40. La ignorancia es la más grande aliada de la mortalidad infantil. Las tradiciones de familia relativas a la crianza son interesantes y no pocas veces encierran recursos de gran valor edificante; pero las nociones de puericultura tomadas de buena fuente, lograrán en muy poco tiempo superarlas y poner a quienes las practican en condiciones incomparablemente mejores para la crianza.

41. La ignorancia en materia de puericultura no es patrimonio de los analfabetos, ni tampoco de la clase social humilde: desgraciadamente invade todas las categorías y no pocas veces, penoso es confesarlo, hasta la clase médica, la más obligada por cierto a difundirla y velar porque se practique.

42. La mortalidad infantil es una cuestión nacional netamente social y que por lo mismo a todos nos compete, siendo incapaz todo gobierno, por rico y poderoso que sea, para resolverla satisfactoriamente por sí mismo. Y como según el concepto moderno el estudio de la mortalidad infantil pone a prueba el grado de civilización de un pueblo, realizaremos obra de positivo patriotismo siempre que participemos consciente y decididamente en la lucha tan humanitaria como salvadora de arrebatar criaturas a la enfermedad y a la muerte.

OBLIGACIONES Y OPORTUNIDADES DE LA ASISTENTE SOCIAL EN EL RAMO DE LA HIGIENE SOCIAL *

Por HERBERT W. CUMMINGS, B. C.

Subdirector del Servicio de Higiene Social del Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York

La higiene social tiene que ver con el uso y el abuso de los instintos sexuales en cuanto afectan la salud física y psíquica del individuo y el bienestar de la sociedad. Como el deseo de propagación es a veces el más poderoso impulso y el instinto fundamental en que reposa la sociedad, el sexo constituye un factor, ya dominante, ya recesivo, pero siempre potente, en todas las relaciones humanas, y es así que todo problema individual y social reviste cierto aspecto sexual. El propósito de la higiene social consiste en ayudar al individuo a utilizar ese impulso constructivamente para su propia satisfacción, salud física y serenidad mental y, al mismo tiempo, de modo que no perjudique a la sociedad en conjunto.

Las asistentes sociales están interesadas en las relaciones humanas y, por lo tanto, en todo factor que afecte directa o indirectamente las inter-relaciones de los individuos, con el resultante *esprit de corps*. Teniendo por meta obtener la mayor posible felicidad verdadera para el mayor número de personas lo más pronto posible, hállanse interesadas

---

* Trabajo leído en la reunión de Enfermeras Sanitarias y Asistentes Sociales, en Trenton, Nueva Jersey, diciembre de 1931. *Hosp. Soc. Serv.*, 395, mayo de 1932.

en todas las fases de la actividad y el pensamiento humanos; por lo cual, al buscar la solución más satisfactoria de cualquier problema dado, tienen que considerar en la mayoría de los casos el elemento sexual comprendido. Es más, las dificultades inherentes al manejo de un caso dado dependerán en gran parte de la intensidad con que las complique dicho factor.

Partiendo de estos principios manifiestos, salta a la vista que las obligaciones de la asistente social exigen un conocimiento práctico de la higiene social, y que sus oportunidades de ayudar a los infortunados y de fomentar el bienestar social, se regirán en gran parte por su destreza en saber atender la fase del problema que toca a la higiene social.

Los trabajos de higiene social pueden dividirse toscamente en dos grupos: constructivos y remediales, aunque ambos se confunden en gran parte.

Las medidas constructivas comprenden educación sexual y formación del carácter, y persiguen la finalidad digna de encomio de sublimar el instinto sexual, impidiendo de paso la delincuencia sexual y la propagación de la sífilis y de la blenorragia. Esa fase constructiva, la mayor de las dos, hasta donde obtiene éxito, no tan sólo impide la ansiedad mental y la enfermedad física dimanantes del abuso del instinto copulativo, sino que también tiende a acrecentar el total de la felicidad humana. Minuciosas investigaciones han puesto a nuestra disposición una enorme cantidad de material relativo a lo que debe enseñarse a los niños de distintas edades, y al modo de hacerlo. Las asistentes sociales deben familiarizarse con todos esos datos, y alentar a los organismos vinculados con las escuelas, las iglesias y los hogares, en sus esfuerzos para fomentar la educación sexual y para inculcar en los jóvenes hábitos sexuales limpios y sanos. También, deben apoyar cuanto medio de recreación sana ofrezca la comunidad, pues el ambiente y la manera en que se emplean los momentos de ocio afectan a los individuos tan poderosamente como la enseñanza directa o las prédicas. El apoyo prestado a esas obras es, sin embargo, más bien en la capacidad de ciudadanas inteligentes que de asistentes sociales.

El dominio de la sífilis y de la blenorragia no puede dejarse exclusivamente a cargo de la educación sexual. Todo lo que dependa de la dirección y esfuerzo humanos, por su misma naturaleza, será imperfecto, y por eso la educación sexual y los alicientes a una vida sana, tal vez no acaben de vencer un ambiente malsano, o acaso cierta proporción de nuestros semejantes no puedan ser educados suficientemente para apreciar las cosas superiores de la vida. Por fin, reconozcamos que bien pocas personas han disfrutado el privilegio de recibir instrucción sexual sistemática y continua, sin que asomen señales todavía de que tal situación varíe mayor cosa en el futuro próximo. En justicia a la escuela que cree que la sífilis y la bleno-

rragia constituyen indicios de conducta sexual asocial, declaremos que también espera que tendrán que transcurrir años, y quizás generaciones enteras, antes de conseguir un manifiesto reajuste social per virtud de la elevación consciente de las normas sexuales.

Es un hecho que hoy día una considerable proporción de mujeres y hombres se exponen a la sífilis y la blenorragia, y que muchos de nuestros semejantes contraerán una o ambas. El Cnel. Ashburn observó que 66 por ciento de 14,000 soldados de las Fuerzas Expedicionarias Americanas en Francia habían tenido relaciones sexuales ilícitas; pero tan peculiares eran entonces las condiciones, que dichas cifras quizás no guarden relación con las correspondientes a un ambiente más normal. Estudió el mismo autor la vida sexual de los estudiantes de la Escuela Militar de West Point, y de 550 (edad, 21–27 años) que contestaron los interrogatorios, 54 por ciento habían tenido relaciones sexuales por término medio 23 veces. Katharine Davis descubrió que, de 1,000 mujeres casadas, 7 por ciento habían tenido relaciones carnales antes del casamiento, y lo mismo sucedía con 11 por ciento de 1,200 solteras que se habían diplomado. Por esas razones, ha surgido otra escuela, algunos de cuyos miembros apoyan los programas de educación sexual, que para otros pecan de ideales, pero todos ellos conformes en que debe hacerse algo inmediatamente en pro de los ya infectados, o susceptibles de infectarse. Ese grupo hace notar que el dominio de la sífilis y de la blenorragia constituye el mayor, y sin duda el más difícil problema sanitario de nuestros días. El coriza común es probablemente el único mal más frecuente que ésos, y no evoca tanto sufrimiento físico como los males venéreos en conjunto y, por supuesto, jamás ocasiona las torturas mentales que tantos experimentan al averiguar que ellos mismos, o personas que les son queridas, se hallan infectados por una de dichas dolencias. La adecuada asistencia médica de las personas que se calcula están infectadas con sífilis en el Estado de Nueva York, costaría anualmente $15,000,000, con tal que buscaran tratamiento poco después de infectarse, a manos de médicos que cobran honorarios moderados. Esa escuela recomienda un ataque directo contra el problema de los males venéreos, principalmente aplicando el tratamiento científico moderno.

Como sociólogas, os interesarán esencialmente las medidas remediales, pues tratáis de sacar a los individuos de situaciones difíciles. Por supuesto, además de las medidas antivenéreas os interesan otros numerosos problemas relacionados con el instinto sexual, tales como la madre soltera, la delincuencia sexual de los adolescentes, la prostitución comercial, y el divorcio, el abandono o la separación debidos a desavenencias conyugales. Sin embargo, me limitaré ahora a discutir los problemas que confrontan a la asistente social en el dominio de la sífilis y de la blenorragia en su fase sanitaria.

Si va a dominarse médicamente a la sífilis y la blenorragia, el primer problema es cómo ofrecer tratamiento a los infectados. Claro está, que deben conocer la gravedad del mal, la necesidad del tratamiento científico, y los medios disponibles para los menesterosos. En tanto que la instrucción relativa al instinto sexual queda primordialmente a cargo de los organismos docentes, la misión de ofrecer informes respecto a la sífilis y la blenorragia, sus causas, modos de transmisión y posibles secuelas si se dejan sin tratar, y posibilidades de curación, les toca a los higienistas y las asistentes sociales.

El segundo problema es hasta qué punto debe diseminarse información relativa a dichos males, a fin de alcanzar a la persona susceptible de infectarse. La respuesta depende directamente de la frecuencia de esas enfermedades. Los cálculos relativos a las personas que tarde o temprano se infectan hacen subir la proporcion a 9 por ciento para la sífilis, y unas cuatro veces más para la blenorragia. Si esas cifras son razonablemente conservadoras, entonces 45 de cada 100 personas tarde o temprano padecerán ya de sífilis o de blenorragia, lo cual equivale a decir que, por término medio, se infectará una persona de cada familia de dos personas. De ahí que haya que llevar a todos los hogares información relativa a esos males insidiosos y a la necesidad de iniciar tempranamente el tratamiento. Ese trabajo corresponde esencialmente a las asistentes sociales y a las enfermeras visitadoras, quienes pueden hacer mucho por sí mismas y también ayudar bastante para alentar esa forma de educación sanitaria en la comunidad.

Frecuentemente se pregunta a qué edad debe ofrecerse información relativa a los males venéreos. Un estudio de la edad a la iniciación de 2,227 casos de sífilis reveló que 5 por ciento la habían adquirido a la edad de 15 años, 32 por ciento a los 20, y 82 por ciento ya a los 30 años, por lo cual, a fin de que la información sea realmente útil, es manifiesto que debe ilustrarse a los jóvenes ya a los 15 años, pues sífilis y blenorragia son esencialmente males de la juventud. El mismo estudio reveló que las mujeres se infectaban a una edad más temprana que los hombres, y los negros antes que los blancos.

¿Dónde deben concentrarse los esfuerzos a fin de vencer la sífilis y la blenorragia? Un censo realizado en Nueva York puso de manifiesto que la sífilis era unas siete veces y la blenorragia cuatro veces más frecuentes en los distritos urbanos que en los rurales, siendo probable que intervengan varios factores en esa distribución desigual. La aparente prevalecencia en los distritos urbanos tal vez sea mayor que la verdadera, y acaso suceda lo contrario en los distritos rurales. Un estudio estadístico ha demostrado que no existe correlación directa entre la densidad de la población y la frecuencia de dichas enfermedades; pero los varios censos levantados en los Estados Unidos han revelado constantemente coeficientes mucho más altos en las ciudades

que en los campos. En los distritos urbanos de más de 2,500 habitantes, el coeficiente sifilítico fué de 6.74 por 1,000, comparado con 1.27 en las zonas rurales. Esos hechos simplifican el problema, pues permiten concentrar las medidas de control, por lo menos de momento, en los centros mayores.

El quinto punto consiste en el modo de hacer que las mujeres reciban tratamiento. En los estudios realizados, el coeficiente de sífilis fué de 4.98 en los hombres y 3.11 por 1,000 en las mujeres, y el de blenorragia de 5.03 y 1.75, respectivamente. La razón, pues, entre hombres y mujeres, fué de 1.6 por 1 para la sífilis, y 2.9 por 1 para la blenorragia, lo cual armoniza con los datos para los países extranjeros.

Razón entre hombres y mujeres para la sífilis temprana y la blenorragia

	Sífilis	Blenorragia
Alemania (1927)	1.1 por 1	3.4 por 1
Austria (1925)	1.3 por 1	2.6 por 1
Checoeslovaquia (1921)	2.1 por 1	3.5 por 1
Estocolmo (1926)	1.7 por 1	2.9 por 1
Gran Nueva York (1928)	1.8 por 1	4.41 por 1
Helsingfors (1926)	2.2 por 1	2.2 por 1
Inglaterra y Gales (dispensarios, 1929) [1]	1.8 por 1	4.0 por 1
Oslo (1926)	1.9 por 1	3.5 por 1
Suiza (1920–21)	1.9 por 1	3.6 por 1

[1] Comprende infecciones de más de un año.

No puede determinarse la razón entre hombres y mujeres realmente infectadas; sin embargo, carece de fundamento la idea de que es idéntica en ambos sexos la proporción que no reciben tratamiento. En el interior del Estado de Nueva York, de 1919 a 1930, los casos comunicados de sífilis aumentaron en 69 por ciento en las mujeres y en 38 por ciento en los hombres, y durante el mismo período, los casos de blenorragia aumentaron en 246 y 152 por ciento, respectivamente. Parece muy dudoso que las mujeres se infecten con rapidez mucho mayor que los hombres y, a mi entender, ese aparente aumento rápido en la sífilis en la mujer se debe a que una proporción mayor buscan tratamiento hoy día, que hace 10 ó 12 años. Por otro lado, es probable que aun actualmente quede sin tratamiento una proporción tan grande de mujeres infectadas como de hombres. La tabla revela también una diferencia mucho mayor en la relativa proporción de hombres y mujeres afectados con blenorragia que con sífilis. Como ambas enfermedades se transmiten de un modo semejante, la proporción en ambos sexos no debería variar mayor cosa para las dos afecciones, a menos que interviniera algún factor que afectara a una y no a la otra.

Una explicación de la diferencia tal vez consista en que las mujeres pueden prevenir la blenorragia mejor que la sífilis, y esta explicación acaso no sea tan torpe como parece, pues he observado a veces mujeres que han cohabitado

semanas y hasta meses enteros con hombres que padecían de blenorragia subaguda, y han permanecido indemnes, al parecer, por haberse administrado duchas después de cada coito. Sin embargo, la explicación con mucho más probable, es que la blenorragia es ignorada por las mujeres mucho más que la sífilis. . . . Es más, me siento seguro de que las mujeres se hallan en ignorancia mucho mayor que los hombres respecto de los males venéreos. Esa situación constituye una causa potente de la elevada frecuencia de la blenorragia, y estoy seguro de que si pudiéramos hacer comprender mejor a las mujeres la importancia de buscar consejo cuando hay flujos anormales, mermaríamos mucho la frecuencia de la blenorragia, pues tenemos en nuestras manos los medios, con el buen tratamiento inmediato, de convertirlas en no infecciosas con mayor rapidez que a los hombres.—Cnel. L. W. Harrison.

Esto pone de manifiesto que el reparto de información relativa a la sífilis y a la blenorragia, debe ser más acentuado en las mujeres que en los hombres.

Un censo de un día en Nueva York reveló que 6,144 mujeres recibían tratamiento antisifilítico, y por los datos recopilados antes, calcúlase que 63 por ciento están casadas, y 90 por ciento de ellas en la edad de la reproducción; es decir, que de unas 3,870 sifilíticas casadas, aproximadamente 3,483 serían madres potenciales, saltando a la vista la tremenda posibilidad de que tengan hijos heredosifilíticos. Seguramente, esas cifras deben impresionar a los tocólogos y a las clínicas prenatales, haciéndoles comprender la importancia de hacer Wassermanns sistemáticas en todas las gestantes. La Wassermann sistemática y la iniciación del tratamiento de las sifilíticas en el primer período del embarazo, son dos de las medidas más importantes que pueden tomarse en el campo prenatal. La realización de una Wassermann en toda gestante debería ser un rito seguido con tanta religiosidad como la colocación de una solución profiláctica de nitrato de plata en los ojos de todo recién nacido para impedir la oftalmía neonatal, y el tratamiento de toda gestante sifilítica debería ser considerado como una profilaxia práctica destinada a impedir la sífilis congénita en el recién nacido. En la mayor parte de los Estados de la Unión americana, obligan a tomar medidas profilácticas para proteger los ojos del niño al nacer, sin que tales leyes evoquen antagonismo de parte de los padres. Parece, pues, que no hay razones lógicas para esperar reparos a las Wassermanns en los casos de embarazo. Mientras se educa al público, sería factible introducir la medida en todas las clínicas prenatales y maternidades, y persuadir a los tocólogos a hacer otro tanto en su clientela particular.

Los hijos de las sifilíticas deben ser mantenidos en observación hasta la edad de 21 años, a fin de iniciar el tratamiento al primer signo del mal. Las estadísticas ponen de manifiesto que sólo 42 por ciento de los sifilíticos y 70 por ciento de los blenorrágicos buscan tratamiento mientras la enfermedad se halla todavía en el período temprano o agudo. Por sífilis temprana se sobreentiende la observada dentro del año de sobrevenir la infección, y por blenorragia aguda la observada

dentro de tres meses de infectarse el sujeto. Un estudio más detenido de los sifilíticos que se presentaron dentro de un año de infectarse, revela lo siguiente: sólo 11 por ciento de esos casos tempranos solicitaron tratamiento mientras la sangre se hallaba negativa, y otro 22 por ciento se hallaban en el período primario, pero ya hemopositivos. En otras palabras, menos de 5 por ciento del total de casos que reciben por fin asistencia médica, buscan tratamiento en el período primario seronegativo, cuando hay mayores posibilidades de curación; otro 9 por ciento se presentan en el período primario; y el 86 por ciento restante ya han manifestado lesiones secundarias antes de solicitar tratamiento. En los últimos hay muchas menos probabilidades de efectuar la curación, y un pronóstico conservador indicaría que puede estacionarse la enfermedad. El censo de 1930 en Nueva York (exclusive de la ciudad), demostró que 36 por ciento de las mujeres solicitaban tratamiento en el período temprano, comparado con 45 por ciento de los hombres.

La solución del primer grupo de problemas consiste en la difusión universal de información sanitaria acerca de la sífilis y la blenorragia, y hemos presentado los hechos anteriores a fin de determinar la forma de orientar la campaña de propaganda para conseguir el máximum de resultados posibles. Dada la diseminación de esos males, es manfiesto que la publicidad debe ser universal. Por el estudio de la edad a la iniciación, parece claro que hay que informar a los jóvenes en la pubertad temprana. La observación del domicilio de los infectados indica que hay más necesidad de instrucción en los distritos urbanos que en los rurales. La segregación de los casos por sexos, y el estudio de datos afines, apuntan la necesidad de recalcar los hechos más entre las mujeres que entre los hombres. El elevado coeficiente de sífilis en las madres en ciernes recalca la necesidad de hacer Wassermanns sistemáticas en todas las clínicas prenatales o clientelas obstétricas. La tardanza actual en solicitar tratamiento, exige una exposición más enérgica de la necesidad del tratamiento temprano. Es decir, toda la gente debe darse cuenta de la gravedad de la sífilis y la blenorragia, y quedar convencida de la necesidad de buscar tratamiento en el acto al presentarse los primeros signos patológicos. Agobiadora la magnitud de esa empresa, no puede llevarse a cabo en pocos años, pero representa el primer paso en cualquier programa sanitario encaminado hacia el dominio de esos males.

Parece, pues, que hay dos formas importantísimas de enseñanza referente al dominio y prevención de la sífilis y la blenorragia: la primera es la educación sexual y la formación del carácter, lo cual es primordialmente la misión de la escuela, la iglesia, el hogar y los organismos cívicos dedicados a la protección de la juventud; y la segunda, la difusión de información sanitaria con respecto a los males venéreos, acompañada de llamamientos bien inspirados que logren

que los infectados busquen tratamiento temprano, y esto les toca esencialmente a las visitadoras sociales y sanitarias.

Los siete problemas ya considerados, cuya solución depende de la difusión universal de información sanitaria acerca de la sífilis y la blenorragia, parecen de por sí constituir una tarea gigantesca hasta para las asistentes sociales. Es más, sus obligaciones no terminan ahí, pues las confronta otro grupo de problemas.

Este segundo grupo no es tan numeroso, pero sí de naturaleza más compleja, de modo que exige muchísima más destreza, capacidad profesional mayor, y un máximum de personalidad, a fin de resolverlos con éxito. Apenas un sujeto infectado ha comenzado a recibir tratamiento, la asistente social contrae la obligación de descubrir la fuente de infección y los contactos, a fin de conseguir que se hagan examinar y reciban tratamiento, de hallarse infectados. Claro está, que conseguir el nombre y dirección del foco de infección no resulta factible en el 60 por ciento de sifilíticos que han dejado transcurrir más de un año desde que fueron infectados, y descubrir la identidad del otro 40 por ciento tropieza con innumerables factores complicantes. Frecuentemente, el infectado es por demás promiscuo en sus relaciones carnales y no sabe qué exposición fué la causa. También hay un pequeño grupo de recalcitrantes que, poseyendo la información deseada, niéganse a revelarla, quizás para no comprometer a personas casadas o señoritas de posición encumbrada. Claro está, que si vamos a investigar las fuentes de infección, es necesario hacer que los infectados reciban tratamiento mientras la enfermedad se halla en su período temprano, pues la mayoría sabrán entonces dónde contrajeron la infección. La educación general acerca de la fase sanitaria de los males venéreos, derribará en gran parte las inhibiciones que hoy día vedan revelar el origen de los mismos.

En muchos casos, para conseguir que los contactos se sometan a examen y tratamiento, precisa muchísimo tacto. Si la persona es casada, la asistente tropieza con un problema delicadísimo, mas no insuperable. En contraposición a la creencia general, el conocimiento de que un cónyuge padece de un mal venéreo, no ocasiona por lo común la ruina del hogar. La asistente social debe tener presente que las medidas epidemiológicas exigen el examen de los contactos, y en todo lo posible, instrucción de éstos en las precauciones que deben tomar. En general, parece muy posible que una asistente social de moderada eficiencia pueda poner bajo tratamiento por término medio, por lo menos un caso nuevo por cada caso que solicita tratamiento voluntariamente; y si pudiera hacerse eso siempre, el adelanto en el dominio sería dos veces mayor que el logrado actualmente.

Otro problema que confronta a la asistente social, es mantener al enfermo bajo tratamiento por el tiempo suficiente para impedir recidivas y reinfecciosidad. A juzgar por las estadísticas compiladas

por el Servicio de Sanidad Pública para grupos urbanos y rurales que sumaban 10,000,000, los casos de sífilis permanecieron bajo tratamiento unos 6 meses y 20 días, lo cual, claramente, es demasiado poco, pues hasta el 5 por ciento que se presentan en el período seronegativo necesitarían más de 7 meses. He ahí un problema que desafía la inteligencia de la asistente social, pero susceptible de solución. En numerosos casos se han asignado asistentes capaces a las clínicas a fin de determinar la posibilidad de mantener continuamente a los enfermos bajo tratamiento hasta darlos de alta el médico encargado, y la posibilidad de hacer que los remisos reanudaran el tratamiento. Los resultados han sido algo asombrosos para los pesimistas, pues demuestran que con asistentes aptas muy pocos enfermos abandonan el tratamiento, y puede hacerse volver a la clínica a la gran mayoría de los que lo suspenden. Hagamos notar aquí que la clientela que asiste a las clínicas públicas es, por lo general, un grupo menos responsable que el atendido en la práctica particular, de modo que en la última hay muchísimas más posibilidades de que continúen el tratamiento. No cabe duda de que el 86 por ciento de los sifilíticos que buscan tratamiento por primera vez mientras la enfermedad se halla en el período secundario bien desarrollado y reciben menos de 7 meses de tratamiento, no han quedado curados, pero sí convertidos en no infecciosos por un espacio más o menos breve de tiempo. La asistente dedicada a la higiene social, que no tiene suficientes poderes de persuasión para remediar tal estado de cosas, no es digna de su profesión.

La proporción de reinfectados es un punto jamás estudiado en gran escala, y los datos no se prestan ni siquiera para cálculo, si bien vale la pena considerarlo, aunque sólo sea teóricamente. Como recordaréis, el Cnel. P. M. Ashburn descubrió por los cuestionarios de 14,000 soldados rasos que habían estado en Francia de 10 meses a 2 años, que 34 por ciento se habían mantenido castos, y que el otro 66 por ciento habían tenido unos 30 contactos con mujeres de hábitos sexuales promiscuos por cada caso de infección resultante, ya de sífilis o blenorragia. En otras palabras, parece que en condiciones más desfavorables que las corrientes y sin mayores precauciones, un sujeto puede por término medio participar en coitos ilícitos unas 30 veces antes de infectarse. Si se mostrara discreción en escoger la compañera y en utilizar los métodos corrientes de limpieza, las infecciones disminuirían considerablemente. Es más, entre los estudiantes de West Point hubo por término medio una sola infección por cada 400 contactos ilícitos. Siendo así, es manifiesto que, en general, cada sujeto infectado ha adquirido el hábito de la promiscuidad sexual. Ya se os ha llamado la atención sobre lo difícil que resulta establecer hábitos sanos en los jóvenes, y bien comprenderéis que

es todavía más difícil cambiar los hábitos fijos de los adultos. Hay, pues, pocas posibilidades de cambiar marcadamente la vida sexual de los sujetos infectados, de modo que a fin de impedir reinfecciones y la propagación de esos males, parece conveniente poner al tanto a los enfermos de los métodos aceptados de profilaxia. En el ejército que sirvió en Francia utilizáronse esos métodos, y aunque frecuentemente no se aplicaron sino mucho después de la exposición y, con frecuencia, por los sujetos mismos, el número de infecciones bajó a una por 90 contactos. Queda en tela de juicio el si la profilaxia médica debe figurar o no en la educación sexual de los jóvenes; pero parece que si va a realizarse un esfuerzo asiduo para dominar esos males, será necesario ofrecer instrucciones cuidadosas acerca de los medios de protegerse contra la infección a todas las personas que han tenido en alguna ocasión ya sífilis o blenorragia. Es decir, que después que el infectado ha buscado tratamiento, es necesario continuar educándolo de modo que se muestre dispuesto a revelar la fuente de infección y contactos, a continuar el tratamiento hasta ser dado de alta, a tomar las precauciones necesarias para impedir la propagación del mal y, por fin, para que conozca el modo de protegerse contra las infecciones en el futuro.

Sin embargo, las higienistas sociales no pueden controlar esas enfermedades si limitan sus gestiones a los casos de la clínica, que sólo representan la tercera parte de los de lues y la décima parte de los de gonorrea atendidos por los médicos. Las autoridades sanitarias deben designar asistentes para que colaboren con los médicos particulares en la lucha antivenérea, y éste quizás sea el procedimiento más progesista propuesto hasta ahora, si bien tal vez no reciba aprobación universal sino después que todos los interesados hayan tenido ocasión de meditar sobre el problema. Seguramente, en ninguna otra enfermedad transmisible se ha sobrepuesto al bienestar colectivo el derecho de los infectados a encontrarse libres de la intromisión de los funcionarios públicos. En este trabajo hemos considerado el dominio de dichos males desde el punto de vista sanitario, y al continuar enfocándolo así, claro está que las medidas epidemiológicas que han dado éxito contra las demás enfermedades transmisibles, deben ser aplicadas a las venéreas, si va a atacárselas científicamente y con esperanzas de dominarlas en el futuro cercano. A fin de obtener el permiso del especialista para ayudarlo a convencer a su clientela del valor de esta fase sanitaria de su trabajo, precisará una clase selecta de asistentes sociales, de preparación extraordinaria, de marcada destreza profesional, y de personalidad excepcional. Todas esas gestiones son obras sanitarias y, por lo tanto, no pueden al final de cuentas ser pura obligación del médico, por cuya razón organismos oficiales deben facilitar asistentes sociales que ayuden a la profesión médica.

El programa de control de los males venéreos divídese en dos clases de obras: las dedicadas a conseguir que los infectados reciban tratamiento en el período temprano, y las dedicadas a los problemas que surgen una vez iniciado el tratamiento. La primera parte depende de la difusión universal de datos relativos a la sífilis y la blenorragia, y la segunda de conseguir el examen de la fuente de infección y contactos, continuar el tratamiento el enfermo hasta ser dado de alta, y enseñarlo a impedir la propagación del mal y a protegerse contra la infección en el futuro mediante la profilaxia química. En la vida real, la asistente social tropieza con otro problema, y es poder ofrecer pruebas estadísticas de un adelanto razonable en el dominio de esos males. El undécimo y último problema, consiste pues en cómo puede hacer eso.

La evaluación del trabajo realizado depende de contar con estadísticas exactas. En la actualidad, la tendencia parece ser estacionaria. Hay aproximadamente un caso nuevo este año por cada caso denunciado el año pasado. Si se puede poner bajo tratamiento temprano a los recién infectados y descubrirse y examinarse la fuente de infección y los contactos, será posible eliminar una considerable proporción de focos infecciosos cada año. Si se acentúan los esfuerzos, aunque sólo sea en 10 por ciento, será posible en el breve plazo de siete años, rebajar el coeficiente a la mitad. Todos los demás problemas conviértense en fases de este último. ¿Cómo puede acelerarse el adelanto logrado hoy día? En la actualidad, la lucha al parecer apenas contrabalancea los elementos viciosos que tienden a aumentar el coeficiente. Este mero hecho debe impulsaros a intensificar vuestras energías, a aumentar vuestra agresividad, y a invertir la natural tendencia ascendente. No toda la responsabilidad de esa falta de mayor adelanto recae sobre la asistente social, pues pocos departamentos de sanidad han reconocido todavía en la distribución de personal y fondos, que una de sus principales labores consiste en el dominio de los males venéreos.

¿Por qué menosprecian a tal punto un problema tan urgente nuestros organismos cívicos de higiene y de beneficencia? Cuando el individuo de las calles se dé cuenta de que la sífilis y la blenorragia constituyen los peligros más graves para la salud, haciendo perder más paga que ningún otro grupo de dolencias; que invalidan a más gente que tiene que sostener el Estado que ningún otro grupo: y que infinidad de niños nacen físicamente deformes, mentalmente defectuosos o ciegos debido a esos males, se indignará al saber que se le ha mantenido en la ignorancia, y que los fondos públicos y particulares han sido destinados a empresas menos urgentes y provechosas. Por más de un decenio se han conocido las medidas de dominio antivenéreo: lo que se necesita es aplicarlas con intensidad, y contemplar los hechos cara a cara, por más que a veces sean desagradables.

133610—32——3

No paran ahí los problemas que confrontan a la asistente social, pero parecen ser los más importantes para los cuales tengamos por ahora soluciones prácticas. Por lo expuesto, ya véis pues cuán numerosas son las obligaciones de esa empleada en la lucha antivenérea. Sus oportunidades son comensuradas con su preparación, destreza profesional y capacidad para estimular la educación sexual, para iniciar y mantener la diseminación de datos relativos a la fase sanitaria de los males venéreos, y su habilidad para convencer al venereólogo de que puede prestarle verdadera ayuda manteniendo a sus enfermos bajo tratamiento por más tiempo y ampliando su clientela al traerle las fuentes de infección y los contactos.

Un programa comprensivo para la lucha antivenérea por la asistente social comprende: la educación sexual y formación del carácter, con el noble objetivo de inculcar en la juventud una actitud sexual sana y, subsidiariamente, de impedir la exposición a posibles infecciones; la diseminación de datos sanitarios a fin de que las personas que por desgracia se infecten acudan en busca de tratamiento en el período temprano; y, por fin, un programa práctico para investigar y examinar las fuentes de infección y contactos, persuadir a las personas que reciben tratamiento a que lo continúen hasta el alta, y enseñar a los infectados el modo de impedir la propagación de su mal y de protegerse contra reinfecciones en el futuro. Tal programa es, por supuesto, factible, mas para lograr el mayor éxito exigirá una aplicación de lo más intensa. Ningún otro adelanto destacado de la sanidad o de la asistencia pública, equivaldría al beneficio dimanante de la ejecución de un programa que rindiera pruebas tangibles de descenso en la frecuencia de la sífilis y la blenorragia.

EL SUERO DE CONVALECIENTE EN LA MEDICINA PREVENTIVA *

Por el Dr. J. E. GORDON

Epidemiólogo del Departamento Municipal de Sanidad de Detroit, Michigan, E. U. A.

Voy a presentar algunos de los resultados obtenidos en la prevención de las enfermedades transmisibles con suero de convaleciente, el cual ya hemos empleado contra la varicela, escarlatina, poliomielitis, sarampión, parotiditis, tos ferina e influenza. La literatura contiene muchos informes relativos a la seroprofilaxia del sarampión, pero hasta ahora pocos estudios en relación con otras enfermedades.

Sarampión.—Ciertos principios importantes rigen la prevención específica del sarampión, el primero de los cuales es que debe hacerse

*Tomado de un trabajo leído ante la Conferencia Anual de Funcionarios de Sanidad del Estado de Illinois, Springfield, dbre. 17, 1931. *Illinois Health Quart.*, eno.-mzo., 1932.