

## Reseñas

### FRAMBESIA EN LAS AMERICAS, 1950-1975<sup>1</sup>

Donald R. Hopkins<sup>2</sup>

*La frambesia fue introducida en las Américas por esclavos africanos a partir del siglo XVI, pero también es posible que haya existido en las Américas antes de la llegada de Cristóbal Colón. En el decenio de 1950 se emprendieron programas de erradicación de la frambesia en casi todos los países de las Américas en los cuales esta enfermedad era endémica. Mediante el tratamiento masivo de casos y contactos con penicilina, los programas contra la frambesia han reducido extraordinariamente la incidencia de casos notificados en el Hemisferio Occidental de 44,000 casos por año en 1950-1954 a 437 casos en 1975. En Brasil la lucha contra la frambesia disminuyó el número de pacientes tratados en 99% de 1965 a 1974. Aparentemente, en 1975 la frambesia seguía constituyendo un problema significativo de salud pública solo en algunas comunidades de Brasil, Colombia, Dominica, Ecuador, Haití, Perú, Santa Lucía y San Vicente y posiblemente en Guyana y Surinam. Es posible que se pueda eliminar enteramente la frambesia infecciosa del Hemisferio Occidental en los próximos años.*

Al cabo de más de dos decenios de programas intermitentes de erradicación en el Hemisferio Occidental, aparentemente la frambesia es ahora un problema de salud pública solo en unas pocas comunidades de América del Sur y el Caribe. Este trabajo tiene por objeto reseñar el progreso y la situación actual respecto de esta enfermedad y de los programas para su erradicación en las Américas. Hace más de diez años que este tema no ha sido analizado con carácter integral.

Además de la frambesia, una enfermedad incapacitante de la piel y huesos transmitida por contacto cutáneo, principalmente entre los niños, y causada por el *Treponema pertenue*, en el Nuevo Mundo se observan otras dos treponematoses. A diferencia de la frambesia, la sífilis venérea (*Treponema pallidum*)

puede afectar los sistemas cardiovascular y nervioso central y ser letal. En la pinta (*Treponema carateum*) el daño se limita a la decoloración de la piel. Las reacciones serológicas que comparten las víctimas de frambesia, sífilis o pinta no se pueden distinguir con ninguna de las pruebas que ahora se emplean.

Antes de examinar la prevalencia de la frambesia, una breve reseña histórica situará el problema actual en perspectiva. Aunque la frambesia se ha observado en el Hemisferio Occidental al menos desde principios del siglo XVI, los historiadores de la medicina no están de acuerdo en cuanto a saber si la introdujeron esclavos africanos infectados o si los esclavos enfermos agravaron un problema ya establecido. Oviedo describió un brote de frambesia en La Española (isla donde hoy están Haití y República Dominicana) en 1526. Con posterioridad a 1558, los viajeros que llegaron a Brasil describieron la difusión de la frambesia entre los indios de Rio de Janeiro, Bahía y Maranhao. Asimismo, la frambesia era común entre los esclavos traí-

<sup>1</sup> Traducción del artículo "Yaws in the Americas, 1950-1975", *The Journal of Infectious Diseases* (Chicago), Vol. 136 (4):548-554, Octubre de 1977 (© 1977 por la Universidad de Chicago, todos los derechos reservados). El artículo original contiene una bibliografía de 49 referencias que se pueden conseguir por solicitud en este *Boletín*.

<sup>2</sup> Departamento de Salud Pública Tropical, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Boston, Massachusetts, E.U.A.

dos a América del Norte durante el período colonial.

Las primeras noticias relativas a la frambesia en las Américas se complican por la confusión de esta enfermedad con la sífilis venérea, que probablemente estaba presente en las Américas (del Norte, Central y del Sur) en la época precolombina. Los conquistadores e inmigrantes europeos, al parecer, fomentaron la difusión de la sífilis a partes anteriormente no infectadas del Nuevo Mundo.

La pinta aparentemente ha estado presente desde tiempo inmemorial. El emperador azteca Moctezuma II hacía elegir a “pintados” para llevar su litera. Cortés mencionó estas “peculiaridades del color” de la piel en una carta a Carlos V.

En varios países como Jamaica, Surinam y Colombia se emprendieron campañas de tratamiento intensivo con objeto de controlar la frambesia a principios del siglo XX, poco después de incorporarse el arsénico y el bismuto a la terapia. Sin embargo, estas actividades, tuvieron un efecto limitado en la salud pública porque el tratamiento requería una serie de inyecciones dolorosas administradas en un lapso de varias semanas y, además, porque no se trataba a los contactos asintomáticos, incluidos los casos latentes.

#### La situación de la frambesia en 1950–1955

A principios del decenio de 1950 los dos grandes focos de frambesia en las Américas se encontraban en Brasil, donde se estimaba que existían entre 350,000 y 500,000 casos en una población de 52 millones de habitantes, y en Haití, donde se estimaba que un millón o más de los 3.5 millones de habitantes de ese país estaban infectados. En Haití, que oficialmente notificó >45,000 casos en 1949 y >17,000 en 1964, la frambesia era el problema de salud pública más relevante del país.

La frambesia era todavía altamente endémica en la República Dominicana y en la mayor parte de las islas de las Antillas Me-

nores (figura 1). La enfermedad había dejado de ser endémica en Puerto Rico y “no constituía un problema de salud pública” en Martinica y la Guayana Francesa en esa fecha, pero era endémica en la Guayana Británica, en Venezuela, entre las poblaciones predominantemente negras de la costa del Pacífico de Colombia, Panamá, el Ecuador septentrional y en las regiones nororientales del Perú. Guatemala y Costa Rica notificaron sólo casos esporádicos. México no notificó ningún caso, pero en ese país no era esta una enfermedad de notificación obligatoria.

En las Américas, como en otros continentes, la frambesia ha sido fundamentalmente un problema de poblaciones aisladas, factor que ha complicado los problemas del diagnóstico de casos latentes y el tratamiento, incluso después de contarse con la terapia penicilínica. La situación, por otra parte, se complicó por la ocurrencia de sífilis venérea en zonas urbanas de la región y de pinta en zonas rurales de México, Colombia, Ecuador, Venezuela y Bolivia. A principios del decenio de 1950 se estimaba que había 400,000 casos de pinta en Colombia y >500,000 casos en México. También se notificó la pinta en Argentina, Brasil, Cuba, Guatemala, las Guayanas y Honduras.

FIGURA 1—En las zonas sombreadas la frambesia era endémica en las Américas en 1955.



## Erradicación de la frambesia en las Américas, 1950-1970

Con la accesibilidad de la penicilina económica, estable y de gran potencia, a finales del decenio de 1940-1950, fue posible curar las infecciones de frambesia con una sola inyección intramuscular. Este fue el preludio de un nuevo ataque contra esta treponematosis.

En julio de 1950 Haití comenzó una campaña masiva contra la frambesia; este fue el primer "proyecto experimental" del Hemisferio y contó con la asistencia de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. En la estrategia original se previó el tratamiento de los casos clínicamente manifiestos de frambesia en "puntos de concentración" en clínicas de campo temporarias. Posteriormente se modificó esta estrategia y se sustituyó con las visitas domiciliarias a fin de mejorar la cobertura de la población e incluir la terapia presuntiva de contactos íntimos de casos, incluso cuando los contactos no mostraban lesiones visibles. En 1954 se inició un programa análogo en la República Dominicana.

Ya en 1952 los programas experimentales contra la frambesia en Haití y en otros países, y contra la sífilis endémica (bejel) en Bosnia, habían tenido tal grado de éxito que la Primera Conferencia Internacional sobre el Control de la Frambesia, reunida en Bangkok, instó a que se realizaran esfuerzos de control de la frambesia en todo el mundo. Tres años más tarde se formuló el objetivo de erradicación mundial de la frambesia. En las Américas la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Santiago, ya había aprobado en 1954 una resolución que establecía el objetivo oficial de erradicación de la frambesia en el Hemisferio.

Brasil comenzó un programa de erradicación de la frambesia en 1956 con visitas domiciliarias en zonas endémicas y una definición operativa de la frambesia (a los fines de la terapia) de acuerdo con la cual se interpretaba

que padecía de frambesia cualquier persona que exhibiera ulceraciones cutáneas. Las tasas de prevalencia iban de 3.8% en Rio Grande do Norte a 27.1% en Minas Gerais. Jamaica, donde se había reducido la prevalencia local de frambesia con campañas de penicilina a finales del decenio de 1940 y principios del decenio de 1950, en 1955 dio prioridad a un programa de erradicación de la malaria en detrimento de la erradicación de la frambesia.

Hacia 1960 virtualmente todos los países de las Américas en los cuales la frambesia era endémica llevaban a cabo enérgicos programas, con asistencia internacional, encaminados a la completa eliminación de la enfermedad. En los programas con la asistencia de la OMS en 13 países de las Américas, entre 1950 y 1960, se dio tratamiento a un total de 5,200,000 casos y contactos. En las zonas tropicales americanas los casos de notificación oficial de frambesia declinaron de 19,696 en 1950 a <3,000 casos en 1960 (no se tienen datos oficiales de Brasil respecto de ninguno de esos años). En Haití las encuestas por muestreo en 1958-1959 revelaron que las tasas de prevalencia de frambesia en todo el país se habían reducido a 0.32%, en comparación con un porcentaje estimado de 30% a 60% al principio del decenio. En todo el país sólo quedaban 40 casos infecciosos. En el Informe Anual del Director de la OPS de 1958 se pudo afirmar, pues, razonablemente y con confianza que "En Haití, la erradicación de la malaria puede considerarse casi como un hecho consumado. . . se espera que, para fines de 1959, sea posible declarar la erradicación de la frambesia en Haití"<sup>3</sup> Las estadísticas correspondientes a otros programas también son extraordinarias.

La declinación de la frambesia continuó hasta principios del decenio de 1960. En Haití la frambesia tuvo una incidencia de solo 0.0006% de la población en 1962. Claramente, la transmisión de la frambesia se

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 30 (1959), págs. 34-35.

interrumpió por entero en Tabago en 1959 y en la cercana Trinidad en 1961.

En 1963 sólo quedaban 23 casos conocidos de frambesia en la República Dominicana. En el programa brasileño, que según se ha informado trató 297,681 casos y 228,107 contactos en las primeras campañas masivas de 1957, se dio tratamiento a 16,307 casos y a 13,532 contactos en 1965. En 1965 solo se habían notificado oficialmente 680 casos de frambesia en las Américas.

Los primeros éxitos fueron seguidos por la suspensión de los programas nacionales en Santa Lucía, la República Dominicana, Haití, Ecuador y Colombia, en algunos casos a partir de 1959. En los primeros tres países la interrupción de las campañas contra la enfermedad fue seguida por breves aumentos de la transmisión. En general, la incidencia notificada continuó declinando y en 1969 se notificaron oficialmente sólo 381 casos en todo el Hemisferio (figura 2).

### Situación de la frambesia en las Américas, 1970-1975

La frambesia sigue siendo endémica únicamente en cuatro zonas importantes de las Américas (figura 3); las Antillas Menores por ejemplo, en Dominica, Santa Lucía y San Vicente. Las primeras dos islas notificaron solo nueve casos en 1975 y la transmisión de la frambesia está limitada a una o dos zonas muy pequeñas en cada isla (observaciones inéditas del autor). La frambesia infecciosa no se ha observado ni en Trinidad ni en Tabago por varios años, aunque en 1970-1974 se notificaron oficialmente centenares de antiguos casos latentes (B.S. Mahabir, comunicación personal).

Jamaica y la República Dominicana no han notificado casos de frambesia desde 1972, y Haití es el único foco conocido de las Antillas Mayores en el cual la frambesia es endémica. Debido a la anterior prevalencia de

FIGURA 2—Casos notificados oficialmente de frambesia en las Américas, 1947-1975. No se han incluido casi 10,000 casos ocurridos en Jamaica en 1952 y 1953 y un gran número de casos del Brasil.

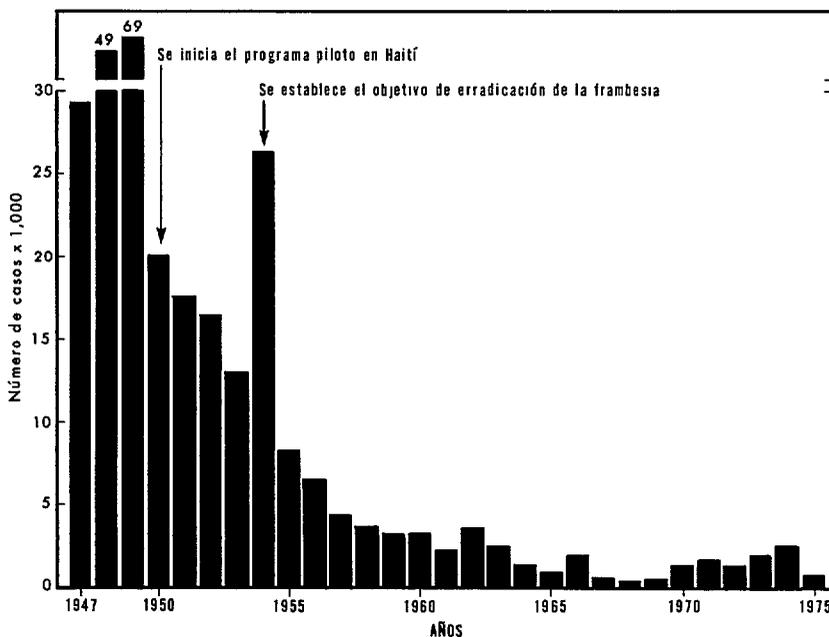


FIGURA 3—En las zonas sombreadas la frambesia era endémica en las Américas en 1975.



frambesia en Haití, este país sigue siendo el ejemplo más citado de las realizaciones de las campañas contra la frambesia, pues esta enfermedad desde hace mucho ha dejado de ser un importante problema de salud pública en Haití. Al mismo tiempo, es también un ejemplo de una situación en la cual la frambesia continúa en bajos niveles de transmisión sin ser erradicada.

El litoral del Pacífico de los Departamentos de Choco y Nariño en Colombia, el Estado de Esmeraldas en Ecuador y una pequeña zona del noreste de Perú, al parecer, son los únicos focos endémicos restantes en el continente, de acuerdo con informaciones oficiales. Ecuador comenzó un esfuerzo renovado de erradicación en 1973 y Colombia intensificó su campaña contra la frambesia prácticamente al mismo tiempo. Estos dos países notificaron 416 de los 437 casos notificados oficialmente en las Américas en 1975. El autor ha tenido noticia de notificaciones extraoficiales de unos pocos casos de frambesia en Guyana y Surinam en años recientes, pero la situación de la enfermedad en esos dos países es incierta.

Durante más de diez años no se han enviado, en general, informes sobre la situación de frambesia en el Brasil, ni siquiera a la OPS. Por esta razón y debido a la crítica importancia que reviste la situación de la frambesia en el Brasil cuando se trata de evaluar la situación de la frambesia en el Hemisferio, los datos de la campaña brasileña contra la enfermedad se han incluido en este trabajo con más detalle del que, en otro caso, parecería justificado (cuadro 1). Esta información se ha resumido sobre la base

CUADRO 1—Número de pacientes tratados por frambesia en las primeras actividades de tratamiento masivo en el Brasil, 1965-1974.

Estado	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Rondonia	345	307	610	965	117	27	109	182	2	60
Acre	642	300		791	26					
Amazonas	105	581	2,551	1,302	2,939	2,996	362	715		38
Para	8,308	3,127	2,923	228	71	105				
Amapa	177	19	286	352	365		77	42	16	20
Maranhao	1,342	1,492	329	1,349	474			185		
Rio Grande do Norte	890	176	67			7				
Alagoas	2		85							
Sergipe	2,601	4,678	4,425							
Bahia	129	1,114	614	681						
Espirito Santo	779	471	190	256	100	82	33			
Rio de Janeiro	942	2,115	1,909	1,385	806					
Mato Grosso	45	104	178	56	13					
Minas Gerais				56						
Ceara					5					
Total	16,307	14,484	14,167	7,421	4,916	3,217	581	1,124	18	118

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 DESARROLLO<sup>1</sup>

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-

rrollo 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

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

<sup>2</sup> 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.