

INFORME FINAL

Los temas discutidos en las siete sesiones de este Seminario han sido agrupados bajo cuatro encabezamientos generales. El Informe Final es, por lo tanto, una síntesis de los trabajos presentados y de las discusiones que despertaron en las sesiones de trabajo.

I. CONSIDERACIONES GENERALES

1. *Distribución de la frambesia*

En las Américas, la frambesia se presenta en estado endémico en algunas áreas de la región situada entre los trópicos de Cáncer y Capricornio.

1.1 *México*: No existe frambesia, pero el mal del pinto es prevalente en ciertas áreas.

1.2 *América Central y Panamá*:

1.2.1 *El Salvador, Honduras, Belice*: Apparently no existe frambesia.

1.2.2 *Guatemala, Nicaragua, Costa Rica*: Se señalan solamente casos esporádicos.

1.2.3 *Panamá*: Hay focos aislados en tres provincias.

1.3 *Región del Caribe*:

1.3.1 *Cuba*: La prevalencia de frambesia se limita a la provincia de Oriente, donde aparentemente existen algunos focos. No se está realizando ningún programa en la actualidad.

1.3.2 *Bahamas, Puerto Rico, Islas Vírgenes de Estados Unidos, Montserrat, Barbada y Antillas Holandesas*: No se han notificado casos en los últimos años.

1.3.3 *Jamaica*: Se han llevado a cabo actividades de control sistemático contra la frambesia durante años, pero siguen existiendo focos dispersos en ciertas parroquias.

1.3.4 *Haití*: La campaña de erradicación sigue aún y será descrita más adelante en este informe.

1.3.5 *República Dominicana*: En 1953 se inició una campaña de erradicación de la frambesia.

1.3.6 *Islas Vírgenes Británicas*: La cam-

paña de tratamiento en masa reveló en 1956 muy pocos casos.

1.3.7 *San Cristóbal, San Vicente y Granada*: La frambesia fue, hasta un período reciente, hiperendémica en ciertos distritos de estas tres islas. Las campañas de tratamiento en masa iniciadas en 1956 alcanzaron aproximadamente 95% de las poblaciones, y la segunda fase, en cada isla, revela un porcentaje muy bajo de casos activos.

1.3.8 *Antigua*: Entre 1953 y 1955 sólo se han notificado unos pocos casos por año. No se desarrollan programas en masa contra la frambesia.

1.3.9 *Antillas Francesas*: La incidencia anual en ambos departamentos ha descendido constantemente durante los últimos diez años y llega ahora a una cifra muy baja, aproximadamente de 0,1 por mil en Martinica y de 0,2 por mil en Guadalupe. No se realizan programas en masa contra la frambesia.

1.3.10 *Sta. Lucía*: Una encuesta reciente revela una incidencia de 21 por mil, con casos procedentes de regiones endémicas bien determinadas. Se está planeando una campaña de erradicación.

1.3.11 *Trinidad y Tabago*: En ciertas regiones de ambas islas existen focos dispersos, pero la prevalencia general es más bien baja. Se planea una campaña de erradicación para 1957.

1.3.12 *Dominica*: En 1955 se notificaron 1.031 casos nuevos de frambesia, lo que da una incidencia de 17,5 por mil habitantes. Se proyecta iniciar un programa de erradicación en 1957.

1.4 *América del Sur*:

1.4.1 *Guayana Británica*: El Gobierno está emprendiendo la erradicación de la frambesia en el condado de Essequibo, única región endémica restante.

1.4.2 *Guayana Francesa*: Se señalan ocho casos por año.

1.4.3 *Surinam*: No hay información disponible.

1.4.4 *Venezuela*: Se lleva a cabo una campaña antiframbésica sistemática desde 1946. La región endémica tiene una población estimada en 1.000.000 de habitantes y la incidencia anual ha descendido constantemente hasta llegar a la presente cifra, relativamente baja.

1.4.5 *Colombia*: La población de la región endémica se estima aproximadamente en 500.000 habitantes. Se inició en 1950 una campaña que cubrió 380.000 habitantes y redujo considerablemente la prevalencia, que se estima actualmente en 0,36 %.

1.4.6 *Ecuador*: En la provincia costera de Esmeraldas (población 100.000) se trataron 541 casos entre el mes de diciembre de 1954 y el de abril de 1956. En la región del Este (50.000 habitantes) la prevalencia se estima en 8 %. Nueve encuestas de tratamiento de casa en casa han sido llevadas a cabo en la región costera solamente.

1.4.7 *Brasil*: El servicio correspondiente informa que hay áreas de frambesía endémica e hiperendémica por lo menos en 235 "municipios", con una prevalencia calculada del 6 %, en una población de casi 9.000.000 de personas.

1.4.8 *Perú*: La frambesía está limitada a las regiones selváticas tropicales, y en 1955 se notificó un total de 555 casos.

1.4.9 *Bolivia*: Sólo hay frambesía en algunos focos en el departamento de La Paz.

2. *El concepto de erradicación*

2.1 Al considerar la evolución del concepto de erradicación, se recibió favorablemente la siguiente definición:

"Erradicación significa la eliminación completa de todas las fuentes de infección o infestación, de modo que la enfermedad no reaparezca, aun en ausencia de toda medida específica de prevención contra ella."

2.2 La erradicación de una determinada enfermedad transmisible se debe considerar solamente si le son aplicables los siguientes criterios:

- a) La enfermedad tiene importancia económica y de salud pública,
- b) La enfermedad puede ser fácilmente reconocida e identificada,
- c) La enfermedad es susceptible a métodos de control conocidos; y
- d) Existen medios apropiados para impedir la reinfección.

Se considera que la frambesía y el mal del pinto cumplen con estas condiciones.

3. *Establecimiento de prioridades*

3.1 Al planear los programas nacionales de salud, se necesitan ciertos criterios para determinar las prioridades que corresponden a cada uno de los problemas de salud pública. En la IX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1956, se establecieron los siguientes criterios:

- a. La gravedad del daño—volumen de población que afecta, número de muertes y enfermos que produce, etc.;
- b. Posibilidades de evitar el daño sobre la base de los conocimientos existentes y las posibilidades de aplicarlos con los medios disponibles;
- c. Costo que ocasiona el daño—el daño económico que resulta de no abordar el problema contra el costo del programa;
- d. Rendimiento que se espera obtener del programa a largo y a corto plazo, directa e indirectamente;
- e. Actitud de la comunidad—el apoyo o resistencia de la población a las medidas que es necesario tomar, recordando que es función de los Servicios de Salud orientar a la comunidad;
- f. Valor educativo general de los programas;
- g. Compromisos o conveniencias internacionales o continentales; y
- h. Criterio político.

En muchos países, aplicando estos criterios, la frambesía alcanza una alta prioridad, y cumpliendo con el mandato de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, la Organización está concentrando sus esfuerzos con miras a proporcionar a los programas nacionales el estímulo y la cooperación necesarios, de modo que se asegure su erradicación en escala hemisférica.

4. Resumen

4.1 La frambesia existe en muchas áreas tropicales y subtropicales del Hemisferio Occidental.

4.2 La frambesia cumple con los criterios establecidos para considerar erradicable a una enfermedad.

4.3 En un número de países los programas de control han reducido la prevalencia a un bajo nivel, y la han limitado a algunos focos dispersos.

4.4 Unos pocos países han emprendido campañas activas de erradicación y los resultados obtenidos hasta la fecha indican un progreso satisfactorio; en otros países se planean campañas que deben iniciarse en un futuro próximo.

4.5 Aplicando los criterios de prioridad recomendados por el IX Consejo Directivo de la OSPA, la erradicación de la frambesia ocupa una alta prioridad en el planeamiento de los programas internacionales de salud. En algunas áreas está indicada una intensificación de los esfuerzos y, en muchos casos, la conversión de los programas de control en programas de erradicación.

II. EL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA FRAMBESIA EN HAITI

La República de Haití, con una extensión territorial de 27.698 Km², tiene una población de 3.111.700 habitantes (censo de 1950) y una densidad de 112,3 habitantes por Km². Dos tercios de su territorio son montañosos y de comunicaciones difíciles. La población rural, que constituye el 87 % de la población total, era la que estaba especialmente afectada por la frambesia, y en años anteriores se estimó que la prevalencia de esta enfermedad variaba entre el 40 y el 50 %.

En 1950, el Gobierno firmó un acuerdo con la OMS, la OSP y UNICEF para efectuar una campaña de erradicación de la frambesia.

1. Objetivo

1.1 La erradicación de la enfermedad, según se ha definido anteriormente en este Informe (I,2.1).

2. Organización

2.1 Se estableció, bajo la Secretaría de Estado de Salud Pública y Agricultura, una organización compuesta del director médico, contador jefe, secretarías, estadístico, y el número necesario de personal de campo.

2.2 Ciertos choferes recibieron adiestramiento intensivo en las técnicas elementales de asepsia y de inyección de penicilina.

2.3 Un equipo compuesto de un médico y cuatro inspectores está dedicado a tiempo completo a tareas de evaluación.

2.4 Cuatro asesores internacionales colaboran en los aspectos técnicos de la campaña.

3. Métodos

3.1 En 1950-1951 se emplearon clínicas móviles en la parte Sur del país usándose el método de "clínicas diarias".

3.2 En 1951, al completarse el censo nacional, se convirtió el programa procurando el tratamiento total en masa, mediante el método de "casa en casa".

3.3 Se emplearon 600.000 unidades de PAM para todos los casos y 300.000 unidades para todos los contactos.

4. Costos

4.1 Los gastos para 1950-1956 (en dólares) fueron:

Gobierno	US\$951.850
UNICEF	630.000
OMS y OSP	282.000

Total: US\$1.863.850, o sea un costo de US\$0,51 por persona tratada.

5. Resultados

5.1 En 1951, usando el método de clínicas diarias, se alcanzó en la campaña a un promedio aproximado del 25 % de la población, en la parte Sur del país.

5.2 En 1951-1956, usando el método de "casa en casa" se alcanzó a un 95 % de la población total, y se administró un total de 3.700.000 inyecciones a casos y contactos.

5.3 Las encuestas de evaluación indican que en 1956 se ha llegado a una prevalencia

promedio de 0,5% (total de casos activos sintomáticos), en comparación con una prevalencia estimada de 40 a 50% en 1950.

6. *Resumen*

6.1 Los resultados obtenidos por la campaña en Haití hasta la fecha, justifican el concepto de que la erradicación es posible utilizando los métodos y técnicas demostrados en esta campaña.

III. ASPECTOS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE TREPONEMATOSIS

1. *Objetivos*

1.1 La erradicación, según se define en I, 2.1, debe ser el único objetivo en los programas de treponematosi endémicas.

1.2 Con la información actualmente disponible, parece razonable considerar que la erradicación se ha logrado cuando, después de la primera encuesta en la que no se encontraron casos activos de frambesia, esta negatividad continúa por dos años como plazo mínimo, siempre que en este período se hayan efectuado, por lo menos una vez al año, encuestas clínicas simples, pero cuidadosas, de la población total.

1.3 Se reconoce que el mejoramiento del nivel de vida, incluyendo higiene y saneamiento ambiental, debe ser el objetivo de todo programa de salud. Sin embargo, el mejoramiento del nivel de vida no constituye condición indispensable para el éxito de una campaña de erradicación de frambesia. La erradicación de esta enfermedad es, por sí misma, un primer paso para conseguir la elevación del nivel de vida, lo que a su vez contribuye a hacer imposible la reintroducción de la infección.

2. *Métodos*

2.1 Se pueden emplear dispensarios fijos y móviles, pero las encuestas de tratamiento de casa en casa han demostrado ser el medio más efectivo de alcanzar a toda la población con el examen clínico y el tratamiento.

2.2 Se tratará a todos los casos activos, así como a sus contactos familiares y sociales;

esta política hace necesario que, en áreas de alta prevalencia, se trate en masa a toda la población.

2.3 Deben efectuarse encuestas periódicas de la población completa a intervalos de 6-12 meses, durante las cuales se tratará a todos los casos que se encuentren, así como a sus contactos.

2.4 Se procurará establecer un sistema eficiente de notificación de casos, utilizando los recursos locales, particularmente los profesionales médicos, las autoridades civiles, militares, policiales, etc. Los casos así descubiertos serán examinados por el personal de la campaña, y recibirán tratamiento, lo mismo que sus contactos.

3. *Adiestramiento de personal*

3.1 Es un factor de vital importancia, y debe incluir la asepsia, las técnicas de inyección intramuscular, el diagnóstico "a grosso modo" de la frambesia, la educación sanitaria, etc.

3.2 Casi siempre tendrá que emplearse personal auxiliar, debiéndose ejercer el mayor cuidado en su selección.

3.3 Es importante organizar cursos periódicos para refrescar los conocimientos del personal.

4. *Administración*

4.1 Todo el personal, incluyendo el directivo y el técnico, debe trabajar a tiempo completo, dedicado exclusivamente a los objetivos de la campaña.

4.2 En la oficina central una persona debe ser responsable tanto del personal como de las finanzas.

4.3 Los procedimientos deben ser simples, pero es esencial que exista un buen control del personal, líneas de abastecimiento, transportes, etc.

4.4 Todo el personal debe estar familiarizado con todas las fases del proyecto.

4.5 Es importante que todo el personal de la campaña reciba una remuneración adecuada a su preparación, experiencia, responsabilidades y necesidades.

4.6 Cualquiera que sea la magnitud de una campaña, el personal de campo debe

estar bien adiestrado, adecuadamente equipado y provisto de suficientes medios de transporte, como para permitirle el acceso a todas las áreas donde se desarrollan los trabajos.

5. Mapas y estadísticas

5.1 Debe organizarse una unidad cartográfica que proporcione mapas para los diversos propósitos necesarios en la campaña.

5.2 Para su identificación futura, las casas deben marcarse y numerarse como se hace en los trabajos de erradicación del *Aedes aegypti*.

5.3 Los informes diarios de los trabajadores de campo deben incluir los datos necesarios para la identificación, el trabajo efectuado, la cantidad de penicilina gastada y cualquier otro detalle que fuere necesario. La información debe enviarse puntualmente a la oficina central para la preparación de los informes. Esta información se resumirá y se harán informes semanales y mensuales, con mapas y cuadros aclaratorios.

6. Logística

6.1 La organización de las operaciones de campo debe ser tal que lleve el equipo, los abastecimientos y el personal de campo hasta los pacientes en una casa específica y en una fecha definida. Cualquier desviación de esta regla significará el fracaso. Deben tomarse en consideración las condiciones climáticas estacionales, con el objeto de evitar la interrupción de los trabajos.

7. Terapéutica

7.1 La dosis mínima satisfactoria que se requiere para el tratamiento en masa en una campaña de frambesia, no puede estar basada en un criterio establecido rígidamente. Aunque la campaña de erradicación de Haití demuestra que una campaña se puede realizar con éxito usando una dosis de 600.000 unidades de penicilina G procaína en aceite, con 2% de monoestearato de aluminio (PAM), se aceptó que sería posible obtener aún mayor seguridad con el

uso de 1.200.000 unidades,* como lo recomienda el Comité de Expertos de la OMS.

7.2 No se ha encontrado hasta el momento prueba alguna que indique que los treponemas se hacen resistentes a la penicilina, aún con el empleo de dosis pequeñas.

8. Laboratorio

8.1 El laboratorio serológico no es indispensable para las campañas en masa, pero un laboratorio piloto sí es esencial para la evaluación y vigilancia.

8.2 No existe prueba de laboratorio conocida que pueda diferenciar la frambesia de la sífilis, pinta y bejel.

9. Educación sanitaria

9.1 Se considera esencial el desarrollo de actividades efectivas de educación sanitaria en relación con las campañas de erradicación de treponematosi.

9.2 En la fase de planeamiento hay dos medidas que son importantes:

a) Debe designarse una o varias personas para que asuman la responsabilidad de los aspectos específicos de educación sanitaria del programa, tanto al nivel nacional como local, y

b) Estas personas deben participar en el planeamiento del programa desde el comienzo mismo de la campaña.

9.3 La responsabilidad principal del personal de educación sanitaria en una campaña de erradicación de treponematosi debe ser la de adiestrar en las técnicas de educación sanitaria a los funcionarios de campo de todas las categorías, mediante cursos de orientación, de readiestramiento o en servicio.

9.4 Se debe disponer de personal de educación sanitaria al nivel nacional, que provea servicios consultivos al personal del nivel local, permitiendo así mejorar o corregir

* Véase la nota editorial en la página 460 sobre "Dosis de penicilina indicadas en las campañas de erradicación de la frambesia". EDIT.

procedimientos educativos que estén provocando resistencia.

10. Supervisión

10.1 La supervisión, en todos los niveles de operaciones, es esencial para el éxito del programa de erradicación. Además de conseguir un riguroso cumplimiento de las normas de trabajo por parte del personal de campo, permite la sistematización de las técnicas de trabajo, asegura una constante propaganda de la campaña dentro de la población y obtiene la cooperación de las autoridades y grupos directivos de la comunidad. Pero, sobre todo, constituye un estímulo constante para el personal—supervisor y supervisado—logrando así que se forme un grupo uniforme, armónico y entusiasta, perfectamente consciente de la tarea por cumplir.

10.2 La supervisión debe ser distribuída por clases jerárquicas superpuestas—supervisión piramidal—teniendo cada individuo responsabilidades bien definidas. Es importante que el personal que ha recibido adiestramiento más simple sea supervisado por lo menos diariamente.

11. Evaluación y encuestas de evaluación

11.1 La evaluación constituye un proceso continuo, especialmente en los programas de erradicación de la frambesia.

11.2 Tal evaluación proveerá datos esenciales sobre los siguientes aspectos de una campaña:

- a) La magnitud del problema y su importancia desde el punto de vista de la salud pública;
- b) La eficacia de las técnicas de trabajo y las modificaciones que puedan ser necesarias;
- c) Las características sociales, económicas y culturales de la comunidad;
- d) El efecto o la contribución de las agencias cooperadoras;
- e) La integración subsiguiente de las actividades de vigilancia dentro de los servicios permanentes de salud pública.

11.3 Las encuestas de evaluación son parte esencial de este proceso y pueden seguir los métodos de muestreo parcial o al azar.

a) En el muestreo al azar, la técnica para asegurar muestras representativas deberá establecerse con anterioridad al comienzo de las actividades.

b) En el muestreo parcial, la información principal que se necesita constituye la base para determinar los métodos a emplear y para evaluar tales características como la densidad y distribución geográfica de la población, las normas de conducta social y cultural y la prevalencia de la enfermedad.

11.4 Las encuestas de evaluación deben ser encomendadas a brigadas especiales, compuestas de personal bien preparado, bien equipado y con transporte suficiente.

12. Integración

En relación con la inclusión de otras actividades sanitarias en la campaña contra la frambesia, se recalcaron los siguientes conceptos:

12.1 Durante la fase inicial de tratamiento en masa, no debe realizarse ninguna actividad adicional, con la excepción de la educación sanitaria.

12.2 Se considera aceptable la adición de otras actividades de salud pública a la campaña contra la frambesia, siempre que no interfieran con la eficiencia de ésta.

12.3 La fase en la cual se deben añadir otros programas a la campaña antiframbésica, debe determinarse a base de una reducción importante de las actividades de los inspectores, como consecuencia de un descenso muy considerable de la prevalencia. Los directores del programa deben estar en situación de predecir cuándo llegará esta fase, de modo que el personal pueda recibir oportunamente el adiestramiento adicional necesario.

12.4 En una fase aún más avanzada, probablemente la de vigilancia, se deberá considerar la integración de los servicios de erradicación de frambesia en los servicios generales de salud pública, con miras a obtener servicios sanitarios locales eficientes, polivalentes, integrados y coordinados. Esta integración se podrá hacer, según las circunstancias, con

servicios de salud pública pre-existentes, u organizados a raíz del impulso dado por la campaña de erradicación, o utilizando como base los propios servicios de erradicación.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1) Se reconoce que en muchos lugares la información de que se dispone acerca de la prevalencia de frambesia y del pinto es inadecuada.

Se recomienda que en tales sitios se realicen encuestas preliminares para determinar la prevalencia de la enfermedad, así como su distribución geográfica y demográfica, para planear la campaña de erradicación y para valorar su ejecución y resultado.

2) Se reconoce que los métodos de que actualmente se dispone hacen factible la erradicación de la frambesia.

En consecuencia, se recomienda que todos los países que tienen un problema de frambesia consideren la posibilidad de iniciar programas de erradicación, o de convertir sus programas de control a erradicación.

3) Reconociendo la magnitud y las implicaciones del problema de la frambesia en las Américas, y de acuerdo con la Resolución XLI de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago de Chile, 1954) se recomienda que los Gobiernos utilicen la cooperación de las agencias internacionales y bilaterales para planear y ejecutar sus programas de erradicación de esta enfermedad, y también que coordinen sus esfuerzos para impedir la reintroducción de la frambesia en áreas que ya están libres de ella.

4) Reconociendo la importancia que en ciertos países adquiere el problema de la pinta, se está de acuerdo en que las recomendaciones anteriores se aplican igualmente a estos países, naturalmente con las diferencias inherentes a esta enfermedad.

5) Reconociendo los buenos resultados obtenidos hasta la fecha en la campaña en Haití, se recomienda que se consideren cuidadosamente los métodos y técnicas empleados en esta campaña al planear actividades similares en otros países.

6) Reconociendo la importancia vital del personal de campo en las campañas de erradicación, se recomienda que este personal sea convenientemente seleccionado, adecuadamente adiestrado para cubrir todas las fases de sus actividades, justa y equitativamente retribuido y permanentemente supervisado.

7) Reconociendo que es altamente deseable poder evaluar el progreso de las campañas en diferentes países, se recomienda que se recojan datos mínimos comparables y que se empleen normas y terminologías similares.

8) Reconociendo la importancia de las pruebas serológicas en las encuestas de evaluación y en la fase de vigilancia, se recomienda que las campañas de erradicación de treponematosi dispongan de las facilidades de un laboratorio piloto para el serodiagnóstico.

9) Reconociendo la importancia de la educación sanitaria para el éxito de los programas de erradicación, se recomienda que durante toda la campaña se incluya personal de educación sanitaria que participe en su planeamiento y ejecución, así como en el adiestramiento del personal de campo.

10) Reconociendo la importancia de la supervisión adecuada del personal de todas las categorías, se recomienda que se dé consideración apropiada al establecimiento de un sistema piramidal de supervisión, con responsabilidades individuales bien definidas, que cree una atmósfera que estimule la formación de un grupo homogéneo de funcionarios con "esprit de corps".

11) El Seminario reconoce con gran satisfacción la consideración e intenso interés expresados con respecto a los tópicos de encuestas, evaluación e integración, y recomienda que estos temas continúen recibiendo atención especial, con referencia a la erradicación de frambesia.

VOTO DE GRACIAS

El Seminario sobre Erradicación de Treponematosi,

Teniendo en cuenta la generosa hospitalidad del Gobierno de Haití, las innumerables atenciones recibidas de las autoridades y particulares, así como las facilidades de

instalación y los eficaces servicios que les prestaron durante la reunión celebrada en Puerto Príncipe del 21 al 27 de octubre de 1956,

RESUELVE:

Expresar oficialmente su agradecimiento:
Al Excmo. Señor Presidente de la República de Haití, al Secretario de Estado de Salud Pública y Agricultura, al Director General del Servicio de Salud Pública, al Decano de la Facultad de Medicina, al personal de la Secretaría de Salud Pública y

Agricultura, particularmente al personal del SERPIAN, así como al de otras entidades nacionales e internacionales que aportaron su colaboración y a las numerosas personas que con tanto entusiasmo contribuyeron al éxito de los trabajos del Seminario.