

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN UNA REGIONAL DEL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA¹

Esperanza de Monterrosa²

Introducción

A pesar de las dificultades que existen para comparar estadísticas de sífilis y blenorragia a nivel mundial se puede afirmar que la prevalencia de sífilis va en aumento y que la blenorragia aparece cada vez con mayor frecuencia alcanzando proporciones epidémicas tanto en algunos países desarrollados como en otros en desarrollo. Por tanto, tal como se aplican en la actualidad, los métodos de control de las enfermedades de transmisión sexual solo han permitido obtener éxitos limitados por razones de orden demográfico, médico, socioeconómico y cultural (1).

En Colombia, el establecimiento a nivel nacional de normas para el control de las enfermedades de transmisión sexual (2) facilita el diseño de programas en los distintos escalones que conforman el sistema de salud. Asimismo, el subprograma elaborado por el Ministerio de Salud tiene el propósito de "disminuir la morbilidad y mortalidad por sífilis, gonorrea y otras enfermedades venéreas". Para el éxito de tales programas existe un elemento muy importante: la forma en que los profesionales de salud llevan a cabo la vigilancia epidemiológica con el fin de ampliar el control efectivo y económico, y prevenir las enfermedades (3).

Dentro del marco de estas ideas directrices, se decidió estudiar el problema en una regional³ del servicio de salud de Bogotá para conocer los siguientes aspectos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual: el sistema de atención para su control programado; la función que desempeña cada uno de los miembros del equipo de salud en la vigilancia y el control; el modelo para el seguimiento de casos que abarca la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia, y el uso de la información que comprende el registro, la condensación, la notificación, el análisis y la divulgación de tal información.

Materiales y métodos

La investigación abarcó el período 1976-1980 y se inició en febrero de 1981, cuando con la colaboración de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia se implantó el programa de control de enfermedades de transmisión sexual en la mayoría de los centros de salud de la regional.

La población incluida en el estudio ascendía a 543 077 habitantes pertenecientes a estratos socioeconómicos muy bajos. Los servicios públicos de salud de la regional comprendían un hospital univer-

¹ Trabajo financiado por la Universidad Nacional de Colombia.

² Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Dirección postal: Transversal 47 No. 101 A-45, Bogotá, Colombia.

³ El servicio de salud de Bogotá está dividido en cinco regionales. Cada una cuenta con un Hospital Universitario en el cual se encuentra la sede de la regional. Bogotá se asimila al concepto de servicio seccional de salud.

sitario, un hospital regional, dos hospitales especializados, ocho centros y dos puestos de salud. Los privados incluían dos clínicas, 12 laboratorios clínicos, 31 consultorios odontológicos y 15 consultorios médicos.

Por su parte, entre los establecimientos que albergaban a personas particularmente expuestas a enfermedades de transmisión sexual se encontraron 182 cantinas, 139 hoteles, 110 bares, 48 residencias (casas de citas), 160 instituciones educativas, 97 fábricas, una cárcel para varones, un albergue para niños sin hogar y tres cuarteles de policía.

La información se recabó de profesionales y personal auxiliar de salud y de pacientes de siete de los ocho centros de salud; no se incluyeron en el estudio los dos puestos de salud con que cuenta la regional. Aun cuando los datos obtenidos mediante encuesta respondían a los objetivos específicos de la investigación, se llevó a cabo un censo de establecimientos tales como bares, hoteles, cafés, laboratorios clínicos, consultorios médicos y odontológicos, clínicas y hospitales, con el fin de conocer el problema en forma amplia. Con la misma finalidad se realizó un análisis estadístico de los datos de morbilidad por enfermedades de transmisión sexual pertenecientes a los últimos cinco años (1976-1980). La información se obtuvo de los formularios estadísticos llevados por los dos niveles. El análisis estadístico se hizo para la regional y para el servicio de salud de Bogotá.

La encuesta incluyó cinco aspectos fundamentales, a saber: 1) Datos generales sobre las características de los recursos materiales y humanos de los centros de salud. 2) Programación de las actividades de control de las enfermedades de transmisión sexual. Esta información se solicitó de los médicos directores y de las enfermeras de los centros de salud. 3) Ejecución de las actividades de control por parte de cada uno de los miembros del equipo

de salud. Del médico director y de la enfermera se solicitó información relacionada con actividades de programación, ejecución y coordinación de la vigilancia epidemiológica. 4) Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual. Esta información se obtuvo mediante el seguimiento en el hogar y entrevistas de pacientes con diagnósticos recientes de sífilis o blenorragia; tres por cada centro de salud. 5) Uso de la información en la vigilancia epidemiológica por parte del director del centro de salud.

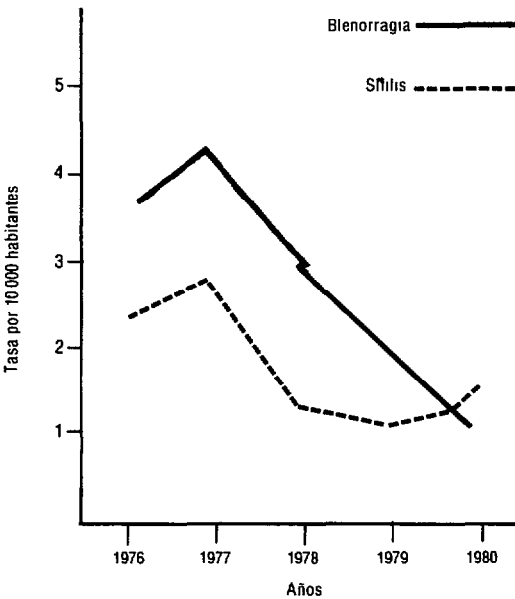
Resultados

Tendencias epidemiológicas de la sífilis y la blenorragia

Entre 1978 y 1980 se produjo una disminución de las tasas de incidencia de blenorragia y de sífilis, si bien esta última experimentó un ligero aumento en 1980 (figura 1). En cuanto a la blenorragia, en el grupo de 15 a 44 años de edad presentó un descenso marcado, ya que la tasa pasó de 8,5 en 1977 a 2,5 por 10 000 habitantes en 1980. Llama la atención la ausencia de casos en menores de un año durante los cinco años que abarcó el estudio (figura 2). Por su parte, la frecuencia de sífilis fue mayor en los grupos de edad de 15 a 44 años y de menores de un año; sin embargo, se observó una modificación importante en el registro correspondiente a 1980, cuando la enfermedad mostró un incremento en el grupo de 15 a 44 años y desapareció en el de menores de un año (figura 3).

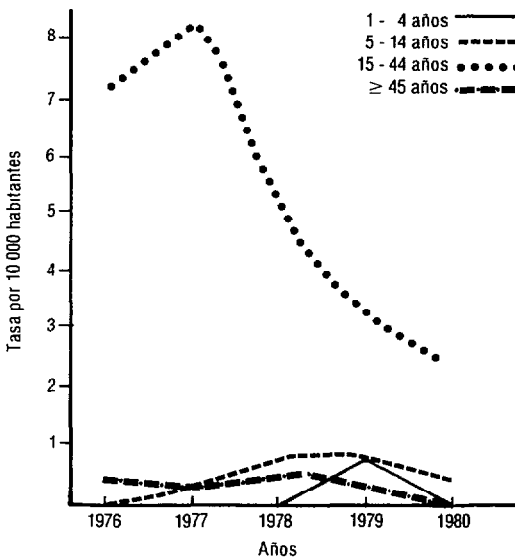
Cabe señalar que los resultados obtenidos en el servicio de salud de Bogotá coinciden, en forma general, con los hallazgos a nivel de la regional. Al respecto llama la atención la divergencia entre la situación mundial (4) y la de Colombia (5), específicamente la de Bogotá, en cuanto al aparente descenso de la incidencia de en-

FIGURA 1—Incidencia de sífilis y blenorragia, según notificación, en una regional del servicio de salud de Bogotá, 1976-1980.



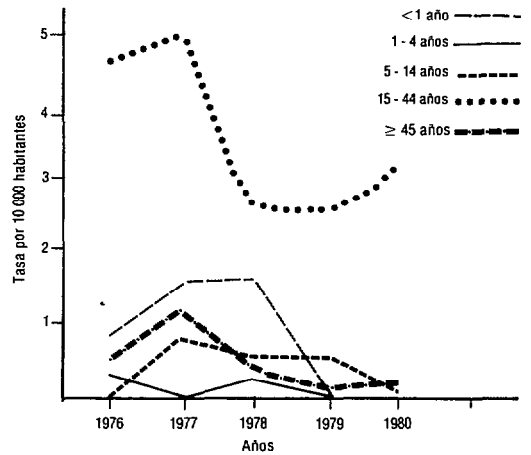
Fuente: Condensados anuales Forma E-126, Manejo E.T.S., Ministerio de Salud, Bogotá, 1981.

FIGURA 2—Blenorragia según grupos de edad en una regional del servicio de salud de Bogotá, 1976-1980.



Fuente: Condensados anuales Forma E-126, Manejo E.T.S., Ministerio de Salud, Bogotá, 1981.

FIGURA 3—Sífilis según grupos de edad de una regional del servicio de salud de Bogotá, 1976-1980.



Fuente: Condensados anuales Forma E-126, Manejo E.T.S., Ministerio de Salud, Bogotá, 1981.

fermedades de transmisión sexual. Conviene señalar que esto puede deberse a subregistro de casos, ausencia de búsqueda activa de enfermos y carencia de programas de control.

Recursos materiales

Los jefes de los laboratorios de la regional en estudio informaron que no realizaban pruebas serológicas por falta de infraestructura física adecuada, de equipos y de antígeno. Para el diagnóstico de infección gonocócica en uno de los laboratorios se realizaba coloración de Gram; en ninguno se practicaban cultivos en medio de Thayer Martin. Además, en los laboratorios no existían normas para los niveles de atención o el flujo de muestras o pacientes. No obstante, el Instituto Nacional de Salud ha distribuido dos documentos técnicos muy importantes con el fin de guiar las acciones de laboratorio en Colombia (6, 7).

Programación de las actividades de control

Ninguno de los centros de salud de la regional contaba con programas de actividades para el control de las enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de los directores de los centros identificaron al grupo de edad de 14 a 54 años como el de mayor riesgo; uno de ellos señaló al grupo de mujeres entre los 14 y 40 años como el de mayor riesgo. Por otra parte, los directores no conocían en forma clara la existencia de establecimientos tales como cafés, bares y zonas de tolerancia en el área de influencia de los centros de salud de la regional. Además, la experiencia de los médicos directores en el manejo de las enfermedades de transmisión sexual variaba desde ninguna hasta 30 años, hecho que incide sobre el concepto del control de estas enfermedades.

Ejecución de las actividades de control

Los directores y las enfermeras llevaban a cabo escasas y esporádicas actividades de ejecución, coordinación y control, tal vez por falta de programas en los niveles regional y seccional. Así por ejemplo, no se observó coordinación entre las actividades que se realizaban dentro del programa de atención materno-infantil y las pocas que se ejecutaban para el control de las enfermedades de transmisión sexual. Al respecto, el Dr. Thorstein Guthe ha expresado que la transmisión congénita es menos frecuente, pero que sigue observándose en proporción suficiente como para reforzar el control de la sífilis de los recién nacidos, principalmente en las actividades de salud materno-infantil de los programas de salud pública (β).

De los siete directores, cuatro opinaron que en su centro existía alguna forma de vigilancia epidemiológica que describieron como normas generales de saneamiento, visitas domiciliarias ante la inas-

tencia del paciente, búsqueda de contactos y conferencias, pruebas de laboratorio, programa de atención materno-infantil y educación; ninguno hizo referencia a las actividades de información, que constituyen los pilares de la vigilancia epidemiológica. Ningún director y solo una enfermera impartía indicaciones a la analista, cuya principal actividad es el manejo de la información estadística del centro de salud.

Las enfermeras informaron que realizaban entrevistas, visitas, actividades educativas y control y análisis de los formularios estadísticos. Sin embargo, en la práctica las entrevistas y actividades educativas las llevaban a cabo las auxiliares de enfermería, las visitas estaban a cargo de las promotoras de salud, y el control y análisis de los formularios estadísticos los hacía la analista.

Los cuatro ginecoobstetras manifestaron que practicaban consultas prenatales y control de venéreas, realizaban diagnóstico y tratamiento de control para los cónyuges, estaban iniciando el programa de control, y que el director realizaba esas actividades.

Las siete auxiliares de enfermería consultadas aplicaban los tratamientos indicados para los casos de enfermedades de transmisión sexual. De ellas, seis remitían pacientes sintomáticos, cuatro realizaban tareas de educación individual sobre las enfermedades e igual número llevaba un registro para su control. Solo tres ejecutaban labores de educación en grupo e igual número visitaba a los pacientes que no asistían a las consultas. Una auxiliar informó que tomaba muestras de laboratorio para el diagnóstico de sífilis y blenorragia.

En cuanto a las analistas, todas manejaban los formularios estadísticos relacionados con la inscripción y notificación de las enfermedades de transmisión sexual, pero se referían a ellos más por su denominación corriente que por el código otorgado por el subsistema de información. Además, la frecuencia con que las analistas in-

formaban al director o a la enfermera sobre los casos nuevos era muy escasa, tal vez porque ni la enfermera ni el director les solicitaban información. Por último, las promotoras de salud realizaban visitas domiciliarias y remitían pacientes sintomáticos.

Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual

Los 21 pacientes investigados provenían de los que se presentaban espontáneamente a consulta. La búsqueda de casos se efectuó en primer lugar en mujeres embarazadas, en segundo en personas bajo sospecha de enfermedad venérea y en tercer lugar en las usuarias de los servicios de planificación de la familia. La prueba que más se utilizó para el diagnóstico de sífilis fue la VDRL, y para el de infección gonocócica la coloración de Gram. El examen clínico se realizó en el 50% de los 21 pacientes.

Se encontró diferencia de criterios no solo en el diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual sino también en la terminología utilizada, hecho que requiere un profundo análisis por parte de los médicos interesados en el problema, por cuanto tales diferencias disminuyen la calidad de la información que los centros suministran a los niveles superiores. Lo mismo sucedió con los criterios para determinar el tratamiento: cada médico seguía uno particular y existían diferencias en el grado de especificación de la prescripción terapéutica en cuanto a medicamento, dosis y vía de administración. La información sobre si el enfermo cumplía con el tratamiento prescrito por el médico se obtuvo solo en nueve de los 21 casos debido a la ausencia de la anotación correspondiente en la historia clínica o en los registros específicos que se llevan en los centros de salud.

Los aspectos relacionados con la infor-

mación dada al paciente sobre la enfermedad que padece, la importancia del tratamiento y del control, así como sobre las tareas para la detección, tratamiento y control de contactos eran deficientes, con excepción de dos centros que en el momento de la encuesta habían iniciado el programa de control de enfermedades de transmisión sexual. Así, de 21 cónyuges que debieron investigarse, solamente a siete (33,3%) se les solicitó el examen respectivo. En 14 historias no existían datos que permitieran afirmar que el cónyuge hubiera sido investigado.

Uso de la información en la vigilancia epidemiológica

Las disposiciones normativas del servicio de salud de Bogotá establecen que los médicos directores de centros de salud deben desempeñar las funciones de epidemiólogos. Por esta razón se investigó la forma en que cada uno de los directores utilizaba la información sobre enfermedades de transmisión sexual en relación con el registro, la notificación, la condensación y el análisis de los datos, así como la divulgación de tal información.

En la mayoría de los casos los médicos directores se refirieron al formulario sobre enfermedades transmisibles de notificación obligatoria como la forma estadística donde se registran las enfermedades de transmisión sexual. Esto quiere decir que el formulario para el registro diario de consulta médica no fue identificado por ninguno de ellos como la forma estadística básica en la cual se deben registrar las enfermedades de transmisión sexual y de la que se obtienen los datos para el formulario correspondiente a las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria. Solo dos directores se refirieron a estos formularios como aquellos en los cuales se consignan enfermedades de transmisión sexual; otros dos opinaron que no los co-

noían. Cuatro directores manifestaron que analizaban la información y otros tantos dijeron que divulgaban algún tipo de información sobre las enfermedades de transmisión sexual "a las embarazadas, a quienes acudían al centro de salud, a la comunidad y a grupos seleccionados tales como escolares".

Conclusiones

Los registros sistemáticos sobre enfermedades de transmisión sexual son definitivos para su control epidemiológico, tanto más cuando obedecen a disposiciones normativas claras y precisas puesto que aumenta la confiabilidad de su objetivo, cual es mostrar con una mayor fidelidad la situación real. Por eso, la aparente disminución de estas enfermedades en la regional del estudio bien puede atribuirse a falta de programas de control, al subregistro de casos y a la ausencia de búsqueda activa de enfermos. Es posible que las características socioeconómicas y culturales de la población, sobre todo de las áreas de influencia de algunos de los centros de salud de la regional, sean causa directa o indirecta de la proliferación de las enfermedades de transmisión sexual.

Los hallazgos de esta investigación y la similitud que guardan con los de otras investigaciones efectuadas también en Bogotá (9) permiten concluir lo siguiente:

- A pesar de que se puede hablar con certeza de algún grado de subregistro de casos, los datos obtenidos reflejan en forma bastante aproximada la situación real en algunos aspectos, por ejemplo, que durante el período 1977-1978 se registró mayor frecuencia de sífilis en menores de un año (véase la figura 3). Esto coincide con otro estudio (9) según el cual en Bogotá del 58 al 75% de los casos de sífilis

del recién nacido se encontraron entre 1977 y 1978.

- La sífilis y la oftalmía gonocócica del recién nacido son los mejores indicadores epidemiológicos de la marcha del programa de atención materno-infantil, así como de la coordinación entre este y el programa de control de enfermedades de transmisión sexual. "La historia natural nos enseña cómo a un pico de sífilis infecciosa (adultos) sigue, casi invariablemente, un pico en la sífilis congénita" (10).

- Es notoria la carencia de unificación de criterios diagnósticos clínicos y de laboratorio; además, en el laboratorio sobresalen las fallas de interpretación y la escasez de recursos.

- Es necesario reevaluar los criterios terapéuticos y unificarlos por medio de la divulgación sistemática de los mismos.

- El acercamiento entre la universidad y los servicios de salud redundaría en una incuestionable mejoría de las actividades en este campo, donde el concepto de responsabilidad debe predominar tanto en la educación de pregrado como en la educación continua en servicio.

Resumen

En 1981, en una seccional del servicio de salud de Bogotá que presta atención a grupos desvalidos de población se investigó la eficiencia con que se llevó a cabo el control epidemiológico de las enfermedades de transmisión sexual durante el período 1976-1980. Para tal fin se aplicó una encuesta a miembros del equipo de salud y pacientes de siete de los ocho centros de salud con que cuenta la regional. Se comprobó que entre 1978 y 1980 disminuyeron las tasas de incidencia de sífilis y blenorragia, si bien en 1980 la de sífilis experimentó un ligero aumento. La tasa de blenorragia descendió de 8,5 en 1977 a 2,5 por 10 000 habitantes en 1980. La fre-

cuencia de sífilis fue mayor en los grupos de edad de 15 a 44 años y de menores de un año; no obstante, en 1980 la enfermedad se incrementó en el primer grupo y desapareció en el segundo.

Las encuestas, que se aplicaron a los médicos directores de los centros, ginecoobstetras, enfermeras jefas, auxiliares de enfermería, analistas y promotoras de salud demostraron que, por lo general, el personal de salud no ejecutaba programas de control de enfermedades de transmisión sexual y no existía uniformidad de criterios para el diagnóstico clínico y serológico de las enfermedades. Por último, la búsqueda activa de personas infectadas y el uso de la información en rela-

ción con el registro de casos, la notificación pertinente, la condensación y el análisis estadístico de los datos, así como la divulgación de información sobre enfermedades de transmisión sexual eran deficientes. ■

Agradecimiento

La autora agradece la asesoría del Dr. Manuel Guillermo Gacharna, Director de Epidemiología del Ministerio de Salud de Colombia, así como la colaboración de Clara Avila R. y otros estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Aspectos sociales y sanitarios de las enfermedades de transmisión sexual. Principios básicos de las medidas de lucha*. Ginebra, 1977. (Cuadernos de Salud Pública 65.)
2. Colombia. Ministerio de Salud. *Subprograma control de enfermedades venéreas*. Bogotá, 1978.
3. Roelsgaard, E. Elementos de vigilancia epidemiológica y su instrumentación bajo diferentes instrumentaciones. (Documento mimeografiado.)
4. Organización Panamericana de la Salud. *Enfermedades venéreas —Informe de un Seminario Viajero Internacional en los Estados Unidos de América (4-31 de octubre de 1971)*. Washington, D.C., 1974. (Publicación Científica 280.)
5. Colombia. Ministerio de Salud. *Bol Epidemiol Nac* 1, 1975.
6. Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. *Manual de procedimientos bacteriológicos para aislamiento e identificación de microorganismos del género Neisseria*. Bogotá, 1975.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. *Sífilis. Diagnóstico y manejo serológico*. Bogotá, 1979.
8. Guthe, T. Tendencias epidemiológicas mundiales de la sífilis y la blenorragia. In: Organización Panamericana de la Salud. *Enfermedades venéreas como problema de salud nacional e internacional —Discusiones Técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana, 2 de octubre de 1970*. Washington, D.C., 1971. (Publicación Científica 220.) pp. 4-20.
9. Ulloque, H. Sífilis del recién nacido. *Rev Fac Med Univ Nac* (Bogotá) 3:219-241, 1981.
10. Colombia. Secretaría Nacional de Salud Pública, Cali. Situación epidemiológica de las enfermedades sexualmente transmitidas en Cali: sífilis, blenorragia. *Bol Epidemiol* 2, 1979.

Sexually-transmitted diseases in a regional facility of the Bogotá health service (Summary)

In 1981, in a sectional facility of the Bogotá health service providing care to the needy, a study was made of the efficiency of the epidemiological control of sexually-transmitted diseases during the period 1976-1980. A survey was taken of members of the health team and patients of seven of the eight health centers in the region. It was found that between 1978 and 1980 the incidence of syphilis and gonorrhea declined, although that of syphilis rose slightly in 1980. The rate for gonorrhea dropped from 8,5 per 10 000 inhabitants in 1977 to 2,5 in 1980. The frequency of syphilis was much greater in the age groups between 15 and 44 years and under one year of age, but

in 1980 the disease increased in the former group and disappeared in the latter.

The surveys, which covered the physicians in charge of the centers, gynecobstetricians, nurses, nursing aids, and health analysts and promoters, demonstrated that, on the whole, health personnel could not carry out programs for the control of sexually-transmitted diseases and there was no uniform standard for the clinical and laboratory diagnosis of these diseases. Finally, active searches for infected persons and the use of information on the recording of cases, the notification thereof, the condensation and statistical analysis of the data, and the release of information on sexually-transmitted diseases were all substandard.

Doenças transmitidas por contato sexual numa seção regional do serviço de saúde de Bogotá (Resumo)

Em 1981, numa repartição seccional do serviço de saúde de Bogotá que atende a grupos desvalidos da população, foi investigada a eficiência das atividades de controle epidemiológico das doenças transmitidas por contato sexual durante o período 1976-1980. Para isso, foi aplicado um questionário a membros da equipe de saúde e pacientes de sete dos oito centros de saúde que compõem a regional. Constatou-se que, entre 1978 e 1980, diminuíram as taxas de incidência de sífilis e blenorragia, embora tenha ocorrido pequeno aumento da sífilis em 1980. A taxa de blenorragia caiu de 8,5 per 10 000 habitantes em 1977 para 2,5 em 1980. A freqüência de sífilis foi maior nos grupos etários de 15 a 44 anos e de menores de

1 ano. Em 1980, todavia, a doença aumentou no primeiro grupo e desapareceu no segundo.

Os questionários, aplicados aos médicos diretores dos centros, ginecologistas-obstetras, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, analistas e promotoras de saúde, mostraram que, de modo geral, o pessoal de saúde não executava programas de controle de doenças transmitidas por contato sexual e não havia uniformidade de critérios para o diagnóstico clínico e de laboratório das doenças. Finalmente, constatou-se a deficiência da busca ativa de pessoas infectadas e do uso da informação com relação ao registro de casos, da notificação pertinente, da condensação e análise estatística dos dados e da divulgação de informação sobre doenças de transmissão sexual.

Enquête sur les maladies transmises par voie sexuelle auprès d'une section du service de santé de Bogotá (Résumé)

En 1981, on a étudié le degré d'efficacité de la lutte épidémiologique menée pendant la période 1976-1980 contre les maladies transmises par voie sexuelle auprès d'une section du service de santé de Bogotá qui s'occupe de handicapés. A cette fin, on a fait une enquête auprès des membres de l'équipe de santé et de patients de sept des huit centres de santé dont se compose la section. C'est ainsi qu'on a constaté qu'entre 1978 et 1980, les taux d'incidence de la syphilis et de la blennorragie ont diminué encore que, dans le cas de la syphilis, il ait légèrement augmenté en 1980. Le taux d'incidence de la blennorragie est tombé de 8,5 pour 10 000 habitants en 1977 à 2,5 en 1980. Celle de la syphilis était plus élevé dans les groupes d'âge de 15 à 44 ans et de moins d'un an; nonobstant, la maladie s'est aggravée

en 1980 dans le premier groupe pour disparaître dans le second.

L'enquête qui a été menée auprès des médecins chargés des centres, des gynéco-obstétriciennes, des infirmières, des auxiliaires de soins infirmiers, des analystes et des promoteurs de la santé a montré qu'en général, le personnel de santé ne se livrait pas à des activités de lutte contre les maladies transmises par voie sexuelle et que les critères utilisés pour faire le diagnostic clinique et en laboratoire des maladies n'étaient pas uniformes. Enfin, la recherche active des personnes infectées et l'utilisation de l'information en fonction du registre des cas, la notification pertinente, la condensation et l'analyse statistique des données ainsi que la diffusion de renseignements sur les maladies transmises par voie sexuelle étaient déficientes.

EL CONGRESO DE EUA ELOGIA LA LABOR DE LA OPS

La Cámara de Representantes de los Estados Unidos de América, con fecha 7 de mayo de 1985, adoptó una resolución en la que se encomia el esfuerzo de las organizaciones que participaron en la reciente campaña masiva de vacunación en El Salvador. En la misma se menciona el apoyo financiero y la excelencia técnica de la cooperación brindada por la Organización Panamericana de la Salud y se reconoce la acción del gobierno de El Salvador. En el debate, el Presidente del Comité de Relaciones Exteriores de la Cámara ponderó la labor de la OPS por su contribución a la paz de América Central y por su plan de erradicar la poliomielitis de las Américas en 1990. "Esta campaña —dijo— precisa el mismo tipo de cooperación pública y privada que dio tanto resultado a las acciones de inmunización en El Salvador y merece el apoyo activo de los gobiernos del continente".

Se destacó la función rectora que asumieron en la campaña de inmunización el Director de la OSP, Dr. Carlyle Guerra de Macêdo, el Director Ejecutivo del UNICEF, Sr. James P. Grant, y el Ministro de Salud de El Salvador, Dr. Benjamín Valdez.