfuerzan por generar nuevos conocimientos sobre las enfermedades tropicales desatendidas que permiten adecuar las guías de manejo a las nuevas realidades clínicas y desarrollos científicos. Por ello, es imperioso que las autoridades nacionales de salud de cada país se comprometan en la tarea permanente de actualizarlas con base en esas nuevas realidades clínicas y epidemiológicas y en los resultados de los ensayos clínicos sobre alternativas terapéuticas más seguras, económicas y eficientes.

Iván Darío Vélez

Director, Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales, PECET, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Referencias

1. **Stevens P.** Diseases of poverty and the 10/90 Gap. Geneva: World Health Organization, International Policy Network; 2004. Fecha de consulta: 27 de julio de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/intellectualproperty/submissions/InternationalPolicyNetwork.pdf>

2. **Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al.** Leishmaniasis, worldwide and global estimates of its incidence. *PLoS One*. 2012;7:e35671.
3. **Organización Mundial de la Salud.** Control de las leishmaniasis. Informe de una reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre el control de las Leishmaniasis, Ginebra, 22 a 26 de marzo de 2010. Serie de Informes Técnicos N° 949. Ginebra: OMS; 2010. p. 216-49. Fecha de consulta: 27 de julio de 2018. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82766/WHO_TRS_949_spa.pdf?sequence=1
4. **Organización Panamericana de la Salud.** Leishmaniasis en las Américas, recomendaciones para el tratamiento. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2013. Fecha de consulta: 27 de julio de 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7704/9789275317525_esp.pdf
5. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Lineamientos para la atención clínica integral de leishmaniasis en Colombia. Fecha de consulta: 27 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamientos-leishmaniasis.pdf>