

Erradicación de la dracunculosis

Informe de la Secretaría

1. La dracunculosis, flagelo de la humanidad desde hace milenios, es la enfermedad de la gente olvidada y los sitios remotos por antonomasia. Su agente etiológico es el nematodo *Dracunculus medinensis*, parásito que se contrae únicamente al beber agua y tiene como indispensable huésped intermediario a copépodos de agua dulce. El periodo de incubación es de 12 a 14 meses, y la transmisión del parásito es estacional. No existen ni medicamentos curativos ni vacunas, y el ser humano no adquiere inmunidad contra la infestación. Para reducir el número de casos se aplica una mezcla de intervenciones encaminadas a interrumpir la transmisión del parásito: detección y contención precoces de los casos, lucha antivectorial, filtración del agua, suministro de agua de bebida salubre y educación sanitaria.

2. La dracunculosis es una de las dos enfermedades humanas cuya erradicación se persigue actualmente, junto con la poliomielitis. El Comité Regional para África tiene adoptadas varias resoluciones sobre la erradicación de la enfermedad.¹ En 2004, la Asamblea de la Salud adoptó al respecto la resolución WHA57.9, en la cual renovaba su llamamiento a erradicar la enfermedad para 2009,² objetivo fijado también en la Declaración de Ginebra sobre la erradicación de la dracunculosis, suscrita en el curso de esa reunión de la Asamblea de la Salud.

PROGRESIÓN HACIA EL ACTUAL OBJETIVO MUNDIAL

3. La incidencia anual de la dracunculosis ha venido cayendo notablemente. En 2010 sólo se notificaron 1797 nuevos casos, lo que supone una reducción del 89% en comparación con los 16 026 casos notificados en 2004, y de más del 99% respecto de los 3,5 millones de personas que según los cálculos estaban infestadas en 1986.

4. También ha disminuido el número de países donde la enfermedad es endémica, pues de los 12 países que en 2004 suscribieron la Declaración de Ginebra quedaban cuatro a finales de 2010 (Etiopía, Ghana, Malí y Sudán), lo que supone una reducción del 67%, y del 80% con respecto a los 20 países donde la enfermedad era endémica en los años ochenta.

¹ Resoluciones AFR/RC38/R13, AFR/RC41/R2, AFR/RC43/R9, AFR/RC44/R8 y AFR/RC45/R8.

² Véanse también las resoluciones anteriores WHA39.21 y WHA42.29, relativas a la eliminación de la enfermedad, y WHA44.5 y WHA50.35 sobre su erradicación.

5. En 2010 se notificaron casos en 779 aldeas, lo que representa una disminución del 79% en comparación con las 3625 aldeas de 2004 y del 97% con respecto al pico máximo de 23 735 aldeas que se alcanzó en 1991.

6. Aunque no pudo cumplirse el objetivo de haber erradicado la enfermedad para finales de 2009, los Estados Miembros, con el apoyo de diversos asociados, obtuvieron importantes logros. Situados en el contexto de los magros recursos de que disponen los programas nacionales y de la inestabilidad política y la inseguridad que padecen muchos países, los progresos realizados son sustanciales.

Países y territorios certificados como exentos de dracunculosis

7. Con posterioridad a la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Dracunculosis ha certificado que otros 19 países están exentos de la enfermedad (14 países de la Región de África: Argelia, Benin, Camerún, Gabón, Guinea, Liberia, Mauritania, Mozambique, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Sierra Leona, Swazilandia, Uganda y Zambia; dos países de la Región del Mediterráneo Oriental: Afganistán y Djibouti; y tres de la Región del Pacífico Occidental: Camboya, Islas Marshall y Palau). En total, 187 países y territorios han sido declarados exentos de transmisión de la dracunculosis desde el establecimiento de la Comisión en 1995.

Beneficios económicos y sociales

8. La dracunculosis se da casi exclusivamente en zonas rurales aisladas. Aunque no es una enfermedad letal, representa una pesada carga económica para las aldeas afectadas. El pueblo dogón de Malí conoce esta dolencia como «la enfermedad del granero vacío». Su costo, en ingresos perdidos por las personas y comunidades, puede ser muy elevado. En un estudio realizado en 1989 con apoyo del UNICEF se calculaba que, en una población de 1,6 millones de personas del sureste de Nigeria, los cultivadores de arroz perdían el equivalente de US\$ 20 millones al año porque la dracunculosis los incapacitaba para trabajar durante la temporada de la cosecha.

9. El Banco Mundial ha estimado que la tasa de rendimiento económico de las inversiones en la erradicación de la dracunculosis será de alrededor de un 29% anual una vez erradicada la enfermedad. Tal cifra se calculó atendiendo a estimaciones muy conservadoras del tiempo que en promedio pasan sin poder trabajar los trabajadores infestados (cinco semanas) y utilizando como periodo de referencia el de 1987-1998.

Mejor suministro de agua

10. Desde 1986, la campaña de erradicación mundial de la dracunculosis, en colaboración con el UNICEF y los organismos nacionales responsables del abastecimiento de agua y el saneamiento, ha contribuido a mejorar el suministro de agua de bebida en comunidades donde la enfermedad era endémica o que estaban en situación de riesgo. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para suministrar agua de bebida salubre a las localidades donde la enfermedad sigue siendo endémica.

DIFICULTADES QUE SUBSISTEN EN LOS PAÍSES

11. El objetivo de erradicar la dracunculosis pasa por interrumpir la transmisión en los cuatro países donde la enfermedad todavía era endémica a finales de 2010, esto es, el Sudán principalmente y en mucha menor medida Etiopía, Ghana y Malí, así como el Chad, país que se encuentra en la fase ante-

rior a la certificación. A tenor de la información facilitada por los respectivos programas nacionales, se considera probable que Etiopía, Ghana y Malí logren erradicar la enfermedad para finales de 2011. En 2010 se confirmaron 10 nuevos casos en el Chad.

12. **Etiopía.** Entre julio de 2006 y febrero de 2008 no se comunicó ningún caso autóctono, si bien después, en el curso de 2008, se notificaron 41 casos de dracunculosis en 11 aldeas, entre ellos dos casos importados del sur del Sudán. Posteriormente, en 2009, el programa etíope de erradicación de la dracunculosis detectó 24 casos autóctonos en nueve aldeas de la región de Gambella. Según los informes, sólo se pudieron contener 21 de ellos (un 88%). En 2010, Etiopía notificó 21 casos, uno de ellos importado del sur del Sudán.

13. De forma invariable, entre 2001 y 2010 Etiopía ha venido notificando menos de 50 casos al año, lo que indica una transmisión poco intensa que sigue fuera de control. El sistemático movimiento de personas entre Etiopía y las áreas de dracunculosis endémica del sur del Sudán, así como el hecho demostrado de que hay focos de transmisión que pasan inadvertidos, son sendos obstáculos para la erradicación. Ahora se están tomando medidas para interrumpir de forma efectiva la transmisión, como se desprende del índice del 90% de contención de casos registrado en 2010. También es importante mantener un elevado nivel de vigilancia en las zonas exentas de dracunculosis, de forma que puedan adoptarse medidas para impedir que se establezcan nuevos focos.

14. **Ghana.** Después de años de lucha, el programa ghanés de erradicación de la dracunculosis logró importantes avances en 2007, materializados en una reducción del 85% en el número de casos, desde los 3358 de 2007 hasta sólo 501 en 2008. Pese a un pequeño brote registrado en la región del Norte a principios de año, en 2009 el programa logró reducir el número de casos hasta los 242 registrados en 52 aldeas, lo que supone una disminución adicional del 52%. En 2009, el 98% de todos los casos notificados en Ghana se dieron en la región del Norte, y la totalidad de las 19 aldeas con transmisión endémica se encontraban en dicha región. El programa comunicó una tasa de contención de casos del 93% en 2009. Por lo que respecta a 2010, Ghana ha registrado un total de ocho casos, lo que representa una disminución del 97% por comparación con 2009. Según consta en los informes, en 2009 se pudieron contener todos los casos y localizar todas las fuentes de transmisión. En 2010, los casos declarados en Ghana representaron menos del 1% de todos los casos comunicados en el mundo, frente a un 45% en 2004. Después de conocer por primera vez un mes entero sin notificar caso alguno en noviembre de 2009, tampoco se registró ninguno entre junio de 2010 y enero de 2011 (al momento de redactar el presente informe). Para reforzar aún más la vigilancia, el programa ha puesto en marcha un proyecto experimental de recompensas en metálico para cuantos notifiquen casos de dracunculosis que luego se confirmen. Ghana aspira ahora a instituir una vigilancia eficaz de la dracunculosis a escala nacional mediante el sistema integrado de vigilancia y respuesta sanitarias, con el fin de detectar e investigar todo caso sospechoso que se notifique desde cualquier parte del país.

15. **Malí,** que notificó un 6% de todos los casos del mundo en 2009, había sufrido un importante retroceso en 2008, cuando se descubrieron 261 casos en la región de Kidal, donde hasta entonces la enfermedad no había sido endémica. Aquel brote tuvo su origen en una única persona cuya infestación había pasado inadvertida y que, tras viajar a la región en 2007 desde una zona del país con dracunculosis endémica, contaminó una fuente de agua de bebida. En 2009 Malí logró una reducción del 55% en el número de casos, que pasaron de 417 en 69 localidades (en 2008) a 186 en 52 localidades (en 2009). Según los informes, pudieron contenerse un 73% de los casos declarados en 2009. En 2010 se notificaron 57 casos en 22 localidades, 45 de los cuales (un 79%) se contuvieron, según los informes. La transmisión de la dracunculosis ha quedado restringida a cinco de las ocho regiones de Malí: Gao, Kidal, Segú, Mopti y Tombuctú.

16. La gran mayoría de los casos (un 93%) se dieron en personas del grupo étnico de los tuareg, nómadas que viven en las regiones de Gao y Kidal y se desplazan continuamente, a veces cruzando las fronteras con Argelia, Burkina Faso o Níger. Los pertinaces problemas de seguridad y el escaso suministro de agua de bebida salubre constituyen los principales obstáculos para ejercer la vigilancia y contener eficazmente los casos.

17. El **Sudán** notificó un 94% de todos los casos de dracunculosis del mundo en 2010, situados en 732 localidades, lo que supone un 94% de todas las aldeas del mundo donde se notificaron casos. La transmisión está circunscrita ahora a ciertas partes del sur del Sudán, pues el último caso autóctono de dracunculosis en el estado septentrional de Al-Gedaref fue notificado en 2003. El programa de erradicación de la dracunculosis en el sur del Sudán no empezó a funcionar a pleno rendimiento hasta 2006, tras la firma del Acuerdo General de Paz en enero de 2005. Dada la posibilidad de comunicar casos desde zonas hasta entonces inaccesibles a causa del conflicto, la aplicación del programa deparó un aumento espectacular del número de casos, que llegó a más de 20 000 en 2006, pero desde entonces se han venido intensificando paulatinamente las medidas de control. Entre 2008 y 2009, el número de casos notificados se redujo en un 24% y el número de aldeas donde la enfermedad era endémica lo hizo en un 38%, a la par que el índice de contención de casos del programa pasaba del 49% al 78%. Sin embargo, el porcentaje de aldeas con dracunculosis endémica que disponían de una o varias fuentes seguras de agua de bebida permaneció estancado en alrededor de un 16%. El programa ha declarado un total de 1698 casos durante 2010, lo que supone una reducción del 38% en comparación con los 2733 casos notificados durante 2009.

18. Tras registrarse en 2007 una caída del 72% en el número de casos con respecto a las cifras de 2006, el índice de reducción se ha estabilizado a niveles de entre el 24% y el 39%. La disminución global es de por sí encomiable, teniendo en cuenta que el terreno es difícil y que las infraestructuras aún están en construcción, pero pese a ello tal estabilización es motivo de inquietud. Hay que incrementar la tasa de contención de casos del 74% en 2010, para incidir de forma apreciable en los niveles de interrupción de la transmisión en los próximos dos años. Es preciso reforzar la vigilancia en las zonas donde la enfermedad es endémica, y también en las que están exentas de ella, con el fin de poder detectar los casos en un plazo de 24 horas y de facilitar así la aplicación de medidas enérgicas de contención.

19. La inseguridad reinante en el sur del Sudán constituye el principal obstáculo para que la campaña de erradicación mundial culmine con éxito. En el curso de 2009 se produjeron 32 incidentes que obligaron a evacuar temporalmente o a mantener encerrados en su casa a los trabajadores del Programa, lo que desbarató su trabajo en zonas que en conjunto concentraron casi la mitad de los casos notificados en todo el mundo en 2009.

20. **Chad.** Desde septiembre de 2000 no se había comunicado caso alguno en el Chad. Sin embargo, tras 10 años de ausencia, en julio de 2010 se obtuvieron muestras de dos casos sospechosos de infección por *D. medinensis*, extremo que quedó confirmado con pruebas parasitológicas y moleculares. Las primeras investigaciones revelaron que al parecer esos pacientes nunca habían salido del Chad. Desde entonces se han notificado otros ocho casos. Se ha emprendido una investigación y se están tomando medidas para interrumpir la transmisión.

Mantenimiento de la vigilancia

21. A medida que decrece el número de casos de dracunculosis y que ciertas zonas se ven exentas de transmisión se relajan la atención y la preparación para notificar casos sospechosos. Sin embargo, esta fase de la vigilancia es crucial para la campaña de erradicación: es preciso mantener un nivel óptimo de vigilancia para impedir que algún caso pase inadvertido y se restablezca así la transmisión.

Está demostrado que en Etiopía hubo restablecimiento de la transmisión en 2006-2007, al igual que ha ocurrido últimamente (en 2010) en el Chad. Los ministerios de salud deben asegurarse de disponer de recursos suficientes y poner el acento en la continuidad de la vigilancia. La dracunculosis es ahora de notificación obligatoria en el sistema integrado de vigilancia y respuesta sanitarias que se está implantando en los países africanos. Con la salvedad del Sudán, todos los países han establecido un sistema para recompensar a quienes informen de casos que, previa confirmación, resulten ser de dracunculosis. Sin embargo, es preciso dar amplia publicidad a esta información e investigar con prontitud todos los casos sospechosos.

Inseguridad en ciertos países

22. La inseguridad, y la consiguiente falta de acceso a zonas donde la enfermedad es endémica, sigue suponiendo un gran obstáculo, sobre todo en Etiopía, Malí y el Sudán. En la medida de lo posible convendría preparar los movimientos de población, tanto dentro como fuera de las fronteras, con el fin de instituir los oportunos dispositivos de vigilancia.

Movimientos de población

23. El desplazamiento de personas desde localidades donde la enfermedad es endémica hasta zonas donde no lo es, ya sea dentro de un país o entre países, ha ocasionado brotes inesperados, que en algunos países han retrasado en uno o varios años la erradicación de la enfermedad. No obstante, el número de casos exportados de un país a otro pasó de 114 en 2004 a sólo cuatro en 2010.

24. Sin embargo, desde 2004 viene aumentando el porcentaje de aldeas que notifican sólo casos importados de otras aldeas del mismo país. En 2010, de las 779 aldeas que comunicaron casos de dracunculosis, un 66% registró únicamente casos importados de otros pueblos donde la enfermedad era endémica. Durante 2010, tal fue el caso de un 69% de las 732 aldeas con endemidad que notificaron casos de dracunculosis en el sur del Sudán.

FINANCIACIÓN ASEGURADA HASTA 2013

25. Para llevar adelante las actividades del Programa de Erradicación de la Dracunculosis entre 2008 y 2013 se necesitan US\$ 72 millones. Un hito fundamental en este sentido fue la donación de contrapartida por valor de US\$ 40 millones que la Fundación Bill y Melinda Gates otorgó al Centro Carter y, a través de él, a la OMS, en noviembre de 2008. El Centro Carter ha recibido desde entonces importantes subvenciones de la Arabia Saudita, Omán, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, el Fondo de la OPEP para el Desarrollo Internacional, la Fundación John P. Hussman y Vester-gaard Frandsen, así como fondos procedentes de otros donantes que ayudarán a reunir los US\$ 32 millones necesarios para complementar la donación de la Fundación Bill y Melinda Gates.

PRÓXIMOS PASOS

26. Para interrumpir la transmisión y hacer realidad cuanto antes la erradicación de la dracunculosis, los Estados Miembros donde la enfermedad es o ha sido endémica, acompañados por la comunidad internacional, deben dar una serie de pasos conjuntos. Son primordiales, en particular, las siguientes medidas:

- 1) dentro de los programas de salud pública de los países donde la dracunculosis aún es endémica hay que conceder gran prioridad a la urgente tarea de transformar el compromiso político de alto nivel contraído por los dirigentes de esos países en medidas concretas para interrumpir la transmisión de la enfermedad;
- 2) los asociados internacionales deben comprometerse a facilitar recursos suficientes para acometer la recta final hacia el objetivo de la erradicación;
- 3) hay que proporcionar a las comunidades donde la enfermedad aún es endémica un suministro suficiente de agua de bebida salubre;
- 4) hay que aplicar medidas más enérgicas de contención de casos, comprendida la detección en las 24 horas siguientes a la aparición del gusano, en todas las zonas donde la enfermedad es endémica y también en las que están exentas de dracunculosis en la eventualidad de que se produzca un caso importado;
- 5) actuando a escala nacional, hay que sensibilizar a las comunidades sobre la dracunculosis y dar a conocer el sistema de recompensas por notificar casos mediante canales de comunicación adecuados;
- 6) hay que proseguir la labor de certificación en los países que cumplan los criterios de erradicación.

27. El Consejo Ejecutivo, en su 128.^a reunión, tomó nota de una versión anterior del presente informe¹ y adoptó la resolución EB128.R6.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

28. Se invita a la Asamblea de la Salud a que adopte la resolución recomendada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB128.R6.

= = =

¹ Véase el documento EB128/2011/REC/2, acta resumida de la octava sesión, sección 3.