

ADiestRAMIENTO Y EVALUACION DE INVESTIGADORES DE ENFERMEDADES VENEREAS*

DR. JOHANNES STUART

Asesor de Salud Pública, Oficina del Cirujano General, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos

No basta elegir cuidadosamente a las personas que hayan de llevar a cabo cualquier clase de actividad de cierta importancia, sino que, además, se les debe ofrecer adecuada orientación y preparación para el desempeño de su cometido. Toda la energía y dedicación puestas en el trabajo, pueden resultar inútiles si tales personas no son objeto de una intensa y asidua disciplina que les permita saber qué método es el mejor y qué técnicas son las más eficientes para abordar los problemas de la tarea que les ha sido asignada.

Aun así, no se puede saber si la preparación recibida por el individuo es eficaz, a menos que se mida cuidadosamente su rendimiento. Por lo tanto, para el control efectivo de un trabajo es fundamental evaluar constantemente tanto la cantidad como la calidad del rendimiento de cada trabajador.

Estos principios de adiestramiento y evaluación se aplican de manera universal en la industria y en la agricultura. Las toneladas de acero de buena calidad producidas en Pittsburgh, el número de automóviles que salen de las cadenas de montaje, en Detroit, las balas de algodón cultivado en Mississippi, las fanegas de maíz producido en Kansas y otras medidas de producción, incluso las ganancias en dólares o pesos, son indicio del adiestramiento y evaluación en la industria.

En el campo de la salud pública y en particular del control de las enfermedades venéreas, también se evalúa el adiestramiento y se mide constantemente la eficiencia del personal.

Aunque el método de capacitar y de evaluar la labor del personal se aplica, en la

medida de lo posible, a todos los aspectos de un programa de control de las enfermedades venéreas, el presente trabajo se limita a estudiar la preparación de los investigadores de contactos y la evaluación de su labor. Además, el análisis se concentra en los datos relativos a su actuación en los casos de sífilis infecciosa.

Los elementos básicos de la investigación de contactos son los siguientes: en primer lugar, tener la seguridad de que se entrevistó a todos los casos de sífilis infecciosa a fin de obtener los nombres de todos los contactos sexuales durante el período crítico en que era posible contraer la infección o transmitirla. Durante la entrevista, se pide al paciente que identifique a cada contacto por su nombre y dirección, y que proporcione cualquier otra información conducente a localizarlo y someterlo a examen. Terminada la entrevista, se hace un informe epidemiológico estándar de enfermedades venéreas sobre cada uno de los contactos mencionados por el paciente. Estos informes se envían al servicio de salud pública de la jurisdicción a que el contacto pertenece. Por último, se localizan todos los contactos, se examinan o se envían a examen y se someten a tratamiento, si éste está indicado.

Para evaluar el proceso de investigación de contactos se emplean dos métodos. El primero consiste en medir el promedio de los resultados de las entrevistas e investigaciones de los contactos. Este procedimiento se basa en los resultados generales obtenidos del número total de casos de sífilis infecciosa entrevistados en una determinada zona o por un determinado investigador en un dado período.

Los índices comprenden el de contactos, el epidemiológico, el de individuos sometidos a

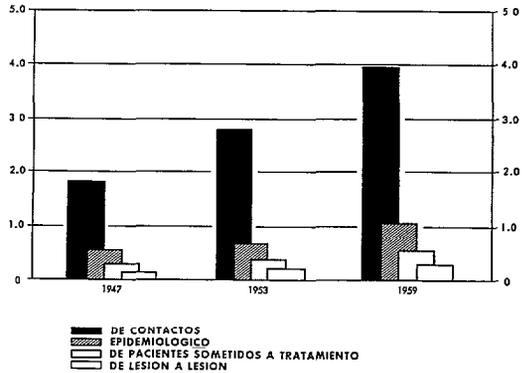
* Trabajo presentado en la XVIII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, celebrada en Hermosillo, Sonora, México, del 4 al 8 de abril de 1960.

tratamiento y el de lesión a lesión. El porcentaje de contactos localizados y examinados entre el total de contactos mencionados, se usa también, con frecuencia, como medida de eficacia.

Como puede observarse en la Fig. 1, en todo Estados Unidos se viene observando en estos últimos 12 años una mayor eficacia de las actividades de descubrimiento de casos de sífilis. En 1947, el índice de contactos entre los pacientes de sífilis infecciosa que acudían a las clínicas, fue inferior a dos contactos por entrevista. En 1959, este índice dio un promedio de más de cuatro contactos por paciente entrevistado, lo que representa un aumento de más del 100 %. Los demás índices epidemiológicos han aumentado de una manera constante, en casi la misma proporción que el de contactos. El promedio de infecciones de sífilis identificadas por cada paciente de sífilis temprana entrevistado, aumentó de 0,5 a 1,1 durante este período. Asimismo, el índice de pacientes llevados a tratamiento y el índice de lesión a lesión se han duplicado.

El segundo método de evaluación de la investigación de contactos de sífilis se basa en la manera en que se transmite la enfermedad. Es sabido que los casos de sífilis adquirida se deben a la transmisión de la enfermedad al paciente por un contacto sexual infectado. Los sífilíticos adquieren la enfermedad de otra persona. Es cierto que puede muy bien ocurrir que ese individuo tuviera otros contactos sexuales antes de ser infectado y, con frecuencia, también después de haber adquirido la enfermedad, pero no cabe duda de que una de las personas con las que el paciente tuvo relaciones sexuales fue la fuente de infección. Por consiguiente, es lógico insistir en que el resultado mínimo de las investigaciones de cada caso infeccioso de sífilis debe ser la identificación de otro caso, por lo menos, de infección sífilítica entre los contactos sexuales mencionados. Este método epidemiológico exige la preparación de una ficha de control epidemiológico (ficha del informador) sobre cada paciente infeccioso entrevistado, y el registro de los resul-

FIG. 1.—*Indices epidemiológicos de sífilis en Estados Unidos, por caso clínico primario o secundario, en años seleccionados.*



tados del examen de todos los contactos sexuales del paciente. Por ejemplo, el análisis de una de estas fichas mostró que los dos primeros contactos de una paciente infectada no estaban infectados; el tercero padecía de sífilis tardía; el cuarto—esposo de la paciente—era negativo; el quinto era un caso con lesiones de sífilis secundaria, y los cuatro contactos restantes eran negativos o sufrían de infección latente. Dado que la paciente sufre de sífilis primaria el contacto 5 fue probablemente la fuente de infección.

Las fichas del informador indican si se identificó una infección sífilítica respecto de cada paciente entrevistado: en qué casos se tuvo “éxito” y en qué casos se “fracasó”.

La identificación de una infección por cada paciente entrevistado representa un mínimo, y éste es un criterio muy conservador, puesto que el descubrimiento de otros casos de sífilis se logra fácilmente con una buena investigación de contactos entre lo que podríamos llamar contacto de “propagación” en contraste con el contacto de “fuente”. A esta razón la denominamos la norma de “uno por uno”, o sea que, por cada paciente de sífilis temprana que se entrevista hay que encontrar un contacto infectado. El descubrimiento de casos de sífilis temprana se deriva de este enfoque epidemiológico, y se concentra en torno al paciente y su constelación de contactos sexuales.

Este método de análisis de “persona a

persona" muestra con frecuencia proporciones alarmantes de fracaso que pueden pasar inadvertidas en índices estándar de investigación de contactos basados en promedios estadísticos. Por consiguiente, los dos métodos son complementarios: uno de ellos muestra la calidad general de los procesos del programa; el otro, los detalles de los casos individuales en que fracasó el programa. Ambos pueden concentrarse en determinar la calidad del programa de la colectividad o la eficiencia de un investigador dado.

Debido a que este segundo método de evaluación de la eficiencia no se ha utilizado de una manera continua, no se pueden dar datos exactos sobre lo progresado en estos últimos años con respecto a la eliminación de los fracasos epidemiológicos entre los casos notificados de sífilis infecciosa. Sabemos que este progreso ha sido menos importante de lo que hubiéramos deseado y que, en consecuencia, se ha demorado el logro del objetivo de la erradicación de la sífilis.

Por consiguiente, aunque parezca que debiéramos sentirnos satisfechos de que, en general, la eficacia de las actividades haya aumentado en un 100 %, en realidad esto está muy lejos de la verdad. A título de aclaración, me permitiré hacer unos comentarios sobre la manera en que se han logrado los progresos actuales, y señalaré los puntos débiles del problema en los que hay que insistir para mejorar la eficiencia del programa.

En la medida en que se puede juzgar, una gran proporción de las ventajas logradas durante estos últimos años se debe al haber dedicado considerable atención a la selección y adiestramiento de investigadores de contactos, que ahora se han convertido en miembros de una profesión acreditada entre otras comprendidas en los servicios públicos estatales y locales. Muchos de ellos son jóvenes graduados universitarios interesados en hacer una carrera de salud pública y que ocupan estos puestos para obtener una primera orientación y práctica en este campo. Estos jóvenes, así como otros funcionarios de los respectivos servicios de sanidad, participan en cursos de preparación especiales encamina-

dos a familiarizarlos con el arte de entrevistar y descubrir contactos.

Estos abnegados y preparados trabajadores del servicio de control de enfermedades venéreas, han contribuido considerablemente a aumentar la eficacia del descubrimiento temprano de casos.

Pasemos a examinar algunas de las razones por las cuales no nos sentimos todavía satisfechos de la eficacia del programa de investigación de contactos. Uno de nuestros principales problemas consiste en que con anterioridad nos habíamos ocupado casi exclusivamente de pacientes clínicos al aplicar los procedimientos de investigación de contactos. Esta limitación se podía justificar mientras el número de nuevos casos de sífilis en las clínicas excedía del volumen de trabajo que podía llevar a cabo el personal disponible. Pero a medida que la incidencia de la sífilis disminuyó, nos dimos mejor cuenta de que el proceso de descubrimiento de casos debía aplicarse también a los pacientes de médicos particulares, en especial si se quería erradicar la enfermedad en lugar de someterla, simplemente, a control.

Pero esta última medida resulta difícil porque muchos médicos particulares no notifican los casos a su cuidado y, aun notificándolos, tal vez se muestren muy reacios a permitir que se les entreviste. Actualmente, en Estados Unidos, se calcula que se notifica al servicio de salud pública sólo el 25 % de los casos de sífilis diagnosticados y tratados por médicos particulares, y que sólo una quinta parte de esta fracción son entrevistados por miembros del servicio de salud pública para descubrir sus contactos sexuales. Por estas cifras se podrá juzgar la magnitud de nuestra tarea.

No obstante, en fecha reciente se han obtenido excelentes resultados en campañas intensivas de descubrimiento de casos orientados hacia los médicos particulares. Por ejemplo, en uno de los Estados del sur, los médicos notifican ahora un número de casos de sífilis 10 veces mayor que en los últimos años, y en el mismo Estado, investigadores del departamento de salud pública, debidamente

adiestrados, investigan al 95 % de los casos infecciosos atendidos por médicos particulares.

Estimuladas por el éxito alcanzado en unos cuantos Estados, muchas otras zonas inician ahora campañas intensivas para obtener una participación más activa del médico particular. En estas campañas se organizan reuniones especiales con sociedades médicas, en las que el personal del servicio de salud pública explica la necesidad de notificar los casos y de entrevistar a los contactos. Los investigadores de enfermedades venéreas pueden visitar los consultores de los médicos particulares y ofrecer sus servicios, no sólo con el fin de entrevistar contactos, sino también para simplificar la notificación de nuevos casos. Asimismo, se publican artículos en revistas médicas pidiendo cooperación a los médicos y ofreciéndoles literatura médica sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, así como servicios de laboratorio y consulta ulterior.

El segundo problema para mantener y perfeccionar la eficiencia de la investigación de contactos, se deriva de lo difícil que resulta ofrecer la suficiente capacitación de alta calidad a todo el personal de salud pública dedicado a esta labor.

Para este tipo de adiestramiento, se dispone de tres escuelas permanentes de entrevistadores de contactos, a saber, la de Atlanta, Georgia; la de Detroit, Michigan; y la de Los Angeles, California. Estas escuelas, patrocinadas conjuntamente por los departamentos municipales de sanidad y el Servicio de Salud Pública, ofrecen cursillos intensivos de dos semanas para investigadores de enfermedades venéreas, a enfermeras de salud pública y otro personal. Siendo forzosamente limitado el número de estudiantes por clase, en estas escuelas se capacita sobre todo al personal que trabaja a tiempo completo en epidemiología de las enfermedades venéreas.

Pero hay muchos lugares de Estados Unidos en que no se justifica un personal a tiempo completo especializado en enfermedades venéreas, y en ellos es donde el pro-

ceso de investigación de contactos resulta, por lo general, mucho menos eficiente.

En Estados Unidos se realizan todos los años unas 171.000 entrevistas de contactos, 40 % de las cuales están a cargo de personas cuyas actividades en el campo de las enfermedades venéreas son sólo una parte de sus funciones. Dado que en muchos casos no hay justificación bastante para ofrecer un curso completo de dos semanas a este personal a tiempo parcial, es evidente la necesidad de llevar a cabo programas abreviados dedicados a este personal en el propio lugar en que residen.

Para atender a esta necesidad, se ha creado una escuela móvil para entrevistadores. Se trata de una actividad a cargo de una sola persona, que lleva equipo móvil especial a un departamento de salud pública para ofrecer cursos intensivos de adiestramiento del personal local del control de enfermedades venéreas.

Este servicio se organizó y empezó a funcionar en febrero de 1956. Desde entonces esta escuela ha ofrecido 189 cursos intensivos de adiestramiento en 31 Estados, a los que ha asistido un total de más de 4.000 personas. La mayoría de los cursos duraron un día o dos. El promedio de personas asistentes por clase fue 22. Entre las personas adiestradas figuran 415 investigadores civiles de enfermedades venéreas, 2.281 enfermeras de salud pública, 310 estudiantes de enfermería, 286 médicos, otros 532 miembros del personal civil del departamento de salud pública y 316 miembros del personal militar dedicado al control de las enfermedades venéreas. Estas personas procedían de todas las categorías del servicio gubernamental local, estatal y federal, de organizaciones sanitarias privadas y voluntarias, y de organismos militares y civiles.

Es muy halagador que los índices de todos los entrevistadores hayan aumentado desde que se inició el programa. La escuela móvil para entrevistadores ha demostrado, además, el valor de la cooperación entre los gobiernos federal, estatal y local y las organizaciones

civiles y militares, que colaboran conjuntamente para resolver un problema común.

Por último, otro problema que conviene mencionar, ya que afecta de manera permanente al adiestramiento y a la evaluación, es el de mantener las técnicas de entrevista y de investigación al nivel de los cambios que se produzcan en el modo de transmisión de la sífilis y en las posibilidades con que cuentan los programas locales y nacionales de control. Este es un aspecto muy amplio de la aplicación del programa, y en él hay que tener en cuenta la gran variedad del modo de vida de los diferentes grupos de la población. Por consiguiente, en el presente trabajo hemos de limitarnos a indicar su naturaleza. De todas maneras, trataremos de ilustrar la cuestión con algunos ejemplos.

En primer lugar está el progreso que se inició cuando se amplió el sistema de entrevistas más allá de la determinación de los contactos sexuales, para incluir personas asociadas con el paciente cuando se considerara que necesitaban un examen médico de sífilis. Esta clase de investigación de contactos se ha aplicado de diversas maneras según su conveniencia para las diferentes jurisdicciones interesadas. Si se emplea debidamente, puede duplicar la cifra de descubrimiento de casos de sífilis infecciosa.

Otra de las técnicas especializadas que ha

dado provechosos resultados en casi todos los sectores de Estados Unidos donde se ha aplicado, consiste en investigar tanto los contactos homosexuales como los heterosexuales de todos los pacientes varones. Hay razones suficientes para creer que la poca atención prestada en el pasado a la búsqueda de casos de sífilis transmitida por homosexuales, ha provocado un número desproporcionado de casos en ese grupo de población, que ahora debemos tener en cuenta. Es absolutamente cierto que la existencia de un reservorio de sífilis entre los homosexuales constituye una constante amenaza para el control de la enfermedad, puesto que nuestro estudio de las cadenas de transmisión en este grupo demuestra claramente que la enfermedad no queda confinada a este grupo, sino que reinfecta a otros individuos de conducta heterosexual.

Estos son dos ejemplos de aspectos en que hemos tratado de mejorar, aunque con imperfecciones, nuestros programas de adiestramiento y de evaluar los resultados de nuevos métodos.

Pero, como de costumbre, en el año 1960 nos encontramos con muchas áreas en que la eficiencia de la investigación de contactos deja bastante que desear; tal es el caso de la falta de un método epidemiológico eficaz para combatir la blenorragia.