

Malaria

AA Dr. Alejandro Llanos Cuentas

Medico Especialista em Enfermedades Infecciosas y Tropicales.

Capacitación Especializada en la Universidad de Brasilia, Brasil y en London School of Hygiene and Tropical Medicine, London University, Inglaterra.

Profesor Principal, y Decano fundador de la Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca", Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Doctor en Medicina y Doctor en Filosofía con mención en Epidemiología (PhD), Expresidente de la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.

Exdirector del Proyecto "Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario" – PAMAFRO. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU.

Miembro del Panel de Expertos de "Canada's Strategic Role in Global Health", Canadian Academy of Health Sciences, Canadá, 2011.

Miembro del Directorio de Worldwide Antimalaria Resistance Network, Oxford University, UK, 2009-2015.

Académico Asociado de la Academia Nacional de Medicina.

La malaria es un problema de salud pública en el Perú desde la época de la Colonia y los primeros años de la República. A inicios de la década de los 50 más del 95% del territorio nacional tenía transmisión de malaria y se reportaba más de 2 000 muertos por año por esta enfermedad. Históricamente, el incremento de la malaria en el Perú ha tenido una gran influencia de factores climatológicos (como el Fenómeno El Niño que, a su vez, determina un incremento en la densidad de vectores) y sociales, entre ellos la inestabilidad social (incremento de las migraciones), económica y política del país.

El Perú tiene una larga historia de aplicación de medidas de control y prevención desde la década de los 40, con una reducción muy importante de la morbilidad y mortalidad, lo que determinó que, a fines de los 60, más del 95% del territorio peruano estuviera libre de transmisión de malaria; lamentablemente, al mismo tiempo, tenemos una historia a repetición del descuido en las estrategias de control, con ciclos de resurgimiento de la enfermedad.

En los últimos 15 años se han implementado medidas de control, que en el periodo del 2005 al 2011, el proyecto PAMAFRO con apoyo del Fondo Global, aplicó medidas de control integrales y sostenidas, lo que determinó la reducción de 80% de la prevalencia de malaria en la Amazonía (menos de 11 500 casos en 2011); sin embargo, la interrupción de las medidas de control y la falta de apoyo económico y político ha determinado el resurgimiento de la enfermedad, habiéndose cuadruplicado el número de casos en los últimos 3 años, por lo que en el 2014 se ha reportado más de 60 000 casos en la región amazónica.

Problemas más importantes identificados

1. Limitada continuidad en la aplicación de las medidas de control.
2. Limitado apoyo económico sostenido por el Estado, lo que determina la falta de insumos y medicamentos.

3. Poco apoyo político, lo cual determina que la malaria sea una enfermedad “huérfana”, con estrategias fragmentadas, con falta de oportunidad en las medidas de control, insumos y medicamentos escasos, e intervenciones de emergencia.
4. Un sistema de salud con cambios constantes, que aún no termina de consolidarse. Actualmente, el MINSA tiene una gestión fragmentada, por lo que no se toma las decisiones adecuadas y oportunas.
5. El MINSA no ha tenido la capacidad de incorporar las experiencias exitosas de control de la malaria de la última década: esto se ve reflejado en que aún no se aprueba la actualización de una norma técnica que diferencie el manejo individual de la enfermedad (diagnóstico y tratamiento) del manejo colectivo (prevención y control en las áreas endémicas).
6. La cooperación internacional, de gran importancia y valor, pero que exige que el país tenga cuadros técnicos preparados que analicen e implementen las recomendaciones ajustadas a nuestra realidad.

Se propone lo siguiente:

1. El MINSA y el país deben tener como objetivo a mediano y largo plazo la eliminación de la malaria porque la aplicación crónica de las medidas de control es inviable económicamente.
2. Las estrategias de control-eliminación deben ser integradas, ajustadas a contextos regionales. Urge la aprobación de una norma técnica actualizada que diferencie el manejo individual del colectivo de la enfermedad.
3. Se requieren recursos humanos calificados en el control, principalmente a nivel regional, con prioridad en las áreas endémicas.
4. Las estrategias para la eliminación son diferentes de las utilizadas para el control, por lo que se requiere estudios piloto, previo a las intervenciones a gran escala.
5. La malaria debe ser priorizada por el Estado, especialmente con apoyo político; con planes concretos y graduales de control/eliminación; con participación del gobierno (diversos sectores, incluyendo a las municipalidades, pero con una fuerte rectoría del Ministerio de Salud), instituciones académicas y de investigación.