

**EDITORIAL****Argentina, país libre de paludismo****El camino de Carlos Alvarado y Ramón Carrillo**

En mayo de 2019, setenta y dos años después del lanzamiento del Plan 47 por parte del ministro de Salud Dr. Ramón Carrillo en 1947, Argentina logró la certificación otorgada por la OPS/OMS de "País libre de la transmisión autóctona de paludismo". Es el segundo país de las Américas en obtener ese logro en los últimos cuarenta años, después del Paraguay, que lo acreditó en 2018.

Sin duda se trata de un gran acontecimiento para la salud pública, no solo argentina, sino también de la región latinoamericana en su conjunto. Ha sido un recorrido arduo y con muchos altibajos propios de cambios de gobiernos y de sus políticas sanitarias, pero que, a diferencia de otras patologías con programas y planes para su control que no han logrado los objetivos planteados, se ve coronado, luego de casi una década de interrupción de la transmisión en el NOA y NEA, con el cumplimiento de la meta que alguna vez se planteara el Dr. Carlos Alvarado, a cargo del Programa de Paludismo de la Nación desde 1946 hasta 1954 por designación del Dr. Carrillo y el presidente Juan Domingo Perón.

En 1947 el paludismo constituía la enfermedad infecciosa transmitida por vectores de mayor incidencia, con más de 250.000 casos por año, con una amplia distribución en regiones del centro y norte de nuestro territorio y con transmisión activa entre octubre y mayo. Al terminar 1949, como resultado del accionar de dos años de lucha ininterrumpida contra el mosquito vector, *Anopheles* sp., y con la adecuada respuesta asistencial para realizar diagnóstico y ofrecer el tratamiento necesario a cada especie de plasmodio



**Dr. Carlos Alvarado (1904-1986)**



**Dr. Ramón Carrillo (1906-1956)**

involucrada, se logró reducir los casos a menos de dos mil pacientes. A partir de ese éxito la endemia se mantuvo con una baja incidencia y disminución importante del área geográfica con transmisión, pero con dificultades para su control definitivo por distintas razones. Entre ellas, la presión ejercida por la situación de la parasitosis en los países limítrofes de Paraguay y Bolivia, motivos de índole política por períodos de discontinuidad en las acciones de control, y la presencia en las últimas cinco décadas de *Plasmodium vivax* como única especie autóctona, situación que complejiza habitualmente la posibilidad de eliminar la transmisión en virtud de las recaídas que se producen por la presencia de formas residuales en el hígado del paciente (hipnozoitos).

Pero como ha quedado demostrado este año, la continuidad de las tareas para el control y asistencia de pacientes de un programa nacional, con el apoyo de los ministerios de Salud de las provincias palúdicas históricas, es la razón del logro obtenido. Es decir, una política de Estado aplicada a lo largo del tiempo. Un ejemplo a seguir en otras áreas en las que la posibilidad de alcanzar la meta propuesta requiere de dicha continuidad temporal y contigüidad geográfica, única posibilidad de tener éxito y concretar los objetivos planteados, como nos enseñara el profesor Aluizio Prata, de la Universidad de Uberaba (Brasil), en sus magistrales clases dictadas dentro del programa de formación de médicos tropicalistas en los años 80.

Ahora, el desafío continúa hacia el futuro, pues debe fortalecerse la vigilancia epidemiológica para evitar la reintroducción del paludismo en las áreas receptoras de nuestro país. Para ello es fundamental tener equipos de salud capacitados en su formación profesional, tanto en el nivel de la atención primaria como en los hospitales de mayor complejidad, y que cuenten con un alto nivel de alerta para pensar en esta parasitosis dentro de la vigilancia del Síndrome Febril Indiferenciado, tanto en pacientes locales como en aquellos que provengan de áreas de transmisión activa de paludismo. La accesibilidad a servicios de diagnóstico calificados es de fundamental importancia, junto con la provisión de la medicación recomendada de elección, para mitigar la progresión de la enfermedad a cuadros graves, desde el punto de vista asistencial individual, y lograr la eliminación rápida de una potencial fuente de adquisición de formas sexuadas del parásito para los mosquitos vectores, evitando un potencial brote epidémico.

Nuestra capacidad para continuar el camino con las acciones necesarias propuestas, que deben contemplarse dentro de un plan de salud, será el mejor reconocimiento a los pioneros y a quienes prosiguieron su trabajo y constituirá la manera de proteger a la población de este histórico flagelo tropical hoy eliminado de nuestro país.

**Dr. Tomás Agustín Orduna**

**Jefe del Servicio de Medicina Tropical y Medicina el Viajero (CEMPRA-MT)**

**Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz, Buenos Aires**

---