

Discusiones

Técnicas



Washington, D. C.
Septiembre-octubre 1970

Tema 16 del programa provisional

CSP18/DT/1 ES
9 septiembre 1970
ORIGINAL: ESPAÑOL

EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS
EN LAS AMERICAS

I. INTRODUCCION

Después del descenso observado en la incidencia de las enfermedades venéreas en los años siguientes a la Segunda Guerra Mundial, la recrudescencia que se inició al final de la década del 50 en todas las regiones del mundo atrajo de nuevo la atención de las autoridades de salud de la mayor parte de los países del globo sobre el problema de la sífilis y de la blenorragia.

Preocupada por el problema, en octubre de 1965, la Oficina Sanitaria Panamericana, con la colaboración del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, realizó un seminario al que asistieron, procedentes de 25 países y territorios del Hemisferio, 40 expertos en salud pública, en su mayoría directores y jefes de departamento de los ministerios de salud.

El objeto del seminario fue intercambiar ideas y experiencias en relación con el problema de las enfermedades venéreas y considerar métodos para su control, y el propósito llamar la atención de los gobiernos sobre la situación y la necesidad de desarrollar programas de control.

A partir de esa fecha, el interés de los países ha ido en aumento como lo demuestra la colaboración solicitada a la Oficina desde entonces, en becas para estudios en el exterior en técnicas de laboratorio y métodos de control, cursos a nivel de los países y proyectos, asesorías y evaluaciones de programas.

Otro indicador de este interés creciente lo constituye el número cada vez mayor de países que participan en la evaluación de la ejecución de pruebas de laboratorio que realiza anualmente el Laboratorio Serológico de Referencia de la OMS en el Centro Nacional de Enfermedades Transmisibles de Atlanta, Georgia (E.U.A.). En 1963 participaron 7 países y en 1969, 18.

Pero mejor que cualquiera de los indicadores anteriores, la elección de "Las enfermedades venéreas como problema nacional e internacional" como tema para las discusiones técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana muestra el interés y la preocupación de los gobiernos por conocer la situación y buscarle soluciones.

Las enfermedades venéreas están ampliamente extendidas por todo el mundo y, aun cuando se sabe que constituyen un problema importante, se desconoce su verdadera magnitud.

Los diferentes intentos de estudiarlas en varias regiones del globo ponen en evidencia las deficiencias en el conocimiento de su extensión e importancia.

Las principales dificultades nacen de la notificación incompleta y deficiente de su morbilidad y de la falta de uniformidad en los sistemas de notificación y registro en diferentes países y aun dentro de una misma nación.

Por consiguiente, la comparabilidad y la recopilación de los datos estadísticos relativos a la incidencia y prevalencia de este grupo de enfermedades constituyen en sí un problema y para tener una idea de la situación es necesario recurrir a estimaciones.

En 1948, Guthe y Hume calcularon que cada año ocurrían en el mundo por lo menos 2 millones de casos nuevos de sífilis adquirida por contacto venéreo y que la prevalencia anual alcanzaba los 20 millones entre la población mundial de más de 15 años.

Si se toma en cuenta el aumento de la población ocurrido desde 1948, los cambios en los factores que intervienen en la propagación de las enfermedades venéreas y la tendencia al aumento de su incidencia que se observa en todas las regiones del mundo desde el final de la década del 50, se puede estimar que en la década del 60 la incidencia anual de casos nuevos de sífilis ha sido por lo menos de 3 millones y la prevalencia de 30.

El mismo tipo de estimación permite afirmar de manera prudente que entramos a la década del 70 con una incidencia anual de 4 millones de casos de sífilis temprana, y de ellos 370,000 se presentarán en las Américas.

La incidencia anual de casos de gonorrea puede calcularse aplicando a la incidencia mundial de sífilis la proporción de casos de sífilis y blenorragia que acuden a los consultorios y que indica que por cada caso de la primera ocurren 4 de la segunda. De acuerdo con ella, la incidencia anual durante la década del 60 habría sido de 12 millones y al comienzo de la del 70 será de 16, de los cuales 1.5 corresponden a las Américas.

Si se estudia el problema a través de los casos notificados de enfermedades venéreas a partir de 1950, se observa que en todo el mundo la sífilis infecciosa ha aumentado en muchos países, ha permanecido estacionaria en otros y en algunos ha disminuido.

El aumento de la gonorrea ha sido más general, y en algunos países ha alcanzado proporciones epidémicas.

La importancia del chancro, la linfogranulomatosis venérea y el granuloma inguinal parece ser más limitada, mientras que la uretritis no gonocócica en aquellos países en que se la diferencia de la blenorragia, se encuentra con mayor frecuencia.

En una encuesta mundial realizada por la Organización Mundial de la Salud en 1962, 76 de 106 países (72%) acusaron un ascenso mantenido de la incidencia de sífilis temprana. De los 106 países, 21 pertenecían al Hemisferio Occidental, y de ellos 15 (59%) confrontaban un aumento.

La situación puesta en evidencia por la encuesta ha continuado y aun cuando a mediados de la década del 60 algunos países como Francia, Italia,

el Reino Unido y los Estados Unidos de América presentaron un nuevo descenso, en la mayoría de ellos el descenso no ha continuado y se ha observado un aplanamiento de las curvas de tendencia.

En las Américas, de acuerdo a los datos suministrados por los países en el cuestionario enviado por la Organización a comienzos del año 1969, de 12, 9 experimentaron aumento o no presentaron cambios significativos entre 1960 y 1967, 1968 ó 1969.

El aumento de la gonorrea es todavía más marcado que el de la sífilis temprana. En una encuesta similar a la anterior llevada a cabo por la OMS en 1961, 53 de 111 países (48%) indicaron un aumento persistente entre 1950 y 1960. En las Américas 11 (52%) de 21 señalaron el mismo fenómeno y desde entonces a esta parte las tendencias no se han modificado.

En las Américas, de acuerdo a la encuesta realizada en 1969, de 24 países 13 acusan aumento.

No cabe pues la menor duda que asistimos a un aumento de la frecuencia de la incidencia de la sífilis y de la blenorragia en un número importante de países donde el registro de datos es adecuado y se puede suponer que igual debe ocurrir en aquellos donde no lo es.

II. EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS EN LAS AMERICAS

Para obtener una visión del problema de las enfermedades venéreas en el Continente se solicitó de todos los países y territorios completar un cuestionario, y la descripción que se presenta se basa en la información recibida. Sin embargo, en algunas ocasiones se ha completado con datos provenientes de las notificaciones sistemáticas de los países a la Organización, y para calcular tasas cuando éstas no fueron suministradas por ellos se utilizaron las estimaciones de población de las Naciones Unidas.

Todos los países y algunos territorios contestaron el cuestionario, pero como la información de la mayoría de los últimos es bastante incompleta, la presentación se limita a la situación en los 26 países del Hemisferio.

Como es bien sabido de todos y como podrá observarse, los datos son frecuentemente incompletos; no se puede estar seguro de su comparabilidad y en ocasiones las cifras suministradas en el cuestionario no coinciden con las cifras notificadas previamente a la Oficina.

Debido a estas deficiencias de la información básica, el panorama descrito deberá contemplarse con cautela y no podrán sacarse conclusiones definitivas. A pesar de ello la información recogida puede ser utilizada para tener una imagen de la situación.

La información suministrada por el Brasil se refiere únicamente a los municipios de las capitales de los Estados, y los datos abarcan el período 1965-1969 de los casos de enfermedades venéreas notificados que figuran en la Tabla I.

TABLA I

CASOS DE ENFERMEDADES VENEREAS CORRESPONDIENTES A LOS MUNICIPIOS DE LAS CAPITALES NOTIFICADOS A LAS AUTORIDADES DE SALUD EN EL PERIODO DE 1965 A 1969 - BRASIL

Enfermedades	Años				
	1965	1966	1967	1968	1969
Sífilis todas las formas	11,718	8,603	-*	6,759	-*
Sífilis primaria y secundaria	2,123	2,847	2,469	2,798	1,881
Sífilis latente precoz	804	284	250	691	197
Sífilis tardía	1,344	909	751	1,062	461
Sífilis congénita	283	181	82	556	55
Blenorragia	13,337	13,254	9,707	13,849	6,176
Chancroide	2,811	2,856	2,409	3,483	2,119
Linfogranuloma venéreo	793	624	606	590	483
Granuloma venéreo	190	128	25	32	14

*Información no disponible

Morbilidad registrada de sífilis en todas las fases

En las tablas II y III se presentan los casos de sífilis en todas las fases y las tasas por 100,000 habitantes en 25 países en 1950 y 1960-1969.

Las tasas de sífilis total en general son mucho más elevadas que las de sífilis temprana, y en muchos países esta gran diferencia se debe a que muchos de los casos notificados son descubiertos y diagnosticados por el examen serológico.

En 1969 las tasas de sífilis total por 100,000 habitantes en América del Norte fueron de 11.0 en el Canadá y 45.4 en los Estados Unidos. En Mesoamérica la más alta, 242.3, corresponde a El Salvador y la más baja, 13.7, a Panamá. La República Dominicana tiene la mayor tasa (330.3) de las Islas del Caribe y de las Américas, y Cuba la menor (7.2) de la Zona y del Continente, y en América del Sur oscilaron entre 98.8 en Venezuela y 8.0 en Bolivia.

De los 26 países se dispone de datos de 1950 en 18 (Bolivia, Canadá, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela) y entre 1950 y 1960, en 16. Las tasas experimentaron un descenso comprendido entre el 97% en Panamá y el 20% en Haití. Solamente las de Trinidad y Tabago y las de Uruguay subieron en un 203 y en un 12% en el período.

Aun cuando la tendencia al descenso continuó entre 1960 y 1969, el fenómeno no fue tan generalizado. Diecisiete de 25 países (Argentina, Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Estados Unidos de América y Venezuela) disminuyeron sus tasas. El mayor descenso se observó en Jamaica (80%) y el menor en Venezuela (6%). En ocho (Bolivia, Colombia, Ecuador, Guyana, Guatemala, Nicaragua, Trinidad y Tabago y Uruguay) hubo un aumento comprendido entre el 1% en Nicaragua y el 82% en Uruguay. En Costa Rica, donde solo se dispone de datos a partir de 1962, entre ese año y 1969 se presentó un descenso del 16% (Tabla IV).

Los datos anteriores, con todas las limitaciones originadas en la calidad de los mismos y en las variaciones en la búsqueda y hallazgo de los casos y del descubrimiento precoz de los tempranos indicarían que, aun cuando el descenso observado entre 1950 y 1960 ha continuado entre 1960 y 1969, es menos universal y no tan marcado.

Morbilidad registrada de sífilis temprana

La sífilis temprana (primaria y secundaria), además de ser la expresión de las fases infecciosas de la enfermedad, corresponde a la sífilis recién adquirida y por lo tanto las tasas de sífilis temprana, a pesar de estar sometidas a las influencias de las variaciones en el número de casos diagnosticados y notificados, son el mejor indicador de la ocurrencia de la enfermedad.

Trece países disponen de datos para 1968 ó 1969 (Argentina, Canadá, Colombia, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela). En América del Norte las tasas por 100,000 habitantes fueron 4.4 en el Canadá y 9.4 en los Estados Unidos. En Mesoamérica la tasa más alta fue la de El Salvador, 70.2, y la más baja la de Guatemala, 3.5. En el Caribe, Jamaica y Trinidad y Tabago tuvieron tasas muy semejantes, 29.4 y 31.8 respectivamente, y la de Cuba fue 2.7; en América del Sur oscilaron entre 2.1 en la Argentina y 72.5 en Uruguay.

Para 1950 sólo se tienen cifras de 7 países (Canadá, Colombia, Guyana, México, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela) y entre ese año y 1960 todos ellos experimentaron un descenso que va desde un 43% en los Estados Unidos de América hasta un 98% en Guyana.

Por el contrario entre 1960 y 1969, de los 13 países en los que pueden compararse las tasas de 1960 y de 1969, la tendencia al descenso no fue universal. En 8 (Canadá, Colombia, Ecuador, Guyana, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela) se contempló un aumento enmarcado entre un 288% en Trinidad y Tabago y un 5% en Colombia. De los 5 países en que las tasas disminuyeron entre 1960 y 1969 (Argentina, El Salvador, Jamaica, México y Perú) la caída mayor se observó en la Argentina (90%) y la menor en Jamaica (3%) (Tablas IV, V y VI y Gráfica 1).

La diferencia en la evolución entre 1950 y 1960 y entre 1960 y 1969 en relación con la sífilis temprana y el predominio de los países en los que las tasas han experimentado un aumento, justifica suponer que estamos asistiendo a una recrudescencia del problema de la sífilis, debido a un aumento de su incidencia.

A pesar del aumento observado comparando las tasas de 1969 con las de 1960 en los Estados Unidos de América, la tendencia al aumento se inició en 1959 y en 1965 cambió de sentido. En el año fiscal 1969 todavía se mantiene esta evolución y la tasa es un 7.4% más baja que la de 1968. Este fenómeno no se observa con igual claridad en ningún otro país de las Américas y puede ser atribuido a la renovación o intensificación de los programas de control en ese país.

Morbilidad registrada por sífilis temprana latente

En las Tablas VII y VIII figuran los casos conocidos y las tasas por 100,000 habitantes de sífilis temprana latente en 10 países (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela), para todo el período. En la Tabla IV también pueden verse las del último año de Cuba, Guatemala, Nicaragua y Paraguay.

En 1968 ó 1969 las tasas oscilaron de 0.8 en Cuba a 84.2 en El Salvador.

En cinco países (Colombia, Guyana, México, Estados Unidos de América y Venezuela) la información de 1950 y 1960 permite ver que en todos ellos hubo un descenso de las tasas comprendido entre el 74% en los Estados Unidos de América y el 34% en Guyana, mientras que entre 1960 y 1969, únicamente Jamaica, México y los Estados Unidos de América experimentaron una caída equivalente a un 55%, un 87% y un 24% respectivamente. En todos los demás países con datos de esos años (Colombia, Ecuador, El Salvador, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela) las tasas aumentaron entre un 8% en Venezuela y un 166% en Colombia. Este cambio en las tendencias de ambos períodos parece confirmar el incremento de la sífilis reciente.

La identificación de la sífilis temprana latente se hace casi totalmente por los exámenes serológicos y por lo tanto su tasa depende de las pruebas practicadas; a pesar de ello, la tendencia de las tasas de sífilis temprana latente son un indicador de la prevalencia del primer período de latencia de la enfermedad que es el resultado de la incidencia de los dos o cuatro años anteriores. Por esta razón también reflejan el fracaso del descubrimiento oportuno de los casos en la fase temprana.

La relación entre los casos de sífilis temprana y los de sífilis temprana latente expresada en el promedio de casos de sífilis temprana por cada caso de sífilis latente constituye un índice de la eficiencia en el descubrimiento de casos infecciosos.

En la Tabla IX figuran estos índices para 1950, 1960 y 1969 en Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela.

Morbilidad registrada de sífilis tardía y tardía latente

Las tasas de sífilis tardía y tardía latente por 100,000 habitantes son el indicador de la prevalencia debida a infecciones ocurridas de 20 a 5 años atrás, y en general, a causa de la falta de notificación de la sífilis tardía sintomática, la mayor parte de los casos incluidos son debidos a la tardía latente y por lo tanto están muy influenciadas por el número de exámenes serológicos practicados.

Para 1968 ó 1969 se tienen datos de 13 países (Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela). La tasa máxima corresponde a El Salvador (59.3) y la mínima a Cuba (1.3).

Entre 1950 y 1960 en todos los países con datos (Colombia, Guyana, México, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela) las tasas descendieron. La mayor disminución se presentó en Trinidad y Tabago (69%) y la menor en Guyana (12%).

Entre 1960 y 1969 en los mismos países las tasas aumentaron en Ecuador (180%) y en Guyana (55% de 1960 a 1966) y disminuyeron en Colombia (50%), México (58%), los Estados Unidos de América (41%) y Venezuela (68%) (Tablas IV, X y XI).

Morbilidad registrada de sífilis congénita

En América del Norte las tasas por sífilis congénita por 100,000 habitantes fueron 0.2 en el Canadá y 1.0 en los Estados Unidos de América.

En el Caribe la de Cuba fue de 0.1 y las de Jamaica y Trinidad y Tabago 0.5 y 0.3 respectivamente.

En Mesoamérica la más alta corresponde a El Salvador (1.6) y la más baja a Honduras y México (0.1).

En América del Sur, en la Argentina no alcanzó a 0.1, Ecuador experimentó una tasa de 0.3, Colombia 0.8, Uruguay 1.3, Venezuela 1.6 y la más alta fue la de Paraguay (2.0).

Cinco países (Canadá, Colombia, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela) permiten comparar las tasas de 1960 con las de 1950 y en todos ellos puede observarse un descenso que va del 87% en el Canadá al 39% en Venezuela.

Entre 1960 y 1968 ó 1969 la caída en las tasas de casos de sífilis congénita parece continuar, aun cuando la magnitud en algunos países todavía es alta, sobre todo si se toma en consideración que probablemente los casos notificados solo reflejan una parte del problema.

Cinco países suministraron las tasas específicas por edad de morbilidad por sífilis congénita (Colombia, El Salvador, Jamaica, Estados Unidos de América y Venezuela). En la tabla XIV puede verse que en Colombia de 1963 a 1967 en el grupo menores de un año descendió de 8.8 a 7.0 y en los Estados Unidos de América aumentó de 5.0 a 8.8, a pesar de que la tasa para todas las edades disminuyó. El aumento puede interpretarse como un mejor diagnóstico o como la consecuencia de un incremento de la enfermedad en las embarazadas o de deficiencias en los programas maternoinfantiles.

Las tasas en el grupo de 10 años y más descendieron de 1960 a 1968 ó 1969 en los Estados Unidos de América en un 55.2%, y como los casos en mayores de un año reflejan la incidencia 10 y más años atrás, el descenso observado es un indicador de la evolución de la situación antes de 1950 y entre 1950 y 1960.

Mortalidad por sífilis

Las tasas de mortalidad por sífilis están condicionadas por la prevalencia de la enfermedad, el tratamiento oportuno de los casos tempranos y el

diagnóstico de sífilis como causa de muerte. En las Tablas XV y XVI se presentan las defunciones notificadas y las tasas correspondientes para 1950 y 1960-1969.

Guyana, Haití y Paraguay carecen de datos de mortalidad, y en Cuba y el Perú no se tiene los correspondientes al año 1950.

Observando la tasa del año más reciente para el que cada país dispone de datos de mortalidad (1967, 1968 ó 1969) se ve que en América del Norte, Canadá presentó una tasa de 0.4 y los Estados Unidos de 1.2. En Mesoamérica las más altas correspondieron a México y El Salvador (0.5 en ambos) y las más bajas a Guatemala y Nicaragua (0.1). En las Islas del Caribe oscilaron entre 3.2 en Jamaica y 0.5 en Cuba, y en América del Sur la más alta fue la de Paraguay (3.5) y la más baja la del Ecuador (0.7).

En la mayoría de los países el descenso observado entre 1950 y 1960 en las tasas de mortalidad por sífilis continuó entre 1960 y 1969.

En el gráfico 2 se muestran las tendencias de la mortalidad en las regiones del Hemisferio.

Mortalidad infantil por sífilis

En 1969, o año más reciente, la tasa de mortalidad de sífilis por 100,000 nacidos vivos más alta fue la registrada por Paraguay en 1968 (97%) y en Barbados, Canadá, Costa Rica y Trinidad y Tabago no se registran defunciones por sífilis en el último año acerca del cual informaron.

Solo en en Barbados y los Estados Unidos de América pueden compararse las tasas de 1960 con las de 1950 ó 1951. Ambos países experimentaron un descenso que fue de 95% en Barbados y de 88% en los Estados Unidos.

En el período de 1960 a 1969, 5 países registraron un aumento en sus tasas de mortalidad infantil por sífilis; el mayor aumento se registró en la República Dominicana (173%) y el menor en Colombia (66%); y el mayor descenso se observó en México (70%) (Cuadros XVII y XVIII).

Los datos precedentes sugieren que a pesar de la tendencia al descenso, la mortalidad infantil continúa siendo un problema en muchos países e indica la existencia de deficiencias en los programas maternoinfantiles.

Morbilidad registrada de blenorragia

El número de casos de gonorrea está experimentando un aumento continuo que en algunos países alcanza proporciones epidémicas y en muchas áreas constituye el principal problema de las enfermedades venéreas.

En 1969 o año más reciente, por cada caso de sífilis temprana notificado se registraron 73 de blenorragia en Jamaica, 29 en el Canadá, 23 en los Estados Unidos de América, 16 en la Argentina, 10 en Colombia y México, 8 en Ecuador, 6 en el Perú, 3 en Nicaragua y 2 en El Salvador, Honduras y Uruguay.

Las tasas en América del Norte por 100,000 habitantes fueron: 128.6 en el Canadá, y 263.2 en los Estados Unidos de América. En Mesoamérica oscilaron entre 199.2 en Costa Rica y 20.2 en México. En las Islas del Caribe la más alta fue la de Jamaica (2,147.2) y la más baja la de Cuba, 2.9, y en América del Sur estuvieron comprendidas entre 269.5 en Venezuela y 5.0 en Bolivia (Tablas IV, XIX y XX y Gráfico 3).

La tendencia entre 1950 y 1960 fue al descenso en 10 países (Bolivia, Canadá, Costa Rica, El Salvador, Haití, México, Panamá, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela). El mayor descenso se registró en Bolivia (94%) y el menor en Haití (20%). En cinco países (Colombia, Guyana, Perú, República Dominicana y Uruguay) las tasas experimentaron un aumento comprendido entre el 161% en la República Dominicana y el 16% en el Perú.

En once países (Argentina, Barbados, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Perú, Panamá, República Dominicana y Uruguay) las tasas de blenorragia en 1969 fueron menores que las de 1960. El descenso osciló entre un 62% en México y un 0.4% en Uruguay.

En el mismo período subieron en 13 (Bolivia, Canadá, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela). El mayor aumento se observó en Ecuador y el menor en El Salvador.

En Cuba la comparación de la tasa de 1969 con la de 1961 da un aumento de 9.7 por ciento.

El panorama expuesto demuestra que el problema de la gonorrea está fuera de control y que es necesario abocarse a encontrarle soluciones.

Otras enfermedades venéreas

En las Tablas XXI, XXII, XXIII y XXIV se presentan los casos notificados de chancroide, linfogranuloma venéreo y de granuloma inguinal y las tasas de chancroide por 100,000 habitantes.

Los casos de granuloma inguinal son escasos y en general están disminuyendo; el mayor número de casos en 1969 lo presentó Colombia (168).

Lo mismo sucede con el linfogranuloma venéreo aun cuando el número es algo más elevado. La mayor cifra de casos notificados (722) corresponde a la República Dominicana.

El chancroide, por el contrario, todavía constituye un problema y en 1969 las tasas oscilaron entre 75.1 en Honduras y 0.1 en Bolivia y Uruguay.

El mayor número de casos de chancroide por cada caso de sífilis temprana (0.5) fue registrado en Venezuela y en El Salvador en 1969, y en Honduras en 1967 alcanzó a 1.2.

III. FACTORES INCRIMINADOS EN LA RECRUDESCENCIA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

El recrudecimiento de las enfermedades venéreas tiene alcance universal y ha ocurrido no obstante las actuales técnicas de control y la más fácil y eficaz administración de tratamientos que ofrece un medio adecuado para controlarlas.

En tales circunstancias se hace necesario identificar las causas de esta aparente paradoja para organizar o acelerar, según corresponda, programas nacionales para el control de estas enfermedades basados en la eliminación o control de los factores que determinan o contribuyen a su frecuencia y que, dada la importancia de las enfermedades venéreas como problema de salud pública y su impacto en la sociedad, deben tener carácter permanente y desarrollarse sin interrupción a lo largo del tiempo.

La paradoja, caracterizada por un aumento en lugar de una disminución de las enfermedades venéreas en presencia de un adelanto en la disponibilidad de tratamiento, tiene lugar en un ambiente cambiante caracterizado por:

Un aumento en las comunicaciones y su rapidez entre los diferentes países y dentro de cada uno de ellos que hacen más fáciles los viajes culturales, comerciales y turísticos y que favorecen la diseminación de los contactos y de las enfermedades venéreas que dejan de estar confinadas a determinadas áreas.

Un aumento en la urbanización y en la industrialización, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, con la consiguiente movilidad de población atraída por la ciudad y nuevas fuentes de trabajo dentro de un país y entre diferentes naciones.

Altas tasas de natalidad con gran aumento de la población joven en algunos países, frenado por la planificación familiar y el control de la población.

Alta densidad de población en ciertas áreas con el consiguiente hacinamiento simultáneo con un proceso de homogenización de ideas y culturas, sobre todo en los grupos de población joven que alteran las ideas y valores tradicionales sin substituirlos por completo, determinado la coexistencia de diferentes grupos con diferentes valores y patrones culturales dentro de una misma comunidad.

En esta situación cambiante los factores epidemiológicos y sociales que favorecen la difusión de las enfermedades venéreas están incrementados, y como resultado de una acción médica efectiva existe menos temor a las enfermedades venéreas simultáneamente con menos inmunidad a la reinfección, lo que favorece su propagación.

Por otra parte, el aumento de las enfermedades determina un aumento de la demanda para servicios de control que no es enfrentada de forma adecuada por las administraciones de salud.

Dentro de este panorama general se han señalado varios factores que condicionan la situación actual y que pueden agruparse en factores médicos y de salud pública y factores relacionados con la conducta.

1. Factores relacionados con la conducta y sus cambios

Las enfermedades venéreas son daños típicos de lo que se ha llamado enfermedades de la conducta, para las cuales se dispone de métodos de control y tratamiento adecuado y que sin embargo continúan propagándose porque las causas básicas están ligadas a la conducta de los individuos y de las comunidades.

En ellas la conducta humana juega un papel preponderante y están relacionadas con factores intelectuales, emocionales, culturales y sociales y aun cuando siempre se ha tenido el conocimiento de que las influencias socioeconómicas y sicosociales juegan un papel importante en su frecuencia y propagación, son pocos los estudios que aportan precisiones sobre su relativa importancia y menos aun aquellos que señalan vías para controlar las enfermedades venéreas a través de modificaciones de la conducta.

El medio cambiante que caracteriza la situación actual constituye el fondo ecológico de las enfermedades venéreas, donde el balance que dificulta o facilita su transmisión puede estar afectado por uno o varios factores.

Los cambios en la conducta sexual y en los factores que los condicionan más frecuentemente incriminados son el aumento de la promiscuidad, los cambios en los hábitos sexuales, el incremento de la actividad sexual de los jóvenes y el aumento de contactos sexuales entre diferentes áreas, como consecuencia del aumento de las inmigraciones e intercambios entre distintas poblaciones.

La promiscuidad

La promiscuidad no es en su origen un problema sexual sino una manifestación de alteraciones síquicas profundas. En un estudio realizado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América de la vida sexual

urbana y rural se pusieron en evidencia factores comunes en la promiscuidad que saltaban las fronteras de los grupos sociales, educacionales y de edad, y que estaban relacionados con la ignorancia.

Los cambios en los patrones éticos, morales y de conducta que, debido a las rápidas modificaciones sociales y económicas y tecnológicas se han difundido con gran rapidez, han aumentado la actividad sexual.

El efecto de transición de la vida rural a la urbana produce adolescentes desajustados emocionalmente y destruye las instituciones básicas sociales, especialmente la familia; favorece la vida promiscua de los adolescentes suministrándoles un ambiente en el que florecen gran cantidad y variedad de enfermedades sociales, y contribuye a crear focos de enfermedades venéreas en los grandes centros urbanos.

Tradicionalmente el problema de la promiscuidad femenina se identificaba con el de la prostitución, y aun cuando hoy en ese tipo de prostitución, originada en la pobreza y necesidades diarias se ha hecho ilegal y ha sido abolida en principio por la acción internacional, todavía en muchos países se le atribuye un gran papel en la propagación de las enfermedades venéreas y en especial de la gonorrea. En gran número de países de la región del Pacífico Occidental más del 80% de todas las infecciones en varones se adquieren en este grupo.

En las Américas, de acuerdo a las respuestas recibidas, la prostitución está regulada en cinco países y dos territorios (Ecuador, Guatemala, Uruguay, Honduras y Panamá; Bahamas y Antillas Neerlandesas) (en Cuba está erradicada), en siete países es ilegal (Canadá, El Salvador, Guyana, México, Paraguay, Trinidad y Tabago y Estados Unidos de América) y en los restantes está tolerada, independientemente de cuáles sean las disposiciones legales. Sin embargo, de los siete países que manifestaron que la prostitución es ilegal, uno (Guyana) comentó que de hecho existe; en México parecen existir disposiciones por las cuales los municipios pueden tolerarla, y en Trinidad y Tabago a pesar de estar ilegalizada, la prostitución juega un papel importante en la propagación de las enfermedades venéreas.

Nueve países (Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela), consideran que la prostitución es un factor importante en la transmisión, y Costa Rica le hace responsable del 80% del problema.

Únicamente Cuba, Jamaica y los Estados Unidos de América declararon que en sus países la prostitución no tiene ningún papel o es poco importante en relación al problema de las enfermedades venéreas.

El panorama que puede contemplarse a través de estos datos parece indicar que la prostitución todavía es un problema en sí y un factor importante en la propagación de las enfermedades venéreas, que probablemente se imbrica con los aspectos nuevos del comercio sexual clandestino en medio de una ecología social cambiante.

Después del período de la postguerra, en los países desarrollados y en muchos en vías de desarrollo, la prostitución ha reaparecido con características modificadas por el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, la industrialización y la emancipación femenina, y estimulada por la búsqueda del placer y de beneficio y lujos suplementarios. Esta intensificación del comercio sexual oculto es un reflejo de la economía, del ingreso y de la complacencia creciente de las sociedades para la libertad sexual, y está estimulada por los medios de comunicación y la propaganda de consumo; tiene sus raíces en desviaciones mentales, factores hereditarios, rasgos étnicos y de grupos minoritarios y pasado familiar y educacional, que dan lugar a desajustes sociales e impiden enfrentar las complejidades de la vida moderna.

Independientemente de que se trate de promiscuidad comercializada o promiscuidad sin fines de lucro derivada de cambios en la conducta sexual originada por modificaciones de los patrones éticos, morales y de conducta provocados o facilitados por los cambios sociales, económicos y tecnológicos, se ha pretendido que la introducción y el uso creciente de los anticonceptivos, y en especial los orales, han contribuido a un aumento de la actividad sexual y consecuentemente, a la propagación de las enfermedades venéreas.

Son pocos los estudios realizados para investigar el problema y la mayor parte de las opiniones son subjetivas; sin embargo, en una investigación realizada en Upsala, Suecia, de 1967 a 1968, se puso en evidencia que entre los pacientes con gonorrea y sus contactos, el 70% de las muchachas estudiantes y el 51% de las no estudiantes usaban píldoras anticonceptivas, mientras que los porcentajes respectivos para grupos semejantes en 1966 fueron 48 y 18% lo que pone de manifiesto un aumento considerable en su utilización. Pero lo que es más significativo es que, en el grupo que tomaba píldoras el promedio del número de parejas sexuales era un 36% más alto que el del grupo que no las utilizaba. De la misma manera, el promedio de la frecuencia de contactos sexuales en el primer grupo fue 47% más elevado que en el segundo. Además el 36% de las muchachas había aumentado la frecuencia de sus relaciones sexuales después de comenzar a usar anticonceptivos orales y el 25% el número de parejas.

Si los resultados de este estudio pudieran generalizarse habría que aceptar que el uso de los anticonceptivos ha aumentado la promiscuidad, y con ella, el riesgo de contraer enfermedades venéreas, sobre todo porque el cambio más frecuente de pareja multiplica el riesgo.

En sus respuestas al cuestionario enviado por la Oficina solo dos países señalaron que el uso de los anticonceptivos puede jugar un papel haciendo que la mujer promiscua se exponga más. La escasez de respuesta es un indicador de la falta de conocimientos precisos que puede generalizarse a todos los factores relacionados con los cambios en la conducta. En efecto, 14 países respondieron de una u otra forma a la pregunta ¿qué papel juegan en la diseminación de las enfermedades venéreas los cambios en las normas de conducta observados en la última década? pero ninguno pudo indicar la influencia ni suministrar datos objetivos.

Incremento de la actividad sexual y de las enfermedades venéreas en los jóvenes

Parece evidente un aumento en la actividad sexual de los jóvenes y en la cantidad de contactos condicionados por factores psicológicos, educacionales y socioculturales del medio que determinan una mayor promiscuidad de la juventud.

Aun cuando en algunos países continúa considerándose que las enfermedades venéreas no constituyen un problema entre los jóvenes, en la mayoría de las regiones del globo parece que están aumentando en el grupo de adolescentes y menores de 20 años, y en muchas ocasiones se ha hecho responsable a este aumento de la recrudescencia del problema de las enfermedades venéreas. Los diferentes informes sobre el problema no concuerdan en sus conclusiones, y si se considera que el número de personas que actualmente buscan tratamiento ha aumentado y que sólo se conoce la conducta de los que se atienden, es difícil poder afirmar que la situación observada se deba a los cambios en la conducta sexual de los jóvenes.

Sin embargo, en los países en que se ha observado un aumento en los grupos de edades de menos de veinte años, se considera que los factores que contribuyen a ese aumento son una madurez más precoz, la industrialización y urbanización que atrae a los jóvenes a las ciudades donde libres del control familiar viven en estrecha relación de ambos sexos en condiciones de hacinamiento, la oposición de los jóvenes a las ideas autoritarias de los padres y maestros, y la mayor complacencia de la sociedad frente al sexo.

El aumento de las enfermedades venéreas en menores de 20 años fue observada en los Estados Unidos de América en donde la tasa de sífilis temprana en ese grupo de edad subió de 1956 a 1965 de 10.1 a 24.2 por 100,000 habitantes.

En el Canadá, la República Federal Alemana, Francia, Italia, y en los países escandinavos también se ha observado un aumento.

Cinco países de las Américas (Ecuador, México, Perú, Estados Unidos de América y Venezuela) suministraron información que permite comparar la incidencia de la sífilis temprana en 1960 con la de 1968 ó 1969 en los grupos de edad de 10 a 19 ó de 15 a 19 (Tabla XXV).

Si se comparan las diferencias porcentuales entre las tasas de ese grupo en los dos años, con las diferencias para esos mismos años para todas las edades se observa que en México, donde el descenso fue general, las tasas en varones y en mujeres en el grupo de 15 a 19 años descendieron menos, 9.3 y 18.7%, que las de todas las edades, 28.4 y 30.0%.

En el Perú, el descenso de la tasa para todas las edades fue de 17.9%, y en el grupo de 10 a 19 años sólo de un 3.7%.

En los Estados Unidos de América, a pesar del aumento señalado entre 1956 y 1965, la comparación entre 1960 y 1968 también muestra un descenso en las edades de 15 a 19 años para los varones de 10.3, mientras que en las mujeres se evidencia un aumento del 5.7%. Las tasas para todas las edades descendieron en 2.4 en los varones y aumentaron en 27.2% en las mujeres.

En Venezuela el aumento en varones en el grupo de 10 a 19 años fue de 53.1% mientras que el aumento para todas las edades fue de 105%, y en las mujeres, donde también se observó un ascenso, este fue mayor para todas las edades, 351.7%, que el 192.3% registrado en el grupo de 10 a 19 años.

En Ecuador, en ese mismo grupo, hubo un aumento del 66.2% en los varones y 61.2% en las mujeres.

Los datos anteriores no son coincidentes, puesto que en los países donde hubo un descenso, este en general fue menor en los jóvenes de ambos sexos, y en Venezuela donde el aumento en ambos sexos, y en especial en las mujeres de todas las edades, es muy marcado, el incremento observado entre los jóvenes es menor.

Solo dos países, los Estados Unidos de América y Venezuela, pueden utilizarse para analizar la tendencia de la blenorragia entre los jóvenes. En ambos las tasas para ambos sexos aumentaron en todas las edades, 74.2% en los varones y 35.1% en las mujeres en los Estados Unidos, y 160.8 y 161.8% respectivamente en Venezuela, pero el aumento en el grupo de 15 a 19 años en los Estados Unidos fue menor, 62.9% en varones y 26.7% en las mujeres, y en Venezuela el incremento de 160% en los varones y 161% en las mujeres de 10 a 19 años es sensiblemente igual al observado en todas las edades (Tabla XXVI).

Por lo tanto, los datos disponibles no permiten sacar conclusiones que puedan generalizarse en relación con el problema del incremento de la actividad sexual y de las enfermedades venéreas en los jóvenes.

Influencia de la homosexualidad

En los últimos años la homosexualidad masculina ha cobrado importancia en la transmisión de la sífilis infecciosa en muchos países desarrollados en donde una gran proporción de infecciones primarias corresponden a este grupo. Esto contrasta con el concepto tradicional, que todavía se mantiene en muchos países en vías de desarrollo, de que la homosexualidad jugaba un papel muy pequeño en la difusión de las enfermedades venéreas.

Los datos que se tienen de algunos estudios en países de Europa, los Estados Unidos de América, el Canadá y Ceilán, muestran que diferentes grupos de pacientes con sífilis infecciosa acusaron contactos masculinos en porcentajes que varían del 8.4 al 93.5%, y el modo de estos estudios es de 20 a 25% en el

cual se encuentran comprendidos los datos para 1965 y 1966 de una encuesta realizada por la American Social Health Association. En las Américas no se tienen datos acerca de su influencia y en las respuestas al cuestionario ningún país del Hemisferio señaló tener un conocimiento objetivo.

Es importante señalar que la prostitución homosexual es debida más al afán de lucro y a la inmoralidad que a la intersexualidad, y que los homosexuales también tienen contactos heterosexuales jugando así un papel significativo en la propagación de la enfermedad a otros grupos.

Movilidad de las poblaciones

El aumento de la movilidad de las poblaciones y el mayor número de contactos y de su frecuencia entre países y áreas dentro de un mismo país, facilitado por el crecimiento de las comunicaciones y de su rapidez, es otro de los factores que han sido identificados entre las causas del recrudecimiento de las enfermedades venéreas.

El crecimiento de la población viajera dedicada al comercio, los turistas y las inmigraciones de trabajadores, el aumento de los intercambios culturales, la atracción de poblaciones por las áreas urbanas y la urbanización y la industrialización, multiplican los contactos humanos y dentro de ellos los sexuales, y constituyen un factor de importancia en la difusión de las enfermedades venéreas.

Como un indicador de la importancia del problema puede citarse que en Suecia el 24% de los casos de sífilis reciente se infectaron en el extranjero, y en el Reino Unido el 40% de los varones infectados y el 60% de los marineros tratados en los puertos ingleses, adquirieron la enfermedad en el exterior del país.

2. Factores médicos y de salud pública

La introducción de la penicilina en el tratamiento de las enfermedades venéreas, la difusión de su uso y los resultados logrados inicialmente, modificaron la actitud frente a este tipo de enfermedades, y el temor que existía en el público a sus consecuencias fue reemplazado por cierta despreocupación por parte de las poblaciones y dió un falso sentido de seguridad a las autoridades de salud.

El interés de los gobiernos en los programas de control disminuyó, y en casi todas las partes del mundo la mayoría de las enfermedades venéreas pasaron a ser tratadas por los médicos privados. Los métodos de tratamiento sencillos y rápidos pasaron de las manos de venereólogos experimentados a las de los médicos generales y se perdió la noción de la necesidad de aquellos sin que se preparara suficientemente a éstos para cumplir con su nueva tarea y, por lo tanto, su adiestramiento para las nuevas responsabilidades es deficiente porque simultáneamente la imagen de problema resuelto que adquirieron estas enfermedades se dejó de sentir en las escuelas de medicina y su enseñanza decayó o se dejó de lado.

Sin embargo, el papel de los médicos privados en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades venéreas es muy importante y también debiera serlo en desencadenar las actividades necesarias para investigar contactos y en la educación sanitaria del paciente y de la colectividad.

La proporción de pacientes que acuden y son tratados por los médicos particulares depende de las condiciones socioeconómicas, la disponibilidad de servicios públicos y de la actitud de la población.

En los distintos países, y de acuerdo a las diferentes estructuras y cobertura de los servicios de salud, la proporción de pacientes tratados por los médicos privados varía. En el Reino Unido, donde existe un servicio único de salud, más del 75% de los pacientes son tratados en las clínicas públicas y en especial en Escocia, donde lo son el 90% de los casos de gonorrea.

Por el contrario, en los Estados Unidos de América diez veces más casos de los registrados son tratados por los médicos privados.

Por otra parte, la disponibilidad y la fácil aplicación de los tratamientos se presta a la automedicación y al tratamiento por personas de todas las categorías (farmacéuticos, brujos, aficionados, etcétera). Esta situación está facilitada por el expendio libre de antibióticos que existe en muchos países.

En las Américas los antibióticos pueden adquirirse sin receta médica en 15 de los 26 países (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

A pesar de que no hay evidencia de que el poder treponemida de la penicilina haya disminuido, todo lo que podía esperarse de la terapéutica individual parece haberse logrado, y por otra parte, se ha establecido que muchas de las cepas de N. gonorrea que circulan en muchas partes del mundo muestran una resistencia creciente a la penicilina y a otros antibióticos empleados para combatirlos y, por consiguiente, su tratamiento se hace más complicado y necesita de un conocimiento especializado y actualizado para elegir las drogas y los esquemas de tratamiento adecuados.

Por otra parte, el efecto preventivo que pudo tener el uso y el abuso de los antibióticos en la primera década después de su introducción, si alguna vez existió, parece haber desaparecido, y el hecho de que en el caso de la sífilis el tratamiento adecuado elimina la premunición, hace que aparezcan reinfecciones en individuos integrantes de grupos con altas tasas de exposición y determinan cambios en el volumen de susceptibles.

La erradicación o control de la buba en los países donde era prevalente también puede haber contribuido al aumento de la población susceptible.

El optimismo inicial creado por los resultados observados con la penicilina también tuvo como consecuencia que se dejara de dar importancia a los programas de control de estas enfermedades, y las medidas en existencia dejaron de actuar o por lo menos no continuaron desarrollándose nuevos procedimientos ni se le dedicaron los recursos necesarios al dejar de ser considerados como un problema prioritario. Sin embargo, al presentarse el recrudecimiento actual muchos países establecieron nuevos programas, y se ha renovado el interés en el control y la investigación del problema de las enfermedades venéreas.

IV. SITUACION DEL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS EN LAS AMERICAS

Si bien es verdad que la multiplicidad de las fuerzas ecológicas que intervienen en la propagación de las enfermedades venéreas están fuera del control de las medidas clásicas de salud pública, y que los factores de la conducta tienen una influencia determinante que hace necesario promover técnicas sociales y educacionales basadas en investigaciones multidisciplinarias, las enfermedades venéreas no dejan de ser enfermedades transmisibles a las que pueden y deben aplicarse las técnicas de control adecuadas a su conducta epidemiológica específica.

Las medidas para el control de la blenorragia y la sífilis son en principio conocidas y fáciles de definir. Consisten principalmente en el hallazgo precoz y oportuno de los casos y en su tratamiento.

En ausencia de un agente inmunizante y debido a su forma de transmisión por el contacto venéreo entre individuos infectados y no infectados, el control depende del hallazgo oportuno de los infectados, y en particular, de los infectados para tratarlos antes de que se transformen en fuentes de infección.

El control dependerá del diagnóstico y tratamiento de los casos, de su conocimiento, de la investigación de sus contactos y de las medidas profilácticas, y para realizarlo es indispensable la existencia de servicios de salud bien estructurados y dinámicos que trabajen para una sociedad bien organizada.

El establecimiento de programas de control y su aplicación dependen de multitud de factores, entre los cuales cabe señalar la actitud de la profesión médica, la de las autoridades y trabajadores de salud, y la actitud de la comunidad frente a estas enfermedades que determinará la prioridad y la asignación de recursos dentro del marco de las disponibilidades.

1. Programas de control de las enfermedades venéreas

Diecinueve países de las Américas (Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela) informaron que tienen programas de control oficialmente organizados. De ellos, 12 (Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica,

Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela) pudieron identificar la totalidad o parte de los recursos financieros asignados a la lucha antivenérea. Dos países, Argentina y Honduras, sin programa de control oficialmente organizado, también dieron información acerca de los fondos asignados a combatir estas enfermedades.

Salvo Cuba y Guatemala todos los países con programas de control de las enfermedades venéreas señalan tener programas contra la blenorragia y tres, Barbados, Guyana y Honduras, a pesar de no haber señalado la existencia de programas de control de enfermedades venéreas, indicaron que tienen programas contra la gonorrea.

Todos, menos Colombia y Panamá, suministran tratamiento gratuito para la sífilis y la gonorrea.

2. Estado de la notificación de las enfermedades venéreas

El aumento en las enfermedades venéreas que se observan en los países que cuentan con sistemas de registros de datos más perfeccionados parecen indicar que este es un problema universal.

A menudo se ha mostrado que la sífilis y la gonorrea son más frecuentes que lo que muestran las estadísticas disponibles, aun con los mejores sistemas de notificación. Aparte de que la notificación de casos por todas las fuentes posibles debe ser obligatoria, no deben escatimarse esfuerzos para promover su denuncia de manera oportuna y correcta.

Es necesario estimular la notificación regular de todo caso diagnosticado y tratado por los médicos particulares y por las instituciones privadas o públicas, tanto de gonorrea como de sífilis en cada una y todas sus fases.

El limitado conocimiento de las enfermedades venéreas deriva de una serie de hechos. En muchos casos los enfermos recurren a la automedicación, al aficionado a la medicina, al curioso o al brujo o a profesionales no médicos que no notifican los casos que conocen. La profesión médica, por otra parte, sólo informa, cuando lo hace, de una pequeña proporción de los casos que atiende en su clientela.

A lo anterior se agrega la diversidad en las formas de clasificar la sífilis que se emplean incluso dentro de un mismo país que no siempre permiten homologar los casos de sífilis temprana comunicados por un país con los de otro.

La encuesta nacional sobre incidencia de las enfermedades venéreas realizada en los Estados Unidos de América en 1968, mostró que los médicos particulares sólo notifican al departamento de salud correspondiente el 11%

de casos de sífilis infecciosa, el 38% de los de sífilis en otras fases y el 11% de los casos de blenorragia y sin embargo, cuatro de cada cinco casos notificados fueron tratados por ellos.

Debido a la mala notificación, los datos sobre gonorrea tienen poco significado, y aun cuando los de sífilis son más confiables también su notificación es muy deficiente. En la encuesta realizada por la OMS, de 126 países sólo en el 57.2% la sífilis era notificable; sin embargo, en las Américas es notificable en 22 países.

En relación con la sífilis temprana sólo había disponibles datos desde 1950 en 12 países: 8 en Europa y 4 en las Américas (Venezuela, Estados Unidos de América, Canadá y El Salvador).

En sus respuestas al cuestionario enviado por la Organización en este año, 21 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela) informaron que la notificación de los casos de enfermedades venéreas a las autoridades de salud es obligatoria.

Por otra parte, la notificación de las serologías positivas es obligatoria en once países (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Cuba, Honduras, México, Panamá, República Dominicana, en los Estados Unidos de América menos en 12 estados, y en Venezuela).

A pesar de este panorama más bien halagüeño, cuando se analizan los datos suministrados se observan y se pueden deducir deficiencias considerables, tanto en la cantidad como en la calidad de los datos, que tienen como consecuencia dificultar la descripción y la interpretación de la situación.

3. Exámenes serológicos

Los exámenes serológicos constituyen un arma importante en el diagnóstico del paciente sifilítico y en la búsqueda de casos por procedimientos de triaje.

Los procedimientos de triaje tienden a perder valor y su costo aumenta a medida que la incidencia de la enfermedad disminuye; sin embargo, son muy útiles en grupos de población especialmente expuesta, y la mayoría de las autoridades y trabajadores de salud pública consideran que deben practicarse antes del casamiento, a las mujeres embarazadas, como examen de rutina en los hospitales, en los exámenes de salud, y naturalmente, en cualquier grupo que se identifique como especialmente expuesto a contraer sífilis.

Las pruebas serológicas más recomendadas y que se considera deben poder realizarse dentro de un programa bien organizado son: el VDRL como prueba no treponémica para ser usado rutinariamente, principalmente como técnica de pantalla y una prueba treponémica, que por ser más específica, debe utilizarse siempre que el diagnóstico tenga que basarse en el resultado serológico. En todos los países del Continente se utiliza ya el VDRL como prueba no treponémica; Cuba informó que utiliza el Kahn, y Chile y Haití el VDRL y el Kahn.

Diez países (Canadá, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Jamaica, México, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela) informaron que al menos en algún laboratorio del país puede practicarse una prueba serológica treponémica.

En once países (Argentina, en 4 provincias del Canadá, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, y salvo en cinco Estados de los Estados Unidos de América) existe una ley o disposición que exige el examen serológico prenupcial, y en cinco de los restantes (Cuba, Ecuador, Haití, República Dominicana y Venezuela) se practica habitualmente.

El examen serológico a las embarazadas se practica por ley o disposición legal en 14 países (Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Estados Unidos de América y Venezuela) y habitualmente en diez (Argentina, Barbados, Canadá, Cuba, Guatemala, Guyana, Jamaica, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Uruguay).

En el Brasil en ambos grupos se hacen exámenes serológicos en las maternidades docentes.

En la Tabla XXVIII figuran los exámenes serológicos practicados en 1969 y el porcentaje de pruebas reactivas. El menor porcentaje de reactividad, 2.1%, corresponde a los Estados Unidos de América, y el más alto, 45% a la República Dominicana, siguiéndole Jamaica con un 22.2%.

Cinco países suministraron datos del número de casos tratados en 1969 como consecuencia del examen serológico (Bolivia, Ecuador, Jamaica, México, y Estados Unidos de América).

4. Diagnóstico de la gonorrea

Hasta la fecha no se dispone de una técnica serológica adecuada y que permita descubrir los casos de gonorrea, y para su diagnóstico y búsqueda hay que depender de la coloración de Gram y de los métodos de cultivo.

En las mujeres, y en especial en las asintomáticas que constituyen el principal reservorio de la infección, el empleo de los cultivos es fundamental.

En América la coloración de Gram se emplea en todos los países pero sólo en 12 puede aplicarse en todas las clínicas (Brasil, Canadá, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Nicaragua, Perú, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela) y hay posibilidades de utilizar el cultivo en 13 países (Brasil, Canadá, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela).

5. Investigación de contactos

La identificación de contactos

La identificación de contactos, su localización, examen y tratamiento es fundamental para impedir la diseminación de la enfermedad.

En los últimos años, particularmente en los Estados Unidos de América, se han perfeccionado los enfoques y los procedimientos, y los resultados obtenidos en su aplicación al control de la sífilis parecen ser alentadores. Por el contrario, debido a su corto período de incubación, rastrear la fuente y la transmisión de la gonorrea es mucho más difícil y la experiencia muestra que los métodos de control deben tomar en consideración las diferencias del comportamiento de las distintas enfermedades venéreas y que es necesario encontrar nuevos métodos aplicables a la blenorragia.

Cualquiera que sea la metodología empleada y el grado de preparación del personal dedicado a la investigación de contactos, la información recibida muestra que en 10 países (Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Trinidad y Tabago, Uruguay, Estados Unidos de América y Venezuela) se practica la investigación de contactos en todo el país, y en 12 (Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana) sólo en las ciudades grandes.

Sin embargo, de los 10 primeros países sólo 5 (Costa Rica, El Salvador, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela) disponen de datos de 1967 ó 1968 acerca del número de casos de sífilis primaria y secundaria entrevistados, y de los países donde sólo se hace en las ciudades grandes, seis (Bolivia, Chile, Ecuador, Jamaica, México y República Dominicana) suministraron el dato.

Del total de los 11 que conocen el número de casos de sífilis primaria y secundaria entrevistados, cinco (Costa Rica, El Salvador, México, Estados Unidos de América y Venezuela) también tienen datos de 1960.

En las Tablas XXVIII y XXIX se presentan las actividades y los resultados de las investigaciones de contactos en los países que disponen de los datos, y en la Tabla XXX los índices de esas actividades y resultados.

El índice de contactos, que es el promedio de contactos sexuales declarados por cada caso de sífilis infecciosa entrevistado, oscila en 1968 entre 0.47 en El Salvador y 4.35 en Venezuela.

La comparación del índice de contactos de 1968 con el de 1960 muestra que en Costa Rica bajó de 4.11 a 2.58, en El Salvador de 0.92 a 0.47, en los Estados Unidos de América de 3.39 a 2.95, y en México y Venezuela subieron de 1.17 a 1.23 y de 1.72 a 4.35, respectivamente. Las variaciones pueden interpretarse en función de cambios en el número de parejas sexuales o en las técnicas y habilidad de los investigadores para obtener de los entrevistados los nombres de los contactos.

El porcentaje de contactos entrevistados refleja la habilidad para localizarlos y también la disponibilidad de recursos para hacerlo, y osciló del 17% en Ecuador al 90% en Costa Rica. La comparación de este porcentaje entre 1960 y 1968 muestra que en Costa Rica subió del 20 al 80%, en El Salvador del 32 al 84%, no cambió en los Estados Unidos de América, y en México y Venezuela bajó de 50 a 47% y de 75 a 53%, respectivamente.

El índice de casos de sífilis tratados, que es el promedio de casos descubiertos y tratados como consecuencia de la investigación de contactos por un caso de sífilis infecciosa entrevistado, sólo se conoce en El Salvador, los Estados Unidos de América y Venezuela. En los Estados Unidos en 1960 fue 0.43 y en 1968, 0.43, en Venezuela en los mismos años, 0.43 y 2.11, y en El Salvador, 0.17 en 1969.

El índice de casos de sífilis temprana tratados (índice de lesión a lesión), representa el promedio de casos de sífilis infecciosa por cada caso de sífilis temprana entrevistado, y en 1968 osciló de 0.16 en México a 0.72 en Chile. La comparación entre 1960 y 1968 muestra que en Venezuela subió de 0.1 a 0.66, en El Salvador de 0.13 a 0.28, en México se mantuvo estacionario, y en los Estados Unidos de América bajó de 0.27 a 0.22.

6. Medidas internacionales

Para el control de la propagación de las enfermedades venéreas de un país a otro, que siempre ha sido una preocupación de los países y de los organismos internacionales, la atención se ha concentrado en el control epidemiológico de emigrantes y turistas, en los centros antivenéreos de sanidad marítima recomendados por el Acuerdo de Bruselas, y en el intercambio internacional de información epidemiológica.

El número de centros antivenéreos en 1961 en las Américas era de 387.

En cuanto al intercambio de información epidemiológica, la información suministrada por los países muestra que en 1969 únicamente México, Estados Unidos de América y Venezuela notificaron a otros países del Hemisferio

los contactos obtenidos y que tenían su domicilio en el país notificado. El número de formularios enviados por México fue 147, por los Estados Unidos de América 441, y por Venezuela 22. México envió uno y los Estados Unidos 396 a países de otros continentes.

V. EL COSTO DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

Aun cuando de una manera muy general, es necesario estimar la carga que supone la presencia y la magnitud de una enfermedad a las comunidades, para tratar de calcular el beneficio que puede obtenerse mediante su control o erradicación, beneficio que a su vez justifica, en términos económicos, los programas de salud y los recursos destinados a ejecutarlos.

La carga que las enfermedades venéreas supone en términos de morbilidad ha sido señalada al presentar las estimaciones de casos nuevos de sífilis temprana y de gonorrea. Pero además de la magnitud del problema de la sífilis adquirida y de su recrudecimiento mundial, es importante calcular la incapacidad y la muerte prematura que cabe esperar ocurra entre los enfermos no sometidos a tratamiento.

En las condiciones actuales de los conocimientos técnicos y tomando en cuenta que se dispone de drogas efectivas para su tratamiento, es difícil si no imposible porque la ética no lo permite realizar estudios para medir la proporción en que las diferentes incapacidades y la muerte se presentan entre los pacientes tratados y los no tratados. Esta situación determina que probablemente las únicas fuentes de información que podrán ser utilizadas, tanto hoy como en el futuro, son el material clásico recogido en Oslo por Beck, Brunsgard, y el relativo al estudio de Tuskegee en Alabama.

De acuerdo al análisis de ambas series se ha estimado que, de cada 200 pacientes no tratados uno contraerá ceguera, cuatro presentarán demencia, ocho tabes y siete sífilis cardiovascular. Por otra parte, la sífilis no tratada reduce en un 17% la esperanza de vida, y en el 30% de los enfermos se descubre en la autopsia que la causa principal de la muerte fue una afección sifilítica cardiovascular o del sistema nervioso central.

Además, sin tomar en cuenta los problemas emocionales y sociales que causa la enfermedad y que se miden en términos de sufrimiento humano, la sífilis no tratada origina enormes cargas y pérdidas económicas derivadas de los recursos necesarios para atender a la enfermedad y a sus complicaciones e incapacidades, y de la disminución de productividad originada por las horas-hombre de trabajo perdidas como consecuencia del ausentismo y del menor número de años vividos.

En los Estados Unidos de América se ha calculado que los 24,000 pacientes con sífilis producidas por sífilis e internados en los hospitales psiquiátricos, representan un gasto de 49 millones de dólares. El mantenimiento de 12,200 personas incapacitadas por ceguera cuesta 5 millones anuales, y la pérdida de años-hombre debida a la disminución de la esperanza de vida puede estimarse en una falta de productividad anual equivalente a 48 millones de dólares.

La suma de los costos señalados, 102 millones de dólares, a pesar de su magnitud no representa más que una parte del problema; sin embargo, sirve de indicador para apreciar la importancia económica que tienen las enfermedades venéreas, y puede utilizarse para demostrar los beneficios que pueden derivarse de su control.

VI. PERSPECTIVAS Y NECESIDADES

Durante la década de 1960 las enfermedades venéreas, y en especial la gonorrea, han aumentado de manera significativa y los progresos que se han realizado para controlarlas no han sido suficientes.

Los esfuerzos médicos y de salud pública han sido neutralizados y desbordados por influencias ecológicas y cambios rápidos en el ambiente físico y social que han favorecido y continúan favoreciendo su propagación.

Todo lo que podía esperarse de la terapéutica individual de la gonorrea y de la sífilis parece haber sido logrado, y son pocas las esperanzas de que nuevos progresos en el tratamiento sean capaces de cambiar la situación.

Como enfermedad íntimamente relacionada con la conducta de los individuos y de las sociedades, los factores psicológicos educacionales y socio-culturales que intervienen en su propagación deben tomarse muy en cuenta para hacerlos intervenir en los programas de control. Sin embargo, es poco el conocimiento que de ellos tenemos y menos de los procedimientos para modificarlos.

Es probable que, como consecuencia de esta situación, las enfermedades venéreas continuarán siendo un problema nacional e internacional importante a menos que se consigan vacunas y se encuentren procedimientos profilácticos, o que se desarrollen técnicas capaces de neutralizar los efectos de los factores individuales y ambientales que intervienen en su frecuencia. Ambas cosas necesitan investigaciones y a ellas debe dársele la atención debida y los recursos necesarios.

Los efectos logrados con programas de educación para la salud no parecen ser muy prometedores, y es necesario diseñar nuevas técnicas para producir el impacto requerido en los individuos y grupos más expuestos al riesgo de las enfermedades venéreas. Para ello son imprescindibles investigaciones

sociales y de la conducta relacionadas con investigaciones epidemiológicas, para identificar con precisión quiénes están sometidos al riesgo y qué características tienen. Aun cuando la epidemiología está mostrando cada vez más interés en los factores sociales, psicológicos y culturales de las enfermedades, y algunos científicos sociales se están preocupando a su vez de la epidemiología, es todavía mucho lo que queda por hacer y son contados los estudios para elucidar el problema.

La necesidad de investigaciones coordinadas es imperante, y la importancia de la conducta en la magnitud del problema de las enfermedades venéreas obvia, pero no hay que escudarse en ellas para abandonar los esfuerzos que requieren las actividades de control, y que en el estado actual de los conocimientos, son necesarias y requieren ser intensificadas y, que por lo demás, al menos en el caso de la sífilis, han demostrado su efectividad cuando son bien aplicadas.

Para ello cada país debería perfeccionar y desarrollar sus programas de control y darles un carácter permanente incorporándolos efectivamente a los servicios de salud con el fin de asegurar su continuidad.

Los programas necesitan basarse en el diagnóstico de la situación y de la conducta epidemiológica de la enfermedad en las distintas comunidades y sectores de ellas y, por lo tanto, deben disponer de un buen registro de los casos, completado con un sistema de análisis e interpretación que permita vigilar las tendencias de las enfermedades venéreas en diferentes áreas y grupos de población. Esto no es realizable sin una notificación obligatoria que verdaderamente se cumpla y es necesario intensificar los esfuerzos para mejorar la situación actual.

Un programa para ser efectivo debe incluir las actividades necesarias para mejorar el estado de salud general, proporcionar protección específica y limitar las consecuencias de la enfermedad.

Para mejorar el estado de salud general, en relación al problema de las enfermedades venéreas, son fundamentales la educación para la salud y la educación sexual, y a pesar de las limitaciones de las técnicas disponibles, debe tratarse de sacar de ellas el mejor partido posible, perfeccionarlas y buscar métodos nuevos.

Para proporcionar protección específica hay que procurar profilaxis individual y colectiva, asegurar el diagnóstico y tratamiento precoz de los casos, y la identificación de los contactos para cerrar fuentes e impedir o limitar la diseminación de la enfermedad.

Las investigaciones de métodos profilácticos en marcha necesitan ser intensificadas y ampliadas con el fin de lograr una vacuna para la sífilis que sea satisfactoria, y agentes inmunizantes o de otro tipo para prevenir la blenorragia. El estudio de métodos profilácticos podría incorporarse a los

programas de planificación familiar y maternoinfantiles que también podrían utilizarse para las investigaciones epidemiológicas de los aspectos de la conducta que condicionan la propagación de las enfermedades venéreas y que impiden su prevención.

Los servicios generales de salud deben disponer de las facilidades necesarias para buscar, diagnosticar y tratar a los enfermos.

La búsqueda de casos es una actividad básica y para ella son fundamentales la encuesta epidemiológica de los casos, la investigación de sus contactos sexuales y de sus contactos sociales dentro del círculo de sus actividades, y las investigaciones serológicas. A pesar de las dificultades de orden económico y cultural que puedan presentarse en muchos países, las investigaciones de contactos constituyen un arma indispensable en la lucha contra la sífilis y no deben escatimarse los esfuerzos para implementar su aplicación. La búsqueda de casos por medio de investigaciones serológicas también ha demostrado su efectividad y debe ser intensificada en los grupos de población especialmente expuestos. La combinación y la coordinación de ambos procedimientos con criterio epidemiológico, puede contribuir a lograr mejores resultados ahorrando esfuerzos y recursos. En el campo de la búsqueda de casos mediante exámenes serológicos también es necesario intensificar las investigaciones con el fin de encontrar un método de triaje aplicable a la blenorragia.

Para el diagnóstico de la sífilis, la combinación del examen clínico y de los métodos de laboratorio disponibles es satisfactoria pero no sucede lo mismo con el diagnóstico de la gonorrea. También en este campo es necesario acelerar las investigaciones para conseguir un método de diagnóstico de la blenorragia sencillo y rápido que pueda ser aplicado a cualquier nivel. El uso del cultivo de N. gonorrea en medios selectivos debe generalizarse como un medio para detectar la infección de los reservorios femeninos asintomáticos, y su aplicación debería realizarse sistemáticamente en los servicios prenatales, ginecológicos y en los programas de planificación familiar.

En muchos países son los médicos privados los que examinan y tratan la mayoría de las enfermedades venéreas y, por consiguiente, es necesario incorporarlos a los programas de control, y las autoridades de salud de los países deberían buscar la cooperación de las sociedades y colegios médicos para encarar el problema de las enfermedades venéreas. Por la misma razón es imprescindible fomentar la enseñanza de las enfermedades venéreas en las escuelas de medicina con un enfoque docente integral de los aspectos clínicos, epidemiológicos y sociales y dándole la importancia que les corresponde dentro de la magnitud y trascendencia del problema, y con mayor urgencia es necesario fomentar la educación continuada de los médicos en ejercicio y prestarles el apoyo necesario para que puedan cumplir con el papel esencial que les corresponde en el hallazgo de casos nuevos y en la eliminación de focos de infección.

El interés y la colaboración de las comunidades en la lucha contra las enfermedades venéreas y su importancia para el éxito de los programas de control, exige que las autoridades de salud se ocupen de incrementarlo y de conseguirlo. La cooperación de las organizaciones privadas para fomentar el concurso de la población es particularmente importante, y en aquellos países con programas de desarrollo social, desarrollo de comunidades y dirigidos a atender a los grupos marginales, las actividades antivenéreas deben ser incorporadas en ellos.

Los problemas epidemiológicos, como consecuencia del aumento del intercambio de poblaciones entre los países, hacen que sea necesario reforzar la cooperación internacional en el control de las enfermedades venéreas y que los gobiernos tomen las medidas necesarias para hacerla efectiva.

REFERENCIAS

- Brown, W. J. y colaboradores. Syphilis and other Venereal Diseases. American Public Health Association, 1970. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Burton, J. Behavioral Diagnosis and Educational Treatment. WHO/VDT/69.354
- American Social Health Association. Today's VD Control Problem. 1970.
- Guthe, T. y O. Idsøe. The Rise and Fall of Treponematoses. WHO/VDT/67.345, 346 y 347.
- Guthe, T., O. Idsøe y R. R. Willcox. Syphilis and Human Ecology. WHO/VDT/67.348.
- Guthe, T. Introductory Remarks. Technical Meeting of the XXV Assembly of the International Union Against the Venereal Diseases and the Treponematoses. WHO/VDT/67.349.
- Juhlim, L. y S. Liden. The Influence of Contraceptive Gestogen Pills on Behavior and Spread of Gonorrhoea. WHO/VDT/68.352.
- Oficina Sanitaria Panamericana. Seminario sobre Enfermedades Venéreas. Publicación Científica No. 137. Junio de 1966.
- Western Pacific Regional Office WHO. Report on the Second Regional Seminar on Venereal Disease Control, Manila, Filipinas. Diciembre de 1968. WPRO 0144.
- Willcox, R. R. The Private Physician and the Venereal Disease Control. WHO/VDT/69.365.

CASOS DE SIFILIS NOTAS LAS PAISES POR PAISES 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		7310	4397	5143		6195	4113	5711	7050	5719	4814*
Barbados		1523	926	966	702	572	555	358	322	463	357
Bolivia	2786	215	117	80	85	124	202	82	103	586	382
Canada	6098	2168	2311	2432	2785	2771	2560	1969	2385	2233	2327
Chile		3374*	3705	3106*	3046	3502	4479	3603	3990	4300	3193
Colombia	14289	7214	12746	13868	11250	13004	17749	18658	17901	15037	12264
Costa Rica				1033	775	913	674	679	1142	677	1090
Cuba		566	508	1131	1691	1863	2322	2049	1055	543	59
Ecuador		674	928	820	1012	1203	1287	1482	1290	1266	997
El Salvador	14088	6359	5984	6600	7862	8634	9192	8675	7118	9152	8209
Guatemala	2148*	855	1273	1197	840	1186	1852	1755	1429	1429	1174
Guyana	814 (1)	457	438	311	800	1809	1730	954	251		
Haiti	4849	4944	5201	3759	3481	2907	3272	2710	2591	1898	1455*
Honduras		1728	2561	2263	1578	2003	2153	2588	2344	2024	2015
Jamaica	9049*	4341	1914	2776	2298	1774	1875	2046	1505	1066	
México	29178	23817	20456	19443	20005	17697	16323	12907	14717	14322	9782*
Nicaragua	1414*	1019*	1514*	1537*	1100*	1029*	2309*	1745	1911	1717	1399
Panamá	3737 (2)	168	151	310	200	239	351	308	163	179*	194*
Paraguay	7657*	1844	1722	1835	1616	2008	1951	1836	2078	1644	1833
Perú	5654	3804	3620	3953	3938	3397	3744	3235	3386	2202	2439
República Dominicana & Tabago	27502	14116	12040*	1049-	8595	12839	10559	9540	8555	12362	13787
Trinidad & Tabago	1479	589	408	327	385	367	382	598	601	722	782
EUA	217558	122538	124658	126245	124137	114325	112842	105159	102581	96271	92162
Uruguay	1280*	1515	1525	1711	1787	2674	2683	3356	3526	3495	3135
Venezuela	17149	7745	7131	7013	7448	7786	7569	9045	8881	8836	9915

* Notificaciones de los países a la Organización

(1) 1953

(2) Mediana de 1948 - 1952

TASAS DE MORBILIDAD DE SIFILIS TODAS LAS FASES POR PAISES 1950, 1960 - 1969
(POR 100,000 HABITANTES)

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		35.0	20.7	23.9	...	27.9	18.2	24.9	32.1	24.2	20.1*
Barbados		653.6	397.4	412.8	296.2	237.3	227.4	144.9	129.3	183.0	140.6
Bolivia	92.3	5.6	3.0	2.0	2.1	2.9	4.7	1.8	2.3	12.5	8.0
Canadá	44.5	12.1	12.6	13.1	14.7	14.4	13.1	9.8	11.7	10.8	11.0
Chile		43.9*	47.0	38.4*	36.7	41.2	51.4	40.4	43.7	40.0	33.4
Colombia	126.1	46.9	80.2	84.6	66.5	74.5	98.5	100.3	93.3	75.8	59.9
Costa Rica				76.9	55.8	63.4	42.6	41.5	71.8	41.4	64.3
Cuba		8.3*	7.3*	16.0*	23.4*	25.1*	30.4*	26.3*	13.3*	6.7*	7.2*
Ecuador		15.5	20.6	17.6	21.0	24.2	25.0	27.8	23.4	22.2	16.9
El Salvador	754.2	259.1	236.8	251.2	288.9	305.7	313.9	285.6	225.9	280.2	242.2
Guatemala	76.6*	22.4	32.4	29.5	20.1	27.5	41.7	38.4	30.3	29.4	23.4
Guyana	177.3	82.7	75.1	151.1	129.2	284.0	265.5	140.9	36.0		23.4
Haiti	155.8	123.9	127.9	90.7	82.4	67.4	74.4	60.4	56.6	40.6	30.5*
Honduras		93.5	134.1	114.7	77.4	95.0	98.9	114.7	121.9	83.9	80.8
Jamaica		266.5	116.5	167.1	135.3	101.8	104.7	111.4	80.2	55.7	
México		66.1	54.9	50.4	50.3	42.9	38.2	29.2	32.2	30.3	20.0*
Nicaragua	133.4*	72.2*	104.2*	102.7*	201.2*	64.4*	139.5*	101.5	107.2	93.2	73.1
Panamá	468.9	15.8	13.8	27.4	17.1	19.8	28.1	23.9	12.3	13.0*	13.7*
Paraguay	548.1*	105.3	95.6	99.2	84.6	102.0	96.1	87.7	96.2	73.7	79.6
Perú	66.4	37.9	35.1	37.2	35.9	30.1	32.1	26.9	27.3	17.2	18.5
República Dominicana	1290.6	465.0	382.7*	322.0	254.6	367.0	291.4	254.1	220.0	306.8	330.3
Trinidad & Tabago	234.0	70.9	47.0	36.3	41.7	38.6	39.2	60.1	59.5	70.7	75.2
EUA	142.9	67.8	67.8	67.6	65.5	59.5	58.0	53.4	51.5	47.9	45.4
Uruguay	53.2*	59.6	59.2	65.5	67.5	99.7	98.8	122.1	126.7	124.0	109.9
Venezuela	344.8	105.4	93.7	89.1	91.4	92.4	86.8	100.2	95.0	91.2	98.8

* Notificaciones de los países a la Organización

FASAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES VENEREAS POR PAISES EN 1968 ó 1969

Area	Sífilis todas las fases	Sífilis temprana	Sífilis latente temprana	Sífilis tardía y latente	Sífilis congénita	Blenorragia	Chancroide
<u>Norte América</u>							
Canadá	11.0	4.4	7.6	26.9	0.2	128.6	-
EUA	45.4	9.4			1.0	267.2	0.5
<u>Mesoamérica</u>							
Costa Rica	64.7		84.2	59.7	1.6	199.2	3.1
El Salvador	242.2	70.2		10.0	0.2	148.4	45.4
Guatemala	23.4	3.5	1.3	41.4	0.1	94.8	12.0
Honduras	80.8	69.0	39.2		0.1	180.9	75.1
México	20.0	4.3	8.9	29.4	0.2	20.2	0.8
Nicaragua	75.1	49.7	3.5		0.2	171.4	6.8
Panamá	13.7				1.5	32.7	
<u>Islas del Caribe</u>							
Barbados	140.6		0.8	1.3	0.2	845.3	0.1
Cuba	7.2	2.7				2.9	7.3
Haiti	30.5		20.1	5.7	0.5	58.1	2.4
Jamaica	55.7	29.4				2147.2	42.5
República Dominicana	330.3		12.9	30.2	0.3	403.2	3.8
Trinidad & Tabago	75.2	31.8				840.5	
<u>América del Sur</u>							
Argentina	20.1	2.1			0.0	33.6	0.6
Bolivia	8.0					5.0	0.1
Chile	33.4		31.9	5.1	0.8	215.8	8.3
Colombia	59.9	22.1	4.4	8.4	0.3	31.7	0.2
Ecuador	16.9	3.8					7.9
Guyana	79.6	17.2	27.4	11.7	2.0	33.1	2.3
Paraguay	18.5	8.3		9.4	1.4	50.8	7.0
Perú	109.9	72.5	60.5	11.0	1.6	156.2	0.1
Uruguay	98.8	25.6				269.5	12.6
Venezuela							

CASOS DE SIFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		4606	1501	1807	1572	1315	934	333	715	504	
Canadá	1049	461	591	783	845	817	621	673	718	721	918
Colombia	6011	3243	6814	11866	5412	11327	7826	8688	7533		4532
Ecuador		85	169	159	158	153	212	399	295	287	225
El Salvador					2835	2842	2677	2233	1656	2268	2381
Guyana	242*	6	104	14	24	76	78	27			
Honduras						1580	1590	1757	1625		
Jamaica		496	425	639	538	473	442	461	444	562	
México	7132	1835	2094	2333	2626	2480	2791	2034	2086	2030	
Nicaragua								820	1388	1208	951
Perú		2012	2174	2441	2606	2501	2409	1957	1953	1207	1092
Trinidad & Tabago	183	68	37	17	23	25	96	224	245	333	331
EUA	23939	16145	19851	21067	22251	22969	23338	21414	21053	19019	19130
Uruguay		950	1025	963	1165	1690	1680	1963	2181	2287	2067
Venezuela	3778	812	984	1122	1756	2162	2205	2166	1654	2068	2573

* 1953

TABLA VI

TASAS DE MORBILIDAD DE SIFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960 - 1969
 (POR 100,000 HABITANTES)

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		22.1	7.1	8.4	7.2	5.9	4.1	1.4	3.1	2.1	...
Canadá	7.6	2.6	3.2	4.2	4.5	4.2	3.2	3.4	3.5	3.5	4.4
Colombia	53.0	21.1	42.9	72.4	32.0	64.9	43.4	46.7	39.2	...	22.1
Ecuador		2.0	3.8	3.4	3.3	3.1	4.1	7.5	5.4	5.0	3.8
El Salvador					104.2	100.6	91.4	75.5	52.6	69.4	70.2
Guyana	52.7	1.1	17.8	2.3	3.9	11.9	11.9	4.0			
Honduras						74.9	72.9	77.9	69.6		
Jamaica		30.4	25.8	38.5	31.7	27.2	24.7	25.1	23.7	29.4	
México	27.6	5.1	5.6	6.0	6.6	6.0	6.5	4.6	4.6	4.3	
Nicaragua								47.7	77.8	65.6	49.7
Perú		20.1	21.1	23.0	23.8	22.1	20.7	16.3	15.8	9.4	8.3
Trinidad & Tabago	29.0	8.2	4.3	1.9	2.5	2.6	9.8	22.5	24.2	32.6	31.8
EUA	15.7	8.9	10.8	11.3	11.7	12.0	12.0	10.9	10.6	9.4	9.4
Uruguay		37.4	39.8	36.9	44.0	63.0	61.9	71.4	78.4	81.2	72.5
Venezuela	76.0	11.0	12.9	14.2	21.6	25.6	25.3	24.0	17.7	21.4	25.6

CASOS DE SIFILIS TEMPRANA LATENTE SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Colombia	4720	1853	2856		3854		8242	8127	8249		6518
Ecuador		119	124	127	241	346	422	448	639	599	257
El Salvador					2068	2672	3298	3354	2883	3545	2853
Guyana	257*	137		107	192	350	515	320			
Honduras						48	48	91		1077	979
Jamaica		2484	908	966	885	620	666	1049	697	385	
México	7491	6844	4959	5009	5657	4811	5358	4443	4303	4188	
Trinidad & Tabago	259	91	48	26	19	15	23	54	105	115	134
EUA	59256	18017	19486	19585	18235	17781	17458	15950	15554	15150	15401
Venezuela	9994	4120	3969	4215	4368	4338	4408	5526	5873	5630	6076

* 1953

TASAS DE MORBILIDAD REGISTRADA DE SIFILIS TEMPRANA LATENTE POR 100,000 HABITANTES SEGUN PAIS DE LOS AÑOS
1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Colombia	41.6	12.0	18.0		22.8		45.7	43.7	43.0		31.9
Ecuador		2.7	2.8	2.7	5.0	6.9	8.2	8.4	11.6	10.5	4.4
El Salvador					76.0	94.6	112.6	110.4	91.5	108.5	84.2
Guyana	56.0*	24.2		17.8	31.0	54.9	78.6	47.3			
Honduras						2.3	2.2	4.0		44.6	39.2
Jamaica		152.5	55.1	58.2	52.1	35.6	37.2	57.0	37.2	20.1	
México	29.0	19.0	13.3	13.0	14.2	11.7	12.6	10.1	9.4	8.9	
Trinidad & Tabago		11.0	5.5	2.9	2.0	1.6	2.4	5.4	10.4	11.3	12.9
EUA	38.9	10.0	10.6	10.5	9.6	9.2	9.0	8.1	7.8	7.5	7.6
Venezuela	200.9	56.1	52.1	53.5	53.6	51.5	50.5	61.2	62.8	58.1	60.5

* 1953

TABLA IX

PROMEDIO DE CASOS DE SIFILIS TEMPRANA POR CADA CASO DE SIFILIS
 TEMPRANA LATENTE

Area	1950	1960	1969
Colombia	1.27	1.75	0.70
Ecuador		0.71	0.88
El Salvador			0.85
Jamaica		0.20	1.46
México	0.95	0.27	0.48
Trinidad & Tabago	0.71	0.75	2.47
EUA	0.40	0.90	1.24
Venezuela	0.58	0.20	0.42

TABLA X

CASOS DE SIFILIS TARDIA Y TARDIA LATENTE SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Colombia	2815	1576	2610	1433	1680	1260	1462	1302	1430		1050
Ecuador		134	582	474	516	580	539	591	285	343	496
El Salvador					2166	2409	2317	1994	1913	2039	2011
Guyana	298*	322	334	798	584	1352	1129	600			
Honduras (+)						352	504	719	1207	934	1034
Jamaica			512	1114	845	659	743	523	358	109	
México	13268	13869	12155	11111	10980	9801	7799	6110	7800	7591	
Perú		1792	1446	1512	1332	896	1335	1278	1433	863	1243
Trinidad & Tabago	1017	419	316	279	341	323	261	320	249	269	314
EUA	113569	81798	79304	79533	78076	68629	67317	63541	61975	58564	54588
Venezuela	3071	2530	2013	1535	1231	1202	867	1212	1236	1009	1102

* 1953

(+) Includida no especificada

TASAS DE MORBILIDAD DE SIFILIS TARDIA Y TARDIA LATENTE POR 100,000 HABITANTES SEGUN PAIS DE LOS AÑOS
1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Colombia	24.8	10.2	16.4	8.7	9.9	7.2	8.1	7.0	7.4		5.1
Ecuador		3.0	12.9	10.2	10.7	11.6	10.5	11.1	5.2	6.0	8.4
El Salvador					79.6	85.3	79.1	65.6	60.7	62.4	59.3
Guyana	64.9	57.0	57.3	132.8	94.3	212.2	172.4	88.6			
Honduras						16.7	23.1	31.9	51.7	38.7	41.4
Jamaica		79.8	21.1	67.1	49.8	37.8	41.5	28.4	19.1	5.7	
México	51.4	38.5	32.6	28.8	27.5	22.8	18.3	13.8	17.1	16.1	
Perú		17.9	14.0	14.2	12.2	7.9	11.5	10.6	11.6	6.8	9.4
Trinidad & Tabago	160.9	50.4	36.4	31.0	37.0	34.0	26.8	22.2	24.6	26.3	30.2
EUA	74.6	45.3	43.2	42.6	41.2	35.7	34.6	32.3	31.1	29.1	26.9
Venezuela	61.7	34.4	26.4	19.5	15.1	14.3	9.9	13.4	13.2	10.4	11.0

CASOS DE SIFILIS CONGENITA SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960-1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		338	117	187	88	104	61	6	31	13	
Canadá	311	62	80	66	85	72	86	57	55	40	37
Colombia	743	542	466	564	304	417	219	541	344		164
Ecuador		346	53	60	97	124	114	44	72	37	19
El Salvador		90*	63*	97*	100	107	91	68	77	58	56
Guyana	17(1)	2	14*	1		31	8	7			
Honduras					25*	23	16	21	12	13	2
Jamaica		61	69	57	30	22	24	15	6	10	
México			1174*	1169*					45*	57*	
Panamá							4*	15*	38*	21*	
Trinidad & Tabago	20	11	7	5	2	4	2	0	2	5	3
EUA	13377	4416	4163	4070	4031	3516	3564	3170	2894	2381	2074
Uruguay		28	23	16	33	45	60	65	69	36	39
Venezuela	306	283	165	141	93	84	89	141	118	129	164

* Notificaciones de los países a la Organización

(1) 1953

TASAS DE MORBILIDAD DE SIFILIS CONGÉNITA POR 100,000 HABITANTES SEGUN PAIS 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		1.6	0.6	0.9	0.4	0.5	0.5	0.0	0.1	0.0	
Canadá	2.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2
Colombia	6.6	3.5	2.9	3.4	1.8	2.4	1.2	2.9	1.8		0.8
Ecuador		7.9	1.2	1.3	2.0	2.5	2.2	0.8	1.3	0.6	0.3
El Salvador		3.7*	2.5*	3.7*	3.7	3.8	3.1	2.2	2.4	1.8	1.6
Guyana	3.7(1)	0.4	2.4*	0.2		4.9	1.2	1.0			
Honduras					1.1*	1.1	0.7	0.9	0.5	0.5	0.1
Jamaica		3.7	4.2	3.4	1.8	1.3	1.3	0.8	0.3	0.5	
México			3.2*	3.0*					0.1*	0.1*	
Panamá							0.3*	1.2*	2.8*	1.5*	
Trinidad & Tabago	3.2	1.3	0.8	0.6	0.2	0.4	0.2	-	0.2	0.5	0.3
EUA	8.8	2.4	2.3	2.2	2.1	1.8	1.8	1.6	1.4	1.2	1.0
Uruguay		1.1	0.9	0.6	1.2	1.7	2.2	2.4	2.5	1.3	1.4
Venezuela	6.2	3.8	2.2	1.8	1.1	1.0	1.0	1.6	1.3	1.3	1.6

* Notificaciones de los países a la Organización

(1) 1953

TASAS ESPECÍFICAS DE SIFILIS CONGENITA POR EDAD, PAÍSES Y AÑOS (POR 100,000 HABITANTES)

Area	Año	Grupos de edad					Todas las edades
		< 1	1 - 4	5 - 9	10+		
Colombia	1963	8.8	0.8				3.6
	1967	7.0	1.1				2.6
El Salvador	1968	58	2	1.9	1		4
Jamaica	1968	3.1	2.0	0.0	0.4		0.5
EUA	1960	5.0	0.5	0.2	2.9		2.5
	1968	8.8	0.2	0.1	1.3		1.2
Venezuela	1960	2.4	0.1	3.3	0.2		3.9
	1969	24.5	2.9	1.1			1.8

DEFUNCIONES POR TODAS LAS FASES DE SIFILIS POR PAISES EN LOS AÑOS 1950, 1960-1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina (1)	469*	269	303	336	305	348	323	358	356	7	
Barbados (2)	132	24	25	29	27	25	13	13	23	78	
Canadá	369*	172*	160	129	117	91	105	87	68	88	
Chile	400*	175*	195*	153*	125	149	176	146	133		
Colombia	566*	234*	210*	195	190	197	226	221	211	6	
Costa Rica	48*	12	15	8	12	18	19	13	7		
Cuba		95	134	113	114	108	115	39*	39*		
Ecuador (3)	70*	46	45	48	50	31	22	34	39	13	18
El Salvador	306*	81	88	90	22	23	14	5	18		
Guatemala	50*	5	9	4	4	3	8	11	9		
Guyana		10*			1*						
Haití		4	1	6	8	1					
Honduras		5	5			5		7	11		
Jamaica	489*	122	134	127	102	100	93	82	106	62	
México	1897*	678	526	497	442	487	310	285	280	249	
Nicaragua (4)	3*	2	6		4		2	1	2		
Panamá (1)	31*					15	15	13	9		
Paraguay	281*	25	28	25	31	39	37	35	18	41	
Perú (4)	100*	54	39	33	52	48	34	39			
República Dominicana	145*			36	44	16	42	58	100	94	83
Trinidad & Tabago	49*	43	43	41	40	40	32	25	23		
EUA	7568	2945	2850	2811	2666	2619	2434	2193	2381	56*	
Uruguay	322*		95*		71*	75*	81*	78*	70*		
Venezuela	739	196	154	180	150	136	141	112	90	89	

(*) Notificaciones de los países a la Organización

(1) 1952

(2) 1951

(3) 1954

(4) 1955

TASAS DE MORTALIDAD POR SIFILIS DE TODAS LAS FASES POR 100,000 HABITANTES POR PAISES
AÑOS 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina (1)	2.6*	1.3	1.4	1.6	1.4	1.6	1.4	1.6	1.5	2.8	
Barbados (2)	61.0	10.3	10.7	12.5	11.4	10.4	5.3	5.3	9.3	0.4	
Canadá	2.7*	1.0	0.9	0.7	0.6	0.5	0.5	0.4	0.3	0.9	
Chile	6.6*	2.3*	2.5*	1.9*	1.5	1.8	2.0	1.6	1.5		
Colombia	5.0*	1.5*	1.3*	1.2	1.1	1.1	1.2	1.2	1.1	0.4	
Costa Rica	6.0*	1.0	1.1	0.6	0.9	1.3	1.3	0.8	0.4		
Cuba		1.4	1.9	1.6	1.6	1.5	1.5	0.6	0.5*		
Ecuador (3)	2.0*	1.1	1.0	1.0	1.0	0.8	0.4	0.6	0.7	0.4	0.5
El Salvador	16.5*	3.0	3.0	3.0	0.8	0.8	0.5	0.2	0.6		
Guatemala	1.8*	0.1	0.2	0.1	0.1	0.4	0.2	0.2	0.1		
Guyana		1.8*			0.2*						
Haití											
Honduras		0.2	0.2	0.3	0.4	0.2	0.1	0.3	0.4		
Jamaica	34.9*	7.5	8.2	7.6	6.0	5.7	5.1	4.4	5.6	3.2	
México	7.3*	1.9	1.4	1.3	1.1	1.2	0.7	0.6	0.6	0.5	
Nicaragua (4)	0.2*	0.1	0.4		0.3		0.1	0.1	0.1		
Panamá (1)	3.9*										
Paraguay	20.1*	2.9	3.1	2.7	3.1	3.8	3.5	3.2	1.6	3.5	
Perú		0.5	0.4	0.3	0.5	0.4	0.3	0.3			
República Dominicana	6.8*			1.1	1.3	0.5	1.2	1.6	2.6	2.4	2.0
Trinidad & Tabago	7.8*	5.2	5.0	4.6	4.3	4.2	3.3	2.5	2.3		
EUA	5.0	1.6	1.6	1.5	1.4	1.4	1.3	1.1	1.2	2.0*	
Uruguay	13.4*		3.7*		2.7*	2.8*	3.0*	2.8*	2.5*	0.9	
Venezuela	14.8	2.6	2.0	2.3	1.8	1.6	1.6	1.3	1.1		

(*) Notificaciones de los países a la Organización

(1) 1952

(2) 1951

(3) 1954

(4) 1955

DEFUNCIONES POR SIFILIS EN MENORES DE UN AÑO POR PAISES EN 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		29	58	38	56	50	51	76	77		
Barbados (1)	68	4	1	2	2	4	0	3	2	0	
Canadá		0	1	3	3	0	1	0	0	0	
Chile					57*	70*	61*	54*	55*	52*	
Colombia			44*	59*	49*	88*	77*	76*	77*		
Costa Rica		0	0	2	2	4	8	4	0	0	
Cuba		8	19	16	18	3	13				
Ecuador		18	12	12	16	8	5	15			
El Salvador		69	83	87	16	10	11	5	12	8	13
Guatemala		4	6	1	3	1	5	8	8		
Honduras		0	1	1	0	0	0	1	4		
Jamaica		25	20	21	11	7	9		6		
México		273	213	190	163	165	106	99	101	81	
Nicaragua			1		1			1	2		
Panamá						2	0	4	4		
Paraguay				11	19	26	29	20	10	29	4
Perú		15	18	13	15	10	12	17			
República Dominicana				17	31	13	36	39	84	81	61
Trinidad & Tabago		0	2	0	0	0	0	0	0		
EUA	201	30	20	29	19	20	25	25	15	18*	
Uruguay					9*	8*	19*	14*	16*		
Venezuela		18	13	17	15	6	21	7	8	11	

(1) 1951
 (*) Comunicaciones de los países a la Organización

MORTALIDAD INFANTIL POR SIFILIS POR PAISES EN 1950, 1960 - 1969
(POR 100,000 NACIDOS VIVOS)

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		6.1	12.2	7.7	11.4	10.1	10.1	15.5			
Barbados (1)	1001.0	51.1	14.7	43.6	29.6	61.4	0	47.2	36.6	0	
Canadá		0	0.2	0.6	0.6	0	0.2	0	0	0	
Chile					19.4*	23.4*	20.7*	19.0*	20.7*	19.8*	
Colombia			7.0*	9.1*	7.4*	13.0*	11. *	11.5*	11. *		
Costa Rica		0	0	3.1	3.3	6.2	12.1	6.3	0	0	
Cuba		3.7	8.1	6.1	7.0	1.1	4.9				
Ecuador		0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	0.3			
El Salvador		57.0	66.0	68.0	12.0	8.0	8.0	4.0	8.0	6.0	9.0
Guatemala		2.1	3.1	0.5	1.5	0.5	2.5	3.8	3.9		
Honduras		0.0	1.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.9	3.8		
Jamaica		36.5	30.3	32.4	16.6	10.2	12.9		8.9		
México		17.3	12.9	11.1	9.3	8.9	5.6	5.2	5.1	3.9	
Nicaragua			1.6		1.5			1.4	2.6		
Paraguay				40.0	65.8	90.0	100.5	71.6	34.4	97.0	13.8
Perú		10.2	12.2	7.7	8.5	5.2	5.8				
República Dominicana				15.9	28.1	11.2	33.7	30.9	61.7	59.3	
Trinidad & Tabago			6.1								
EUA	5.7	0.7	0.5	0.7	0.7	0.5	0.7	0.7	0.4		
Uruguay		5.5	3.8	14.3*	12.7*	31.6*	23.5*	1.8	1.9	2.7	
Venezuela				5.0	4.2	1.6	5.5				

(1) 1951

(*) Notificaciones de los países a la Organización

TABLA XIX

CASOS DE BLENORRAGIA SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960-1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		15099	7738	9389	10310	11051	5327	6064	8467	7150	8065*
Barbados		3133	2167	2360	2353	2671	2116	1916	2242	2597	2147
Bolivia	1594	112	131	35	67	78	299	182	141	143	238
Canadá	16106	15661	16460	17697	19411	20628	20453	21479	22601	22530	27111
Chile			4103	1634	1392*	902*					
Colombia	10365	28068	34668	34897	32643	33459	34956	33201	34228	42671	44166
Costa Rica	2146	1345	2032	2101	2090	2315	1788	1801	2400	2501	3377
Cuba		13	215	896	787	866	697	663	366	243	239
Ecuador		22	110	482	424	418	461	374	496	1088	1865
El Salvador	4970	3383	3004	3753	4354	3008	3351	3542	3405	5234	5031
Guatemala		2086	3541	4531	3314	3274	3238	3508	3812	3764	4751
Guyana	1270+	2931	2382	5740	5910	7242	7619	8179	2325	2714	4514
Haití	4849	4968	5072	3849	4004	3643	3837	3058	3616	4787	
Honduras		4534	5298	4614	3138	8077	5089	5086	5008		
Jamaica		39682	39241	35306	31082	30598	32713	34415	39171	41077	9896*
México	23000	19105	19542	19059	18784	18368	16512	11395	13486	12248	3283
Nicaragua		744*	1026*	787*	629*	1942*	1505*	2182	3060	2207	463*
Panamá	3957x	618	483	487	649	625	401	667	462	503*	762
Paraguay			517	654	473	396	328	383	492	471	6692
Perú	5328	7278	6673	7778	8586	7978	8348	6220	6213	6549	
República Dominicana	6035	22468		18846	16587	16299	13990	13350	11518	16086	16830
Trinidad & Tabago		4662	4975	6230	7978	7932	8505	7318	8510	8720	8741
USA	286746	258933	264158	263714	278289	300666	324925	351738	404836	464543	534874
Uruguay	3038*	3986	3840	3827	4254	4805	4189	4263	4178	5648	4454
Venezuela	9881	7947	13676	14334	14375	15378	16248	19726	23082	26105	27048

* Notificaciones de los países a la Organización

+ 1953

x Mediana de 48-52

TASAS DE MORBILIDAD DE BLENNORRAGIA POR 100,000 HABITANTES SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		72.4	36.5	43.6	47.1	49.8	23.6	26.5	36.4	30.3	33.6*
Barbados		1344.6	930.0	1008.5	992.8	1108.3	867.2	775.7	900.4	1026.5	845.3
Bolivia	52.8	2.9	3.3	0.9	1.6	1.8	6.9	4.1	3.1	3.0	5.0
Canadá	117.4	87.4	90.1	95.1	102.6	107.0	104.3	107.1	110.6	108.5	128.6
Chile			52.0	20.2	16.8*	10.6*					
Colombia	91.5	182.3	218.2	212.8	192.9	191.6	194.0	178.5	178.4	215.2	215.8
Costa Rica	267.9	107.2	156.5	156.4	150.2	160.9	120.0	116.9	150.9	153.0	199.2
Cuba		0.2	3.1	12.7	10.9	11.6	9.1	8.5	4.6	3.0	2.9
Ecuador		0.5	2.4	10.4	8.8	8.4	9.0	7.0	9.0	19.1	31.7
El Salvador	266.0	137.9	118.9	142.9	160.0	106.5	114.4	116.6	108.1	160.3	148.4
Guatemala		54.8	90.1	111.8	79.3	76.0	73.0	76.7	80.8	77.4	94.8
Guyana	276.7	518.8	408.6	995.1	954.8	1136.9	1163.2	1208.1	333.1		
Haití	155.8	124.5	124.7	92.8	94.7	84.5	87.3	68.2	79.0	58.1	
Honduras		245.2	277.4	233.8	153.8	383.0	233.3	225.4	214.6	198.4	180.9
Jamaica		2436.0	2384.0	2125.6	1830.5	1756.5	1826.5	1871.4	2088.0	2147.2	
México	89.0	53.0	52.4	51.5	47.1	44.5	38.7	25.8	29.5	25.9	20.2*
Nicaragua		52.7*	70.6*	52.6*	40.8*	121.6*	90.9*	126.9	171.6	119.8	171.4
Panamá	496.5	58.2	44.1	43.1	55.6	51.9	32.2	51.8	34.8	36.7*	32.7*
Paraguay			28.7	35.4	24.8	20.1	16.2	18.3	22.8	21.1	33.1
Perú	62.5	72.6	64.7	73.2	78.4	70.6	71.6	51.8	50.2	51.3	50.8
República Dominicana	283.2	740.0	...	578.3	491.3	466.0	386.0	355.6	296.2	399.2	403.2
Trinidad & Tabago	959.8	561.0	573.2	692.2	863.4	834.1	873.2	735.5	842.6	854.1	840.5
EUA	188.3	143.3	143.8	141.3	146.9	156.5	167.0	178.6	203.3	230.9	263.2
Uruguay	126.2*	156.9	149.1	146.5	160.6	179.2	154.3	155.1	150.1	200.4	156.2
Venezuela	198.6	108.1	179.7	182.1	176.5	182.5	186.3	218.4	246.8	269.5	269.5

* Notificaciones de los países a la Organización

CASOS DE GRANULOMA INGUINAL SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Canadá	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Colombia	253	317	191	129	274	85	92	72	139	144	168
Costa Rica		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba										1	
Ecuador		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	0	0	0	9	32	126	0	0	0	0	0
Guatemala		2	0	0	0	3	9	4	2	24	10
Guyana	48	135	321	108	39	325	456	309	367	24	11
Honduras		3	2	16	5	10	7	21	26	24	
Jamaica		143	137	133	89	55	65	69	51	57	
México		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua			1	3	1	2	2	13	3	0	22
Paraguay								5			0
República Dominicana	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad & Tabago	39	2	4	6	3	2	2	0	1	7	2
EUA	1783	296	241	207	173	135	155	148	154	156	154
Venezuela	84	72	55	42	29	31	30	31	45	22	26

CASOS DE LIINFOGRANULOMA VENEREO SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		59	37	29	51	56	60	107	212	91	
Bolivia		1		1	1	1	1	26			1
Canadá	3	2	0	0	0	0	1	0	1	2	0
Colombia	722	837	571	749	743	762	863	731	764	653	544
Costa Rica		0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Cuba					1	3	1			1	
Ecuador		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador		181	76	181	168	169	120	169	59	70	53
Guatemala	3	1	20	9	0	5	4	7	23	64	9
Guyana		36	59	15	1	47	51	19	30		
Honduras		60	23	34		34	19	33	45	45	29
Jamaica		481	435	531	376	251	164	48	67	68	
México		19	24	19	17	11	15	16	6	9	
Nicaragua											25
Paraguay			6	4	9	11	0	2	5	6	5
Perú		186	294	306	275	175	669	314	190	172	153
República Dominicana	101	952		901	817	732	750	766	288	679	722
Trinidad & Tabago	64	23	15	12	21	9	18	36	53	35	3
EUA	1427	835	787	590	586	732	878	308	371	485	520
Venezuela	253	481	348	288	258	261	210	226	118	118	102

CASOS DE CHANCROIDE SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960-1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		172	79	111	195	145	144	152	184	135	
Bolivia		5	15	5	7	10	58	9	4	4	4
Canadá	13	3	3	4	3	2	2	6	1	1	4
Colombia	3081	3965	2472	2800	2911	2542	2243	1899	2377	2114	1696
Cuba		20		76	27	6	7	5		2	5
Ecuador		4	21	200	278	165	90	48	105	117	10
El Salvador	1227	770	1093	1425	1961	2070	1899	2069	1740	1865	1538
Guatemala		1536	1980	1760	1651	886	1154	1245	914	1052	603
Guyana	64	166		170	664	227	124	52	57		
Haití		120	328	306	346	427	413	368	439	341	
Honduras		2068	2292	2367	1119	1927	1900	1749	1996	1758	1874
Jamaica		163	171	198	116	63	75	69	39	46	
México	1272	869	573	466	318	336	228	471	333	381	131
Nicaragua		14*									
Paraguay			42	72	32	38	21	37	38	24	53
Perú		1234	1729	1880	1642	1395	2168	1565	749	792	919
República Dominicana	1248	4484		3480	2400	3446	3200	3112	2385	2518	1773
Trinidad & Tabago	95	66	29	35	81	51	100	79	59	65	39
EUA	4977	1680	1438	1344	1220	1247	982	838	784	845	1104
Uruguay	6*	3	0	1	67	9	12	0	12	84	4
Venezuela	3038	2474	2110	1357	1469	2181	1841	1771	1551	1464	1270

* Notificaciones de los países a la Organización

TASAS DE MORBILIDAD DE CHANCROIDE POR 100,000 HABITANTES SEGUN PAIS DE LOS AÑOS 1950, 1960 - 1969

Area	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		0.8	0.4	0.5	0.9	0.6	0.6	0.7	0.8	0.6	
Bolivia		0.1	0.4	0.1	0.2	0.2	1.3	0.2	0.1	0.1	0.1
Canadá	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Colombia	27.2	25.8	15.6	17.1	17.2	14.6	12.4	10.2	12.4	10.7	8.3
Costa Rica					16.6	9.6	9.4	11.4	8.2	2.9	3.1
Cuba		0.3	...	1.1	0.4	0.1	0.1	0.1		0.0	0.1
Ecuador		0.1	0.5	4.3	5.8	3.3	1.7	0.9	1.9	2.1	0.2
El Salvador	65.7	31.4	43.2	54.2	72.1	73.3	64.9	68.1	55.2	57.1	45.4
Guatemala		40.3	50.4	43.4	39.5	20.6	26.0	27.2	19.4	21.6	12.0
Guyana	15.1	29.4	...	28.3	107.3	15.6	18.9	7.7	8.2	7.9	
Haití		3.0	8.1	7.4	8.2	9.9	9.4	8.2	9.6	7.3	
Honduras		111.8	120.0	120.0	54.8	91.4	87.1	77.5	85.6	72.8	75.1
Jamaica		10.0	10.4	11.9	6.8	3.6	4.2	3.8	2.1	2.4	
México	4.9	2.4	1.5	1.2	0.8	0.8	0.5	1.1	0.7	0.8	6.8
Nicaragua		1.0						7.1	6.4	25.9	
Paraguay			2.3	3.9	1.7	1.9	1.0	1.8	1.8	1.1	2.3
Perú		12.3	16.8	17.7	15.0	12.3	18.6	15.0	6.0	6.2	7.0
República Dominicana	58.6	147.7	...	106.8	71.1	98.5	88.3	82.9	61.3	62.5	42.5
Trinidad & Tabago	15.0	7.9	3.3	3.9	8.8	5.4	10.3	7.9	5.8	6.4	3.8
EJA	3.3	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.5
Uruguay	0.2	0.1		0.0	2.5	0.3	0.4		0.4	3.0	0.1
Venezuela	61.1	33.7	27.7	17.2	18.0	25.9	21.1	19.6	16.6	15.1	12.6

* Notificaciones de los países a la Organización

TASAS ESPECIFICAS DE MORBILIDAD DE SIFILIS TEMPRANA POR PAISES Y AÑOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXOS
(POR 100,000 HABITANTES)

GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Area	Año	10 - 19		20 - 29		30 y más		Todas las edades	
		V	H	V	H	V	H	V	H
Ecuador	1960	2.9	1.3	3.8	1.6	1.1	0.4		
	1969	4.4	1.4	6.1	2.8	2.4	0.9		
Venezuela	1960	25.8	5.2	63.5	9.3	12.4	1.1	19.5	2.9
	1969	39.5	15.2	147.1	47.8	28			

GRUPOS DE EDAD Y SEXO

EJA	Año	0 - 14		15 - 19		20 - 24		30 y más		Todas las edades	
		V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
EJA	1960	0.1	0.4	20.4	19.2	57.8	22.3	9.9	2.5	12.8	5.5
	1968	0.2	0.6	18.3	20.3	47.4	23.9	10.1	3.5	12.5	7.0

GRUPOS DE EDAD Y SEXO

México	Año	0 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 34		35 y más		Todas las edades	
		V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
México	1962	0.2	0.2	10.8	5.9	29.3	11.3	20.0	11.4	9.0	3.6	8.1	4.0
	1968	0.2	0.2	9.8	4.8	21.4	8.8	14.2	6.3	5.1	3.0	5.8	2.8

GRUPOS DE EDAD

Perú	Año	< 10		10 - 19		20 - 29		30 y más		Todas las edades	
		Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos		
Perú	1960	4.2	24.7	84.0	57.9	38.0					
	1968	1.0	23.8	74.6	39.5	27.4					

TASAS ESPECÍFICAS DE MORBILIDAD DE BLENORRAGIA POR EDAD Y SEXO EN VENEZUELA EN 1960 Y 1969
(POR 100,000 HABITANTES)

Año	GRUPOS DE EDAD									
	Menos de 10		10 - 19		20 - 29		30 y más		Todas las edades	
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
1960	2.5	6.0	193.8	73.1	523.9	252.6	78.5	33.9	145.7	66.9
1969	7.1	16.3	505.0	191.9	1364.5	658.1	205.3	89.2	384.8	175.2

TASAS ESPECÍFICAS DE BLENORRAGIA POR EDAD Y SEXO EN EJA 1960 Y 1968
(POR 100,000 HABITANTES)

Año	GRUPOS DE EDAD									
	0 - 14		15 - 29		20 - 29		30 y más		Todas las edades	
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
1960	5.4	12.1	480.9	347.1	1055.9	331.2	113.6	29.0	210.2	83.6
1968	7.3	12.2	783.8	439.9	1700.2	415.4	163.6	27.2	366.2	113.0

EXAMENES SEROLOGICOS REALIZADOS Y NUMERO DE REACTIVOS POR PAISES EN 1969

Area	Número de exámenes realizados	Número de exámenes reactivos	Porcentaje de pruebas reactivas	Nº de casos tratados como resultado
Barbados	27133	2519	9.3	...
Bolivia	4000	113	2.8	113
Chile (1)	175330	...	...	...
Costa Rica	56844	...	...	...
Ecuador	98843	7974	8.1	997
El Salvador	147352	...	...	...
Guatemala	95694	7463	7.8	...
Haití	21178	3904	18.4	...
Honduras	66962	4771	7.1	...
Jamaica (2)	146066	32505	22.3	490
México	846541	...	...	18069
Nicaragua	47891	3317	2.8	...
Paraguay	39346	3937	10.0	...
República Dominicana	62571	28150 (3)	45.0	...
Trinidad & Tabago	71485	2738	5.0	...
EUA	38000000 (3)	781613	2.1	27283
Uruguay	62805	10185	16.2	...
Venezuela	482778	...	...	...

(1) Santiago
 (2) 1968
 (3) Estimado

ACTIVIDADES Y RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES DE CONTACTOS POR PAISES EN 1968 ó 1969

Area	Casos de sífilis primaria y secundaria entrevistados	Investigaciones iniciadas	Contactos localizados y examinados	Contactos sometidos a tratamiento por sífilis primaria y secundaria	Contactos sometidos a tratamiento por otras fases de sífilis
Bolivia	29	31	31	29	
Chile (1)	1501	2288	1293	1088	
Costa Rica (2)	222	573	517		
Ecuador	646	646	112	35	112
El Salvador	4824	2257	1897	1192	398
Jamaica	562		979		
México (3)	2943	3626	1717	486	
República Dominicana	10400	5988	6965		
Trinidad & Tobago	217	729	268	114	0
EUA	18544	54803	44037	4174	2889
Venezuela	1308	5690	3068	872	1897

- (1) Santiago y Valparaíso
- (2) Dispensario Central
- (3) Centros del Distrito Federal

ACTIVIDADES Y RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES DE CONTACTOS POR PAISES EN 1960 Y 1968

Area	Casos de sífilis primaria y secundaria entrevistados		Investigaciones Iniciadas		Contactos localizados y examinados		Contactos sometidos a tratamiento por sífilis primaria y secundaria		Contactos sometidos a tratamiento por otras fases de sífilis	
	1960	1968	1960	1968	1960	1968	1960	1968	1960	1968
Costa Rica (2)	223	222	987	573	192	517				
El Salvador	2699	4824	2493	2257	801	1897	350	1192		
México (3)	3220	2943	3797	3626	2006	1717	528	486		
EUA	13251	18544	45028	54803	36455	44037	3667	4174	2136	2889
Venezuela	758	1308	1308	5690	922	3068	90	872	266	1897

(2) Dispensario Central

(3) Centros del Distrito Federal

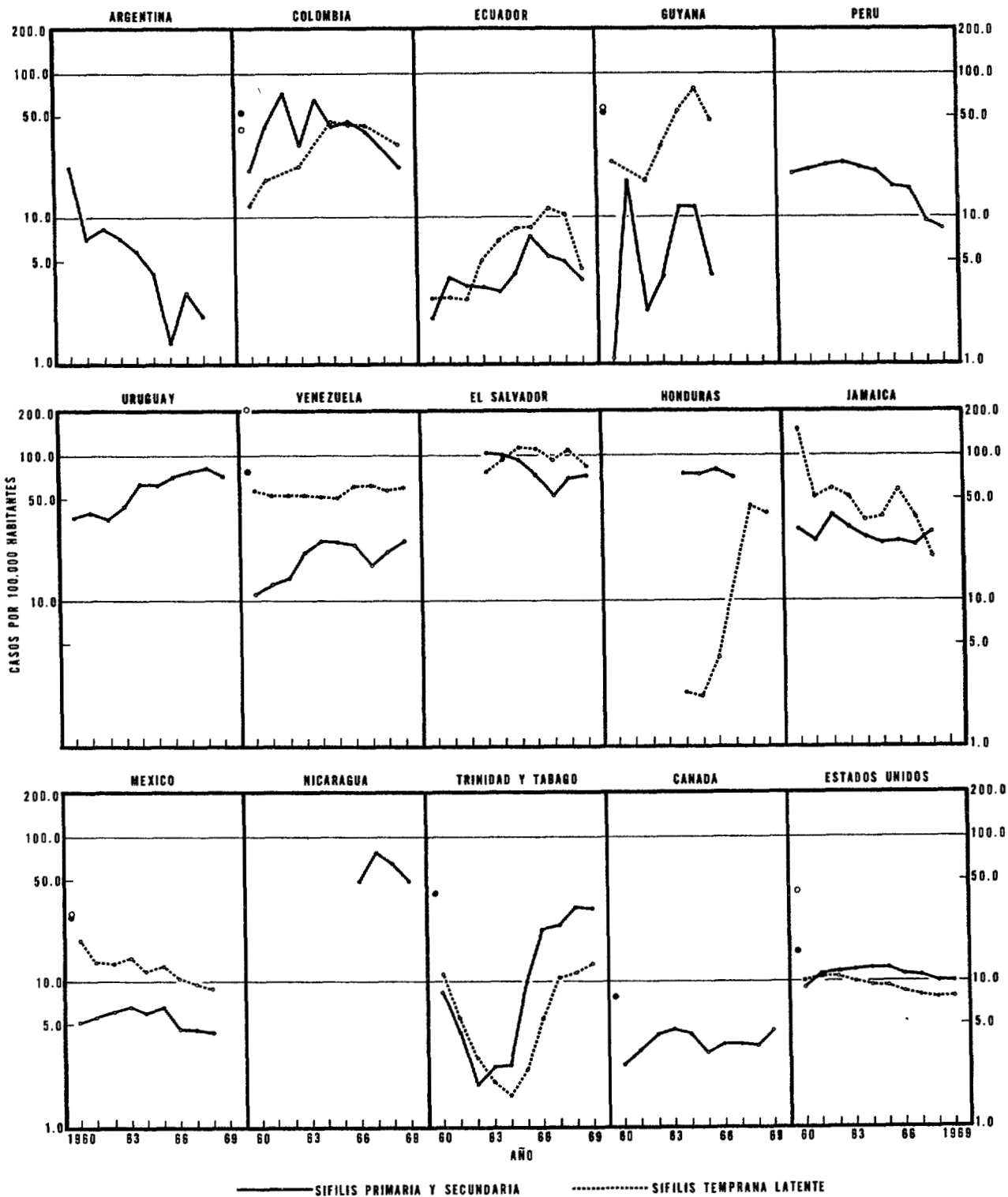
INDICE DE LAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES DE CONTACTOS POR PAISES
 1960 y 1968 ó 1969

Area	Indice de contactos		Porcentaje de contactos entrevistados		Indice de casos de sífilis tratados		Indice de casos de sífilis temprana tratados	
	1960	1968	1960	1968	1960	1968	1960	1968
Bolivia		1.07		100			1.0	0.72
Chile (1)		1.52		56				
Costa Rica (2)	4.11	2.58	20	90				
Ecuador		1.00		17		0.17	0.05	0.28
El Salvador	0.92	0.47	72	84			0.16	0.16
Jamaica		1.77						
México (3)	1.27	1.23	50	47				
República Dominicana		0.56					0.00	0.52
Trinidad		3.4					0.27	0.22
EUA	3.39	2.95	80	80	0.43	0.37		
Venezuela	1.72	4.25	75	57	0.45	2.11	0.1	0.66

- (1) Santiago y Valparaíso
- (2) Dispensario Central
- (3) Centros del Distrito Federal

GRAFICA 1

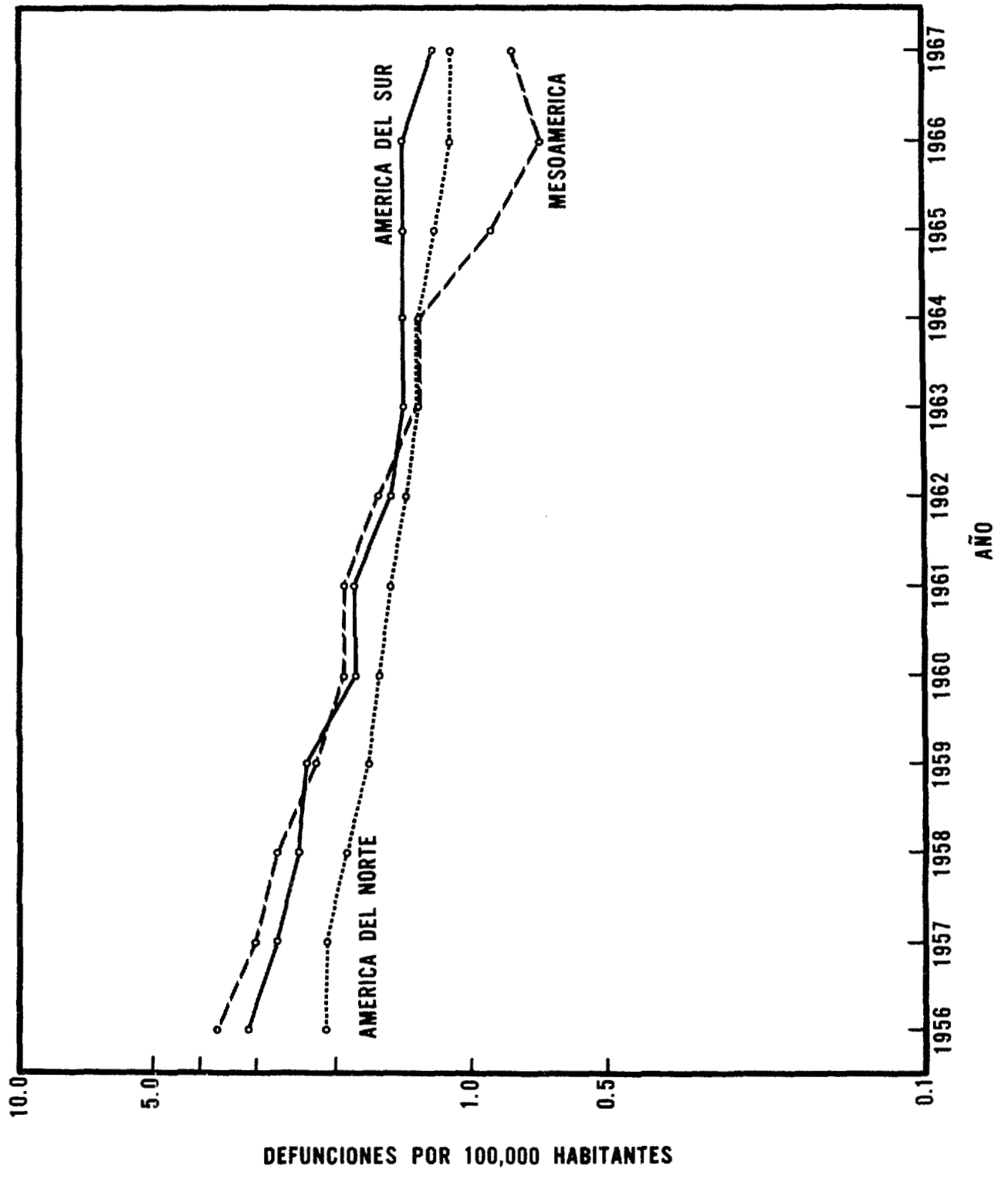
CASOS NOTIFICADOS DE SIFILIS, PRIMARIA Y SECUNDARIA Y TEMPRANA LATENTE, POR 100,000 HABITANTES POR PAIS, 1950-1969



NOTA: ● Nivel de tasa de sífilis primaria y secundaria en 1950
 ○ Nivel de tasa de sífilis temprana latente en 1950

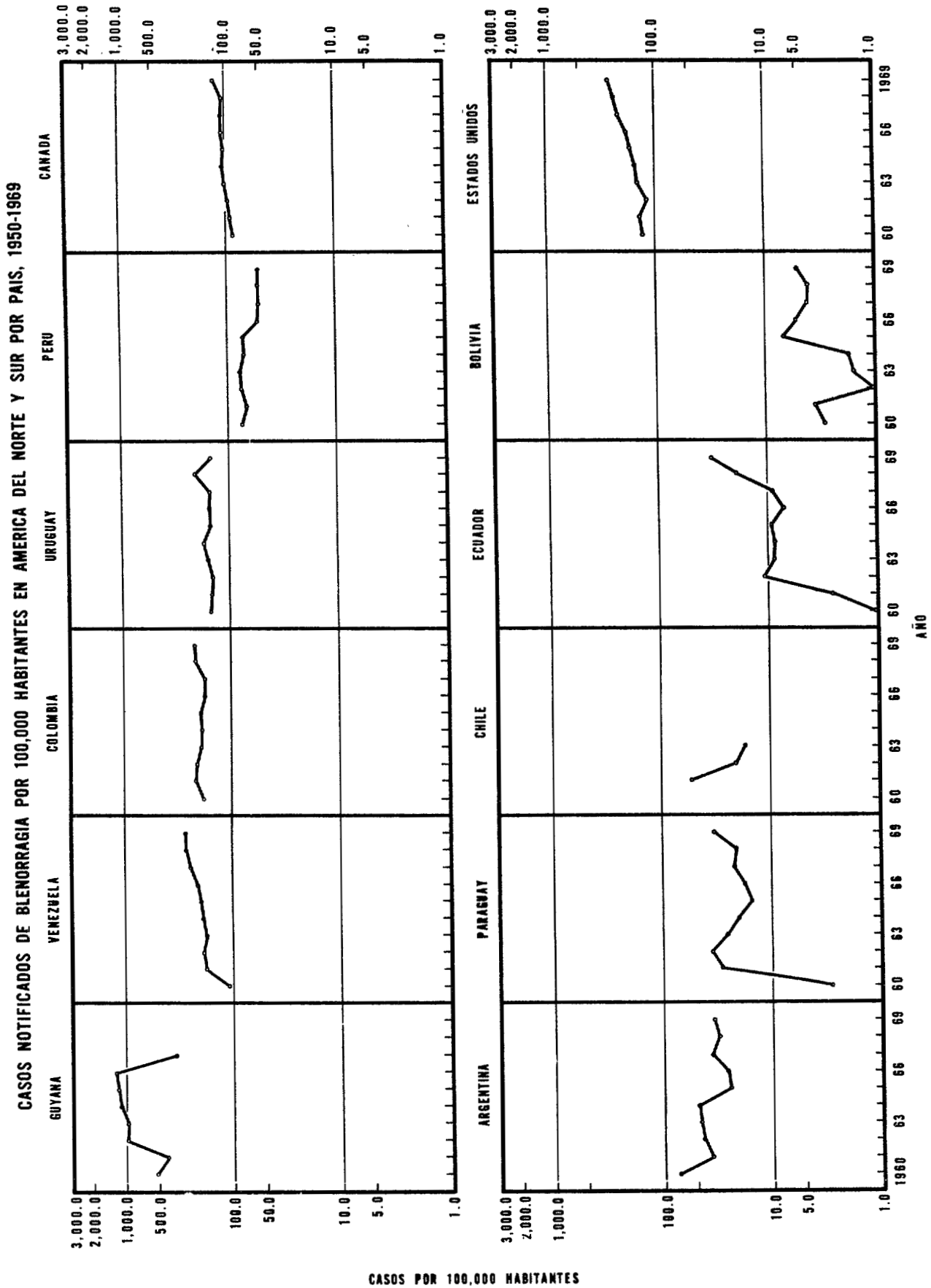
GRAFICA 2

DEFUNCIONES POR SIFILIS POR 100,000 HABITANTES EN TRES REGIONES DE LAS AMERICAS
1956-1967



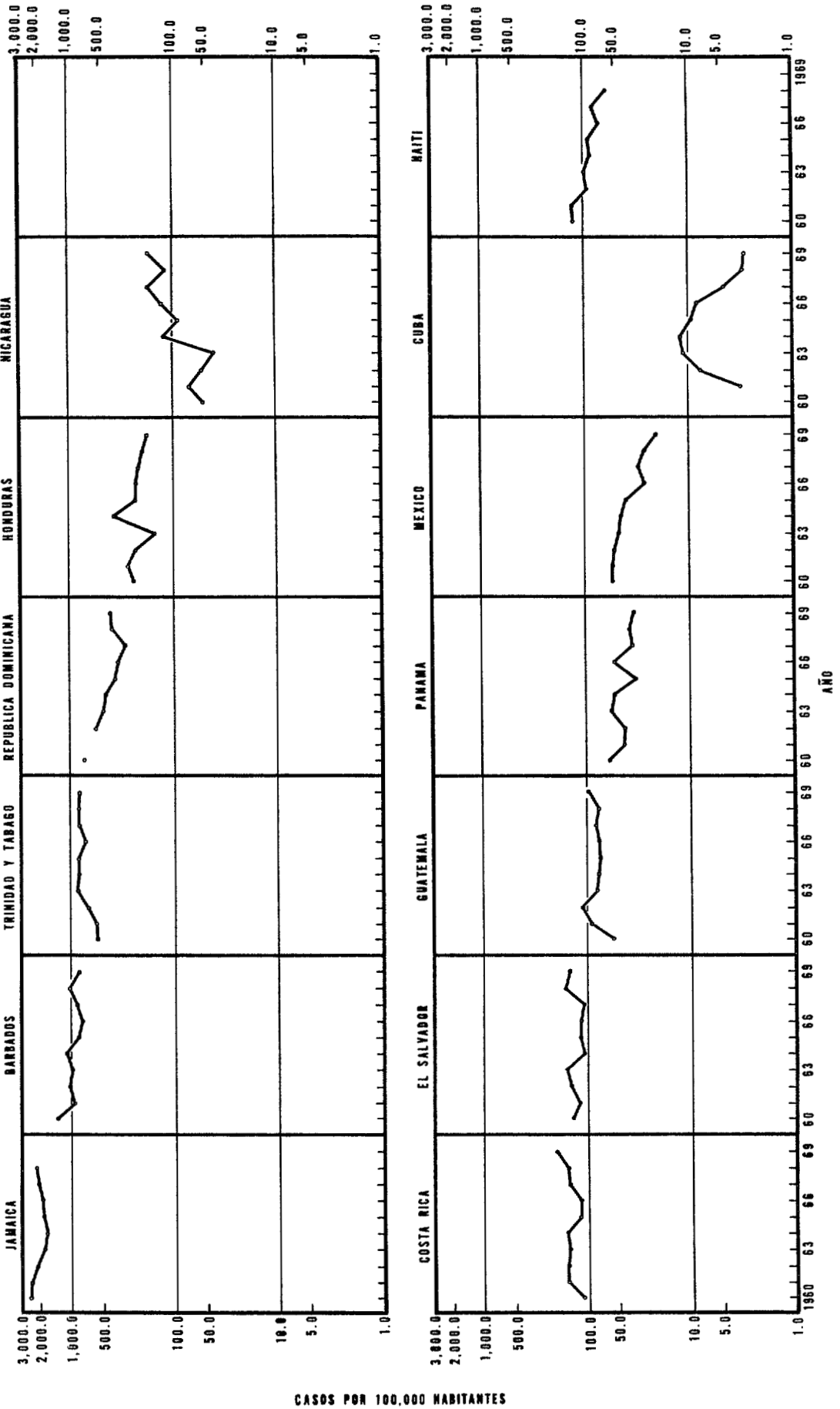
DEFUNCIONES POR 100,000 HABITANTES

GRAFICA 3



GRAFICA 3 (cont.)

CASOS NOTIFICADOS DE BLENNORRAGIA POR 100,000 HABITANTES EN MESO AMERICA, POR PAIS, 1950-1969



CASOS POR 100,000 HABITANTES