

LA ERRADICACIÓN DE LA SÍFILIS COMO MEDIDA SANITARIA PRÁCTICA*

Por el Dr. JOSEPH EARLE MOORE

Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de Johns Hopkins, Baltimore, E. U. A.

De 15 años de experiencia en clínica sifilográfica he salido con varias convicciones firmes, a saber: que la sífilis es con mucho la más frecuente de las principales enfermedades transmisibles; segundo, que directa e indirectamente le cuesta al contribuyente más que ninguna otra enfermedad infecciosa; y tercero, que ya hay a mano los medios con los cuales podría, si no erradicarse absolutamente, reducirse por lo menos en una generación, de un problema de mayor a uno de menor cuantía; cuarto, que aunque esas armas han estado disponibles por un decenio o más, no adelantamos, sino que retrocedemos, pues la sífilis en los Estados Unidos revela aumento en vez de disminución; y quinto, que la culpa de esta situación paradójica recae, por lo menos en parte, sobre el médico de sanidad. Me extenderé sobre estos varios puntos.

En la ciudad de Baltimore, durante el quinquenio 1929-33, se denunciaron al Departamento Municipal de Sanidad más casos de sífilis que de ninguna otra enfermedad transmisible. En ese quinquenio se denunciaron más de 18,000 casos. Sorprendentes como parecen esas cifras, calcúlase que representan menos de la mitad de los casos nuevos. Aun más, en cada uno de los años 1929 a 1933, se ha observado un aumento gradual en el número de casos denunciados: en 1933, 4,500 comparado con 3,100 en 1929. Aun peor, las muertes de sífilis, contando únicamente las denunciadas al Departamento de Sanidad como debidas realmente a sífilis, superan a las de cualquiera otra enfermedad transmisible salvo las dos principales: neumonía y tuberculosis. Esto no comprende las muertes debidas a sífilis mas enmascaradas tras nombres más agradables, pero menos precisos.

Pasando ahora a mi segunda observación, o sea el costo de la sífilis a la comunidad, fué casi imposible determinarlo con exactitud, por ser tan vastas las ramificaciones del mal. El costo efectivo del mal venéreo, en gran parte sífilis, a los contribuyentes de San Luis, está calculado en \$600,000 a \$1,000,000 anuales, sin contar otro millón y medio que gastan los enfermos en honorarios médicos y asistencia hospitalaria, o sufragan los organismos filantrópicos y caritativos, como los hospitales particulares mismos, el fondo comunal, etc. Sin embargo de ese millón de dólares gastado por los contribuyentes, una parte ínfima, apenas \$60,000, es invertida donde reportaría más utilidad, es decir, en el tratamiento de la sífilis *incipiente*. A mi tercera y cuarta observaciones poco hay que agregar. Nuestras dificultades no proceden de la falta de armas, sino más bien de otros

* Tomado de Health News (New York), agto. 20, 1934.

dos factores: ignorancia generalizada de los médicos en cuanto al modo de utilizar los métodos disponibles, ignorancia ésa que se extiende por desgracia hasta al personal médico de algunas clínicas dirigidas por departamentos de sanidad; y, segundo, nuestra incapacidad para persuadir a los enfermos a que continúen el tratamiento todo el tiempo necesario.

En cuanto a mi quinta observación, de que parte de la culpa de esta situación corresponde a los funcionarios sanitarios, trataré de justificarla. No puedo creer que los peritos sanitarios dejen de reconocer la magnitud del problema, pero existe una conspiración de silencio acerca de las enfermedades venéreas, en la cual no sólo creo que participan dichos funcionarios, sino cuya responsabilidad les corresponde en gran parte, porque mucho más que los demás médicos, se encuentran en relaciones íntimas con todos los demás miembros de la clase médica, así como con el público profano y, en lo tocante a las enfermedades transmisibles, son o deben ser los voceros de la medicina.

La "conspiración del silencio".—Dicha conspiración del silencio abarca las relaciones de los directores de sanidad con la profesión médica misma, así como con el público, y comienza, por desgracia, en las escuelas de higiene y salud pública extendiéndose a las relaciones del departamento de sanidad con los facultativos. No se realiza ningún esfuerzo organizado con el fin de crear un método sencillo para la denuncia de casos nuevos, un método en el cual cooperen los médicos, porque respete, y no quebrante, el secreto exigido por los enfermos. A consecuencia de esto, ni siquiera se conoce la extensión del problema, para no hablar de su tendencia ascendente o descendente, y se permite que florezcan los charlatanes, con sus anuncios.

Sin embargo por lo menos entre los médicos, la sífilis es mencionable. En cuanto los funcionarios sanitarios entablan contacto con el profano, es que alcanza su mayor intensidad la conspiración del silencio. No le doy mayor importancia al hecho de que en las relaciones con el público general, rara vez o nunca se discuta la lúes. Soy de los que creen que, en lo relativo al mal venéreo, es inútil atenerse a la educación sexual de los niños en las escuelas o de los adultos por medio de folletos, conferencias radiotelefónicas, trabajos en las revistas, etc. Sin embargo, existe un grupo laico selecto al cual debe dirigirse el jefe de sanidad, a saber, los funcionarios encargados del gobierno. Es necesario, por supuesto, hacer creer en el presupuesto de higiene a un público de profanos: Concejales, legisladores y congresistas, y es más fácil hacer hincapié en las consecuencias dramáticas de los exantemas agudos, que en la monótona cronicidad de la desintegración producida por la sífilis. Sin embargo, el jefe de sanidad debería saber utilizar dos argumentos: Primero, que la sífilis no es siempre fruto de los errores propios, es más, que casi la mitad del total está formada por infecciones conyugales adquiridas

inocentemente, y por la sífilis congénita; y segundo, que aunque todas las infecciones sifilíticas fueran adquiridas por medio del vicio comercializado, la comunidad ahorraría dinero facilitando los medios para que recibieran tratamiento adecuado temprano, a fin de mermar no sólo la infecciosidad y la propagación del mal a otros, sino también las secuelas tardías, y de ahí las ingentes sumas que hay que gastar en tratamiento o asistencia gratuita de los enfermos de aneurisma aórtico, tabes o demencia paralítica.

Debida utilización de los fondos.—Supongamos que el director de sanidad al preparar su presupuesto concede a la sífilis el importante puesto que merece, que está dispuesto a recalcar esta partida en sus discusiones con las autoridades financieras, y que logra persuadirlas del mérito esencial de la idea, ¿cómo pueden emplearse en mejor forma los fondos así obtenidos para mermar la frecuencia del mal? Por mucho que meditara, no podría yo ofrecer el remedio más sucinatamente que como lo expresara Parran:¹

En principio, todo el problema de la lucha antivenérea comprende solamente dos elementos: primero, todos los infectados deben recibir tratamiento prontamente después de la infección y, segundo, hay que crear y utilizar medios de diagnóstico y tratamiento. Esos dos factores administrativos se explican por sí solos.

Desde un punto de vista distinto, puede expresarse el problema en términos de principios fundamentales: las fases legales del programa sanitario deben comprender: notificación de los casos, en particular los que abandonan el tratamiento; notificación de las fuentes de infección; facultad para examinar los contactos; y cuarentena de los enfermos irresponsables cuando fracasen los otros medios.

Servicios médicos que aseguren el diagnóstico temprano y el tratamiento completo, comprendiendo: medios de laboratorio para diagnóstico, incluso ultramicroscópico; clínicas adecuadas, a base de pago completo, pago parcial y gratuito; distribución gratuita de los medicamentos necesarios a los médicos así como a las clínicas; compensación a los médicos en los distritos rurales y los villorrios por el tratamiento de los menesterosos; y tratamiento profiláctico temprano después de la exposición.

Medidas epidemiológicas, abarcando una investigación detenida de todos los casos tempranos, tanto en la clínica como en la clientela particular, a fin de determinar la fuente de infección; examen de los contactos en las familias y en otras partes; y concentración, cuando es necesario, en los casos infecciosos incipientes.

Servicio médico social y asistencia enfermeril, colocados a la disposición de los médicos, así como de las clínicas, a fin de ayudar en los reajustes familiares, hacer visitas domiciliarias, hacer que vuelvan para tratamiento los enfermos que lo abandonan, y persuadir a los contactos en los domicilios, así como en otras partes, a que se hagan examinar y, si están infectados, que soliciten tratamiento.

Educación, comprendiendo: preparación del necesario personal sanitario, médicos, enfermeras y asistentes sociales; mejor enseñanza de los médicos particulares por medio de cursos en las facultades de medicina y estudios de perfeccionamiento, y servicio parcial en las clínicas; educación del público por todos los medios disponibles, incluso de ciertos grupos dados, en profilaxia; y entrenamiento específico del enfermo.

¹ Véase el BOLETÍN de dbr. 1931, p. 1607.

Aun reconocida la sífilis, por lo general se trata mal, y muy poco o nada es lo hecho para determinar la fuente de la infección o reconocer los contactos. En algunos sentidos, las clínicas prestan mejores servicios, pero en otros son igualmente defectuosas.

Las causas de ello, a mi parecer, son dos: por un lado, verdadera ignorancia de parte de la profesión médica, y ya exista ésta o no, incapacidad o falta de deseo de los enfermos para llevar a cabo los exámenes y tratamiento necesarios, debido al agobiador factor económico.

Perfeccionamientos en nuestros conocimientos.—¿Cómo realzaremos los conocimientos de la profesión médica, y si podemos hacerlo, en qué forma pueden ayudar los funcionarios sanitarios en esta tarea? Dando por sentado que la presión ejercida por la sanidad y otros elementos, puede elevar la enseñanza de los estudiantes a cierta excelencia uniforme, tendrá que transcurrir una generación para que ese mejoramiento se haga sentir en la vida diaria. Necesitamos una acción más rápida.

Esa acción más rápida será obtenida, por supuesto, únicamente, si pueden realizarse las pautas de los médicos que ya ejercen, y si puede ponerse a los sífilíticos en manos de los médicos. En lo que pueda juzgar yo, sólo hay dos modos de impartirles ese conocimiento: el primero, o sea por medio de las revistas médicas y las reuniones profesionales, ya ha sido probado y resultado deficiente. El segundo es un método apenas probado hasta la fecha, pero en el cual deben intervenir principalmente los funcionarios sanitarios mismos. El jefe de sanidad es por excelencia el médico que se encuentra en constante contacto con todos los demás facultativos de la localidad. Hagamos ahora que agregue a su constante serie de boletines relativos a diarrea infantil, sarampión, fiebre ondulante, etc., una constante ola de literatura que preconice el empleo más generalizado de la Wassermann gratuita, y del salvarsán gratuito cuando se halle disponible. Hagamos que nos enseñe, mediante la constante repetición de breves comunicados, los procedimientos terapéuticos aceptados por el estilo de los recomendados por los grupos clínicos cooperativos, el modo de emplear los medicamentos recomendados, la conveniencia del estudio epidemiológico de cada caso, las razones en que se fundan los exámenes cefalorraquídeos, y el examen y tratamiento de las gestantes. Dése cuenta él mismo de que la repetición y recalcamiento constante lograrán resultados educativos que no conseguirá una conferencia aislada ante una sociedad médica, y que si se emprende un plan de este género, debe proseguir por años enteros. Por fin, dé él mismo el ejemplo cerciorándose de que sus propias clínicas anti-sifilíticas se conforman a una pauta mínima de excelencia, y de que los médicos empleados en ellas lo son porque conocen algo acerca de la sífilis, y no porque necesitan la colocación. Si las leyes se lo

permiten, ofrezca él mismo sus propias clínicas como centro de enseñanza para los médicos, de modo que puedan, con algunas semanas de labor voluntaria, aprender a atender el mal mejor (y entre paréntesis, más provechosamente) en sus propios enfermos.

Tratamiento adecuado.—Pasemos ahora a considerar el problema de cómo poner al sífilítico en las manos del médico o clínica, presuntamente capaces. Esto presupone, a mi parecer, dos elementos. Es indispensable eliminar a los charlatanes que se anuncian y a los tratamientos de botica. Donde las leyes permiten actuar en ese sentido, utilicémoslas. Donde no existen, recomendemos por cuanto medio sea posible su promulgación.

Sin embargo, aun más importante que todo esto es descubrir algún modo de reunir al médico y al sujeto infectado, que no sabe que lo está, o que se cree curado con algún tratamiento insuficiente. Aquí también tenemos varias vías de ataque. Una consiste en recomendar que hagan sistemáticamente la Wassermann los hospitales que no la emplean, e igualmente los médicos industriales, para lo cual deben ofrecerse, si es necesario, los medios disponibles en los laboratorios de los departamentos de sanidad. Todavía es mejor una campaña de divulgación, llevada a cabo con carteles en los retretes, salas de descanso, trenes, hoteles y fábricas, semejante a la librada por un breve período durante la Guerra Mundial.

Por fin, tenemos que ampliar considerablemente las clínicas gratuitas. Hay que encontrar dinero para tratar a todos los sífilíticos, ya sean o no pudientes, pues trátase de una obligación cívica que no cabe evitar. Los jefes de sanidad deben familiarizarse con los requisitos de sus localidades y obtener los fondos que necesiten. Si no pueden triunfar luchando por su cuenta, deben solicitar la ayuda de los médicos y profanos eminentes, a fin de poner en juego la presión ejercida por una opinión pública ilustrada.

Problemas inmediatos.—Aunque convengo en que ha fracasado cuanto plan de lucha antisifilítica ha sido probado hasta ahora en este país, no me siento todavía dispuesto a admitir que la profesión médica no puede salir de las garras del fracaso. Sin embargo, para salir, precisa terminar la conspiración del silencio entre nosotros mismos, y con respecto al público profano. Tenemos que hablar tanto en el seno de la profesión cuanto con los laicos inteligentes, acerca de la sífilis, no tan solo como enfermedad potencialmente incapacitante y letal, cuya propagación a todos nos amenaza, sino también en cifras de dólares y centavos. El contribuyente que no se quiere alarmar ante la posibilidad de que pueda quedar ciego o demente dentro de 20 años, sí gruñirá de veras cuando oiga hablar de un aumento en sus impuestos anuales. El director de sanidad es el médico que debe tomar la delantera en acabar con ese complot del silencio.

En lo tocante a la lucha contra la sífilis, nos confronta un problema en que debemos elevar nuestra estatura como médicos, a la par que como economistas. Obtengamos no tan sólo un mejoramiento general en la forma en que se atiende a la enfermedad, sino también en la forma en que se paga por esa asistencia. Hasta que nos mostremos iguales a ambas tareas, sólo quedarán estas alternativas: continuar la conspiración del silencio, sin adelantar nada en el dominio de una enfermedad infecciosa de primera magnitud; o desbaratar la conspiración e ilustrar a la opinión pública, para que el problema pase de nuestras manos a las del Estado. Quizás sea inevitable una de esas alternativas, ambas desagradables para todos los médicos, pero vale la pena probar el modo de evitarlas bajo la guía de los funcionarios de sanidad.

EL PAPEL DEL INGENIERO SANITARIO EN LA SALUD PÚBLICA *

Por el Ing. KAMAL EDDIN EFF. FAHMY

A fin de comprender el papel que desempeña el ingeniero sanitario en la salud pública, hay que comprender lo qué es realmente, y para ello lo mejor es compenetrarse de las calificaciones que debe poseer.

La primera asignatura, y una de las más importantes que tiene que estudiar es agua, considerando toda clase de posibles abastos, ya sean superficiales naturales, pluviales o subterráneos. A fin de determinar cuál agua puede almacenarse y, por lo tanto, el sitio más ventajoso para una zona de captación, precisan muchos conocimientos. Algunos de éstos versan sobre los varios métodos para calcular el desarrollo de la población, el cálculo del consumo de agua, estadísticas de la precipitación, cómputo del almacenamiento necesario, inundaciones, represas; hidráulica, con referencia particular a la llamada fórmula de Hazen, conducción desde el reservorio a la red de distribución, diversos sistemas de repartición, y modo de comprobar lo adecuado o inadecuado del abasto en cualquier sistema por alguna razón dada. Por ejemplo, en lo tocante a las aguas telúricas, tiene que estudiar posibles fuentes de contaminación, sitios más apropiados para pozos, construcción sanitaria de éstos, y efecto del empleo extenso del agua subterránea sobre el nivel hidrográfico.

Estudiadas ya las distintas clases de abasto, tiene que proceder al análisis, y éste comprende cuatro encabezados: físico, químico, microscópico y bacteriológico. El físico comprende datos tales como turbidez, color, sabor, olor y las nueve clases de sólidos; el químico: CO₂ libre, oxígeno disuelto, pH, cloruros, dureza, alcalinidad analizada, hierro, manganeso, cloro necesario para desinfectar, cloro residual, amoníaco, nitritos, nitratos, nitrógeno orgánico y albuminoideo consumidos, y la importantísima demanda bioquímica de oxígeno llamada D. O. B. El examen microscópico comprende principalmente microbios distintos de bacterias, tales como hongos, algas incluso *schizophyceae*, briozoos, crustáceos, poríferos y protozoarios, junto con variaciones estacionales, distribución vertical y horizontal, y efectos físicos y químicos de esos microbios sobre cuerpos de agua. El bacteriológico abarca las pruebas conocidas con los nombres de confirmación presuntiva, parcial y completa, así como el total de bacterias.

* Compendiado del Jour. Egypt. Med. Assn., 913, nbre. 1934. Trabajo leído ante la Asociación Médica de Egipto el 9 de mayo de 1934.