

RESEÑA DE LOS PROGRAMAS DE LUCHA ANTIVENÉREA EN EL REINO UNIDO, ALEMANIA OCCIDENTAL, DINAMARCA Y SUECIA; POSIBILIDADES DE APROVECHAR SUS EXPERIENCIAS EN CANADA¹

Dr. E. S. O. Smith²

Los programas de lucha contra las enfermedades venéreas muestran marcadas diferencias entre países. Incluso en una región geográfica limitada como Europa Occidental se observan netas variaciones en muchas esferas importantes de actividad, incluidas la notificación de casos, la localización de contactos, los servicios de tratamiento y la educación en salud. En este informe se presenta una reseña de los programas antivenéreos de cuatro países europeos, se señalan sus similitudes y diferencias y se destacan distintos procedimientos que podrían ser útiles en la campaña contra las enfermedades venéreas en Canadá, país de origen del autor.

Introducción

El autor recibió una beca de viaje de la OMS para estudiar los programas de lucha antivenérea y planificación de la familia del Reino Unido, República Federal de Alemania (Alemania Occidental), Dinamarca y Suecia. Permaneció dos semanas en cada uno de estos países, entre diciembre de 1974 y febrero de 1975. En el presente informe, que se refiere a los aspectos de su trabajo vinculados con los programas de control de las enfermedades venéreas, se sintetizan las características de los programas de lucha antivenérea observados en los cuatro países, se los compara con el programa que se lleva adelante en Canadá y se sugieren algunos arbitrios que podrían servir para perfeccionar el programa canadiense.

Tasas de incidencia y tendencias de las enfermedades venéreas

Dado que las estadísticas correspondientes a Inglaterra se publican por separado de las

de Gales, Escocia e Irlanda del Norte y fue más fácil obtenerlas, se han usado las tasas de blenorragia y sífilis de Inglaterra en lugar de las correspondientes a todo el Reino Unido.

Blenorragia

En el cuadro 1 se compara la incidencia de los casos notificados de blenorragia por sexo, durante 1973, en cada uno de los cuatro países, con la incidencia en Canadá. Por razones que se verán más adelante, la incidencia de los casos notificados probablemente da una idea de la incidencia real en Dinamarca, Inglaterra y Suecia relativamente ajustada a la realidad; con todo, casi con certeza subestima la incidencia real en Alemania Occidental y Canadá. La incidencia real en Alemania Occidental probablemente se colocó en un lugar intermedio entre la incidencia en Inglaterra y la de los dos países escandinavos, en tanto que la incidencia real en Canadá probablemente fue superior a la de Dinamarca y Suecia.

En el cuadro 2 se muestran las tendencias de la incidencia de casos notificados de blenorragia en el quinquenio 1969-1973. Por cuanto los subregistros no afectan necesariamente las tendencias, las que se mencionaron

¹Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. X, No. 4, 1976.

²Director de Epidemiología, Servicios Sociales y de Salud Comunitaria, Provincia de Alberta, Administration Building, 108 Street and 98th Avenue, Edmonton, Alberta, Canada T5K0C8.

CUADRO 1—Incidencia de casos notificados de blenorragia por sexo, en Inglaterra, Alemania Occidental, Dinamarca, Suecia y Canadá (1973).

País	Casos por 100,000 habitantes		
	Sexo masculino	Sexo femenino	Ambos sexos
Inglaterra	167.4	87.0	126.1
Alemania Occidental	191.3	67.2	126.6
Dinamarca	384.4	278.3	331.0
Suecia	339.0	311.0	325.0
Canadá	277.6 ^a	139.9 ^a	205.2

^aExcluidas Nueva Escocia y la Isla Príncipe Eduardo, que no notifica el sexo o la edad.

CUADRO 2—Tendencias quinquenales de la incidencia de casos notificados de blenorragia de ambos sexos en Inglaterra, Alemania Occidental, Dinamarca y Suecia (1969-1973).

País	Casos por 100,000 habitantes				
	1969	1970	1971	1972	1973
Inglaterra	108.3	115.7	121.6	115.3	126.1
Alemania Occidental	—	116.8 ^a	123.8	132.5	126.6
Dinamarca	264.1	301.5	312.9	342.0	331.0
Suecia	430.0	484.0	472.0	388.0	325.0
Canadá	129.0	147.6	158.7	189.9	205.2

^aTasa basada en las notificaciones durante el segundo semestre de 1970.

respecto de Alemania Occidental y Canadá bien pueden reflejar la situación real. Las cifras expuestas sugieren que en Inglaterra aumentó la incidencia, que en Alemania Occidental y Dinamarca declinó levemente luego de alcanzar una cifra máxima en 1972, que en Suecia decreció notablemente con posterioridad a 1970 y que en Canadá se elevó rápidamente durante el quinquenio.

Sífilis

En el cuadro 3 la incidencia, por sexo, de los casos notificados de sífilis infecciosa en cada uno de los cuatro países en 1973 se compara con la incidencia en Canadá en ese mismo año. Aunque los criterios de notificación de casos de sífilis eran distintos de un país a otro, se hizo todo lo posible para

asegurar que la recolección de estas cifras fuera coherente.

Como la sífilis tiene consecuencias más graves que la blenorragia, es posible que el subregistro de la sífilis no sea un problema tan grande. De acuerdo con los datos expuestos, la tasa de casos en Alemania Occidental triplicaba aproximadamente la de Inglaterra en 1973 mientras los dos países escandinavos y Canadá duplicaban aproximadamente la tasa de Inglaterra.

Una de las características más notables de este cuadro es la elevada razón de incidencia entre el sexo masculino y el sexo femenino, razón que pasó de 5.5:1 en Dinamarca y de 6:1 en Inglaterra. Este señalado alejamiento de la razón tradicional de aproximadamente 2:1 refleja la creciente concentración de sífilis entre homosexuales del sexo masculino. Los

CUADRO 3—Incidencia de casos notificados de sífilis infecciosa, por sexo, en Inglaterra, Alemania Occidental, Dinamarca, Suecia y Canadá (1973).

País	Casos por 100,000 habitantes		
	Sexo masculino	Sexo femenino	Ambos sexos
Inglaterra	5.8	0.9	3.3
Alemania Occidental	14.1	5.1	9.4
Dinamarca	11.0	1.9	6.4
Suecia	8.3	2.3	5.3
Canadá	9.0 ^a	2.3 ^a	5.6

^a Excluidas Nueva Escocia y la Isla Príncipe Eduardo, que no notifican el sexo o la edad.

especialistas en enfermedades venéreas de Londres, por ejemplo, estimaron que de 75 a 80% de los casos de sífilis infecciosa de la ciudad correspondían a homosexuales del sexo masculino.

En el cuadro 4 se indican las tendencias de la incidencia de casos notificados de sífilis infecciosa en el quinquenio 1969-1973. En general, pareciera que la incidencia en Alemania Occidental y Dinamarca se ha mantenido bastante estable, en tanto que en Inglaterra y Suecia ha aumentado de manera sostenida desde 1970 y en Canadá se ha incrementado con rapidez después de 1971.

Notificación de casos de enfermedad

En Gran Bretaña se ha sustituido la expresión "enfermedad venérea" por la denominación "enfermedad transmitida por el contacto

sexual". En Inglaterra todas las clínicas de esta especialidad presentan informes estadísticos trimestrales al Departamento de Salud y Seguridad Social (figura 1). Estos informes comprenden la gama completa de enfermedades transmitidas por el contacto sexual, esto es, incluyen no sólo las enfermedades tradicionalmente consideradas venéreas (blenorragia, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal), sino también la tricomoniasis, candidiasis, sarna, pediculosis pubis, herpes genital, verrugas genitales, molusco contagioso y las infecciones genitales indiferenciadas (como la uretritis indiferenciada). En la notificación nunca se revela el nombre del paciente, ni aun en la realizada por médicos en el ejercicio privado.

En Alemania Occidental se sancionó una ley en 1969 (que entró en vigor el 1 de julio

CUADRO 4—Tendencias quinquenales de la incidencia de casos notificados de sífilis infecciosa de ambos sexos en Inglaterra, Alemania Occidental, Dinamarca y Suecia (1969-1973).

País	Casos por 100,000 habitantes				
	1969	1970	1971	1972	1973
Inglaterra	2.6	2.4	2.5	2.6	3.3
Alemania Occidental	—	10.3 ^a	9.2	9.5	9.4
Dinamarca	4.6	6.2	5.8	6.5	6.4
Suecia	4.7	4.0	4.1	4.6	5.3
Canadá	4.7	4.2	3.6	4.4	5.6

^a Tasa basada en las notificaciones durante el segundo semestre de 1970.

FIGURA 1

Formulario SBH 60

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Informe correspondiente al trimestre concluido el 31 de diciembre de 1974 que deben presentar los médicos competentes por la administración de centros de tratamiento.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL CONTACTO SEXUAL

Denominación y domicilio del centro:

	PARTE A. NUEVOS CASOS DE SIFILIS	Total	Masculino	Femenino
A1	Primarios			
A2	Secundarios			
A3	Latentes en los primeros dos años de infección			
A4	Cardiovasculares			
A5	Del sistema nervioso			
A6	Otras etapas tardías y latentes			
A7	Congénitos, menos de dos años			
A8	Congénitos, dos años o más			
	TOTAL DE LOS RENGLONES A1 A A8			
	PARTE B. NUEVOS CASOS DE BLENORRAGIA			
B1	Infecciones pospuberales			
B2	Infecciones prepuberales			
B3	Oftalmía del recién nacido			
	TOTAL DE LOS RENGLONES B1 A B3			
	PARTE C. NUEVOS CASOS DE OTRAS INFECCIONES GENITALES			
C1	Chancroide			
C2	Linfogranuloma venéreo			
C3	Granuloma inguinal			
C4	Infección genital indiferenciada			
C5	Infección genital indiferenciada acompañada de artritis			
C6	Tricomoniasis			
C7	Candidiasis			
C8	Sarna			
C9	Pediculosis pubis			
C10	Herpes simple			
C11	Verrugas (<i>condylomata acuminata</i>)			
C12	Molusco contagioso			
	TOTAL DE LOS RENGLONES C1 A C12			
	PARTE D. NUEVOS CASOS DE OTRAS AFECCIONES			
D1	Otras treponematosis			
D2	Otras afecciones que requirieron tratamiento en el centro			
D3	Otras afecciones que no requirieron tratamiento en el centro			
	TOTAL DE LOS RENGLONES D1 A D3			
	TOTAL GENERAL DE LAS PARTES A, B, C Y D			

FIGURA 1—Continuación.

PARTE E. GRUPOS DE EDAD DE LOS NUEVOS CASOS								
	GRUPO DE EDAD	SIFILIS (renglones A1 y A2)			BLENORRAGIA (renglón B1)			
		Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	
1	Menores de 16 años							
2	16 y 17 años							
3	18 y 19 años							
4	20 a 24 años							
5	25 años o más							
	TOTAL DE LOS RENGLONES 1 A 5							
PARTE F. LOCALIDADES EN LAS QUE SE PRODUJERON LAS INFECCIONES								
SIFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA (renglones A1 y A2)					Total	Masculino	Femenino	
1	En la localidad del centro							
2	En otras localidades de Gran Bretaña e Irlanda del Norte							
3	Fuera de Gran Bretaña e Irlanda del Norte							
4	Localidad desconocida							
	TOTAL DE LOS RENGLONES 1 A 4							
BLENORRAGIA POSPUBERAL (renglón B1)								
5	En la localidad del centro							
6	En otras localidades de Gran Bretaña e Irlanda del Norte							
7	Fuera de Gran Bretaña e Irlanda del Norte							
8	Localidad desconocida							
	TOTAL DE LOS RENGLONES 5 A 8							
PARTE G. LOCALIZACION Y ATENCION DE CONTACTOS; DIAGNOSTICOS								
SIFILIS					Total	Masculino	Femenino	
1	Número de contactos que se ha procurado localizar							
2	Contactos que han comparecido con sífilis							
3	Contactos que han comparecido, sin diagnóstico de sífilis							
BLENORRAGIA								
4	Número de contactos que se ha procurado localizar							
5	Contactos que han comparecido con blenorragia							
6	Contactos que han comparecido, sin diagnóstico de blenorragia							

SE RUEGA CONSULTAR LAS NOTAS QUE SE ACOMPAÑAN.

Firma del médico competente por la administración
del centro

de 1970) en virtud de la cual los médicos que tratan un caso de enfermedad venérea contagiosa tienen la obligación de notificar el caso a la oficina de salud del distrito en el que ejercen, sin mencionar ni el nombre ni el domicilio del paciente. Solo son notificables las enfermedades tradicionalmente consideradas venéreas. En la notificación se

incluyen el diagnóstico, edad, sexo y estado civil del paciente. Las estadísticas nacionales y provinciales se basan en datos acumulativos proporcionados por estas notificaciones.

En Dinamarca, los médicos deben transmitir a la oficina de salud de la circunscripción en la cual ejercen un informe estadístico semanal de todos los casos de enfermedades

infecciosas, incluido el resfriado. Las enfermedades tradicionalmente consideradas venéreas se indican por separado. El formulario contiene espacio suficiente para notificar los casos de cada enfermedad por edad y sexo y requiere alguna información adicional respecto de los pacientes individuales de sífilis. Los médicos de las clínicas de enfermedades venéreas—e incluso los oficiales médicos de salud a quienes tradicionalmente compete el tratamiento de la enfermedad venérea—utilizan los mismos formularios de notificación que los demás médicos. Sólo se notifica el nombre del paciente cuando este interrumpe el tratamiento.

El sistema de notificación de Suecia es similar al vigente en Alemania Occidental. El médico que trata a un paciente afectado por una enfermedad venérea debe presentar un informe a la oficina de salud de la circunscripción en la que ejerce. El informe es del mismo tipo del que presenta sobre otros casos de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, con la salvedad de que se omiten el nombre y domicilio del paciente. La lista de enfermedades venéreas de notificación obligatoria sigue la norma estándar.

En la mayor parte de las provincias de Canadá el médico que trata a un paciente afectado por una enfermedad venérea debe presentar un informe individual al departamento provincial de salud (ya sea directamente o por conducto de la dependencia local de salud, según la provincia). En la notificación se indica el nombre del paciente. Tanto médicos como pacientes desaprueban esta falta de anonimía del sistema de notificación canadiense, que indudablemente contribuye a la comprobada subnotificación, especialmente en el caso de la blenorragia.

Servicios de tratamiento de las enfermedades venéreas

El Reino Unido cuenta con un gran número de clínicas especiales para el tratamiento de las enfermedades transmitidas por el contacto

sexual. En Inglaterra solamente, funcionan más de 200 clínicas de este tipo, todas o casi todas adscritas a hospitales y administradas en su totalidad por el sistema de hospitales. Estas clínicas son atendidas o supervisadas por especialistas (consultores en venereología) y todos los tratamientos son gratuitos. Las direcciones de estas clínicas se anuncian en los baños públicos, y la mayoría de las personas que sospechan estar afectadas por una enfermedad venérea acuden directamente a la clínica. Los pacientes que consultan primero al médico general por lo común son enviados a una clínica porque los médicos generales están conscientes de la necesidad de una investigación y localización de contactos de carácter especializado y, también, porque los médicos que perciben un honorario per cápita y no por servicio prestado³ consideran que no tienen interés en duplicar un servicio que ya proporcionaron. Un número reducido de venereólogos de las grandes ciudades ejerce privadamente, sin dedicación exclusiva y sin participar en el Servicio Nacional de Salud; sin embargo, el número de pacientes atendidos por estos especialistas es pequeño en comparación con el número de pacientes que acuden a las clínicas.

En Alemania Occidental el tratamiento de enfermedades venéreas corre de cuenta casi exclusivamente de los médicos generales y dermatólogos que también ejercen la venereología. Para acudir al consultorio del especialista el paciente no necesita ser enviado por el médico general, en cambio para ser atendido en la consulta externa de cualquier hospital (salvo los hospitales universitarios) necesita una orden del médico. Algunos departamentos municipales de salud prestan servicios de consulta de enfermedades venéreas; sin embargo, el departamento municipal de salud visitado por el autor refería a los pacientes que acudían a él en

³En el régimen del Servicio Nacional de Salud, todas las personas deben inscribirse en el consultorio del médico general de su preferencia; el médico general recibe del Estado un honorario anual por cada paciente que figura en su lista.

busca de tratamiento a los médicos en el ejercicio privado.

Cuando el paciente acude al departamento municipal de salud o cuando su médico determina que padece de una infección de notificación obligatoria y notifica el caso a la oficina municipal de salud, no es necesario que el paciente presente su tarjeta de seguro de enfermedad para solventar el costo de la terapia. De este modo, se evita a los jóvenes la incómoda situación de solicitar a sus padres la tarjeta de seguro de enfermedad de la familia.

En Dinamarca las personas que sospechan estar afectadas por una enfermedad venérea pueden, a su elección, acudir a una clínica pública (comúnmente adscrita a un hospital), a un médico general o a un especialista en dermatología y venereología. En las clínicas públicas el tratamiento es gratuito. Si desean consultar a un médico en su consultorio privado, el costo de la terapia (incluido el costo de los productos farmacéuticos) es solventado total o parcialmente (según el nivel de ingreso del paciente) por el plan nacional de seguro de salud.

Los servicios de Suecia son similares a los de Dinamarca. Quienes sospechan que están afectados por una infección venérea pueden escoger entre acudir al servicio de consulta externa de un hospital, a un oficial médico de distrito o a un médico particular. Si lo considera necesario, el oficial médico de distrito asume la responsabilidad de referir el paciente a un especialista (un dermatovenereólogo). Comúnmente se abona un arancel básico de 12 coronas suecas (alrededor de EUA\$2.75) por visita a la consulta externa del hospital o al oficial médico de distrito. Se exime del pago del arancel a los pacientes que solicitan un examen de enfermedad venérea o a quienes se les confirma el diagnóstico de una enfermedad venérea reconocida. Por la misma razón, por lo común se cobra un arancel máximo de 15 coronas suecas (alrededor de EUA\$3.50) por los medicamentos pero este arancel tampoco se cobra cuando los medicamentos se destinan a la terapia de una enfermedad venérea.

En Canadá el tratamiento de las enfermedades venéreas corre de cuenta de los médicos particulares y de las clínicas provinciales o municipales. Con todo, las clínicas provinciales y municipales, por lo común, están ubicadas únicamente en las grandes ciudades, algunas de ellas no están adscritas a un hospital y otras no dan tratamiento a los pacientes con infecciones distintas de las clasificadas en la lista oficial como enfermedades venéreas. El paciente con seguro de atención médica, por lo común, no debe abonar honorarios por la visita a un médico particular; los medicamentos se suministran gratuitamente a los pacientes con enfermedades venéreas confirmadas cuando se efectúa la notificación al departamento provincial de salud.

Tratamiento de menores de edad

En el Reino Unido, Alemania Occidental y Canadá, el médico que da tratamiento a un menor, sin la autorización de los padres, se expone a una querrela criminal; pero al parecer, los médicos del Reino Unido y Canadá generalmente están dispuestos a correr ese riesgo. En Dinamarca, por otra parte, si un menor consulta a un médico con respecto a un problema de enfermedad venérea el médico no está obligado a ponerse en contacto con los padres del menor, y en Suecia se le prohíbe expresamente hacerlo.

Localización de contactos

En Inglaterra a cada clínica de enfermedades transmitidas por el contacto sexual se asigna, por lo menos, un trabajador social de salud encargado de entrevistar a los pacientes—especialmente a los afectados por sífilis o blenorragia—con objeto de determinar la fuente de la infección e identificar a las personas que los pacientes pudieran haber infectado. Al paciente se le da oportunidad de localizar a sus propios contactos, y a fin de facilitar esta tarea se le entregan una o más boletas de localización de contactos (figura 2).

FIGURA 2

NO SE OLVIDE DE TRAER ESTE FORMULARIO CUANDO COMPAREZCA

HOSPITAL DE ORIGEN:
St. Thomas' Hospital,
 Lambeth Palace Road

Dr. C. S. Nicol
 DR. J. Barrow

Hombres y mujeres: atención de lunes a viernes, de 9:30 a 18.

No es necesario pedir hora

Ref No

Diagnóstico

Fecha

WESTMINSTER

WATERLOO

LAMBETH NORTH

Puente de Westminster

Parlamento

Hospital Saint Thomas

Calle York

Calle Lambeth

Calle Albert

Rio Tamesis

Puente de Lambeth

Estaciones Waterloo (Bakerloo) Lambeth North (Northern) Westminster (Circle)

Omnibus 3, 12, 44, 53, 109, 168A, 170, 171, 172

SE RUEGA DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL HOSPITAL QUE LO EXPIDIO

HOSPITAL:

Ref.No..... Diagnóstico

Fecha

Se pide al contacto del paciente que concurra a la clínica y presente la boleta respectiva; esta boleta se devuelve a la clínica de origen tan pronto como se confirma la presencia o ausencia de enfermedad en el contacto. El sistema funciona de manera satisfactoria y reduce sustancialmente el tiempo y esfuerzo que el trabajador social de salud debe dedicar a la localización de contactos en el hogar, el lugar de trabajo del paciente o en otros sitios.

En Alemania Occidental el médico que notifica un caso de enfermedad venérea debe

obtener la mayor información posible del paciente respecto de la identidad de los contactos y dejar constancia de esa información en el formulario que debe presentar a la oficina de salud del distrito. Al parecer, sin embargo, la información transmitida es por lo común insuficiente y rara vez permite a los trabajadores de campo de la oficina municipal de salud localizar el contacto o contactos respectivos.

Hasta 1973 la ley dinamarquesa determinaba que los pacientes de enfermedades venéreas debían revelar información respecto

de sus contactos sexuales. Si bien ya no se puede obligar a los pacientes a divulgar esa información, es posible persuadir a la mayoría de que lo hagan. El médico que diagnostica una enfermedad venérea suele estar dispuesto a tomarse la molestia de obtener la información necesaria de su paciente y él mismo puede pedir a los contactos que concurren para que se les haga un examen. En la mayor parte de las clínicas públicas, los trabajadores sociales entrevistan a los pacientes y también se ocupan de la localización de contactos. A un contacto que no responde a la citación de examen médico, se lo puede conminar y hasta compeler por la fuerza a hacerlo.

En Suecia el médico que notifica un caso de enfermedad venérea debe obtener información suficiente del paciente respecto de la identidad de los contactos, de modo que las autoridades de salud del municipio pueden localizar estos contactos por correspondencia, por teléfono o mediante una visita personal para pedirles que comparezcan al examen médico. En las clínicas públicas los trabajadores sociales entrevistan a los pacientes—como se hace en Dinamarca—pero las autoridades de salud del municipio se encargan del seguimiento de los contactos. Si transcurrido un lapso razonable no se notifica que el contacto haya acudido a la clínica, la citación va seguida de una orden; si el contacto la ignora la policía puede detenerlo.

En Canadá depende del médico que notifica un caso de enfermedad venérea indicar que asumirá la responsabilidad de localizar los contactos o que necesitará el concurso del personal de salud pública. Si solicita la colaboración del personal de salud pública, la información que obtiene del paciente se pone en conocimiento de una enfermera de salud pública que debe encargarse del seguimiento respectivo.

La situación es algo distinta en el caso de los pacientes que acuden a clínicas públicas. En esas circunstancias al entrevistador avezado (que puede ser también una enfermera de salud pública) se le presenta la oportunidad de obtener una información

más detallada y, en consecuencia, aumentan las posibilidades de localizar los contactos.

Educación en salud

El Consejo de Educación en Salud de Inglaterra desempeña un activo papel en la elaboración de carteles y folletos para las campañas antivenéreas. Algunas autoridades locales de salud preparan también folletos para dar publicidad tanto a los servicios de las clínicas como a un servicio de información telefónica para las personas interesadas. La Asociación de Planificación de la Familia distribuye folletos sobre las enfermedades transmitidas por el contacto sexual; la Asociación Médica del Reino Unido ha publicado un folleto sobre el tema que se vende a un costo de 15 peniques (aproximadamente EUA\$0.25).

En Alemania Occidental las asociaciones provinciales voluntarias de salud y la asociación de planificación de la familia "Pro-Familia" publican folletos informativos sobre las enfermedades venéreas y su prevención. La Dirección Federal de Educación en Salud, que es el organismo de educación nacional en esa materia, publica un folleto particularmente informativo. Asimismo, este organismo publica un excelente atlas de educación sexual para las escuelas, con muy buenos diagramas que ilustran la anatomía y fisiología de los sistemas reproductivos del hombre y la mujer. Lamentablemente, en algunas partes del país el atlas nunca llega a la población destinataria.

La mayor parte de la educación en salud vinculada con las enfermedades venéreas en Dinamarca, al parecer, corre de cuenta del *Komiteen for Sundhedsoplysning* (Organismo Nacional de Educación en Salud). Este organismo distribuye folletos y, además, publica dos veces al año un boletín informativo sobre enfermedades venéreas que se distribuye ampliamente a los profesionales de la salud, los establecimientos educativos y las bibliotecas públicas.

En Suecia, la rama de educación en salud

de la Junta Nacional de Salud (HVUD) y la Asociación Sueca Pro Educación Sexual (RFSU) realizan la mayor parte de la actividad de educación en salud vinculada con las enfermedades venéreas. La HVUD distribuye folletos (incluido un folleto en doce idiomas) y un boletín de información sobre enfermedades venéreas similar al publicado en Dinamarca. La RFSU, que tiene una reputación internacional por la alta calidad de los medios visuales que produce, ha realizado una vigorosa campaña antivenérea mediante una prominente exhibición de carteles y la distribución de folletos. Esta misma organización, hace muchos años, llevó adelante una vigorosa y exitosa campaña encaminada a incorporar la educación sexual obligatoria en las escuelas desde los siete años. Una característica aun más singular de la RFSU es que dos tercios de sus ingresos provienen de la venta de condones.

En Canadá la mayor parte de los departamentos provinciales de salud y el Departamento de Salud y Bienestar Nacional preparan y distribuyen folletos sobre enfermedades venéreas. La mayor parte de los departamentos provinciales de salud cuentan con cinematecas que prestan filmes para exhibiciones cinematográficas a estudiantes y otros grupos vulnerables.

Otras observaciones

Inglaterra

En Inglaterra, la inclusión de todas las enfermedades transmitidas por el contacto sexual en los informes estadísticos ha llevado a observar que las infecciones genitales indiferenciadas son cerca de 1.4 veces más comunes que la blenorragia en ambos sexos juntos, y que en el hombre la uretritis indiferenciada es cerca de 1.8 veces más común que la blenorragia. Las investigaciones (en su mayor parte realizadas en la Clínica Whitechapel del Hospital de Londres) han identificado a *Chlamydia* como el agente etiológico más frecuente.

La atención creciente que en los últimos años se ha dedicado a las enfermedades transmitidas por el contacto sexual ha llevado al reconocimiento de la venereología como especialidad por derecho propio y no como una subespecialización de la dermatología. La Federación de Posgraduados de Medicina del Reino Unido organiza dos cursos por año que culminan con la obtención del diploma de venereología de la Sociedad de Farmacéuticos de Londres. Además, el Real Colegio de Medicina de Londres ha ampliado aún más el alcance de la especialidad, pues la denomina medicina genitourinaria.

Muchas de las clínicas que tratan las enfermedades transmitidas por el contacto sexual en el Reino Unido están todavía alojadas en los sótanos de viejos hospitales, y muchas de ellas tienen entradas separadas para hombres y mujeres que comunican a estos locales directamente con la calle. Este estado de cosas no hace nada por eliminar el estigma de la enfermedad venérea. Sin embargo, una notable excepción es James Pringle House, anexo al Hospital Middlesex, que cuenta con una entrada decorosa que lleva a una oficina de recepción común para hombres y mujeres; en este instituto los pacientes son citados previamente y no deben esperar; en él, la cordialidad del personal y el atractivo de la decoración se unen para mitigar la ansiedad del paciente y ayudarlo a conservar un sentido de dignidad y respeto por sí mismo.

Alemania Occidental

Antes de visitar Alemania Occidental, el autor había creído que en ese país los prostíbulos estaban autorizados por el Estado. Esta creencia era errónea. La prostitución es ilegal. Sin embargo, en algunas ciudades alemanas existe un tácito acuerdo tripartito entre las prostitutas, la policía y las autoridades de salud pública en virtud del cual la policía no persigue a las prostitutas mientras limiten sus actividades a casos reconocidos, en distritos determinados, y se

presenten con regularidad al reconocimiento médico. En una ciudad visitada por el autor el examen médico consiste en la obtención semanal de frotis (pero no cultivos) del cuello uterino y de la uretra y una prueba serológica trimestral de sífilis. Con este procedimiento solamente, se han diagnosticado anualmente alrededor de 60 casos de blenorragia entre 250 prostitutas distribuidas en ocho casas.

Dinamarca

El Instituto Estatal del Suero de Copenhague cuenta con un gran Departamento de *Neisseria*, que actúa como Centro Internacional de Referencia de la OMS. Entre otras actividades, el Centro vigila la sensibilidad a las drogas de las cepas gonocócicas de Groenlandia—contribuyendo así a la campaña contra la blenorragia en dicho territorio—en el cual una población de 50,000 habitantes ha venido produciendo cerca de 10,000 casos por año.

Las máquinas para la venta automática de condones son, al parecer, más numerosas en Dinamarca que en Inglaterra, Alemania Occidental o Suecia. En lugar de estar confinadas en las barberías y lavatorios públicos, el autor pudo observarlas en las calles de la mayor parte de las ciudades que visitó.

Suecia

El Laboratorio Bacteriológico Nacional de Estocolmo está realizando investigaciones respecto del mejoramiento de los medios de pase de *Neisseria*. Esta investigación procura realzar la confiabilidad del método de cultivo para el diagnóstico de la blenorragia y, al propio tiempo, reducir el número de cultivos necesarios para determinar que una persona está libre de la infección.

Varias clínicas de consulta externa de hospitales participan activamente en las investigaciones de los aspectos clínicos y microbiológicos de las enfermedades transmitidas por el contacto sexual. Entre estos

hospitales se cuentan el Hospital Meridional y el Hospital Danderyds de Estocolmo y el Hospital Universitario de Upsala.

Posibilidad de aprovechar estas experiencias en Canadá

La situación de las enfermedades venéreas en Canadá obviamente difiere de la que se observa en Estados Unidos. Con todo, probablemente existen suficientes similitudes que justifican mencionar las siguientes afirmaciones contenidas en el Informe Anual para 1973 del Oficial Médico Principal⁴ del Departamento de Salud y Seguridad Social del Reino Unido:

“La OMS ha publicado (WHO/VDT/73.386) el informe del Seminario Viajero Internacional sobre Enfermedades Venéreas en los Estados Unidos⁵ en el cual participaron dos consultores británicos. Este informe indica que las crecientes tendencias de la incidencia de sífilis y blenorragia en los Estados Unidos de América han sido causadas por factores médicos, sociales y de comportamiento que obran en las sociedades modernas y que posiblemente darán lugar a nuevos aumentos de la prevalencia en ese país y en otros países de todo el mundo. Asimismo, se afirma que los métodos epidemiológicos y de otra índole no han podido controlar la difusión de estas enfermedades. En Estados Unidos se observa una apremiante necesidad de que los médicos con adiestramiento especial en las enfermedades transmitidas por el contacto sexual dirijan las clínicas y la educación de grado y posgrado en la materia. Esta situación destaca la previsión de quienes han formulado los servicios de tratamiento de las enfermedades venéreas en el Reino Unido durante el pasado medio siglo.”

El autor opina que Canadá tiene mucho que aprender del enfoque europeo sobre el control de las enfermedades venéreas, probablemente más que todo del sistema británico el cual es admirado incluso en Dinamarca y Suecia. Sin embargo, por cuanto la eficacia del sistema británico se debe

⁴H. Yellowlees, *On the State of Public Health*, Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1974.

⁵Publicación Científica de la OPS 280, Washington, D.C., 1974.

atribuir en parte al método de remuneración de los servicios de los médicos generales, no es posible trasplantar sencillamente ese método a Canadá.

Por otra parte, podría ser factible seleccionar las mejores características del programa británico y de otros programas europeos y aplicarlas en Canadá en la medida en que la situación lo permita. Entre esas características se pueden mencionar las siguientes:

- Notificación estadística en lugar de la notificación individual.
- Localización física de las clínicas en los hospitales.
- Establecimiento de clínicas en las ciudades más pequeñas tanto como en las grandes.
- Extensión de las actividades de las clínicas a fin de incluir la atención de todas las enfermedades transmitidas por el contacto sexual.
- Concentración de la atención en las investigaciones y el control epidemiológico de infecciones genitales indiferenciadas.
- Formación especial en venereología para los médicos al frente de las clínicas.
- Adiestramiento y utilización más amplia de las enfermeras de salud pública y los trabajadores sociales en la localización de contactos.
- Utilización más amplia de los servicios de las enfermeras de salud pública en la educación en salud de grupos de alto riesgo.
- Educación sexual obligatoria en las escuelas.
- Uso más amplio de las máquinas automáticas de venta de condones.
- Legislación que facilite el examen y tratamiento de menores sin el consentimiento de los padres.

Resumen

Los programas de lucha contra las enfermedades venéreas muestran marcadas diferencias entre países. Incluso en una región geográfica limitada como Europa Occidental, se observan netas diferencias en muchas esferas importantes de actividad: notificación de casos, localización de contactos, servicios de tratamiento y educación en salud. En este informe se da una reseña de los programas antivenéreos en Inglaterra, República Federal de Alemania, Dinamarca y Suecia en 1975 y se los compara con el

programa en Canadá, el país de origen del autor.

En Inglaterra, que cuenta con un programa sumamente eficaz, la mayor parte de los casos se tratan en clínicas públicas. En general, los médicos envían al paciente a esas clínicas cuya ubicación se publica adecuadamente; estas clínicas son atendidas o supervisadas por especialistas en venereología y todos los tratamientos son gratuitos. Los contactos se localizan mediante entrevistas en la clínica, pero la mayor parte de la notificación de contactos corre por cuenta de los pacientes mismos.

En Alemania Occidental los médicos generales y dermatólogos en el ejercicio privado tratan casi todos los casos de enfermedad venérea. La ley exige que los médicos que tratan casos contagiosos de enfermedad venérea deben notificarlos a la oficina de salud del distrito, sin mencionar ni el nombre ni el domicilio del paciente. Se pide a los médicos que obtengan la mayor información posible respecto de los contactos de modo de allegar antecedentes para la localización de contactos.

En Dinamarca los pacientes de enfermedades venéreas son tratados, según su preferencia, por médicos generales, por especialistas en dermatología y venereología o en clínicas públicas. Los trabajadores sociales, sobre la base de las entrevistas con los pacientes y la información sobre contactos proporcionada por los médicos en el ejercicio privado, se ocupan de efectuar la localización de contactos. Los contactos que no comparecen cuando se les invita a hacerlo pueden ser conminados a presentarse al reconocimiento médico, incluso con el auxilio de la fuerza pública.

En Suecia los casos de enfermedad venérea son tratados en los consultorios privados de los médicos, la consulta externa de los hospitales y en los consultorios de los oficiales médicos de distrito. Al igual que en Dinamarca, los entrevistadores de las clínicas públicas y los médicos deben suministrar información sobre contactos. La policía puede

detener a los contactos que no comparecen a la clínica cuando primero se los invita y se los conmina después.

Estos programas tienen varias características que podrían ayudar a formular una crítica de los esfuerzos de Canadá por combatir las enfermedades venéreas. Para dar solo un ejemplo diremos que en todos estos programas europeos se procura evitar la mención del nombre y la dirección del paciente en los informes oficiales, mientras que, en la mayor parte de las provincias canadienses se exige transmitir esta información.

De los cuatro programas estudiados, acaso el más provechoso sea el inglés. No obstante, gran parte de la eficacia de este programa se deriva de una característica peculiar del sistema de salud del Reino Unido que no se puede trasladar fácilmente a Canadá. Ello indica que la manera más factible de procurar el perfeccionamiento del programa en Canadá sería escoger las mejores características de los cuatro programas y, en la medida en que la situación lo permita, aplicarlas en Canadá. □

An overview of venereal disease programs in Britain, West Germany, Denmark, and Sweden, with implications for Canada (Summary)

Venereal disease programs tend to differ a good deal from one country to the next. Even in a limited geographic region such as Western Europe, pronounced variations exist in the major areas of activity—case reporting, contact tracing, treatment services, and health education. The present report reviews VD programs in England, West Germany, Denmark, and Sweden as of 1975 and compares them to the program in Canada, the author's home country.

In England, which boasts an especially successful program, most cases are treated at public clinics. Physicians generally refer patients to these clinics, clinic locations are well-advertised, clinics are staffed or supervised by specialists in venereology, and all treatment is free. Contacts are identified through interviews at the clinic, but most of the contact notification is done by the patients themselves.

In West Germany, private general practitioners and dermatologists treat nearly all VD patients. The law requires all physicians treating contagious venereal disease cases to report such cases to the district health office without mentioning the patient's name or address. Physicians are also asked to obtain as much information as possible about contacts, so as to provide a basis for contact tracing.

In Denmark, venereal disease patients are treated, according to their preference, by general practitioners, by specialists in dermatology and

venereology, or at public clinics. Contact tracing is done by social workers on the basis of clinic patient interviews and contact information provided by private physicians. Contacts failing to heed a request to appear for an examination can be ordered and then forcibly compelled to do so.

In Sweden, VD cases are treated by private physicians, hospital outpatient clinics, and district medical officers. As in Denmark, interviewers at public clinics and individual physicians are responsible for providing contact information. Contacts failing to appear at a clinic after being first requested and then ordered to do so may be apprehended by the police.

Various features of these programs could help to provide a useful critique of Canadian efforts to combat venereal disease. To cite one example, each of these European countries is careful to avoid placing the patient's name and address on official reports; but in most Canadian provinces this reporting information is required.

Of the four programs studied, the English may well have the most to offer. Nevertheless, much of this program's effectiveness depends on a special feature of the English health system that is not readily transferable to Canada. This point suggests that the most feasible approach to seeking improvements for Canada might be to select the best features of the four programs and then apply them to Canada as the situation permits.

Descrição geral dos programas de combate às doenças venéreas na Grã-Bretanha, Alemanha Ocidental, Dinamarca e Suécia, e suas implicações para o Canadá (Resumo)

Os programas de combate às doenças venéreas tendem a diferir bastante de um país a outro. Mesmo em região geográfica limitada como a Europa Ocidental, acentuadas são as variações que ocorrem nas áreas principais de atividade— notificação de casos, localização de contatos, serviços de tratamento e educação em saúde. O presente relatório passa em revista os programas antivenéreos vigentes em 1975 na Inglaterra, Alemanha Ocidental, Dinamarca e Suécia, comparando-os com o programa do Canadá, país de origem do autor.

Na Inglaterra, que conta com um programa especialmente bem sucedido, a maioria dos casos são tratados em clínicas públicas. Em geral, o encaminhamento de pacientes às clínicas é feito por médicos. Nessas clínicas, cujas localizações são bem divulgadas, o atendimento ou a supervisão cabem a especialistas em venereologia, e todo o tratamento é gratuito. Embora os contatos sejam identificados mediante entrevistas na clínica, a maioria das notificações de contatos é feita pelos próprios pacientes.

Na Alemanha Ocidental, clínicos gerais e dermatologistas particulares tratam quase todos os pacientes de doenças venéreas. A lei exige dos médicos que tratam doenças venéreas contagiosas a notificação desses casos à repartição distrital de saúde, com a omissão de nome ou endereço do paciente. Também solicita-se dos médicos que colham a máxima informação possível sobre contatos, a fim de formar uma base para sua localização.

Na Dinamarca, os pacientes de doenças venéreas são tratados por clínicos gerais, especialistas em dermatologia e venereologia ou em clínicas públi-

cas, segundo sua preferência. A localização de contatos é feita por assistentes sociais, com base em entrevistas com pacientes das clínicas ou em informações sobre contatos prestadas por médicos particulares. Os contatos que não acedem a um convite de comparecimento para fins de exame podem ser intimados e, a seguir, forçados a fazê-lo.

Na Suécia, os casos de doença venérea são tratados por médicos particulares, clínicas hospitalares externas e oficiais médicos distritais. Como na Dinamarca, a responsabilidade pelo fornecimento de informações sobre contatos cabe a entrevistadores em clínicas públicas e a médicos individuais. Os contatos que deixam de comparecer a uma clínica após convite inicial e intimação posterior podem ser detidos pela polícia.

Esses programas apresentam diversas características que poderiam ser úteis para uma análise crítica das iniciativas oficiais de combate às doenças venéreas no Canadá. Para citar um exemplo, cada um dos países europeus citados omite cuidadosamente os nomes e endereços de pacientes em relatórios oficiais; contudo, na maioria das províncias canadenses, exige-se o fornecimento dessa informação.

Dos quatro programas estudados, o da Inglaterra talvez seja o que mais tem a oferecer. Não obstante, grande parte da eficácia desse programa depende de uma característica peculiar ao sistema de saúde da Inglaterra que não é imediatamente transferível para o Canadá. Isso indica que o critério mais exequível para a introdução de melhorias no Canadá talvez esteja em selecionar as melhores características dos quatro programas e, a seguir, aplicá-las nesse país, da maneira que a situação permita.

Aperçu des programmes de lutte contre les maladies vénériennes en Angleterre, en Allemagne de l'Ouest, au Danemark et en Suède et incidences de ces programmes pour le Canada (Résumé)

Les programmes de lutte contre les maladies vénériennes ont tendance à différer sensiblement d'un pays à un autre. Même dans une région géographique limitée telle que l'Europe occidentale, il existe des variations sensibles dans les différents domaines d'activité—établissement de compte rendu sur les cas de maladie, recherche du vecteur, services de traitement et éducation sanitaire. Le présent rapport analyse les programmes de lutte contre les maladies vénériennes en vigueur en 1975 en Angleterre, en Allemagne de l'Ouest, au

Danemark et en Suède, et les compare au programme appliqué au Canada, pays de l'auteur.

En Angleterre, où l'on se vante d'appliquer un programme particulièrement efficace, la plupart des cas sont traités dans des cliniques publiques. Les médecins renvoient généralement les patients à ces cliniques, dont l'emplacement est bien indiqué, qui sont animées ou supervisées par des spécialistes en vénéréologie et où tous les traitements sont gratuits. Les vecteurs sont identifiés à l'occasion de visites à ces cliniques, mais la plupart des

indications à leur sujet sont fournies par les patients eux-mêmes.

En Allemagne de l'Ouest, presque toutes les personnes atteintes de maladies vénériennes sont traitées par des médecins généralistes et des dermatologues particuliers. La loi exige que tous les médecins qui traitent des cas de maladies vénériennes contagieuses rendent compte de ces cas au service de santé du district sans mentionner le nom ou l'adresse du patient. Il est également demandé au médecin de s'efforcer de recueillir le maximum d'informations possibles sur les vecteurs, afin d'en faciliter la recherche.

Au Danemark, les personnes atteintes d'une maladie vénérienne sont traitées, selon leur préférence, par des médecins généralistes, par des spécialistes en dermatologie et en vénéréologie ou dans des cliniques publiques. La recherche des vecteurs est effectuée par des assistantes sociales, sur la base d'entrevues avec les patients des cliniques et de renseignements fournis par les médecins particuliers. Les vecteurs qui négligent de se rendre à une convocation pour un examen peuvent faire l'objet d'une injonction, puis être contraints par force à se présenter.

En Suède, les cas de maladies vénériennes sont traités par les médecins particuliers, par les cliniques de consultation externe et par les médecins des services de santé de district. Comme au Danemark,

les personnes qui interrogent les patients dans les cliniques publiques et les médecins particuliers sont chargés de fournir des renseignements sur les vecteurs. Un vecteur qui omet de se présenter à une clinique après une première convocation, puis après une injonction, peut être appréhendé par la police.

Divers aspects de ces programmes pourraient servir à formuler une critique constructive des efforts canadiens en vue de combattre les maladies vénériennes. Pour ne citer qu'un exemple, chacun des pays européens précités veille à ne pas faire figurer le nom et l'adresse du patient sur les rapports officiels; en revanche, dans la plupart des provinces canadiennes, ces renseignements sont exigés.

Sur les quatre programmes examinés, le programme appliqué en Angleterre pourrait être le plus riche d'enseignements. Toutefois, l'efficacité de ce programme tient en grande partie à un trait particulier de la médecine britannique qui n'est pas directement adaptable au Canada. La conclusion qui pourrait être tirée de cette remarque, c'est que le meilleur moyen de chercher à apporter des améliorations à la lutte contre les maladies vénériennes au Canada pourrait être de choisir les aspects les plus positifs des quatre programmes examinés et de les appliquer au Canada, dans la mesure du possible.