



# Epidemia de Fiebre Amarilla: ¿Trazando las condiciones de la actual Salud Pública Colombiana?

De la Fiebre Amarilla ( FA ) , fiebre hemorrágica de alta letalidad causada por un Flavivirus y transmitida por la picadura de un mosquito, se conocen los ciclos urbano y selvático, este último asociado a la llegada ó asentamiento de individuos no inmunes en zonas boscosas donde la transmisión existe entre monos y el humano es huésped accidental . A pesar de la existencia de una vacuna altamente inmunógena y efectiva , disponible desde 1927, con la descripción del ciclo selvático unos pocos años después, el concepto de los expertos varió en el abordaje del problema, modificándose de "erradicación" hacia "control", pues a pesar de la naturaleza selvática de la fuente y lo impredecible de las epizootias que anteceden a los brotes, una vez aplicada, la vacuna protege a las poblaciones contra ambos ciclos.

Colombia, un país endémico para FA, atraviesa aciagos días para su control. Un rápido seguimiento a lo ocurrido durante el último brote de la enfermedad lo confirma. Por diferentes vías, desde las dos últimas semanas del año 2002 se tuvo noticia de la ocurrencia de casos compatibles con Fiebre Amarilla (FA) en la frontera Colombo-Venezolana y a finales del siguiente mes de enero, se conocieron los primeros cinco casos en Sardinata, Norte de Santander, departamento que sufrió una intensa epidemia de FA a partir de entonces y hasta Octubre del 2003, identificándose 82 pacientes, 35 de los cuales fallecieron. El brote se extendió a la Serranía de Perijá, donde ocurrieron siete nuevos casos y un año después, todavía activa, llegó a la Sierra Nevada de Santa Marta y en sus estribaciones (Dibulla, Guajira) donde el 9 de Enero del 2004 el Instituto Nacional de Salud confirmó un caso fatal y posteriormente cuatro de FA, uno en Riohacha y 14 en el área rural de Santa Marta , Magdalena.

La anterior descripción corresponde a la más importante epidemia de FA de los últimos 50 años en Colombia y revela la actual fragilidad de nuestra salud pública y la altísima susceptibilidad de la

nación para la ocurrencia de ignotas circunstancias como la de un brote de FA urbana, evento que desde 1928 no se presenta en Colombia y que traería consigo desastrosas consecuencias sanitarias y sociales. Sin embargo, en un país en el que la mayoría de los centros urbanos, excepto la capital por su altura, presentan altos índices de infestación por el mosquito *Aedes aegypti* (vector del ciclo urbano de la FA y del Dengue), la búsqueda que los enfermos del área rural con FA hacen de centros de atención en salud en las ciudades, como ocurrió durante la pasada epidemia, sumado a una proporción mayoritaria de la población susceptible a la infección por no estar vacunada, podrían desencadenar un brote urbano de FA. Tal fue la experiencia hace un siglo en Bucaramanga, Santander o hace sólo seis años, en Santa Cruz, Bolivia, con devastadores efectos. Aún más, de continuar su colonización del territorio nacional, un también eficiente vector de FA, *Aedes albopictus*, mosquito de origen africano ya detectado en Colombia hacia el occidente y el sur del país, la conexión de lo selvático y lo urbano podría no requerir la migración del enfermo de FA a la ciudad, dada la capacidad de este vector de vincular estos dos ciclos de la enfermedad.

En 1999, un año después del brote urbano de Santa Cruz, la Novena Reunión de Enfermedades Inmunoprevenibles de la Región Andina recomendó la vacunación para personas entre 15 y 45 años en áreas enzoóticas, de migraciones y/o infestadas por *Aedes aegypti* de Colombia. Una eficiente adopción de la misma posiblemente hubiese contribuido a mitigar la epidemia en referencia. En contraste, en medio del brote, el hoy Ministerio de Protección Social debió declararse incapaz de atender la demanda interna de vacuna de FA y promover costosas pero indispensables importaciones del biológico, en un país como Colombia, otrora autosuficiente y exportador de la vacuna 17D.

En lo referente al control de estas fiebres hemorrágicas, no siempre fue éste el estado de



las cosas en la nación. Durante la segunda mitad del siglo anterior la capacidad estatal para controlar estas enfermedades superó con creces a la actual. Una vez creado en 1944 el Instituto de Estudios Especiales Carlos Finlay (nombre dado a la sección del Ministerio de Salud que realizaba investigaciones sobre Fiebre Amarilla como homenaje al científico cubano), en 1950 el entonces director de la OPS firmó con el gobierno nacional un contrato para soportar la producción, distribución y aplicación de vacuna contra FA por parte del mismo, ubicando a Colombia como centro proveedor de vacuna y referencia diagnóstica de FA para Panamá, México, Perú, Ecuador, Venezuela y otros países del área. Se determinó también que para la extensión de Colombia (1.138.355 Km<sup>2</sup>) y la población de aquel entonces (15.006.660 habitantes), el 48% de los colombianos vivían en áreas menores de 1300 mt. de altura que presentaban *Aedes aegypti* y que de 370 municipios estudiados, 23.3% tenían el mosquito. En consecuencia el gobierno nacional y la OPS dedicaron esfuerzos a la erradicación del vector, restringiendo el virus a su hábitat selvático, protegiendo a la población a riesgo mediante la inmunización con vacuna anti-malárica 17D y desarrollando investigaciones epidemiológicas de la forma selvática de la enfermedad. Para la erradicación, en ese entonces, la principal herramienta fue un insecticida de acción residual, el Dicloro Difenil Tricloroetsano (DDT), un pediculicida inicialmente utilizado en Nápoles en 1943 para el control de una epidemia.

En los años siguientes la resistencia al mismo, la insuficiencia de recursos y los fenómenos políticos de la década de los 50 no permitieron una culminación exitosa de este esfuerzo. Sin embargo años después y como producto del sostenimiento de esta política por parte del estado, Colombia era proveedor de vacuna anti-malárica para el continente y exhibía un cuerpo técnico calificado en el control de vectores agrupado como Servicio de Erradicación de la Malaria y Control de Vectores (SEM), que era centro de referencia para entrenamiento, con personal experimentado, visitado por múltiples funcionarios de diversos países. La mayoría del territorio nacional se hallaba libre del vector y solo persistía Cúcuta, donde la infestación desde Venezuela y la resistencia al DDT impedía la erradicación. Desde allí se recolonizó por *A. aegypti* el país. En la última década, con el

desmante del Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM), la disminución de los recursos y los cambios adoptados en el sistema de salud que han mermado sensiblemente el papel operativo del estado en la prevención de los problemas de salud, este importante problema público se ha incrementado sensiblemente, al punto de ser hoy Colombia un país endemo epidémico de enfermedades transmitidas por vectores, en el que los índices de infestación aédico superan los de décadas anteriores y se vive el riesgo, como se ha comentado, de dar un salto de casi un siglo en su control. Los contrastes de estas dos realidades invitan a la reflexión y hacia la corrección de los rumbos en el manejo de la salud pública colombiana.

Al momento de escribir estas líneas, la Directora de Parques anuncia la reapertura del Tayrona para el próximo 20 de Marzo, con acceso sólo para personas vacunadas con anterioridad. ¿Debió haberse tomado antes esta precaución? Seguramente. Pero ella no basta. Se requiere seguramente que en forma adicional el Estado asuma en forma centralizada el control de un plan en el que los recursos humanos, físicos y financieros se orienten hacia la implementación de un plan integral para el control de los potenciales vectores del ciclo urbano de la FA, la inmunización de la población a riesgo (buena parte de los colombianos) y la vigilancia epidemiológica, clínica y virológica de estos y otros virus transmitidos por la picadura de mosquitos, como el de la Encefalitis Equina Venezolana y el Virus del Nilo Occidental, que rondan nuestra América.

LUIS ÁNGEL VILLAR C, MD., MSC.

*Profesor Titular - Decano*

*Facultad de Salud Universidad Industrial de Santander*

*Miembro Junta Directiva ACIN.-*

## Referencia

Soper, FL, et al. Yellow Fever without *Aedes aegypti*: Study of Rural Epidemic in Valle do Chanaan, Espiritu Santo, Brazil, 1932. American Journal of Hygiene 18: 555; 1933.