

## CONFERENCIA

### LA FIEBRE AMARILLA: EL FLAGELO QUE ACECHA

**Lic. Delia CARBAJAL (GAEA-SAEG)**

La fiebre amarilla es una enfermedad vírica aguda, originaria de África, introducida en América por el tráfico de esclavos.

El vector es el mosquito *Aedes Aegypti* en el medio urbano (el mismo que transmite el dengue, el zika y la fiebre chikungunya) y el *Haemagogus* y *Sabethes* en zonas selváticas. La enfermedad tiene dos ciclos, uno selvático, en el que los mosquitos pican a monos enfermos, y uno urbano, que es cuando una persona, generalmente infectada en zona selvática, se traslada a centros urbanos, donde es picado por un mosquito sano que se convierte en transmisor, que a su vez pica a un tercero, iniciando la cadena de contagios.

En las zonas endémicas la población ha desarrollado cierta inmunidad, lo que evita que la enfermedad provoque estragos como los que produce en poblaciones que no han tenido contacto con el virus. En zonas endémicas la mortalidad global es del 5%, mientras que en otras poblaciones es del 50%.

En América su presencia ha sido devastadora. La primera gran epidemia que se registra es en el año 1647, en Barbados, América Central insular. Desde entonces se sucedieron en distintos escenarios: Yucatán en 1648; Colombia en 1651; Filadelfia (EEUU) en 1793; Barcelona (España) en 1821; Buenos Aires (Argentina) en 1871; y Manaos (Brasil) e Iquitos (Perú) en 1875.

Esta enfermedad diezma poblaciones (en Buenos Aires mato el 8% de la población), gana revoluciones (en la Revolución de Haití, en 1802, la mitad del ejército francés murió por la enfermedad) y puso en peligro proyectos de importancia capital para el desarrollo económico de las naciones, como la construcción del Canal de Panamá.

En esos años se desconocía el vector que transmitía la enfermedad. Recién en 1881 el cubano Carlos Finlay lo descubre. Se consideró tan importante este hecho que la Confederación Médica Panamericana instituyó el 3 de diciembre, fecha de su nacimiento, como Día del Médico.

Pero habría que esperar hasta 1937 para tener una vacuna, desarrollada por Max Theiler.

En la actualidad, la OMS (Organización Mundial de la Salud) calcula 200.000 casos anuales en el mundo, que ocasionan 30 000 muertes.

El virus circula en 47 países de África y América latina; 900 millones de personas están expuestas al potencial contagio.

En 2016, un importante brote epidémico en Angola, y posteriormente en la República Democrática del Congo, que la OMS consideró una amenaza sanitaria internacional, hizo que por primera vez, se agotaran las reservas de la vacuna, que gestiona y administra el Grupo Internacional de Coordinación de Inmunizaciones, que está formado por la OMS; UNICEF; Federación Internacional de la Cruz Roja y Médicos sin Fronteras. Se urgió a los pocos fabricantes de vacunas existentes mundialmente a que repusieran rápidamente un lote de seis millones de dosis, que es el stock mínimo necesario para hacer frente a un brote. Fue tal la necesidad de vacunas que, de acuerdo a estudios preliminares, se administró 1/5 de la dosis establecida por persona.

En enero de 2017 se informa sobre un brote en Brasil (Mina Gerais y Sao Pablo). Brasil no tenía fiebre amarilla en zonas urbanas desde 1942. Pero en este caso, también hace aparición el zika, enfermedad que hipotéticamente produciría microcefalia y trastornos neurológicos. La OMS lanza un alerta mundial. Se intenta controlar el brote con vacunación e introducción en la zona afectada de mosquitos genéticamente modificados por la empresa Oxitec, propiedad de Intrexon.

El periodismo de investigación de Brasil sostiene que el zika es un subterfugio para encubrir el daño que hacen las grandes corporaciones de pesticidas, especialmente Roundup, de Monsanto, a través de su subsidiaria japonesa Suminoto Chemical. Analistas políticos expresan que ciertos países tienen interés en las regiones afectadas. Podría ser una campaña para vender un fármaco viral, pero también podría ser una estrategia para ejercer influencia política en los países afectados.

La tensión entre medicina, salud, intereses económicos y poder político se pone en evidencia. Los países centrales invierten en estrategias para emergencias de corto plazo y no en investigación y prevención, ni en el desarrollo de un enfoque integral y sistémico a largo plazo, que permita el fortalecimiento institucional de los sistemas de salud. ¿Será coincidencia o falta de visión?

Por esto es necesario no abonar las campanas catastrofistas que intentan sembrar el pánico. Argentina, a través de la Federación Sindical de Profesionales de la Salud, solicitó la suspensión del uso de productos químicos y biocidas, reemplazándolos por métodos mecánicos de limpieza y saneamiento ambiental, para eliminar no solo al mosquito adulto, sino también las larvas.

La vacuna, que otorga una inmunidad del 99%, se suministra gratuitamente en unidades dependientes de la Dirección de Sanidad de Fronteras a las personas que viajan a zonas de riesgo. En nuestro país, se ha incorporado al calendario de vacunación para niños de zonas donde existe circulación del virus o muy próximas a ellas en 2008, y se brindan masivamente recomendaciones para evitar picaduras y para lograr la erradicación del mosquito.

Entre 1966 y 2008 (42 años) no hubo casos registrados en Argentina. En 2008 reaparece en Misiones, que junto con Formosa y las zonas limítrofes con Brasil, Bolivia y Paraguay, son consideradas las principales zonas de riesgo.

En los últimos años se han incrementado los casos debido a múltiples factores que afectan seriamente a la población mundial, como la deforestación, la urbanización de determinadas zonas, las migraciones, el cambio climático y el transporte aéreo. Las transformaciones complejas que experimentan los países no industrializados han promovido la instalación de modelos económicos que han profundizado las desigualdades sociales, haciendo más vulnerables las poblaciones, poniendo en evidencia la necesidad de tener y sostener una infraestructura sanitaria que pueda responder ante las emergencias de manera, eficiente y eficaz.

Nuestro país debe estar preparado para una contingencia. El Alerta Epidemiológico N°1 /2017 del Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, evidencia el riesgo: “18 de enero de 2017 – SE 3. La presencia de primates no humanos en las provincias de Misiones, Corrientes, Formosa, Chaco, Salta, Tucumán y Jujuy, la presencia del vector urbano (*Aedes aegypti*) en la mayoría de las provincias del país y el flujo de viajeros desde y hacia países con riesgo de transmisión, representa un riesgo potencial de reemergencia de la enfermedad en Argentina.”

Desde la óptica planteada, esta enfermedad, además de ser un grave problema sanitario, plantea problemas geopolíticos, económicos, político institucionales, ecológicos y sociales, que amenazan el futuro.

Pero no debemos permitir que se difundan campañas que siembren miedo, ni aceptar la transferencia absoluta de responsabilidades que, desde organismos oficiales, hacen a la población en general, en cuanto a la erradicación del vector. Tampoco seamos ingenuos en cuanto a los intereses de todo tipo que se juegan detrás de cada evento sanitario. Recordemos que la mejor manera de estar preparados es estar adecuadamente informados.