

EL RESURGIMIENTO DE ENFERMEDADES OLVIDADAS

Cristihian Gabriel Marín Ortega¹

Enviado 24 de abril de 2025
Aprobado el 2 de julio de 2025

¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8379-1941>. Hospital “Dr. Domingo Guzmán Lander”; Barcelona, Anzoátegui, Venezuela. Correo : cgmartinortega@gmail.com.

Resumen

Las enfermedades desatendidas, como la tuberculosis, cólera, lepra o malaria, persisten como problemas de salud pública en el siglo XXI, afectando a poblaciones vulnerables en contextos de pobreza, desigualdad y acceso limitado a servicios sanitarios. A pesar de los avances médicos, factores como la resistencia antimicrobiana, el cambio climático, las migraciones masivas y la interrupción de programas de salud durante la pandemia de COVID-19 han contribuido a su resurgimiento. Se hace un llamado a renovar esfuerzos multidisciplinarios, que integren salud pública, políticas e innovación, para abordar estas enfermedades en una era de interconexión global y crisis sanitarias emergentes.

Palabras clave: Enfermedades Desatendidas; Tuberculosis; Cólera; Lepra; Malaria.

Abstract

Neglected diseases, such as tuberculosis, cholera, leprosy, and malaria, persist as public health challenges in the 21st century, primarily affecting vulnerable populations in contexts of poverty, inequality, and limited access to healthcare services. Despite medical advances, factors such as antimicrobial resistance, climate change, mass migrations, and the disruption of health programs during the COVID-19 pandemic have contributed to their resurgence. There is a call to strengthen multidisciplinary approaches, combining public health, policy, and innovation, to tackle these diseases in an age of global interdependence and emerging health emergencies.

Keywords: Neglected Diseases; Tuberculosis; Cholera; Leprosy; Malaria.

Introducción

En pleno siglo XXI, en un mundo marcado por avances científicos, asistimos a un fenómeno paradójico: el resurgimiento de enfermedades que creíamos relegadas al pasado. Estas enfermedades desatendidas (ETD) son un grupo de patologías infecciosas que afectan a poblaciones marginadas, con acceso limitado a agua potable, saneamiento básico y sistemas de salud robustos. La tuberculosis, el cólera, la lepra y la malaria, padecimientos asociados a la pobreza y el subdesarrollo, están reapareciendo con fuerza en diversos contextos, desafiando los sistemas de salud pública y evidenciando las desigualdades globales.

Este fenómeno no obedece a un factor aislado, sino a una compleja interacción de determinantes sociales, ambientales y biológicos. La creciente resistencia antimicrobiana, las desigualdades en el acceso a sistemas sanitarios robustos, los desplazamientos poblacionales, el cambio climático y el dismantelamiento de programas de vigilancia epidemiológica han creado un escenario propicio para la reemergencia de estas patologías. Además, su persistencia refleja las brechas estructurales en las políticas de salud global, donde las poblaciones más vulnerables continúan cargando con el mayor peso de la morbilidad. La reaparición de estas patologías no solo representa una amenaza para la salud pública, sino también una llamada de atención sobre las deficiencias en el modelo global de prevención y atención de enfermedades infecciosas.

Tuberculosis: La sombra de la pandemia y la resistencia antimicrobiana

La resistencia antimicrobiana representa una “pandemia silenciosa” que ocasionó aproximadamente 1.27 millones de muertes en 2019, cifra equiparable a la mortalidad combinada por VIH y malaria, posicionándose como la tercera causa de muerte por infecciones a nivel mundial, solo superada por COVID-19 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Esta resistencia compromete los avances terapéuticos en el control de la tuberculosis, en especial en países endémicos donde la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) constituye una amenaza creciente para los programas nacionales de control. Estudios epidemiológicos en Colombia evidencian patrones preocupantes, con una prevalencia de resistencia del 7,30% en casos nuevos y 18,27% en casos tratados, observándose multidrogorresistencia en el 1,1% y 5,7% respectivamente (Velásquez *et al.*, 2022). La presencia de factores como coinfección por VIH (RP=2,6), estados de inmunosupresión (RP=3,5) y contacto previo con pacientes TB-MDR (RP=16) incrementan el riesgo de desarrollo de resistencia, configurando un escenario epidemiológico de alta complejidad que requiere estrategias diferenciadas de intervención sanitaria (Urrego, 2020).

La pandemia por COVID-19 generó disrupciones significativas en los programas de control de tuberculosis, manifestadas en múltiples dimensiones asistenciales. Revisiones sistemáticas identifican como principales consecuencias: alteraciones en el diagnóstico oportuno, dificultades en el seguimiento terapéutico, disminución en la adherencia al tratamiento y reorganización de servicios sanitarios con reasignación de recursos humanos hacia la atención de COVID-19 (Hino *et al.*, 2021). Las restricciones de movilidad y el distanciamiento social limitó el acceso a insumos y servicios especializados, exacerbando vulnerabilidades programáticas preexistentes. La coinfección TB/COVID-19 emerge como un fenómeno clínico-epidemiológico relevante; datos hospitalarios de Buenos Aires documentan una incidencia de 185 casos de TB por 100.000 casos de COVID-19, superando seis veces la frecuencia media nacional, con 25% de compromiso extrapulmonar en casos de coinfección (Velásquez *et al.*, 2022). Esta interfase patológica, caracterizada por afectación sistémica, presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos particulares, especialmente en poblaciones con comorbilidades como infección por VIH, desnutrición y enfermedades respiratorias crónicas, que actúan como amplificadores de vulnerabilidad clínica y requieren abordajes integrados que trasciendan la aproximación tradicional a enfermedades infecciosas como entidades aisladas (Flores *et al.*, 2022).

Cólera: Crisis climática y desigualdad

El cólera, enfermedad diarreica aguda causada por *Vibrio cholerae*, ha experimentado un resurgimiento global, con un incremento del 145% en casos notificados en 2022 respecto al quinquenio anterior. Este fenómeno se entrelaza con dos ejes críticos: la crisis climática y las desigualdades estructurales en el acceso a agua, saneamiento e higiene. Los fenómenos meteorológicos extremos, como inundaciones, ciclones y sequías, actúan como multiplicadores de riesgo al contaminar fuentes hídricas, destruir infraestructuras sanitarias y desplazar poblaciones. Por ejemplo, en Zambia, el 42% de la población rural carece de acceso a agua potable, situación agravada por lluvias intensas que propagan aguas residuales (Kampala, 2022). La Organización Mundial de la Salud identifica este binomio clima-desigualdad como un “nuevo factor clave”, donde comunidades marginadas enfrentan una vulnerabilidad exponencial ante sistemas de salud frágiles y recursos hídricos insalubres (OMS, 2023).

Los brotes recientes en 30 países durante 2022, con letalidad triplicada respecto a años anteriores, reflejan la interacción de factores ambientales y socioeconómicos. La crisis climática prolonga la supervivencia de *Vibrio cholerae* en ambientes acuáticos, mientras sequías concentran patógenos en pozos residuales e inundaciones dispersan contaminantes. Países como Haití, Siria y Zambia ilustran cómo conflictos, desplazamientos forzados y colapso de servicios básicos crean “tormentas perfectas” para epidemias (Gavilán, 2011). La Organización Mundial de la Salud reportó 535.321 casos en 2023, subregistro que evidencia fallas en vigilancia epidemiológica y

acceso a diagnóstico en zonas remotas (OMS, 2023). Adicional, la distribución geográfica de brotes coincide con regiones donde menos del 50% de la población cuenta con saneamiento gestionado de forma segura, perpetuando ciclos de transmisión.

Lepra: Estigma y diagnóstico tardío

La lepra persiste como un problema de salud pública en regiones endémicas, con una distribución epidemiológica heterogénea. En América Latina, Brasil concentra el 93,77% de los casos reportados entre 2011-2020, con una prevalencia de 1,32 por 10.000 habitantes, superando el umbral de eliminación de la Organización Mundial de la Salud (1/10.000) (Cáceres, 2022). Otros países como Colombia, Venezuela y Argentina presentan prevalencias menores (<1/10.000), pero con tasas de detección elevadas en zonas específicas (4,73/10.000 en Arauca, Colombia). La estrategia global 2021-2030 busca reducir nuevos casos a 63.000 y discapacidades grado 2 a 0.12 por millón, aunque persisten desafíos: el 30% de los casos nuevos en Colombia presentan discapacidades al diagnóstico, y el 10% alcanza grado 2. La hiperendemicidad en 19 estados brasileños sugiere subregistro, estimándose que los casos reales podrían ser ocho veces mayores que los reportados (Figueroa *et al.*, 2023)

El aparente aumento de casos en Brasil y República Dominicana (2011-2019) refleja mejoras en la vigilancia epidemiológica, aunque la pandemia por COVID-19 en 2020 redujo las notificaciones un 22,79-57,10% por la priorización de recursos sanitarios. La persistencia de focos activos se correlaciona con factores estructurales: en Colombia, el 50% de los pacientes del Valle del Cauca (2010-2016) fueron diagnosticados después de 15 meses de síntomas, tiempo similar al reportado en el noreste colombiano (19 meses) y Brasil (24,5 meses). Estos retrasos favorecen la transmisión comunitaria y las complicaciones neurológicas irreversibles, particularmente en poblaciones pediátricas, siendo Brasil el país que registra las mayores incidencias de lepra infantil (Cáceres, 2022; Figueroa *et al.*, 2023; Romero *et al.*, 1995).

Las barreras socioculturales profundizan las demoras diagnósticas. El estigma internalizado y anticipado se manifiesta en creencias sobrenaturales (35% de los casos en estudios colombianos atribuyen la enfermedad a castigos divinos o brujería) y discriminación institucional. El 49% de los pacientes experimenta angustia mental, y el 27% restricciones sociales, agravadas por diagnósticos erróneos recurrentes (micosis, eczema) que retrasan el tratamiento específico hasta 2.7 años. La fragmentación de los sistemas de salud, con desarticulación en la referencia-contrareferencia y escasez de personal capacitado, perpetúa estas inequidades. En Colombia, la comercialización de servicios sanitarios ha debilitado redes comunitarias históricas, reduciendo la lepra a un enfoque bacteriológico y marginando las narrativas pacientes (Cáceres, 2022; Aguilera *et al.*, 2021; Rivera *et al.*, 2020).

Malaria: ¿Un retroceso en su control global?

La malaria continúa representando una emergencia sanitaria mundial de primer orden, con cifras epidemiológicas que evidencian un retroceso en los avances logrados durante las últimas décadas. Para el año 2021, se documentaron aproximadamente 247 millones de casos y 619.000 defunciones a nivel global, afectando a poblaciones vulnerables, con un 96% de las muertes concentradas en niños menores de cinco años y mujeres gestantes en el continente africano (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). En las Américas, se registraron 505.600 casos y alrededor de 116 muertes durante 2023, mientras que, en Perú, hasta la semana epidemiológica 03 del 2025, se han notificado 1.181 casos sin defunciones asociadas, con una predominancia de *Plasmodium vivax* como agente etiológico principal (OPS, 2022; Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú, 2025). La Organización de Naciones Unidas ha calificado la situación actual como “la mayor emergencia de malaria de las últimas dos décadas”, alertando sobre la reversión del progreso en al menos 13 países africanos y el estancamiento en otros territorios endémicos, fenómeno evidente desde 2015. Esta situación se ve agravada por la insuficiencia de recursos para mantener los programas existentes contra la enfermedad, lo que anticipa un potencial incremento en la incidencia y mortalidad en ausencia de intervenciones oportunas (OMS, 2025; OMS, 2024).

La creciente resistencia a los insecticidas y antimaláricos constituye uno de los principales factores de reemergencia, comprometiendo la eficacia de las estrategias de control vectorial y terapéutico. Se ha documentado un incremento alarmante en la resistencia de los vectores anofelinos a compuestos fundamentales como el DDT y los piretroides, concretamente en África, sin que existan alternativas eficientes. A nivel molecular, la resistencia a cloroquina está determinada por mutaciones en el gen *pfprt*, específicamente la K76T, que produce un transportador capaz de expulsar el fármaco de las vacuolas digestivas parasitarias, reduciendo su concentración intracelular. Paralelamente, las mutaciones del gen *pfmdr1* N86Y y D1246Y disminuyen la sensibilidad a cloroquina y amodiaquina, aunque incrementan la susceptibilidad a otros antimaláricos como lumefantrina, mefloquina y artemisininas. La resistencia a quinina, aunque descrita desde principios del siglo XX, parece vincularse a alteraciones en múltiples genes, incluidos *pfmdr*, *pfprt* y *pfmrp1*, que codifican proteínas reguladoras de la membrana vacuolar digestiva del parásito. (Venanzi, 2016; Chassaing 2001)

El cambio climático emerge como un factor en la dinámica epidemiológica, al modificar la distribución geográfica y temporal de la enfermedad. La malaria presenta una elevada sensibilidad a variables climáticas, pues las alteraciones en temperatura, precipitaciones y humedad influyen tanto en el ciclo vital del vector *Anopheles* como en el desarrollo del parásito *Plasmodium*. Existe un incremento significativo en la transmisión del paludismo en regiones consideradas de bajo

riesgo, fenómeno atribuible a modificaciones en los patrones meteorológicos. Los mecanismos subyacentes incluyen la expansión del hábitat favorable para los vectores en altitudes elevadas y la aceleración del ciclo reproductivo parasitario en zonas de menor altitud, intensificando la transmisión en áreas ya endémicas (Klepac et al., 2024; Rossati *et al.*, 2016; Salkeld *et al.*, 2024).

Conclusión

El resurgimiento de enfermedades representa un retroceso preocupante en la salud pública global, evidenciando las limitaciones de los modelos actuales de prevención y control. Estos padecimientos, asociados a condiciones de pobreza y marginalidad, han reaparecido debido a una convergencia de factores estructurales, entre los que destacan la resistencia antimicrobiana, las inequidades en el acceso a sistemas sanitarios, el cambio climático y el debilitamiento de programas de vigilancia epidemiológica.

Las enfermedades desatendidas representan desafíos sanitarios persistentes, cuya complejidad se ve agravada por determinantes sociales como la pobreza, el hacinamiento y la falta de acceso a servicios básicos, así como por fenómenos globales como el cambio climático y la resistencia antimicrobiana. Aunque se han logrado avances técnicos, su implementación enfrenta limitaciones críticas, desde la insuficiente producción de vacunas hasta la dificultad para alcanzar poblaciones marginadas.

La cooperación internacional y la innovación deben complementarse con estrategias comunitarias y financiamiento sostenible. La participación de las poblaciones afectadas en el diseño de intervenciones ha demostrado mejorar la adherencia a los tratamientos y la eficacia de las campañas de prevención. No obstante, la eliminación de estas enfermedades exige un compromiso político firme que priorice la justicia social y la integración de los sistemas de salud. Solo mediante un enfoque multisectorial, que combine avances técnicos con acciones socioambientales, se podrá lograr un impacto duradero en la lucha contra estas enfermedades, que siguen siendo síntomas de un desarrollo global desigual.

Referencias

- Aguilera, M., Samaniego, L., & Samudio, M. (2021). Retraso en el diagnóstico como factor pronóstico de discapacidad en pacientes con lepra en Paraguay: Estudio de casos y controles. *Revista Chilena de Infectología*, 38(4), 532–539. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182021000400532&lng=es
- Cáceres, M. (2022). Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e14. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.14>
- Chassaigne, J. (2001). Malaria y fármacos antimaláricos. *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología*, 21(2), 85–88. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562001000200017&lng=es
- Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud del Perú. (2025). *Malaria*. MINSA. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2025/SE03/malaria.pdf>
- Figueroa, J., et al. (2023). Más allá del desconocimiento y la invisibilidad: Hacia una deconstrucción del estigma en la representación social de la lepra en la formación médica. *Maguare*, 37(2), 59–91. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-30452023000200059&lng=en&nrm=iso
- Flores, K., Ortiz, B., Cueva, L., et al. (2022). Immune responses in COVID-19 and tuberculosis coinfection: A scoping review. *Frontiers in Immunology*, 13, 992743. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.992743>
- Gavilán, G., & Martínez, J. (2011). Factores ambientales vinculados con la aparición y dispersión de las epidemias de *Vibrio* en América del Sur. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(1), 109–115. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100017&lng=es
- Hino, P., Yamamoto, T., Magnabosco, G., et al. (2021). Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE002115. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02115>
- Kampala, R. (2022). Cólera: la enfermedad mortal que está siendo impulsada por el cambio climático. WASH Matters. <https://washmatters.wateraid.org/es/blog/cholera-deadly-disease-being-fueled-by-climate-change>
- Klepac, P., Hsieh, J., Ducker, C., Assoum, M., Booth, M., Byrne, I., et al. (2024). Climate change, malaria and neglected tropical diseases: A scoping review. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 118(9), 561–579. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trae026>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global tuberculosis report 2021: COVID-19*. OMS. <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/covid-19>

- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Cólera*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cholera>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Malaria*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *World Malaria Day 2025*. OMS. <https://www.who.int/campaigns/world-malaria-day/2025>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Malaria*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/malaria>
- Rivera, A., Sánchez, G., & Espinoza, A. (2020). Barreras y facilitadores relacionados con el diagnóstico de la lepra en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 62(2), 65–71. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000200065&lng=en
- Romero, A., Parra, M., Moya, C., Rujano, R., & Salas, J. (1995). El estigma en la representación social de la lepra. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(4), 535–542. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000400002>
- Rossati, A., Bargiacchi, O., Kroumova, V., Zaramella, M., Caputo, A., & Garavelli, P. (2016). Climate, environment and transmission of malaria. *Infezioni in Medicina*, 24(2), 93–104. PMID: 27367318
- Salkeld, J., Duncan, A., & Minassian, A. (2024). Malaria: Past, present and future. *Clinical Medicine*, 24(6), 100258. <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2024.100258>
- Urrego, J. A. (2020). Tuberculosis multidrogorresistente. *Revista Salud Bosque*, 10(1). <https://link.gale.com/apps/doc/A634503756/IFME?u=anon~6d964d7d&sid=googleScholar&xid=2795c771>
- Velásquez, E., Sivori, M., Jajati, M., et al. (2022). Tuberculosis y COVID-19: nuevos desafíos para viejos problemas. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(2), 167–171. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802022000400167&lng=es
- Venanzi, E., & López, R. (2016). Resistencia a los antimaláricos. *Revista Española de Quimioterapia*, 29(Suppl.1), 72–75. https://seq.es/wp-content/uploads/2015/02/seq_0214-3429_29_sup1_16venanzi.pdf