

de los datos que figuran en las ediciones anuales del *Anuario Estadístico do Brasil*, una publicación del Gobierno del Brasil. La campaña brasileña redujo el número de pacientes con frambesia tratados en las campañas masivas iniciales en 99% entre 1965 y 1974, en tanto que el número de Estados con casos de frambesia tratados en las actividades iniciales disminuyó de 13 a 2. En 1974 se informó que la campaña había dado tratamiento a solo 33 casos adicionales (en el Estado de Alagoas) durante las reinspecciones (en comparación con >8,000 casos tratados durante las reinspecciones en 1965). Por lo tanto, cabe decir que la ocurrencia de frambesia se ha reducido radicalmente en el Brasil, aunque hasta 1974 la enfermedad no había sido erradicada.

La prevalencia de pinta también ha disminuido grandemente en las Américas, especialmente en México y Colombia, pero no se conoce la situación exacta de esta enfermedad. México comenzó una campaña nacional de erradicación de la pinta en 1960. En Colombia la declinación de los casos notificados de pinta ha corrido paralela con la declinación de los casos notificados de frambesia en los últimos 20 años, incluso sin una campaña específica contra la pinta (observaciones inéditas del autor).

El futuro de la erradicación de la frambesia

Al parecer, no se echa de ver ninguna barrera epidemiológica insuperable que obstaculice la erradicación de casos infecciosos de frambesia en las Américas en pocos años. En este Hemisferio no se ha demostrado la existencia de ningún reservorio animal de frambesia. La erradicación de la frambesia infecciosa, sin embargo, exigiría una vigilancia más perfecta de la enfermedad, en los planes nacional e internacional, y una actividad más intensa de hallazgo y seguimiento de casos en las zonas en las cuales se sabe o se sospecha que existe la enfermedad. En otro trabajo el autor ha descrito una estrategia revisada de lucha contra la frambesia.

Al examinar la situación actual cabe decir que la frambesia bien puede desaparecer de este Hemisferio sin necesidad de empeñar esfuerzos más coordinados. Sin embargo, mientras continúe, seguirá existiendo la posibilidad de brotes generalizados. En el continente africano esta posibilidad de transmisión renovada ya ha tenido trágica demostración en Ghana, y se tiene evidencia de un grado creciente de transmisión en otros países africanos. En las Américas sólo falta dar el golpe de gracia a la frambesia, eliminando así otra fuente de padecimiento del Hemisferio.

EL RADIOLOGO Y LA ASISTENCIA MEDICA EN EL MUNDO EN DESARROLLO¹

En los países desarrollados la evolución de la asistencia y la educación médicas ha partido de una base social, técnica y económica diferente de la existente en los países en desarrollo (1). Si no se asume esta afirmación elemental y se actúa en consecuencia, la asistencia técnica o económica en el campo de la salud que se preste a un país en desa-

rrrollo puede causar efectos contraproducentes.

Una crítica aparecida en el *Journal of American Medical Association* y que fue posteriormente comentada en *Radiology* señala la ineptitud de la medicina tradicional de las naciones tecnológicamente avanzadas cuando se trata de los problemas de salud de los países en desarrollo. Esa ineptitud se revela, por ejemplo, cuando radiólogos de aquellas naciones, formados en una tradición social, política y científica distinta realizan tareas en países en desarrollo (2): frecuentemente su labor es negativa. Esto es así, entre

¹ Reseña basada en el artículo "The radiology and health care in the developing world". *Radiology* 116:231-232, julio, 1975.

² Ex consultores de la OMS y de la OPS y ex médicos radiólogos del Departamento de Radiología, Hospital de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia. Dirección actual: Dr. J. T. Lambeth, Hilo Hospital, 1190 Waianuenue, Hilo, Hawaii 96720, E.U.A., Dr. R. H. Chamberlain, fallecido.

otros motivos, porque si bien ellos pueden encontrar satisfacción personal en la práctica profesional o docente, a menudo ignoran que sus conocimientos y habilidades no sirven para satisfacer las prioridades reales de los problemas de atención de la salud del país.

El beneficio que pueden recibir unos pocos pacientes atendidos directamente por esos radiólogos o en salas equipadas con los últimos adelantos de la técnica recomendadas por ellos, se lograría, en general, solo a costa de la atención médica básica de muchísimas personas, porque los escasos fondos de un presupuesto de salud limitado no se han utilizado de manera apropiada.

Los jóvenes médicos que recién se están formando son susceptibles de absorber los conocimientos teóricos y prácticos que se les ofrece, pero eso no significa que ese aprendizaje los prepare mejor para comprender las prioridades de sus respectivos países. Además pudiera ocurrir que el "experto" aliente tanto a sus colegas a transplantar las prioridades de los países desarrollados, que algunos jóvenes no sepan apreciar ni enfrentar problemas de salud fundamentales y así dilaten el momento de adoptar soluciones adaptadas a las necesidades locales de asistencia médica.

La preparación de un profesional de salud, un radiólogo en el caso que nos ocupa, que viene de un país con alta tecnificación, no lo habilita para enfrentarse con los problemas de salud del otro vasto mundo en desarrollo, donde la palabra "salud" debe significar salud para la población en su conjunto. Países con presupuestos anuales del orden de uno a diez dólares per cápita, no pueden concentrar sus esfuerzos solo en la medicina curativa sino que les interesa dedicarse a la medicina preventiva, a la conservación de la salud y a medidas correctivas sencillas por las cuales una proporción elevada de enfermos pueda retornar a la vida productiva.

El radiólogo que trabaja por un tiempo en uno de estos países tiene la oportunidad de observar solo algunos problemas—sociales, políticos, económicos, educacionales y cien-

tíficos—y, tal vez, asesorar en el diseño de posibles soluciones. En su función de asesor o de educador debe asumir la responsabilidad de evaluar el papel que corresponde a la radiología en la asistencia médica general de ese país, de modo de no preconizar que los fondos se dediquen a ciertos aspectos de la atención de la salud que, si bien pueden aplicarse en países con grandes recursos económicos, pueden también ser relativamente improductivos en función de la salud de la población en su conjunto. A título de ejemplo se enumeran una serie de preguntas que pueden plantearse para facilitar esa evaluación:

- ¿Qué tipo de asesoramiento en materia de radioterapia y medicina nuclear se debe proporcionar a países donde los fondos destinados a las radiografías torácicas son insuficientes para una incidencia de 12 a 20% de tuberculosis?
- ¿Cuáles deben ser las indicaciones para la realización minuciosa de un examen gastroduodenal fluoroscópico cuando hay que esperar turnos de más de tres meses para practicar esos exámenes?
- ¿Se debe dedicar tiempo a profundizar la enseñanza del proceso tiempo-temperatura en un país en que la inestabilidad de la energía eléctrica impide exposiciones fieles con el equipo tradicional disponible?
- ¿Debe fomentarse la utilización de ciertos procedimientos especializados que cuestan mucho dinero y ocupan demasiado tiempo al personal capacitado en un país donde la mayoría de las personas que sufren fracturas, enfermedades pulmonares y trastornos intestinales agudos no tienen acceso a la radiología diagnóstica básica debido a la escasez de fondos, personal y equipo básico?
- ¿Hasta qué punto debe ampliarse y profundizarse la formación del técnico radiólogo en países donde no existe un programa igualmente amplio para el adiestramiento básico de técnicos e ingenieros de mantenimiento de equipo de raxos X?

Evidentemente los problemas de esa na-

turaleza son complejos y numerosos. Cuando se encuentren soluciones, estos problemas podrán armonizarse con los que se plantean en los países desarrollados; pero mientras tanto, los radiólogos de los países desarro-

llados que trabajan en el mundo en desarrollo deben estar muy conscientes de la utilidad relativa de su tarea y de sus aportes tecnicocientíficos con respecto a las necesidades y prioridades de cada país.

REFERENCIAS

- (1) Tavassoli, M. Health in a developing world. *JAMA* 230:1527-1529, 1974.
(2) Feffer, H. L. Health care as an international con-

cern: a call for United States initiative. *N Eng J Med* 291:676-678, 1974.

LA POLIOMIELITIS EN LA ZONA FRONTERIZA ENTRE MEXICO Y ESTADOS UNIDOS

Lado de México. En 1977 se registraron 209 casos de poliomielitis de forma paralítica en los seis estados fronterizos del norte de México. Solo 12 casos correspondieron a municipios fronterizos (en Baja California Norte: siete casos en Tijuana y uno en Tecate; y en Tamaulipas: uno en la ciudad de Reynosa y tres en Matamoros). En los estados de Nuevo León, Sonora y Coahuila se produjeron importantes brotes epidémicos que afectaron los conglomerados urbanos de mayor importancia: Monterrey, Saltillo y Hermosillo.

La enfermedad afectó fundamentalmente a los menores de cuatro años, y sobre todo a los menores de un año (42.6% del total), de los cuales cerca de un 20% no habían sido vacunados.

Lado de Estados Unidos. Se registraron cuatro casos de poliomielitis paralítica en dos de los cuatro estados fronterizos del sur de E.U.A. (de los 17 registrados en todo el país durante 1977). Dos de ellos ocurrieron en el Estado de Arizona (uno de tipo 1 y uno de tipo 3), el último asociado al empleo de vacuna en un contacto inmediato del paciente. Los dos restantes se registraron en los condados fronterizos de Maverick e Hidalgo, en el Estado de Texas. Uno de estos correspondió a un niño de dos años de edad, no vacunado, quien posiblemente se infectó durante un viaje a sectores del vecino Estado de Coahuila, donde se encontraba en evolución un brote epidémico. (Basado en: *Boletín Epidemiológico Fronterizo*, OPS, No. 12, diciembre de 1977.)