

LAS ENFERMEDADES VENEREAS EN CENTROAMERICA Y PANAMA¹

Dres. Arturo Romero B.² y M. S. Rao³

Si bien la falta de registros exactos impide obtener cifras fidedignas con respecto al aumento de casos de enfermedades venéreas, se nota un incremento cada vez mayor en los países en desarrollo. Se espera que con la participación del médico particular se podrán mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica a fin de contar con registros adecuados y ampliar el control de estas enfermedades mediante la investigación de casos y localización de contactos.

Introducción

El aumento progresivo en la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual en Centroamérica y Panamá es motivo de preocupación cada vez mayor. Este grupo de enfermedades incluye no solo la sífilis y la blenorragia sino aquellas otras producidas por organismos tales como *Chlamydiae*, *Mycoplasmas*, virus herpético *hominis*, citomegalovirus, *Hemophilus Ducrey* y *Donovania granulomatis*. A pesar de que se dispone de excelentes tratamientos para casos individuales, desde mediados de 1950 muchos países han registrado un continuo aumento de casos de sífilis y especialmente de blenorragia. Si bien varios países han tratado de reproducir las técnicas y aplicar los métodos de control usados con éxito en los países desarrollados, los resultados han sido bastante deficientes, debido a la incapacidad económica y operativa de aquellos para incorporar tecnologías demasiado adelantadas.

En el Plan Decenal de Salud para las Américas, aprobado por los Ministros del Hemisferio en su Reunión Especial de 1972, se hizo un análisis del problema y, al establecer las metas en materia de salud para el presente decenio, se propuso específicamente la "reducción de la incidencia de las

enfermedades venéreas, especialmente de la sífilis y de la blenorragia, para lograr también la consiguiente disminución de los casos de incapacidad vinculados a ellos". En cumplimiento de las recomendaciones de los ministros, se convocó este seminario con objeto de a) evaluar los métodos de control que se usan actualmente en los países centroamericanos, y b) estudiar las estrategias más apropiadas para llevar a cabo y mejorar los programas de control de las enfermedades venéreas.

Este estudio solo pretende describir el problema en forma general. La información que se presenta debe utilizarse con reservas debido a las lagunas en la información y al marcado subregistro de los datos. El fenómeno del "témpano de hielo" adquiere más importancia en este grupo de enfermedades porque muchas de ellas permanecen ocultas, lo cual se debe especialmente a los siguientes factores:

- La escasa cobertura de los servicios específicos de control.
- La falta de una red adecuada de laboratorios que limita la utilización de la reacción VDRL y dificulta el diagnóstico de la blenorragia.
- La deficiente, y en algunos lugares la inexistente localización de casos y contactos.
- El escaso desarrollo de los servicios de vigilancia epidemiológica ha impedido que se recolecte, analice y distribuya apropiadamente la información sobre este grupo de enfermedades.

¹ Presentado en el Primer Seminario Centroamericano sobre Enfermedades Venéreas celebrado en San José, Costa Rica, del 21 al 24 de octubre de 1974.

² Consultor Regional en Vigilancia Epidemiológica de la OPS.

³ Consultor Regional en Estadística de la OPS.

- La reducida participación de los médicos y laboratorios particulares en la notificación de casos.⁴
- La falta de uniformidad en los criterios de diagnóstico y tratamiento, que dificulta la obtención de resultados fidedignos.
- Los cambios en la conducta sexual y los factores psicosociales que han ocasionado una diversificación y un incremento de los cuadros clínicos, lo que plantea un serio problema que obstaculiza el mejoramiento de los programas antivenéreos en general y los de localización de casos en especial.

- Mayor población joven con incremento de los grupos susceptibles.
- Promiscuidad.
- Madurez sexual precoz.
- Cambios en las características de moralidad-prostitución.
- Homosexualidad—cambios en las prácticas sexuales.
- Clima social y económico.
- Movimiento rápido de un gran número de personas por vías terrestre, marítima y aérea.

c) Factores médicos y de salud pública

- Los métodos modernos de tratamiento, que han creado un falso sentido de seguridad y una sensación de indiferencia a la infección, con la consiguiente pérdida del miedo a las consecuencias de la enfermedad.
- Servicios de salud inadecuados para realizar el diagnóstico y tratamiento y prevenir las enfermedades venéreas.
- Pérdida de interés en el problema por parte de las autoridades de salud.
- Fácil administración de la medicación y la automedicación.
- Conocimientos inadecuados sobre los aspectos clínicos, de control y de prevención de estas enfermedades por parte del personal médico y paramédico. La educación del personal de salud en cuestiones relacionadas con el comportamiento sexual humano generalmente no forma parte del plan de estudios en muchas escuelas de medicina y enfermería.
- Nuevos métodos anticonceptivos.

Métodos

Para los fines de este análisis se ha utilizado el informe oficial de notificación de casos de enfermedades venéreas, así como los resultados de una encuesta especial a nivel regional realizada, en 1971 y 1974 sobre este grupo de enfermedades.

El problema de las enfermedades venéreas en Centroamérica

En la primera reunión de un grupo de expertos de la OMS sobre enfermedades gonocócicas en 1962 (1), se reconoció que las medidas de control de estas enfermedades en el mundo habían fracasado y se calculó que el número anual de nuevos casos de blenorragia excedería los 65 millones. La situación con respecto a la enfermedades venéreas en Centroamérica es un reflejo de lo que sucede en el resto del mundo, y está condicionada a diversos factores (2) que pueden resumirse como sigue:

- a) Factores relacionados con los agentes
- Posible selección natural de cepas más virulentas debido al uso indiscriminado de antibióticos y otros medicamentos contra los agentes etiológicos.
 - Alteraciones en la sensibilidad de los agentes a los antibióticos. Aunque estas son difíciles de comprobar en el caso del *T. pallidum*, no hay ninguna duda con respecto al gonococo.
- b) Factores relacionados con la conducta sexual y sus cambios

Sífilis

Por lo general la incidencia de casos de sífilis es menor que la de blenorragia, si bien su distribución es muy parecida. El cuadro 1 y la figura 1 demuestran la notificación de casos de sífilis (incluidas todas las formas) en Centroamérica de 1957 a 1973. Sin embargo, debido al subregistro existente, el número de casos notificados puede ser más bajo que la cifra real. En los Estados Unidos, por ejemplo, se notificaron 20,186 casos de sífilis en 1970 (3), pero el Departamento de Enfermedades Venéreas del país calcula que los casos de sífilis durante ese año ascendieron a 75,000. Por otra parte, llama la atención las altas tasas registradas

⁴ En los Estados Unidos se calcula que no se notifican las 4/5 partes de los casos de blenorragia y sífilis vistos por médicos particulares.

CUADRO 1—Casos de sífilis notificados y tasas por 100,000 habitantes en los países de Centroamérica y Panamá, 1957-1973.

Años	Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1957	391	37.9	4,536	380.1	686	19.9	834	47.1	1,783	138.0	420	43.1
1958	326	30.3	4,509	357.2	2,399	67.7	1,978	108.5	2,219	166.8	317	31.6
1959	287	25.5	6,070	460.9	1,605	43.9	3,412	181.5	644	47.0	312	30.3
1960	475	37.9	6,359	433.8	1,421	37.3	1,728	93.5	1,019	72.2	168	15.8
1961	597	46.0	5,984	406.2	906	23.1	2,285	119.6	1,514	104.2	151	13.8
1962	1,200	89.3	6,552	432.8	816	20.1	2,345	246.3	1,537	102.7	370	32.7
1963	1,287	92.5	7,797	286.5	801	19.2	1,619	161.9	3,100	201.2	200	17.1
1964	1,170	81.3	8,349	295.6	1,186	27.5	1,981	159.0	1,029	64.4	239	19.8
1965	639	42.9	9,159	415.4	1,852	41.7	868	76.1	2,309	139.5	351	29.7
1966	754	48.9	8,675	381.0	1,755	38.4	2,588	190.4	1,745	101.5	254	19.7
1967	963	60.6	7,118	291.0	1,307	27.7	2,844	174.8	879	49.3	361	27.2
1968	677	41.4	9,152	338.7	1,429	29.4	2,024	124.4	1,151	62.5	179	13.3
1969	1,090	64.7	8,209	287.4	1,174	23.4	2,009	128.5	896	46.8	263	18.9
1970	974	56.1	8,423	283.0	1,385	26.7	2,822	109.3	1,477	74.4	693	48.3
1971	1,497	83.8	9,296	306.6	1,613	30.2	2,460	93.4	1,044	52.6	878	59.4
1972	1,779	96.6	9,729	303.7	2,012	37.2	999	37.2	1,634	82.2	739	48.5
1973	1,935	102.1	9,772	308.0	959	18.4	2,412	88.0	825	40.0	685	43.5

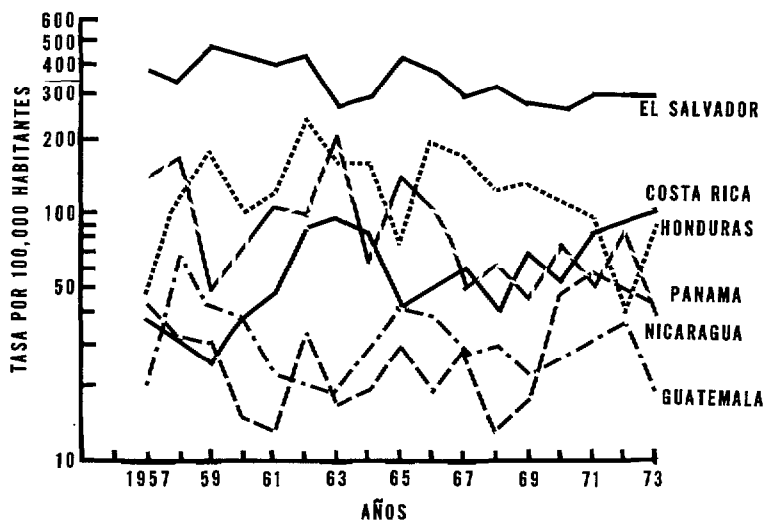
en El Salvador, que fueron muy superiores a los promedios observados para Meso, Sur y Norteamérica (cuadro 2). Es posible que los sistemas de búsqueda de casos sean mejores en dicho país, o que los datos proporcionados incluyan tanto los casos nuevos como los antiguos.

Algunos países como Costa Rica registraron un aumento de cerca del 150% en 1971 si se compara con el correspondiente a 1957. Otros, como Panamá y Guatemala, no acu-

san variaciones importantes, pero en Nicaragua se nota un sostenido descenso de los casos registrados. Lamentablemente, solo se dispone de datos parciales sobre el número de casos de sífilis primaria, secundaria, latente precoz, latente tardía, tardía-activa y congénita.

El cuadro 3 presenta datos sobre la distribución por formas de casos de sífilis, pero no se intenta hacer un análisis al respecto. El porcentaje más alto de casos de sífilis

FIGURA 1—Casos notificados de sífilis (todas las formas) en Centroamérica y Panamá, 1957-1973.



CUADRO 2—Casos notificados de sífilis (todas las formas) por 100,000 habitantes en las tres regiones de las Américas, 1958-1972.^a

Año	América del Norte		Centroamérica		Sudamérica	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1958	117,403	61.4	54,793	91.0	38,964	34.2
1959	122,956	63.1	64,396	99.0	44,338	35.5
1960	124,184	62.7	63,102	94.1	48,578	38.0
1961	126,979	63.1	62,023	91.5	34,170	56.9
1962	128,682	62.9	54,302	77.9	36,117	59.1
1963	126,945	61.2	52,495	73.3	35,232	56.5
1964	117,097	55.6	55,295	74.1	36,513	62.8
1965	115,280	54.0	52,672	68.3	41,227	59.9
1966	107,198	49.6	41,814	55.0	42,849	61.1
1967	104,966	48.1	36,849	47.0	45,616	66.2
1968	98,533	44.8	44,945	53.0	26,050	45.1
1969	94,580	42.5	42,749	50.1	41,032	57.1
1970	93,926	41.7	42,645	47.9	40,239	54.2
1971	98,520	43.2	45,972	49.9	44,610	58.6
1972	94,238	40.9	48,622	51.3	55,314	59.8

^a El total regional no necesariamente incluye datos de todos los países o de los mismos países para cada enfermedad o para cada uno de los años.

primaria y secundaria correspondió a Costa Rica en 1973 y el más bajo a Guatemala en 1969 con una tasa de 14.8 por 100,000 habitantes. Para algunos, este constituye un indicador de eficiencia en el descubrimiento de casos.

Durante 1969 en tres países del área se procesaron 121,189 muestras de sangre para

el diagnóstico serológico, de las que resultaron reactivas 8,530 (7.0%). Muchas de ellas fueron pruebas repetidas, habiéndose obtenido las muestras de personas enfermas durante varias consultas médicas, y fueron realizadas en distintos grupos como mujeres embarazadas, donantes de sangre, personas ingresadas en los hospitales, ma-

CUADRO 3—Casos de sífilis notificados en Centroamérica y Panamá. Estudio comparativo de la distribución por formas en 1973 o años más recientes.

Formas de sífilis	País											
	Costa Rica ^a		Honduras ^b		El Salvador		Guatemala		Nicaragua		Panamá	
	1973	1973	1973	1973	1973	1973	1969	1969	1969	1969	1967	1967
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria y secundaria	159	68.5	1025	53.7	2963	37.6	174	14.8	951	68.0	163	45.2
Temprana latente	56	24.1	780	40.8	3070	39.0	66	5.6	..	...	...	...
Tardía y tardía latente	17	7.3	..	..	1778	22.6	502	42.7	375	26.8	..	..
Congénita	—	—	105	5.5	66	0.8	11	0.9	1	0.1	..	..
Total	232	100.0	1910	100.0	7877	100.0	1174	100.0	1399	100.0	361	100.0

^a Dispensario Central de San José.

^b No se incluyen los casos tardíos y tardíos latentes.

— Ninguno.

... No se dispone de datos.

nipuladores de alimentos o en exámenes previos al empleo, exámenes premaritales y otros.

Se acepta que la sífilis es más prevalente en las zonas urbanas que en las rurales. En 1964 Klivadenko observó que las tasas más altas de sífilis en Costa Rica se encontraban en las provincias de Puntarenas, Limón, Guanacaste y Cartago (4). Asimismo, explicó que las tasas elevadas de Limón y Puntarenas se debían a que ambos eran puertos marítimos. Es posible que en otros países del Istmo exista una situación similar.

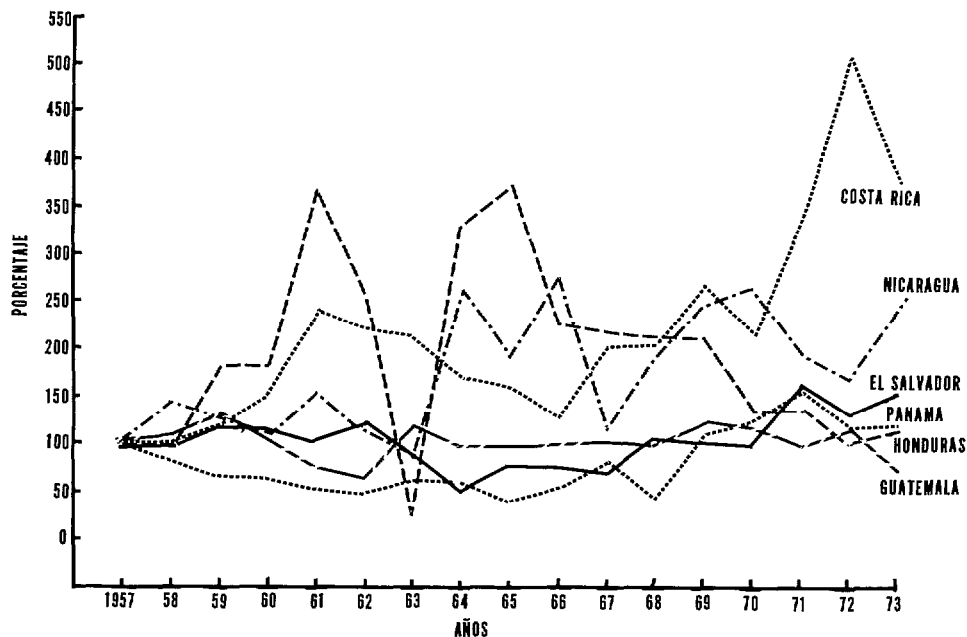
Blenorragia

En 1973 se notificaron cerca de 24,000 casos de blenorragia en toda el área. Desde 1957 aumentó la notificación de casos en todos los países, excepto Guatemala (figura 2). Costa Rica, por ejemplo, notificó un 350% más de casos, si se compara ese año con 1973. Las tasas más altas de incidencia en 1973 (cuadro 4) correspondieron a El Salvador, seguido por Costa Rica y

Honduras. Con todo, las tasas encontradas son ligeramente más altas que las de Mesoamérica y Sudamérica (cuadro 5) pero más bajas que las de Norteamérica, donde se nota un incremento progresivo de casos.

En resumen, se nota un aumento decisivo de infecciones blenorragicas en los países centroamericanos. Al igual que en otras partes del mundo, han fracasado todos los intentos de interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad. Miller (5) calcula que en los Estados Unidos se presentan anualmente dos y medio millones de casos de blenorragia pero que solo se notifican 500,000 casos, lo que arroja un déficit de cerca del 150%. Esta situación quizá sea peor en Centroamérica, con lo que se agudiza aún más la importancia de esta enfermedad. Se aclara que una buena parte de los diagnósticos son exclusivamente clínicos y que un alto porcentaje de mujeres que albergan el gonococo son casos asintomáticos o tienen formas subclínicas inaparentes. Si bien la coloración de Gram es un procedimiento útil de laboratorio para los

FIGURA 2—Infección gonocócica notificada en Centroamérica y Panamá, 1957–1973. Variaciones anuales en el porcentaje de tasas de incidencia usando 1957 como referencia (100%).



CUADRO 4—Casos de blenorragia notificados y tasas por 100,000 habitantes en los países de Centroamérica y Panamá, 1957-1973.

Años	Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1957	791	75.2	2,288	199.7	2,743	78.9			607	46.9	871	89.5
1958	817	74.3	2,544	201.6	3,055	85.2	2,479	136.0	892	67.1	718	71.7
1959	1,021	88.8	3,061	232.4	3,859	104.4	2,503	133.1			613	59.5
1960	1,345	112.2	3,382	230.7	3,226	84.7	4,534	245.2	744	52.7	603	56.8
1961	2,297	177.0	3,004	203.9	2,337	59.5	4,703	246.2	1,026	70.6	483	44.1
1962	2,237	166.5	3,718	245.6	2,026	50.0	4,751	499.1	787	52.6	487	43.1
1963	2,227	160.1	4,354	160.0	3,848	92.1	3,463	346.3	629	40.8	649	55.6
1964	1,828	127.0	2,909	103.0	3,274	76.1	357	28.7	1,942	121.6	625	51.9
1965	1,801	120.9	3,330	151.0	3,238	73.0	5,107	447.6	1,505	90.9	401	32.2
1966	1,460	94.8	3,514	150.0	3,508	76.7	6,835	502.9	2,182	126.9	600	46.6
1967	2,400	150.9	3,352	137.0	3,812	80.8	5,008	307.8	970	54.4	945	71.1
1968	2,501	153.1	5,591	206.9	3,764	77.4	4,787	294.2	1,704	92.5	503	37.3
1969	3,377	200.4	5,685	199.1	4,751	94.8	4,480	286.4	2,222	116.0	1,340	96.3
1970	2,806	161.5	5,779	194.2	4,696	90.5	4,270	165.4	2,457	123.8	1,547	107.8
1971	5,100	285.6	9,672	316.0	4,061	75.9	4,892	185.7	1,842	92.7	2,091	141.4
1972	6,988	379.7	8,174	257.6	4,820	89.1	3,582	133.3	1,642	82.6	1,558	102.3
1973	5,394	284.5	9,474	298.6	2,883	55.3	4,208	153.6	2,356	114.1	1,624	103.6

No se dispone de datos.

hombres, tiene poco valor para las mujeres. En este grupo, la búsqueda se considera segura cuando se lleva a cabo a partir de muestras tomadas del endocervix o del recto, que se siembran en medios selectivos como el de Thayer-Martin o Transgrow. Por otra parte, muy pocos servicios de salud

utilizan este procedimiento para el diagnóstico de rutina.

Otras enfermedades venéreas

Los datos disponibles sobre otras enfermedades venéreas en el Istmo son muy deficientes. El cuadro 6 presenta los casos

CUADRO 5—Casos notificados de infecciones gonocócicas por 100,000 habitantes en las tres regiones de las Américas, 1958-1972.^a

Año	América del Norte		Mesoamérica		Sudamérica	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1958	257,640	134.7	73,841	152.7	81,106	71.1
1959	255,175	131.1	77,997	148.4	88,318	77.0
1960	274,741	138.8	72,041	115.4	87,416	78.7
1961	280,672	139.4	69,607	107.6	87,691	148.9
1962	281,514	137.7	77,829	117.3	84,643	159.4
1963	297,838	143.5	100,092	139.3	91,784	147.9
1964	321,516	152.6	84,490	113.8	81,857	140.8
1965	345,229	161.7	80,730	110.6	76,514	126.9
1966	373,375	172.8	82,366	108.7	76,664	125.2
1967	427,409	195.7	77,518	105.3	89,843	150.3
1968	487,299	221.4	96,179	113.8	91,240	133.7
1969	562,291	252.7	99,540	117.1	94,985	152.5
1970	632,121	280.7	101,680	114.7	93,217	144.5
1971	705,190	309.5	94,066	102.5	91,946	138.8
1972	809,463	351.7	103,772	109.5	103,515	125.7

^a El total regional no incluye necesariamente datos de todos los países o de los mismos países para cada enfermedad o para cada uno de los años.

CUADRO 6—Casos de chancro blando notificados y tasas por 100,000 habitantes en los países de Centroamérica y Panamá, 1957—1973.

Años	Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1957	..	...	406	17.9	790	22.7			134	10.3	—	—
1958			444	19.1	1,121	31.2	1,424	81.9	351	25.6	—	—
1959			635	26.6	1,183	32.0	1,276	67.8	—	—	—	—
1960			770	31.3	1,409	36.9	2,068	106.5	14	0.9	—	—
1961					1,303	33.1	1,803	90.0	—	—	—	—
1962	208	16.3			435	10.7	1,755	84.8	—	—	—	—
1963	263	19.5	1,827	67.1	982	23.5	1,460	68.3	—	—	—	—
1964	144	10.3	2,016	71.3	2,223	51.6	1,927	91.7	—	—	—	—
1965	532	37.1	1,881	64.2	2,829	63.7	1,914	83.8	156	9.4	—	—
1966	430	28.8	1,979	65.1	2,574	56.2	1,464	61.9	122	—	—	—
1967	306	20.2	1,695	54.7	2,005	41.8	1,996	82.4	114	6.3	—	—
1968	47	2.6	1,865	52.5	—	—	1,758	67.7	477	24.9	—	—
1969	52	2.9	1,538	43.3	—	—	1,874	72.2	131	6.8	—	—
1970	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1971	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1972	274	14.7	2,050	57.7	—	—	—	—	—	—	—	—
1973	284	15.4	1,566	44.1	—	—	—	—	178	8.8	—	—

— Ninguno.

. . . No se dispone de datos.

notificados de chancro blando en 1969. Honduras acusa las tasas más altas y Costa Rica las más bajas. Como puede observarse, la información es muy inconsistente y no permite un análisis más extenso. En términos generales, se desconoce la magnitud que tienen en Centroamérica otras enfermedades de transmisión sexual, como el granuloma inguinal, la uretritis no gonocócica producida por *Chlamydia* y *Mycoplasmas* especialmente, linfogranuloma venéreo, tricomoniasis y candidiasis.

Características de los pacientes con enfermedades venéreas

Sexo. Por lo general se estima que la proporción de mujeres infectadas por sífilis o blenorragia es actualmente mayor que antes de la Segunda Guerra Mundial, aumento que se ha registrado sobre todo a expensas de las adolescentes y los adultos jóvenes. En 1967 la relación hombre-mujer notificada para blenorragia en El Salvador fue de 1.3:1. Esto parece indicar una detección aceptable de casos entre las mujeres, si se tiene en cuenta la gran cantidad de formas

subclínicas que no se informan regularmente. No se dispone de datos sobre la distribución de sífilis por sexo en el Istmo, pero en diversos estudios serológicos realizados en algunos lugares del mundo las tasas de infección son casi iguales en los dos sexos (6).

Edad. Las tasas más altas de incidencia por blenorragia en El Salvador fueron encontradas especialmente en el grupo de 20 a 29 años de edad tanto en las mujeres como en los hombres. El grupo de 15 a 19 años ocupó el segundo lugar entre el sexo femenino, con una tasa de incidencia de 101. Por el contrario, entre los hombres el grupo de 30 y más años ocupó el segundo lugar.

Otras características. No existen datos disponibles sobre raza, condición social y otros problemas íntimamente relacionados con la epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual.

Discusión y conclusiones

A pesar de las lagunas en la información estadística sobre las enfermedades venéreas en Centroamérica, es evidente que este

grupo de enfermedades ocupa un lugar prioritario dentro del conjunto de los problemas de salud. Los factores médicos y el deterioro de la situación social son, en cierta medida, culpables de la situación actual. Es necesario desarrollar y fortalecer los programas a fin de reducir el riesgo de enfermar y morir por estas enfermedades, tratar precozmente los casos que se presentan e impedir que se produzcan casos nuevos. Para lograr estos objetivos es necesario:

- a) Adquirir un mejor conocimiento acerca de la epidemiología de las enfermedades venéreas mediante el fomento de la investigación básica, especialmente entre los grupos que, debido a su ambiente psico-económico-social, están más expuestos a contraer este tipo de infección.
- b) Incorporar progresivamente las actividades respectivas en todos los servicios de salud del país. Estas actividades deben dirigirse a los grupos que, por razones diversas, viven en condiciones de mayor promiscuidad. Deben existir facilidades clínicas y de tratamiento gratuitos para los pacientes que acuden voluntariamente a los hospitales y servicios de salud. Deben reforzarse los servicios especializados, estar bien ubicados, tener una buena cobertura y disponer de personal debidamente adiestrado.
- c) Lograr una mayor capacitación y adiestramiento del personal médico, de enfermería, de laboratorio y del personal auxiliar, en los aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades venéreas.
- d) Mejorar o establecer sistemas de vigilancia epidemiológica a fin de contar con registros adecuados de las actividades epidemiológi-

cas, análisis periódicos del programa y difusión de la información para lograr un control eficiente. En este campo se considera importante continuar estimulando la participación de los médicos particulares en la notificación de casos.

- e) Programar actividades regulares de educación del público, sobre todo de los escolares y jóvenes. Deben utilizarse todos los medios de comunicación en masa disponibles incluyendo la radio, la televisión, el cine, la prensa, etc.
- f) Normalizar los aspectos relativos al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades venéreas.
- g) Establecer las instalaciones de laboratorio necesarias a los diferentes niveles a fin de realizar el diagnóstico correcto de la sífilis y, en especial, de la blenorragia.
- h) Mejorar todos los sistemas administrativos del programa.
- i) Ampliar el control de estas enfermedades mediante la investigación de casos y localización de contactos.

Resumen

Se presenta una descripción general de la situación de las enfermedades venéreas en Centroamérica y Panamá entre 1957 y 1973. Al igual que en otras regiones del mundo, se nota un aumento de casos atribuibles a estas enfermedades, además de una creciente preocupación por la limitada atención que se proporciona a los pacientes que las padecen. Asimismo se hacen algunas sugerencias sobre las medidas de control más apropiadas para mejorar los programas de control de las enfermedades venéreas en esta Región del mundo. □

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos de la OMS en Infecciones Gonocócicas—Primer Informe*. Serie de Informes Técnicos 262. Ginebra, 1963.
- (2) Llopis, A. El problema de las enfermedades venéreas en las Américas. *Enfermedades venéreas—Discusiones Técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Publicación Científica de la OPS 220. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1971, págs. 21-50.
- (3) VD Fact Sheet. US Department of Health, Education and Welfare, Pág. 2, 1970.
- (4) Klivadenko, N. Las enfermedades venéreas en Costa Rica, 1969.
- (5) Millar, J. D. The venereal disease problem in the United States, 1971.
- (6) Finding on the serologic test for syphilis in adults, 1960-1962. National Center for Health Statistics, Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Serie 11, No. 9, junio de 1965.

Venereal diseases in Central America and Panama (Summary)

The situation with respect to venereal diseases in Central America and Panama over the period 1957-1973 is described. As in other areas of the world, incidence has increased, as

has the concern over the limited care given to patients. A number of suggestions are made for improving control programs in the Region of the Americas.

As doenças venéreas na América Central e no Panamá (Resumo)

Procede-se a uma descrição geral da situação das doenças venéreas na América Central e no Panamá entre 1957 e 1973. Como em outras regiões do mundo, constata-se um aumento de casos atribuíveis a esses males, além de uma crescente preocupação com o limitado atendi-

mento que se proporciona aos pacientes. Formulam-se também algumas sugestões sobre as medidas de controle mais apropriadas para melhorar os programas de controle das doenças venéreas nessa região do mundo.

Les maladies vénériennes en Amérique centrale et au Panama (Résumé)

Les auteurs font une description générale de la situation des maladies vénériennes en Amérique centrale et au Panama entre 1957 et 1973. Comme dans d'autres régions du monde, on y constate une augmentation du nombre de cas imputables à cette maladie ainsi qu'une pré-occupation de plus en plus grande devant les

soins limités que reçoivent ceux qui souffrent de ces maladies. Par ailleurs, les auteurs font des suggestions sur les mesures de contrôle les plus appropriées pour améliorer les programmes de lutte contre les maladies vénériennes dans cette région du monde.