

EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS EN LAS AMERICAS¹

Dr. Alvaro Llopis²

El aumento de las enfermedades venéreas en las Américas desde 1950, corroborado por encuestas de la OMS (1961) y de la OPS (1969), se analiza en detalle según datos de incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad notificados por los países. Se mencionan las causas y se recomiendan medidas de carácter permanente para evitar que el problema continúe siendo significativo en el futuro.

Introducción

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 (OSP) 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 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 OSP desde entonces, en becas para estudios en el exterior, en técnicas

de laboratorio y métodos de control, cursos a nivel de los países, 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 de Referencia de Pruebas Serológicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, Georgia (E.U.A.). En 1963 fueron siete los países que participaron y, en 1969, 18.

La elección de "Las enfermedades venéreas como problema nacional e internacional" como tema para las Discusiones Técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana es el mejor indicador del interés y la preocupación de los Gobiernos por conocer la situación y buscarle soluciones.

Aun cuando se sabe que las enfermedades venéreas están ampliamente extendidas por todo el mundo y 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

¹Documento de trabajo preparado por el autor para las Discusiones Técnicas de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., octubre de 1970).

²Asesor Regional en Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OPS.

la incidencia y prevalencia de este grupo de enfermedades constituyen en sí un problema y será necesario recurrir a estimaciones para formarse una idea de la situación.

Guthe y Hume (1948) calcularon que anualmente ocurrían en el mundo por lo menos dos 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 de edad.

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 ascendente que su incidencia acusa 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 tres millones y la prevalencia de 30.

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

La incidencia anual de casos de blenorragia puede calcularse aplicando a la incidencia mundial de sífilis la proporción de casos de sífilis y blenorragia que acuden a los consultorios, lo cual indica que por cada caso de la primera ocurren cuatro de la segunda. De acuerdo con esa proporción, la incidencia anual durante la década del 60 habrá sido de 12 millones y al comienzo de la del 70 será de 16, de los cuales millón y medio 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 blenorragia ha sido más general, y en ciertos países ha alcanzado proporciones epidémicas.

La importancia del chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal parece ser más limitada, mientras que la uretritis no gonocócica en aquellos países en que se la dife-

rencia de la blenorragia, se encuentra con mayor frecuencia.

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

La situación revelada 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 presentaron un nuevo descenso, en la mayoría de ellos este no ha continuado y se ha observado un aplanamiento de las curvas de tendencia.

En las Américas, según los datos suministrados por los países en el cuestionario enviado por la Organización a comienzos de 1969, de 12 países nueve sufrieron un aumento o no presentaron cambios significativos entre 1960 y 1967, 1968 ó 1969.

El aumento de la blenorragia 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 países mostraron el mismo fenómeno y desde entonces a esta parte las tendencias no se han modificado.

En las Américas, según la encuesta realizada en 1969, de 24 países 13 acusaron un aumento.

No cabe, pues, la menor duda de que la frecuencia de la incidencia de la sífilis y de la blenorragia ha aumentado en un buen número de países donde el registro de datos es adecuado, y es de suponer que lo mismo debe ocurrir en aquellos donde no lo es.

El problema de las enfermedades venéreas en las Américas

Para obtener una visión del problema de las enfermedades venéreas en el Continente, se solicitó a todos los países y territorios que completaran un cuestionario, y la descripción que se presenta en este documento se basa en la información enviada por ellos. Sin embargo, en algunas ocasiones fue necesario completar esta

información con datos provenientes de las notificaciones que los países envían regularmente a la Organización, y para calcular tasas cuando estas no fueron suministradas por los países 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 y como podrá observarse, los datos frecuentemente resultan incompletos, no se puede estar seguro de su comparabilidad y en ocasiones las cifras suministradas en el cuestionario no coinciden con las notificaciones previamente a la OSP.

Debido a estas deficiencias de la información básica, el panorama descrito deberá observarse con cautela y no podrán sacarse conclusiones definitivas. A pesar de lo expuesto, la información recogida puede ser utilizada para formarse una idea general de la situación.

La información suministrada por el Brasil se refiere únicamente a los municipios de las capitales de los estados; los datos sobre los casos de enfermedades venéreas notificados de 1965 a 1969 figuran en el cuadro 1.

Morbilidad registrada de sífilis en todas las fases

En los cuadros 2 y 3 se presentan los casos de sífilis en todas las fases y las tasas por

100,000 habitantes en 25 países en 1950 y de 1960 a 1969.

Las tasas de sífilis en todas las fases son en general 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 totales de sífilis 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 tasa más alta, o sea 242.2, corresponde a El Salvador y la más baja, 13.7, a Panamá. La República Dominicana tiene la tasa más alta (330.3) de las islas del Caribe y de las Américas, y Cuba la menor (7.2) de la zona y del Continente. En América del Sur las tasas oscilaron entre 98.8 en Venezuela y 8.0 en Bolivia.

Con respecto a 1950 se dispone de datos de 18 de los 25 países (Bolivia, Canadá, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Estados Unidos, Uruguay y Venezuela) y entre 1950 y 1960 se dispone de los datos de 16 países. Las tasas experimentaron un descenso comprendido entre el 97% en Panamá y el 20% en Haití. Solamente las tasas de Trinidad y Tabago y las del Uruguay subieron respectivamente durante el período mencionado en un 203 y en un 12 por ciento.

Aun cuando la tendencia al descenso con-

CUADRO 1—Casos de enfermedades venéreas correspondientes a los municipios de las capitales notificados a las autoridades de salud del Brasil en el período 1965-1969.

Enfermedades	Años				
	1965	1966	1967	1968	1969
Sífilis todas sus 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 inguinal	190	128	25	32	14

... No disponible.

CUADRO 2-Casos de sífilis en todas las fases, por países, 1950, 1960-1969.*

País	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina		7,310	4,397	5,143		6,195	4,113	5,711	7,456	5,719	4,814 ^a
Barbados		1,523	926	966	702	572	555	358	322	463	357
Bolivia	2,786	215	117	80	85	124	202	82	103	586	382
Canadá	6,098	2,168	2,311	2,432	2,785	2,771	2,560	1,969	2,385	2,233	2,327
Colombia	14,289	7,214	12,746	13,868	11,250	13,004	17,749	18,658	17,901	15,037	12,264
Costa Rica				1,033	776	913	634	639	1,142	677	1,090
Cuba		566	508	1,131	1,691	1,863	2,322	2,049	1,055	543	59
Chile		3,374 ^a	3,705	3,106 ^a	3,046	3,502	4,479	3,603	3,990	4,300	3,193
Ecuador		674	928	820	1,012	1,203	1,287	1,482	1,290	1,266	997
El Salvador	14,088	6,359	5,984	6,600	7,862	8,634	9,192	8,675	7,118	9,152	8,209
Estados Unidos	217,558	122,538	124,658	126,245	124,137	114,325	112,842	105,159	102,581	96,271	92,162
Guatemala	2,148 ^a	855	1,273	1,197	840	1,186	1,852	1,755	1,429	1,429	1,174
Guyana	814 ^b	467	438	920	800	1,809	1,730	954	251		
Haití	4,849	4,944	5,201	3,759	3,481	2,907	3,272	2,710	2,591	1,898	1,455 ^a
Honduras		1,728	2,561	2,263	1,578	2,003	2,158	2,588	2,844	2,024	2,015
Jamaica	9,049 ^a	4,341	1,914	2,776	2,298	1,774	1,875	2,048	1,505	1,066	
México	29,178	23,817	20,456	19,443	20,066	17,697	16,323	12,907	14,717	14,322	9,782 ^a
Nicaragua	1,414 ^a	1,019 ^a	1,514 ^a	1,537 ^a	3,100 ^a	1,025 ^a	2,309 ^a	1,745	1,911	1,717	1,399
Panamá	3,737 ^c	168	151	310	200	239	351	308	163	179 ^a	194 ^a
Paraguay	7,657 ^a	1,844	1,722	1,835	1,616	2,008	1,951	1,856	2,078	1,644	1,833
Perú	5,654	3,804	3,620	3,953	3,938	3,397	3,744	3,235	3,386	2,202	2,439
República Dominicana	27,502	14,116	12,040 ^a	10,494	8,595	12,839	10,559	9,540	8,555	12,362	13,787
Trinidad y Tabago	1,479	589	408	327	385	367	382	598	601	722	782
Uruguay	1,280 ^a	1,515	1,525	1,711	1,787	2,674	2,683	3,356	3,526	3,495	3,135
Venezuela	17,149	7,745	7,131	7,013	7,448	7,786	7,569	9,045	8,881	8,836	9,915

* Datos recibidos en respuesta a un cuestionario especial para preparar este documento.

^a Notificaciones oficiales de los países a la OSP.^b 1953.^c Mediana de 1948-1952.

CUADRO 3—Tasas de morbilidad por sífilis por 100,000 habitantes en todas las fases, por países, 1950, 1960—1969.*

País	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 ^a
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
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 ^a	7.3 ^a	16.0 ^a	23.4 ^a	25.1 ^a	30.4 ^a	26.3 ^a	13.3 ^a	6.7 ^a	7.2 ^a
Chile		43.9 ^a	47.0	38.4 ^a	36.7	41.2	51.4	40.4	43.7	46.0	33.4
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
Estados Unidos	142.9	67.8	67.8	67.6	65.5	59.5	58.0	53.4	51.5	47.9	45.4
Guatemala	76.6 ^a	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	153.1	129.2	284.0	265.5	140.9	36.0		
Haití	155.8	123.9	127.9	90.7	82.4	67.4	74.4	60.4	56.6	40.6	30.5 ^a
Honduras		93.5	134.1	114.7	77.4	95.0	98.9	114.7	121.9	83.9	80.8
Jamaica	645.0 ^a	266.5	116.3	167.1	135.3	101.8	104.7	111.4	80.2	55.7	
México	113.0	66.1	54.9	50.4	50.3	42.9	38.2	29.2	32.2	30.3	20.0 ^a
Nicaragua	133.4 ^a	72.2 ^a	104.2 ^a	102.7 ^a	201.2 ^a	64.4 ^a	139.5 ^a	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 ^a	13.7 ^a
Paraguay	548.1 ^a	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	1,290.6	465.0	382.7 ^a	322.0	254.6	367.0	291.4	254.1	220.0	306.8	330.3
Trinidad y Tabago	234.0	70.9	47.0	36.3	41.7	38.6	39.2	60.1	59.5	70.7	75.2
Uruguay	53.2 ^a	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

* Datos recibidos en respuesta a un cuestionario especial para preparar este documento. a Notificaciones oficiales de los países a la Organización.

tinuó entre 1960 y 1969, este fenómeno no fue tan generalizado. En 17 de los 25 países (Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Estados Unidos, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela) disminuyeron las 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 del 1% en Nicaragua al 82% en el Uruguay. En Costa Rica, donde sólo se dispone de datos a partir de 1962, entre ese año y 1969 el descenso fue de 16 por ciento (cuadro 4).

Los datos anteriores, con todas las limitaciones que se originan en la calidad de los mismos y en las variaciones en la búsqueda y hallazgo de los casos y en el descubrimiento precoz de los tempranos, indicarían que, aun cuando el descenso observado entre 1950 y 1960 ha continuado de 1960 a 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 también a la sífilis recién adquirida. 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 con respecto a 1968 ó 1969 (Argentina, Canadá, Colombia, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela). En América del Norte las tasas por 100,000 habitantes fueron de 4.4 en el Canadá y de 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 el Uruguay.

En lo que se refiere a 1950 sólo se tienen cifras con respecto a siete países (Canadá, Colombia, Estados Unidos, Guyana, México, Trinidad y Tabago y Venezuela) y entre ese año y 1960 todos ellos experimentaron un descenso que va desde 43% en los Estados Unidos hasta 98% en Guyana.

Por el contrario, de los 13 países en los que pueden compararse las tasas de 1960 y de 1969, la tendencia al descenso no fue universal. En ocho (Canadá, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Guyana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela) se registró un marcado aumento que osciló entre 288% en Trinidad y Tabago y 5% en Colombia. De los cinco países cuyas tasas disminuyeron entre 1960 y 1969 (Argentina, El Salvador, Jamaica, México y Perú) el descenso mayor se observó en la Argentina (90%) y el menor en Jamaica (3%) (véase el frontispicio de este número).

El cambio en la tendencia de la sífilis temprana entre 1950 a 1960 y 1960 a 1969 y el predominio de los países en los que han subido las tasas, justifica suponer que estamos presenciando una recrudescencia del problema de la sífilis, debido a un aumento de su incidencia.

A pesar del aumento que se observa al comparar las tasas de 1969 con las de 1960 en los Estados Unidos, la tendencia ascendente que se inició en 1959 cambió de sentido en 1965. En el año fiscal de 1969 todavía continuaba esta evolución siendo la tasa más baja un 7.4% que la de 1968. Este fenómeno no se presentó 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 dicho país.

Morbilidad registrada por sífilis temprana latente

En 1968 ó 1969 las tasas oscilaron entre 0.8 en Cuba y 84.2 en El Salvador.

La información de 1950 a 1960 con respecto a Colombia, Estados Unidos, Guyana, México y Venezuela pone de manifiesto que en todos ellos hubo un descenso de las tasas que varía del 74% en los Estados Unidos al 34% en Guyana, mientras que entre 1960 y 1969, úni-

CUADRO 4.—Tasas de morbilidad por enfermedades venéreas, por países, en 1968 ó 1969.*

País	Sífilis en todas las fases	Sífilis temprana	Sífilis latente temprana	Sífilis y tardía latente	Sífilis congénita	Blenorragia	Chancroide
<i>Norte América</i>							
Canadá	11.0	4.4		26.9	0.2	128.6	—
Estados Unidos	45.4	9.4	7.6		1.0	263.2	0.5
<i>Mesoamérica</i>							
Costa Rica	64.3					199.2	3.1
El Salvador	242.2	70.2	84.2	59.3	1.6	148.4	45.4
Guatemala	23.4	3.5	1.3	10.0	0.2	94.8	12.0
Honduras	80.8	69.6	39.2	41.4	0.1	180.9	75.1
México	20.0	4.3	8.9		0.1	20.2	0.8
Nicaragua	73.1	49.7	3.5	29.4	0.2	171.4	6.8
Panamá	13.7				1.5	32.7	
<i>Islas del Caribe</i>							
Barbados	140.6					845.3	
Cuba	7.2	2.7	0.8	1.3	0.2	2.9	0.1
Haití	30.5					58.1	7.3
Jamaica	55.7	29.4	20.1	5.7	0.5	2,147.2	2.4
República Dominicana	330.3					403.2	42.5
Trinidad y Tabago	75.2	31.8	12.9	30.2	0.3	840.5	3.8
<i>América del Sur</i>							
Argentina	20.1	2.1			0.0	33.6	0.6
Bolivia	8.0					5.0	0.1
Colombia	59.9					215.8	8.3
Chile	33.4	22.1	31.9	5.1	0.8	31.7	0.2
Ecuador	16.9	3.8	4.4	8.4	0.3		7.9
Guyana	79.6	17.2	27.4	11.7	2.0	33.1	2.3
Paraguay	18.5	8.3		9.4		50.8	7.0
Perú	109.9	72.5			1.4	156.2	0.1
Uruguay	98.8	25.6	60.5	11.0	1.6	269.5	12.6
Venezuela							

* Datos recibidos en respuesta a un cuestionario especial para preparar este documento.

camente Jamaica, México y los Estados Unidos experimentaron un descenso, equivalente a 55%, 87% y 24% respectivamente. En todos los demás países con datos de esos años (Colombia, Ecuador, El Salvador, Trinidad y Tabago y Venezuela) las tasas aumentaron entre 8% en Venezuela y 166% en Colombia. Este cambio en las tendencias de esos dos períodos parece confirmar el incremento de la sífilis reciente.

La identificación de la sífilis temprana latente se hace casi en su totalidad por medio de exámenes serológicos y, por lo tanto, la tasa depende de las pruebas que se practiquen; a pesar de ello, la tendencia de las tasas de sífilis temprana latente es 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 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.

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 sífilis tardía sintomática, la mayor parte de los casos incluidos son debidos a la tardía latente y por lo tanto están muy influidos por el número de exámenes serológicos practicados.

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

Entre 1950 y 1960 las tasas descendieron en todos los países sobre los cuales se tienen datos (Colombia, Guyana, México, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Venezuela).

La mayor disminución ocurrió en Trinidad y Tabago (69%) y la menor en Guyana (12%).

Entre 1960 y 1969 en esos mismos países las tasas aumentaron en el Ecuador (180%) y en Guyana (55% de 1960 a 1966) y disminuyeron en Colombia (50%), los Estados Unidos (41%), México (58%) Trinidad y Tabago (40%) y Venezuela (68%) (cuadros 4 y 5).

Morbilidad registrada de sífilis congénita

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

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

En América del Sur, 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 del Paraguay (2.0).

Cinco países (Canadá, Colombia, Estados Unidos, Trinidad y Tabago 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 el descenso en las tasas de casos de sífilis congénita parece continuar, aun cuando la prevalencia en algunos países todavía es alta, sobre todo si se toma en consideración que probablemente los casos notificados reflejan sólo una parte del problema.

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

De 1960 a 1968 ó 1969 las tasas en el grupo

CUADRO 5.—Tasas de morbilidad por sífilis tardía y tardía latente por 100,000 habitantes, por países, 1950, 1960—1969.*

País	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
Estados Unidos	74.6	45.3	43.2	42.6	41.2	35.7	34.6	32.3	31.1	29.1	26.9
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	31.1	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	23.8	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 y Tabago	160.9	50.4	36.4	31.0	37.0	34.0	26.8	32.2	24.6	26.3	30.2
Venezuela	61.7	34.4	26.4	19.5	15.1	14.3	9.9	13.4	13.2	10.4	11.0

* Datos recibidos en respuesta a un cuestionario especial para preparar este documento.

de 10 años y más descendieron en los Estados Unidos en un 55.2 por ciento. Como los casos en mayores de un año reflejan la incidencia 10 y más años atrás, el descenso observado es un indicador del desarrollo de la situación antes de 1950 y de 1950 a 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 defunción. En el cuadro 6 se presenta las tasas correspondientes para 1950 y de 1960 a 1969.

Guyana, Haití y el Paraguay carecen de datos de mortalidad, y en Cuba y el Perú no se tienen los correspondientes a 1950.

Observando la tasa del año más reciente para el cual cada país dispone de datos de mortalidad (1967, 1968 ó 1969), se ve que en América del Norte, el Canadá presentó una tasa de 0.4 y los Estados Unidos de 1.2. En Mesoamérica las tasas 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 del 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 de 1960 a 1969.

La figura 1 muestra las tendencias de la mortalidad en las regiones del Hemisferio.

Mortalidad infantil por sífilis

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

Sólo en Barbados y los Estados Unidos de América pueden compararse las tasas de 1960 con las de 1950 ó 1951. Ambos países experi-

mentaron un descenso que fue de 95 y 88% respectivamente.

En el período de 1960 a 1969, cinco 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%). El mayor descenso se observó en México (70%).

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

Morbilidad registrada por blenorragia

Los casos de blenorragia están aumentando continuamente en algunos países hasta alcanzar 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, 16 en la Argentina, 10 en Colombia y México, 8 en el Ecuador, 6 en el Perú, 3 en Nicaragua y 2 en El Salvador, Honduras, y el Uruguay, respectivamente.

Las tasas en América del Norte por 100,000 habitantes fueron: 128.6 en el Canadá, y 263.2 en los Estados Unidos. En Mesoamérica oscilaron de 199.2 en Costa Rica a 20.2 en México. En las islas del Caribe la tasa más alta correspondió a Jamaica (2,147.2) y la más baja a Cuba (2.9). En América del Sur estuvieron comprendidas entre 269.5 en Venezuela y 5.0 en Bolivia (cuadros 4, y 7 y figuras 2 y 3).

La tendencia entre 1950 y 1960 fue descendente en Bolivia, Canadá, Costa Rica, El Salvador, Haití, México, Panamá, Trinidad y Tabago, Estados Unidos y Venezuela. El mayor descenso se registró en Bolivia (94%) y el menor en Haití (20%). En 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 Argentina, Barbados, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Perú, Panamá, Re-

CUADRO 6—Tasas de mortalidad por sífilis en todas las fases por 100,000 habitantes, por países, 1950, 1960—1969.*

País	1950	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Argentina ^b	2.6 ^a	1.3	1.4	1.6	1.4	1.6	1.4	1.6	1.5		
Barbados ^c	61.0	10.3	10.7	12.5	11.4	10.4	5.3	5.3	9.3	2.8	
Canadá	2.7 ^a	1.0	0.9	0.7	0.6	0.5	0.5	0.4	0.3	0.4	
Colombia	5.0 ^a	1.5 ^a	1.3 ^a	1.2	1.1	1.1	1.2	1.2	1.1		
Costa Rica	6.0 ^a	1.0	1.1	0.6	0.9	1.3	1.3	0.8	0.4	0.4	
Cuba		1.4	1.9	1.6	1.6	1.5	1.5	0.8	0.5 ^a		
Chile	6.6 ^a	2.3 ^a	2.5 ^a	1.9 ^a	1.5	1.8	2.0	1.6	1.5	0.9	
Ecuador ^d	2.0 ^a	1.1	1.0	1.0	1.0	0.6	0.4	0.6	0.7		
El Salvador	16.5 ^a	3.0	3.0	3.0	0.8	0.8	0.5	0.2	0.6	0.4	0.5
Estados Unidos	5.0	1.6	1.6	1.5	1.4	1.4	1.3	1.1	1.2		
Guatemala	1.8 ^a	0.1	0.2	0.1	0.1	0.4	0.2	0.2	0.1		
Guyana		1.8 ^a			0.2 ^a						
Haití											
Honduras		0.2	0.2	0.3	0.4	0.2	0.1	0.3	0.4		
Jamaica	34.9 ^a	7.5	8.2	7.6	6.0	5.7	5.1	4.4	5.6	3.2	
México	7.3 ^a	1.9	1.4	1.3	1.1	1.2	0.7	0.6	0.6	0.5	
Nicaragua ^e	0.2 ^a	0.1	0.4		0.3		0.1	0.1	0.1		
Panamá ^b	3.9 ^a										
Paraguay	20.1 ^a	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											
Trinidad y Tobago	6.8 ^a			1.1	1.3	0.5	1.2	1.6	2.6	2.4	2.0
Uruguay	7.8 ^a	5.2	5.0	4.6	4.3	4.2	3.3	2.5	2.3		
Venezuela	13.4 ^a		3.7 ^a		2.7 ^a	2.8 ^a	3.0 ^a	2.8 ^a	2.5 ^a	2.0 ^a	
	14.8	2.6	2.0	2.3	1.8	1.6	1.6	1.3	1.1	0.9	

* Datos recibidos en respuesta a un cuestionario especial para preparar este documento.

a Notificaciones oficiales de los países a la OSP.

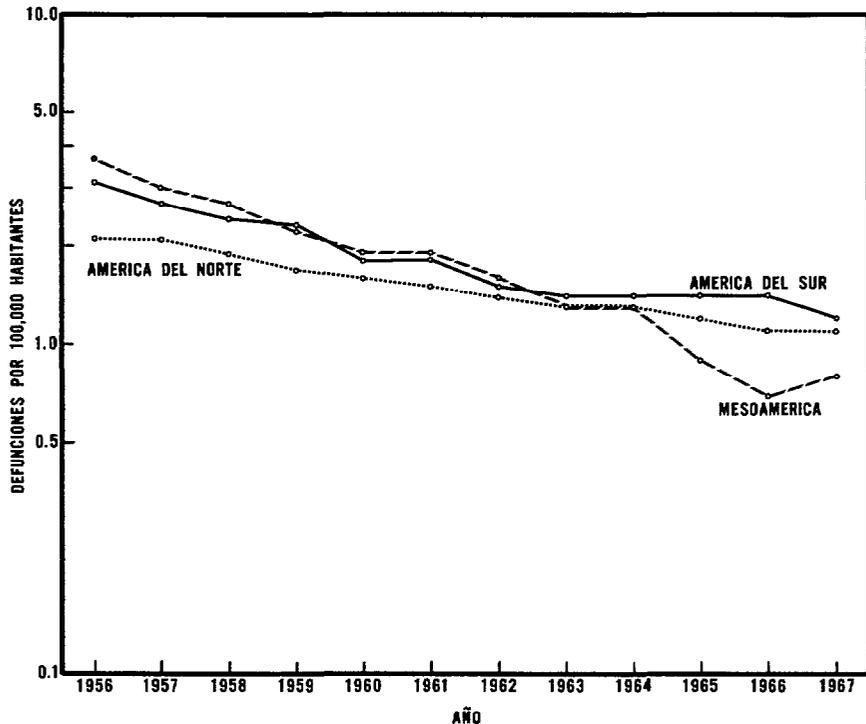
b 1952.

c 1951.

d 1954.

e 1955.

FIGURA 1—Defunciones por sífilis por 100,000 habitantes en las tres regiones de las Américas, 1956–1967.



pública Dominicana y Uruguay las tasas de blenorragia en 1969 fueron menores que las de 1960. El descenso osciló entre 62% en México y 0.4% en el Uruguay.

En el mismo período subieron en Bolivia, Canadá, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Trinidad y Tabago, Estados Unidos y Venezuela. El mayor aumento se observó en el 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 blenorragia está fuera de control y que es necesario esforzarse por encontrarle solución.

Otras enfermedades venéreas

En los cuadros 8, 9 y 10 se presentan los casos notificados de chancroide, linfogranuloma venéreo y de granuloma inguinal.

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

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

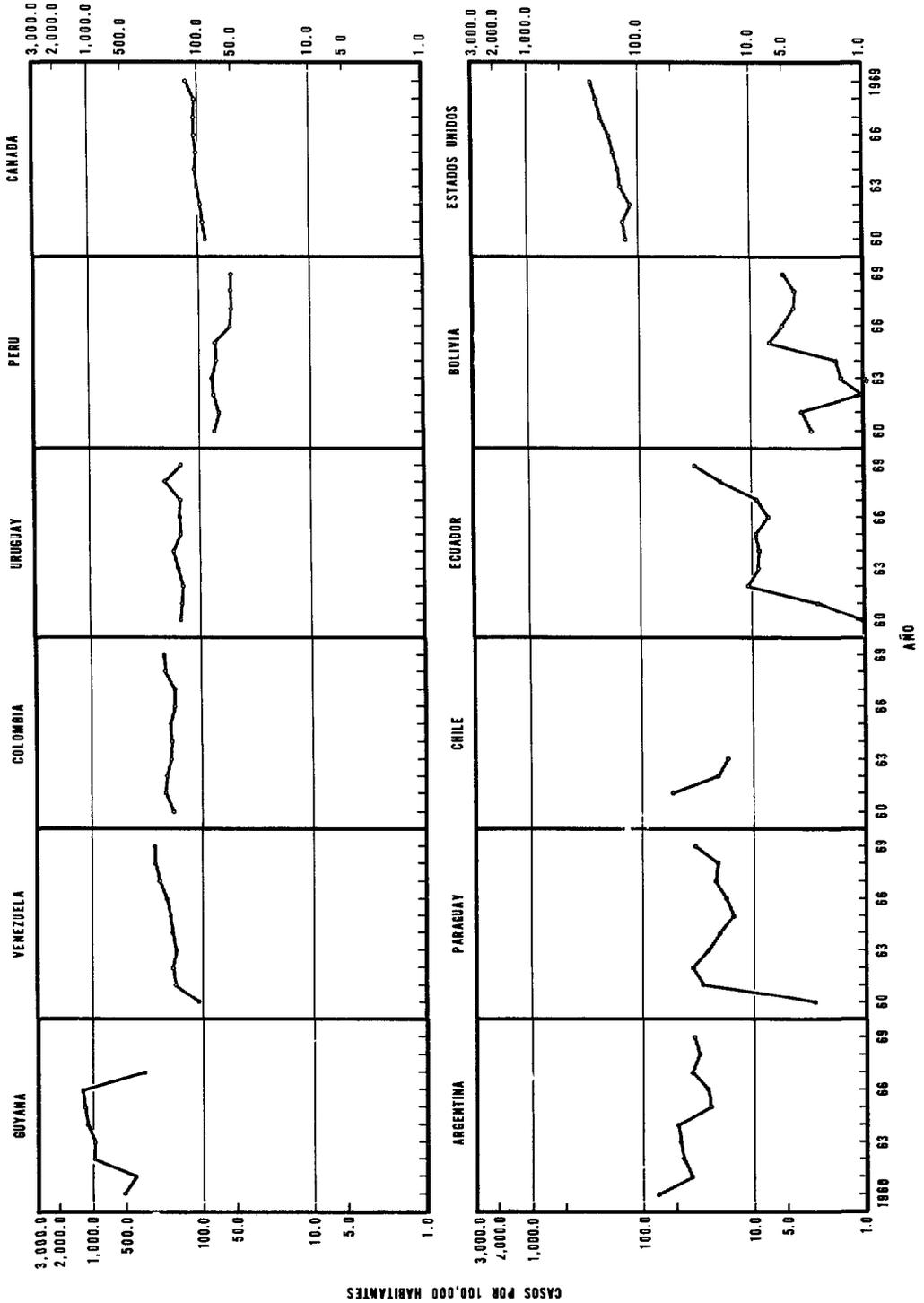
El chancroide, por el contrario, todavía constituye un problema y en 1969 las tasas oscilaron entre 75.1 en Honduras y 0.1 en Bolivia y el Uruguay.

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 alcanzó a 1.2 en 1967.

Factores que contribuyen en la recrudescencia de las enfermedades venéreas

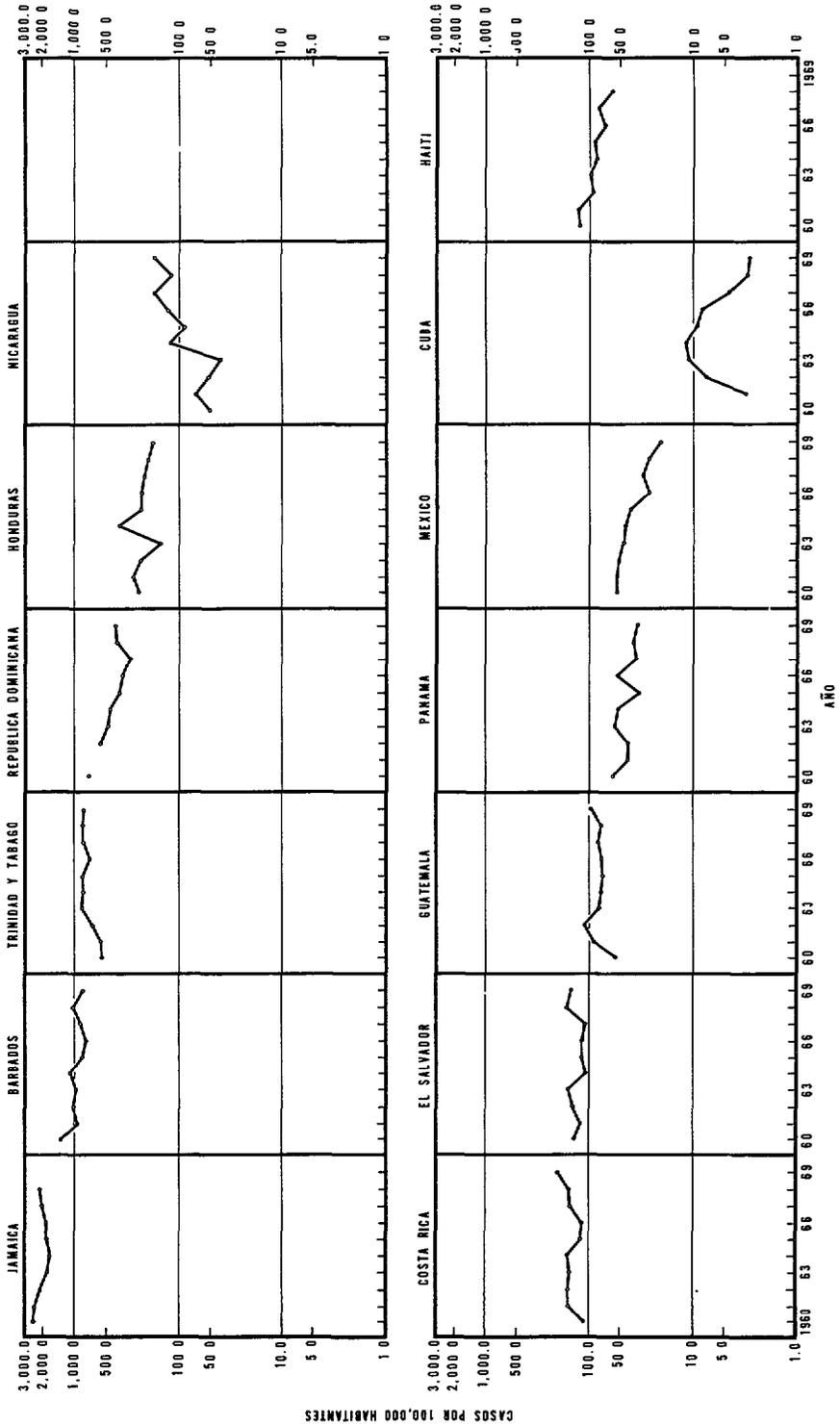
La recrudescencia de las enfermedades venéreas tiene alcance universal y ha ocurrido no

FIGURA 2—Casos notificados de blenorragia por 100,000 habitantes en América del Norte y Sur, por país, 1960—1969.



CASOS POR 100,000 HABITANTES

FIGURA 3—Casos notificados de blenorragia por 100,000 habitantes en Mesoamérica, por país, 1960—1969.



CASOS POR 100,000 HABITANTES

CUADRO 7—Tasas de morbilidad por blenorragia por 100,000 habitantes, por países, 1950, 1960—1969.*

País	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 ^a
Barbados		1,344.6	930.0	1,008.5	992.8	1,108.3	867.2	775.7	900.4	1,026.5	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
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
Chile			52.0	20.2	16.8 ^a	10.6 ^a					
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
Estados Unidos	188.3	143.3	143.8	141.3	146.9	156.5	167.0	178.6	203.3	230.9	263.2
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	1,136.9	1,163.2	1,208.1	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		2,436.0	2,384.0	2,125.6	1,830.5	1,756.5	1,826.5	1,871.4	2,088.0	2,147.2	
México	89.0	53.0	52.4	51.5	47.1	44.5	38.7	25.8	29.5	25.9	20.2 ^a
Nicaragua		52.7 ^a	70.6 ^a	52.6 ^a	40.8 ^a	121.6 ^a	90.9 ^a	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 ^a	32.7 ^a
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 y Tabago	959.8	561.0	573.2	692.2	863.4	834.1	873.2	735.5	842.6	854.1	840.5
Uruguay	126.2 ^a	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

*Datos recibidos en respuesta a un cuestionario especial para preparar este documento.

^aNotificaciones oficiales de los países a la OSP.

CUADRO 8—Casos de granuloma inguinal, por países, 1950, 1960—1969.*

País	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
Estados Unidos	1,783	296	241	207	173	135	155	148	154	156	154
Guatemala		2	0	0	0	3	9	4	2	24	10
Guyana	48	135	321	108	39	325	456	309	367		
Honduras		3	2	16	5	10	7	21	26	24	11
Jamaica		143	137	133	89	55	65	69	51	57	
México		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua								13			22
Paraguay			1	3	1	2	2	5	3	0	0
República Dominicana	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	39	2	4	6	3	2	2	0	1	7	2
Venezuela	84	72	55	42	29	31	30	31	45	22	26

* Datos recibidos en respuesta a un cuestionario especial para preparar este documento.

CUADRO 9—Casos de linfogranuloma venéreo, por países, 1950, 1960—1969.*

País	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
Estados Unidos	1,427	835	787	590	586	732	878	308	371	485	520
Guatemala		1	20	9	0	5	4	7	23	64	9
Guyana	3	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								13	82	23	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 y Tabago	64	23	15	12	21	9	18	36	53	35	3
Venezuela	253	481	348	288	258	261	210	226	118	118	102

* Datos recibidos en respuesta a un cuestionario especial para preparar este documento.

CUADRO 10—Casos de chancroide, por países, 1950, 1960—1969.*

País	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	3,081	3,965	2,472	2,800	2,911	2,542	2,243	1,899	2,377	2,114	1,696
Cuba		20		76	27	6	7	5		2	5
Ecuador		4	21	200	278	165	90	48	105	117	10
El Salvador	1,227	770	1,093	1,425	1,961	2,070	1,899	2,069	1,740	1,865	1,538
Estados Unidos	4,977	1,680	1,438	1,344	1,220	1,247	982	838	784	845	1,104
Guatemala		1,536	1,980	1,760	1,651	886	1,154	1,245	914	1,052	603
Guyana	64	166		170	664	227	124	52	57		
Haití		120	328	306	346	427	413	368	439	341	
Honduras		2,068	2,292	2,367	1,119	1,927	1,900	1,749	1,996	1,758	1,874
Jamaica		163	171	198	116	63	75	69	39	46	
México	1,272	869	573	466	318	336	228	471	333	381	
Nicaragua		14 ^a						122	114	477	131
Paraguay			42	72	32	38	21	37	38	24	53
Perú		1,234	1,729	1,880	1,642	1,395	2,168	1,565	749	792	919
República Dominicana	1,248	4,484		3,480	2,400	3,446	3,200	3,112	2,385	2,518	1,773
Trinidad y Tobago	95	66	29	35	81	51	100	79	59	65	39
Uruguay	6 ^a	3	0	1	67	9	12	0	12	84	
Venezuela	3,038	2,474	2,110	1,357	1,469	2,181	1,841	1,771	1,551	1,464	1,270

* Datos recibidos en respuesta a un cuestionario especial para preparar este documento.
a Notificaciones de los países a la Organización.

obstante las técnicas modernas disponibles y la más fácil y eficaz administración de tratamientos que ofrece un medio adecuado de control.

En tales circunstancias es esencial 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. Dada la importancia de las enfermedades venéreas como problema de salud pública y su repercusión en la sociedad, dichos programas deben tener carácter permanente y desarrollarse sin interrupción.

Esa paradoja, caracterizada por un aumento en vez de una disminución de las enfermedades venéreas a pesar del adelanto logrado en la disponibilidad de tratamiento, tiene lugar en un medio cambiante que se caracteriza por:

- Un aumento en el volumen y la rapidez de los medios de comunicación de un país a otro y dentro de un mismo país, lo cual facilita los viajes culturales, comerciales y turísticos y favorece la diseminación de los contactos y de las enfermedades venéreas, que dejan ya de estar confinadas a zonas específicas.

- 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 las nuevas fuentes de trabajo dentro de un país y entre varios.

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

- Alta densidad de población en ciertas zonas con el consiguiente hacinamiento y un proceso de homogeneización de ideas y culturas, sobre todo en los grupos jóvenes que alteran las ideas y valores tradicionales sin sustituirlos por completo, lo que determina la coexistencia de diferentes grupos con distintos valores y patrones culturales dentro de una misma comunidad.

En esta situación cambiante se intensifican los factores epidemiológicos y sociales que contribuyen a propagar las enfermedades venéreas. Al mismo tiempo, como resultado de una acción médica efectiva, hay menos temor a dichas enfermedades así como una menor inmunidad

a la reinfección, lo cual a su vez favorece su propagación.

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

Dentro de este panorama general se han señalado varios elementos 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 pero que, sin embargo, continúan propagándose porque las causas básicas están ligadas a la conducta de los individuos y de las comunidades.

La conducta humana desempeña un papel preponderante en estas enfermedades y, por consiguiente, están estrechamente relacionadas con los factores intelectuales, emocionales y socioculturales. Aun cuando se conoce desde hace mucho tiempo el efecto que las influencias sociales, económicas y psicosociales ejercen sobre la frecuencia y la propagación de las enfermedades, son pocos los estudios que señalan con precisión la importancia relativa de esos factores y menos aún aquellos que indican los medios para controlar las enfermedades venéreas a través de modificaciones en los patrones 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 hallarse afectado por uno o varios factores.

Los factores que con más frecuencia se atribuyen como causantes de los cambios en la conducta sexual son el aumento de la promiscuidad, las variantes en los hábitos sexuales, el incremento de la actividad sexual de los jóvenes y de los contactos sexuales entre personas de diferentes regiones, como resultado del acreci-

miento de las migraciones e intercambios entre distintas poblaciones.

La promiscuidad

La promiscuidad no es en su origen un problema sexual sino una manifestación de alteraciones psíquicas profundas. En un estudio realizado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos sobre la vida sexual urbana y rural se pusieron de manifiesto factores comunes en la promiscuidad que rebasaban las fronteras de los grupos sociales, educativos y de edad, y que estaban relacionados con la ignorancia.

Los cambios en los patrones éticos, morales y de conducta se han difundido con celeridad debido a las rápidas modificaciones sociales, económicas y tecnológicas, lo que ha redundado en el aumento de la actividad sexual.

La transición de la vida rural a la urbana produce adolescentes con desajustes emocionales y destruye las instituciones básicas de la sociedad, especialmente la familia; favorece la vida promiscua de los adolescentes suministrándoles un medio 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 se ha identificado el problema de la promiscuidad femenina con el de la prostitución. Aun hoy, cuando ese tipo de prostitución originada en la pobreza y en las necesidades diarias se ha hecho ilegal o se ha abolido 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 blenorragia. En muchos países de la región del Pacífico Occidental más del 80% de todas las infecciones en hombres provienen de esta fuente.

En las Américas, según las respuestas al cuestionario, la prostitución está reglamentada en cinco países y dos territorios (Ecuador, Guatemala, Honduras, Panamá y Uruguay; Bahamas y Antillas Neerlandesas); en Cuba ha sido erradicada; en siete países es ilegal (Canadá, El Salvador, Estados Unidos, Guyana, México, Paraguay, Trinidad y Tabago), y en los restantes se la tolera, 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 ser ilegal, la prostitución contribuye notablemente a 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 de las enfermedades venéreas y Costa Rica la hace responsable del 80% del problema.

Únicamente Cuba, Jamaica y los Estados Unidos declararon que en sus países la prostitución no desempeña ningún papel, o es de poca importancia, con relación al problema de las enfermedades venéreas.

El panorama que se contempla a través de estos datos parece indicar que la prostitución en sí todavía constituye un problema y es un elemento importante en la propagación de las enfermedades venéreas, que probablemente se suma a los aspectos nuevos del tráfico sexual clandestino en medio de una ecología social cambiante.

Después de la posguerra, la prostitución reapareció en los países desarrollados y en muchos en vías de desarrollo, con características modificadas por el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, la industrialización y la emancipación femenina, estimulada esta por la búsqueda tanto de placer como de beneficio y lujos suplementarios. Esta intensificación del tráfico sexual es un reflejo de la economía, del ingreso y de la complacencia creciente de las sociedades con respecto a 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, el pasado familiar y educativo, que dan lugar a desajustes sociales e impiden enfrentar las complejidades de la vida moderna.

Se trate o no de promiscuidad comercializada o por placer estimulada por los cambios en

el comportamiento sexual debidos a las causas mencionadas, se ha pretendido que la introducción y el uso creciente de los contraceptivos, y en especial los orales, han contribuido al aumento de la actividad sexual y como consecuencia, a la propagación de las enfermedades venéreas.

Son pocos los estudios realizados para investigar este problema y la mayoría de las opiniones son subjetivas. Sin embargo, en una investigación realizada en Upsala, Suecia, de 1967 a 1968, se comprobó que entre los blenorragicos y sus contactos, el 70% de las estudiantes y el 51% de las no estudiantes tomaban píldoras contraceptivas, mientras que los porcentajes respectivos para grupos semejantes en 1966 fueron 48 y 18 respectivamente, lo cual revela un aumento considerable en el uso de las píldoras. Pero lo más significativo es que, en el grupo que tomaba píldoras, el promedio del número de parejas sexuales era 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. Las mujeres aumentaron la frecuencia de las relaciones sexuales en 36% y el número de parejas en 25 por ciento.

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

En sus respuestas al cuestionario enviado por la OSP sólo dos países señalaron que el uso de los contraceptivos puede contribuir a que la mujer promiscua se exponga más. La falta de respuesta indica la escasez de información precisa 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 desempeñan en la diseminación de las enfermedades venéreas los cambios en las normas de conducta observados en la última década? Ninguno pudo, sin embargo, indicar su influencia ni suministrar datos objetivos.

Incremento de la actividad sexual y de las enfermedades venéreas entre la juventud

Parece evidente el aumento en la actividad sexual de los jóvenes y en la cantidad de contactos condicionados por factores psicológicos, educativos y socioculturales del medio que determinan una mayor promiscuidad en este grupo.

Aun cuando en algunos países existe todavía el concepto de que las enfermedades venéreas no representan un problema entre los jóvenes, en la mayoría de las regiones del mundo parece que están aumentando en el grupo de adolescentes y menores de 20 años, y en muchas ocasiones se ha atribuido a este aumento la recrudescencia de dicho problema. Los informes de varios países sobre el problema no concuerdan en sus conclusiones. Si se considera que el número de personas que hoy buscan tratamiento ha aumentado y que sólo se conoce la conducta de los que se atienden, difícilmente podrá afirmarse que la situación observada se deba a los cambios en la conducta sexual de los jóvenes.

Sin embargo, en los países donde se ha observado un aumento de estas enfermedades en los grupos de edad de menos de 20 años, se considera que los factores que contribuyen a dicho aumento son: madurez precoz, la industrialización y urbanización—que atrae a los jóvenes a las ciudades donde, libres del control familiar, viven ambos sexos en estrecha relación 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 con respecto al sexo.

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

También se observó un aumento en el Canadá, la República Federal de Alemania, Francia, Italia, y en los países escandinavos.

Cinco países de las Américas (Ecuador, Estados Unidos, México, Perú 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 10 a 19 años o de 15 a 19 años.

Si se comparan las diferencias porcentuales entre las tasas de ese grupo en los dos años, con las diferencias en esos mismos años para todas las edades, se observa que en México, donde el descenso fue general, las tasas en hombres 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 3.7 por ciento.

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

En Venezuela el aumento entre los hombres del grupo de 10 a 19 años fue de 53.1%, mientras que el aumento para todas las edades fue de 105%. Entre las mujeres, donde también se observó un aumento, este fue mayor para todas las edades (351.7%) que el registrado en el grupo de 10 a 19 años (192.3%).

En el Ecuador, en ese mismo grupo de edad, hubo un aumento de 66.2% entre los hombres y del 61.2% entre las mujeres.

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

Sólo los Estados Unidos y Venezuela pueden utilizar los datos para analizar la tendencia de la blenorragia entre los jóvenes. En estos las tasas para ambos sexos aumentaron en todas las edades. En los Estados Unidos: 74.2% en los hombres y 35.1% en las mujeres; y en Venezuela: 160.8 y 161.8% respectivamente. Pero el aumento en el grupo de 15 a 19 años en los Estados Unidos fue menor, 62.9% en hombres y

26.7% en las mujeres, y en Venezuela el incremento de 160% en los hombres y 161% en las mujeres de 10 a 19 años es casi igual al observado en todas las edades.

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 entre la juventud.

Influencia de la homosexualidad

En los últimos años la homosexualidad masculina ha causado mayor preocupación por la transmisión de la sífilis infecciosa en muchos países desarrollados en los cuales una gran proporción de infecciones primarias corresponde a este grupo. Esto contrasta con el concepto tradicional, que todavía se conserva en muchos países en vías de desarrollo, de que el papel que la homosexualidad desempeña en la difusión de las enfermedades venéreas es insignificante.

Los datos obtenidos en algunos estudios realizados en países europeos, los Estados Unidos, el Canadá y Ceilán, indican que diferentes grupos de pacientes que han contraído sífilis infecciosa acusaron contactos masculinos en porcentajes que oscilan entre 8.4 y 93.5. El promedio que figura en estos estudios es de 20 a 25, en el cual se incluyen los datos de una encuesta realizada en 1965 y 1966 por la Asociación Americana de Salud Social. No existen cifras de esta naturaleza en el Continente y en las respuestas al cuestionario ningún país del Hemisferio manifestó tener conocimientos objetivos al respecto.

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, con lo cual contribuyen de manera significativa a la propagación de las enfermedades venéreas a otros grupos.

Movimiento de la población

El creciente movimiento de la población y el mayor número y frecuencia de contactos entre países y entre zonas dentro de un mismo país—facilitado por el crecimiento y rapidez de

las comunicaciones—es otro de los factores que se ha identificado como causa de la recrudescencia de las enfermedades venéreas.

El aumento de la población viajera dedicada al comercio, los turistas y las migraciones de trabajadores, de los intercambios culturales, además de la atracción que ejercen las zonas urbanas, la urbanización y la industrialización, multiplican los contactos humanos y dentro de ellos los sexuales, lo cual constituye un elemento vital 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 contrajeron en el extranjero, y en el Reino Unido el 40% de los hombres infectados y el 60% de los marineros tratados en los puertos ingleses, adquirieron la enfermedad fuera 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 del público hacia este tipo de enfermedades, y el temor a sus consecuencias fue reemplazado por cierta despreocupación por parte del público y dio un falso sentido de seguridad a las autoridades de salud.

El interés de los Gobiernos en los programas de control disminuyó, y en casi todo el mundo la mayoría de las enfermedades venéreas pasaron a ser tratadas por los médicos particulares. Los métodos de tratamiento sencillos y rápidos se transfirieron de las manos de venereólogos experimentados a las de médicos generales y se perdió la noción de la necesidad de aquellos sin que se preparara lo suficientemente a estos para cumplir con su nueva tarea. Por lo tanto, el adiestramiento de los médicos en sus nuevas responsabilidades es deficiente porque, al mismo tiempo, el concepto de que estas enfermedades eran ya un problema resuelto trascendió a las escuelas de medicina y su enseñanza decayó o se dejó de lado.

Sin embargo, la función de los médicos particulares en el diagnóstico y tratamiento de las

enfermedades venéreas es muy importante y también debiera serlo al desencadenar las actividades necesarias para investigar contactos y 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 la actitud de la población.

En cada país, la proporción de pacientes tratados por los médicos particulares varía según la estructura y cobertura de los servicios de salud. En el Reino Unido, donde existe un servicio único de salud, más del 75% de los pacientes se tratan en clínicas públicas. En Escocia, particularmente, el 90% de los casos de blenorragia recurren a los servicios públicos.

Por el contrario, en los Estados Unidos los médicos particulares tratan 10 veces más casos que los registrados.

Por otra parte, la disponibilidad y la fácil aplicación de los medicamentos se presta a la automedicación y al tratamiento por personas de todas las categorías: farmacéuticos, brujos, aficionados, etc. Esta situación la facilita el expendio libre de antibióticos que existe en muchos países.

En las Américas se pueden adquirir antibióticos sin receta médica en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Si bien no existe evidencia de que la eficacia treponemicida de la penicilina haya disminuido parece que se ha logrado todo lo que podía esperarse de la terapéutica individual. Por otra parte, se ha establecido que muchas de las cepas de *Neisseria gonorrhoeae* que circulan en diversas partes del mundo muestran una creciente resistencia a la penicilina y a otros antibióticos y, por consiguiente, su tratamiento se complica y hace necesario tener un conocimiento especial y actualizado para elegir las drogas y los esquemas de tratamiento.

El efecto preventivo que se pudo derivar del empleo y el abuso de los antibióticos en la pri-

mera 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 que integran grupos con altas tasas de exposición y produce cambios en la cantidad de individuos susceptibles.

La erradicación o control del pian en los países donde este prevalecía también puede haber contribuido al aumento de la población susceptible.

Otra consecuencia del optimismo inicial creado por los resultados obtenidos con la penicilina también fue que se dejó de dar importancia a los programas de control de estas enfermedades. No se continuaron las medidas puestas en efecto anteriormente o por lo menos no se desarrollaron nuevos procedimientos ni se dedicaron los recursos necesarios al problema por no considerarlos ya como de primacía. Sin embargo, al presentarse la recrudescencia actual muchos países han implantado nuevos programas, y se ha renovado el interés en el control e investigación de las enfermedades venéreas.

Situación del control de las enfermedades venéreas en las Américas

Si bien es verdad que las múltiples 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 educativas basadas en investigaciones multidisciplinarias, las enfermedades venéreas no dejan de ser enfermedades transmisibles a las que pueden y deben aplicarse las técnicas de control de acuerdo con su comportamiento epidemiológico específico.

Las medidas para controlar la blenorragia y la sífilis son en principio conocidas y fáciles de definir, y consisten principalmente en el hallazgo precoz y en el tratamiento oportuno de los casos.

A falta de un agente inmunizante y por la forma de transmisión—a través del contacto ve-

néreo entre individuos infectados y no infectados—el control depende de la pronta localización de los infectados, y en particular, de los infecciosos para tratarlos antes de que se transformen en fuentes de infección.

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

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

1. Programas de control

Diecinueve países de las Américas (Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela) informaron que tienen programas de control oficialmente organizados. De ellos, 12 (Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Nicaragua, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela) pudieron identificar la totalidad o parte de los recursos financieros asignados a la lucha antivenérea. Argentina y Honduras, sin programa de control oficialmente organizado, también dieron información acerca de los fondos asignados para combatir estas enfermedades.

Salvo Cuba y Guatemala, todos los países con programas de control de las enfermedades venéreas informaron tener programas contra la blenorragia, y tres (Barbados, Guyana y Honduras) a pesar de no haber indicado la existencia de programas contra las enfermedades venéreas, manifestaron que los tenían contra la blenorragia.

Todos los países menos Colombia y Panamá

suministran tratamiento gratuito para la sífilis y la blenorragia.

2. Estado de la notificación de las enfermedades venéreas

El aumento que se observa de estas enfermedades en los países que cuentan con sistemas de registros de datos más perfeccionados parece indicar que se trata de un problema universal.

A menudo se ha demostrado que la sífilis y la blenorragia son más frecuentes que lo revelado por las estadísticas disponibles, aun en los países que disponen de los mejores sistemas de notificación. Aparte de que la notificación de casos de 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 todos los casos diagnosticados y tratados por médicos particulares y por instituciones privadas o públicas, tanto de blenorragia como de sífilis en cada una de sus fases.

El conocimiento limitado 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, al brujo, o a profesionales no médicos que no notifican los casos que atienden. La profesión médica, por otra parte, sólo informa, si es que lo hace, una pequeña proporción de los casos que atiende entre su clientela.

Además de lo antedicho, las variaciones en las formas y normas empleadas para clasificar la sífilis, incluso dentro de un mismo país, no siempre permiten la correlación de los casos de sífilis temprana informados por un país con las cifras de otro.

La encuesta nacional sobre incidencia de las enfermedades venéreas realizada en los Estados Unidos en 1968 reveló que los médicos particulares sólo notifican al departamento de salud correspondiente el 11% de los casos de sífilis infecciosa, el 38% de los de sífilis en otras fases y el 11% de los casos de blenorragia. Sin embargo, cuatro de cada cinco casos notificados se tratan por médicos particulares.

Dada la notificación deficiente, los datos so-

bre la blenorragia tienen poco significado, y aun cuando la información sobre sífilis es más fidedigna su notificación es igualmente deficiente. En la encuesta realizada por la OMS, sólo en el 57.2% de 126 países era obligatoria la notificación de casos de sífilis; y en las Américas sólo en 22 países se exige este requisito.

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

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

Por otra parte, la notificación de las serologías positivas es obligatoria en 11 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos excepto en 12 estados, Honduras, México, Panamá, República Dominicana y Venezuela).

A pesar de este panorama más bien halagüeño, el análisis de la información suministrada revela deficiencias considerables, tanto en la cantidad como en la calidad de los datos, lo que dificulta describir e interpretar la situación.

3. Exámenes serológicos

Los exámenes serológicos constituyen un instrumento de valor en el diagnóstico del sifilítico y en la búsqueda de casos por procedimientos de triaje.

Estos procedimientos tienden a perder valor y su costo aumenta a medida que disminuye la incidencia de la enfermedad; sin embargo, son muy útiles tratándose de grupos de población especialmente expuesta. La mayoría de las autoridades y trabajadores de salud pública consideran que dichos procedimientos deben practicarse antes del casamiento, a las mujeres embarazadas, como examen de rutina en los hospitales, en los exámenes de salud y, como es

natural a cualquier grupo que se identifique como especialmente expuesto a contraer la sífilis.

Las reacciones serológicas que más se recomiendan y que se considera deben realizarse dentro de un programa bien organizado son: la VDRL como prueba no treponémica para uso de rutina, 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 la VDRL como reacción no treponémica; Cuba informó que utiliza la reacción de Kahn, y Chile y Haití la VDRL y la de Kahn.

Diez países (Canadá, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Jamaica, México, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela) informaron que por lo menos en algún laboratorio del país se pueden efectuar pruebas serológicas treponémicas.

En 11 países (Argentina, cuatro provincias del Canadá, Costa Rica, El Salvador, los Estados Unidos salvo en cinco estados, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay y Perú) existe una ley o disposición que exige el examen serológico prenupcial, y en cinco de los países restantes (Cuba, Ecuador, Haití, República Dominicana y Venezuela) este se practica habitualmente.

El examen serológico de las embarazadas se practica por ley o disposición legal en 14 países (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela) y habitualmente en 10 (Argentina, Barbados, Canadá, Cuba, Guatemala, Guyana, Jamaica, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Uruguay).

En el Brasil se realizan exámenes serológicos tanto prenupciales como prenatales en los hospitales de maternidad.

El menor porcentaje de reactividad (2.1) corresponde a los Estados Unidos y el más alto (45) a la República Dominicana, siguiéndole Jamaica con un 22.2 por ciento.

Cinco países (Bolivia, Ecuador, Estados Unidos, Jamaica y México) suministraron datos

respecto al número de casos tratados en 1969 como consecuencia del examen serológico.

4. Diagnóstico de la blenorragia

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

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

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

5. Investigación de contactos

La identificación de contactos

Es fundamental la identificación de contactos, su localización, examen y tratamiento para impedir que se disemine la enfermedad.

En los últimos años particularmente en los Estados Unidos, se han perfeccionado las técnicas y los procedimientos, y mediante su aplicación se han obtenido resultados alentadores en el control de la sífilis. Por el contrario, resulta mucho más difícil rastrear la fuente y la transmisión de la blenorragia debido a su corto período de incubación. La experiencia indica que los métodos de control deben tomar en cuenta las diferencias en el 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 investigar contactos, la información recibida muestra que en 10 países (Argentina, Barbados,

Canadá, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos, Panamá, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela) se practica dicha investigación en todo el país, y en 12 (Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana) sólo se efectúa en las ciudades grandes.

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

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

El *índice de contactos*, o sea, el promedio de contactos sexuales declarados por cada caso de sífilis infecciosa entrevistado, osciló 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 3.39 a 2.95, y en México y Venezuela subió 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 la habilidad de los investigadores para obtener de los entrevistados los nombres de los contactos.

El *porcentaje de contactos entrevistados* refleja la habilidad para localizarlos como también la disponibilidad de recursos para llevar a cabo dicha labor del personal. El porcentaje varió de 17 en el Ecuador a 90 en Costa Rica. La comparación de este porcentaje para 1960 y 1968 revela que en Costa Rica aumentó del 20 al 80%; en El Salvador subió del 32 al 84%; no cambió en los Estados Unidos, 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 a raíz de la investigación de contactos por caso de sífilis infecciosa entrevistado, se conoce únicamente con respecto a El Salvador, los Estados Unidos y Venezuela. En los Estados Unidos fue de 0.43 en 1960 y de 0.43 en 1968. Venezuela tuvo un promedio de 0.43 y 2.11 en los mismos años, y El Salvador de 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. En 1968 osciló entre 0.16 en México y 0.72 en Chile. La comparación entre 1960 y 1968 muestra que en Venezuela aumentó de 0.1 a 0.66, y en El Salvador de 0.13 a 0.28; en México se mantuvo estacionario y en los Estados Unidos bajó de 0.27 a 0.22.

6. *Medidas internacionales*

Para controlar la propagación de las enfermedades venéreas de un país a otro—que siempre ha preocupado a los países y a los organismos internacionales—se ha concentrado la atención 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. En 1961 había 387 centros antivenéreos en las Américas.

En cuanto al intercambio de información epidemiológica, los datos suministrados por los países revelan que en 1969 únicamente los Estados Unidos, México y Venezuela notificaron a otros países del Hemisferio los contactos obtenidos que se domiciliaban en el país notificado. Los Estados Unidos envió 441 formularios, México 147 y Venezuela 22. En relación con notificaciones a países de otros continentes, Estados Unidos envió 396 formularios y México uno.

El costo de las enfermedades venéreas

Aunque sea en términos generales, es importante tener una idea de la carga que representa

para la comunidad la presencia de estas enfermedades, a fin de tratar de calcular el beneficio que puede obtenerse mediante su control o erradicación, beneficio que a su vez justifica, desde el punto de vista económico, los programas de salud y los recursos destinados para su ejecución.

La carga que las enfermedades venéreas representan en términos de morbilidad se ha señalado al presentar las estimaciones de casos nuevos de sífilis temprana y de blenorragia. Pero además de la magnitud del problema de la sífilis adquirida y de su recrudescencia mundial, es importante calcular la incapacidad y la muerte prematura que cabe esperar 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 el tratamiento de las enfermedades, 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. Probablemente las únicas fuentes de información que podrán utilizarse, tanto hoy como en el futuro, son el material clásico recogido en Oslo por Beck y Bruusgaard, y el estudio realizado en Tuskegee, Alabama.

De acuerdo con dichos estudios 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 expectativa de vida, y en el 30% de las defunciones las autopsias revelaron que la causa principal de defunción 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 conse-

cuencia del ausentismo y del menor número de años vividos.

En los Estados Unidos se ha calculado que los 24,000 pacientes con psicosis producidas por sífilis que se encuentran internados en 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 expectativa de vida puede estimarse en una falta de productividad anual equivalente a \$48 millones.

La suma de los costos mencionados—\$102 millones—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 podrían derivarse de su control.

Perspectivas y necesidades

Durante la década de 1960 las enfermedades venéreas, en especial la blenorragia, han aumentado de manera significativa y no han sido suficientes los progresos que se han realizado para controlarlas. Los esfuerzos médicos y de salud pública se han neutralizado y desbordado por las influencias ecológicas y los 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 blenorragia 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 son enfermedades íntimamente relacionadas con la conducta de los individuos y de las sociedades, se deben tomar muy en cuenta los factores psicológicos educativos y socio-culturales que intervienen en su propagación para hacerlos intervenir en los programas de control. Sin embargo, es poco el conocimiento que se tiene de dichos factores y menor aun el de los procedimientos para modificarlos.

Es probable que, como consecuencia de esta situación, las enfermedades venéreas conti-

nuarán siendo un problema nacional e internacional importante a menos que se consigan vacunas y se encuentren procedimientos profilácticos, o se desarrollen técnicas capaces de neutralizar los efectos de los factores individuales y ambientales que intervienen en su frecuencia. Es esencial investigar estos dos aspectos y darles la atención debida y los recursos necesarios.

Los efectos logrados con los programas de educación para la salud no parecen ser muy prometedores, y es preciso diseñar nuevas técnicas para producir el efecto requerido en los individuos y grupos más expuestos al riesgo de contraer las enfermedades venéreas. Para ello es imprescindible realizar estudios sociales y de la conducta relacionados con investigaciones epidemiológicas, a fin de identificar con precisión quiénes están sometidos al riesgo y qué características tienen. Aun cuando la epidemiología está mostrando interés cada vez mayor en los factores sociales, psicológicos y culturales de las enfermedades, y algunos científicos sociales se están preocupando a su vez por la epidemiología, es todavía mucho lo que queda por hacer y son contados los estudios con miras a elucidar el problema.

Es imperiosa la necesidad de investigaciones coordinadas así como es obvia la importancia de la conducta en relación con el problema de las enfermedades venéreas. Sin embargo, no hay que escudarse en ello para abandonar los esfuerzos que requieren las actividades de control. Dado el estado actual de los conocimientos, dichas actividades son necesarias y requieren intensificarse, al menos en el caso de la sífilis, ya que 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 de manera efectiva a los servicios de salud con el fin de asegurar su continuidad.

Los programas deben basarse en el diagnóstico de la situación y del comportamiento epidemiológico de la enfermedad en las distintas comunidades y sus sectores. Por lo tanto, debe disponerse de un buen registro de los casos, completado con un sistema de análisis y de in-

terpretación que permita vigilar las tendencias de las enfermedades venéreas en diferentes zonas y grupos de población. Esto no es realizable sin una notificación obligatoria que verdaderamente se cumpla. Es necesario por lo tanto intensificar los esfuerzos para mejorar la situación actual.

Para que un programa sea efectivo este debe incluir las actividades necesarias para mejorar el estado de salud general, ofrecer protección específica y limitar las consecuencias de la enfermedad.

Para mejorar el estado de salud general, en relación con el problema de las enfermedades venéreas, son fundamentales la educación para la salud y la educación sexual. A pesar de las limitaciones que encierran las técnicas disponibles, se procurará sacar de ellas el mejor partido posible, perfeccionarlas y buscar métodos nuevos.

Para proporcionar protección específica se requiere el profilaxis individual y colectiva, el diagnóstico y tratamiento precoz de los casos, y la identificación de los contactos para cerrar las fuentes de infección e impedir o limitar la diseminación de la enfermedad.

Las investigaciones de métodos profilácticos, actualmente en marcha, necesitan intensificarse y ampliarse con el fin de lograr una vacuna contra la sífilis que sea satisfactoria, y agentes inmunizantes o de otro tipo para prevenir la blenorragia. El estudio de métodos profilácticos se podría incorporar a los programas de planificación familiar y materno-infantiles, que también podrían utilizarse para las investigaciones epidemiológicas de los aspectos de la conducta que condicionan la propagación de las enfermedades venéreas e 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 que a su vez requiere 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 instrumento indispensable en la lucha contra la sífilis y no deben escatimarse los esfuerzos para aplicarlas. La búsqueda de casos por medio de investigaciones serológicas también ha demostrado su efectividad y debe intensificarse en los grupos de población especialmente expuestos. La combinación y la coordinación de ambos procedimientos, con criterio epidemiológico, puede contribuir al logro de mejores resultados con ahorro de esfuerzos y recursos. En cuanto a la localización de casos mediante pruebas serológicas también es necesario intensificar las investigaciones con el fin de encontrar un método de triaje que pueda aplicarse a la blenorragia.

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

En muchos países los médicos particulares son quienes examinan y tratan la mayoría de las enfermedades venéreas y, por consiguiente, es necesario incorporarlos a los programas de control. Las autoridades de salud de los países deberían buscar la cooperación de las sociedades y colegios médicos para encarar el problema de estas enfermedades. Por la misma razón es imprescindible fomentar la enseñanza de la venereología en las escuelas de medicina con un enfoque docente integral de los aspectos clínicos, epidemiológicos y sociales, dándole la importancia que les corresponde dentro de la magnitud y trascendencia del problema. Es necesario fomentar con mayor urgencia la educación continua de los médicos en ejercicio y

prestarles el apoyo necesario para que puedan cumplir con el papel que les corresponde en la localización de casos nuevos y en la eliminación de focos de infección.

Es también fundamental despertar el interés de la comunidad y obtener su colaboración en la lucha contra las enfermedades venéreas. La importancia de la contribución de la comunidad para lograr el éxito de los programas de control exige que las autoridades de salud se ocupen de incrementarla. Asimismo, es necesaria la cooperación de las instituciones privadas para promover la participación de la población. En aquellos países con programas de desarrollo social y de la comunidad, diseñados para atender las necesidades de grupos marginales, se deberán incorporar a ellos las actividades del control de las enfermedades venéreas.

Los problemas epidemiológicos, como consecuencia del aumento del intercambio de población entre los países, requieren que se refuerce la cooperación internacional en el control de las enfermedades venéreas y que los Gobiernos tomen las medidas necesarias para hacerla efectiva.

Resumen

El análisis de los datos suministrados por los países de las Américas, según el cuestionario enviado por la OPS en 1969, refleja un aumento de las enfermedades venéreas—tanto en la incidencia y prevalencia como en la morbilidad y mortalidad—en un número significativo de países; este aumento se viene notando desde 1950, según la encuesta de la OMS de 1961. Por otra parte, se ha notado que los progresos alcanzados en el control de estas enfermedades no han sido suficientes para controlarlas. Varios son los factores causales del recrudescimiento de estas dolencias: el descenso de su incidencia después de la Segunda Guerra Mundial; el falso sentido de seguridad de las autoridades de salud y hasta del público con los éxitos logrados al introducirse la penicilino terapia, y la consiguiente despreocupación en cuanto a continuar la aplicación de las medidas y programas de control de las infecciones venéreas; el incremento de la promiscuidad y de la actividad

sexual, la prostitución y el aumento de la densidad de población, la industrialización y urbanización; así como otros factores relacionados, como los cambios sociales, económicos y tecnológicos, el uso de contraceptivos, el aumento en las comunicaciones y movilidad de la población.

Aun cuando no es completa la información estadística comprendida en los cuadros y figuras de este trabajo, correspondientes a la situación de las enfermedades venéreas en los países del Continente Americano, se señala que a comienzos de 1969, de 12 países, nueve experimentaron un aumento, o no presentaron cambios significativos, en la incidencia de la sífilis, entre 1960 y 1967, 1968 ó 1969. El incremento de la blenorragia es todavía más marcado; de 24 países de las Américas, 13 acusaron aumento según la encuesta de 1969. En una encuesta similar realizada por la OMS en 1961; los datos correspondientes a las Américas señalaron que de 21 países, 11 (52%) acusaron un aumento persistente entre 1950 y 1960, tendencia que

no se ha modificado desde entonces. No cabe duda pues que la incidencia de la sífilis y de la blenorragia va en aumento en un número apreciable de países en las Américas. Por otro lado, se ha notado pocos casos de aumento en otras enfermedades venéreas (chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal).

En vista de las actuales necesidades y de las perspectivas de que en el futuro las enfermedades venéreas continúen siendo un problema nacional e internacional, se recomienda la adopción de programas y medidas de control de carácter permanente, dentro de los servicios nacionales de salud, especialmente: fomentar la búsqueda, el diagnóstico y el tratamiento de los casos, así como la identificación y control subsiguiente de los contactos. También debe estimularse la educación sobre salud y cuestiones sexuales, la intensificación de las medidas profilácticas y la cooperación internacional, en especial en cuanto al intercambio de información epidemiológica entre los países de las Américas. □

BIBLIOGRAFIA

Asociación Americana de Salud Social. *Today's VD Control Problem*. 1970.

Brown, W. J. et al. *Syphilis and Other Venereal Diseases*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, Asociación Americana de Salud Pública, 1970.

Burton, J. Behavioral Diagnosis and Educational Treatment. Documento de la OMS VDT/69.354, 1969.

Guthe, T. y Idsøe, O. The Rise and Fall of Treponematoses. Documento de la OMS VDT/67.345, 346 y 347, 1967.

Guthe, T., Idsøe, O. y Willcox, R. R. Syphilis and Human Ecology. Documento de la OMS VDT/67.348, 1967.

Guthe, T. Introductory Remarks. Technical Meeting of the XXV Assembly of the International Union

Against the Venereal Diseases and the Treponematoses. Documento de la OMS VDT/67.349, 1967.

Juhlím, L. y Liden, S. The Influence of Contraceptive Gestogen Pills on Behavior and Spread of Gonorrhoea. Documento de la OMS VDT/68.352, 1968.

Organización Panamericana de la Salud. Seminario sobre Enfermedades Venéreas. Publicación Científica 137. Washington, D.C., 1966.

Western Pacific Regional Office WHO. Report on the Second Regional Seminar on Venereal Disease Control, Manila, Filipinas. Documento WPRO 0144, 1968.

Willcox, R. R. The Private Physician and the Venereal Disease Control. Documento de la OMS VDT/69.365, 1969.

The Problem of Venereal Diseases in the Americas (Summary)

Analysis of the data supplied by the American countries in the questionnaire sent out by PAHO in 1969 shows a rise in the incidence and prevalence of venereal diseases, reflected in greater morbidity and mortality as well, in a significant number of countries. This upward trend has been observable since 1950, as shown by the results of the WHO survey in 1961. Moreover, it has been noted that the advances made in the methods for the control of these

diseases have not sufficed to bring them under control. The renewed importance of these diseases is explained by a combination of factors: the decline in their incidence after World War II; the false sense of security into which the health authorities and even the public were lulled by the successful introduction of treatment with penicillin, and the consequent lack of interest in continued application of venereal disease control measures and programs; the in-

crease in promiscuity and sexual activity; prostitution; the increase in population density; and industrialization and urbanization, along with such related factors as social, economic and technological change, the use of contraceptives, and increased communications and population mobility.

Although the statistical information contained in the tables and figures on the venereal disease situation in the American countries is not complete, the paper points out that, according to data compiled at the beginning of 1969, nine out of 12 countries considered in the survey experienced an increase or no significant change in the incidence of syphilis between 1960 and 1967, 1968 or 1969. The rise in the incidence of gonorrhoea was even more pronounced: 13 out of 24 American countries experienced an increase according to the 1969 survey. In a similar survey conducted by WHO in 1961, the data for the Americas showed that 11 out of 21 countries (52%) experienced a steady rise between 1950 and

1960, a trend which has since continued unchecked. This indicates beyond a doubt that the incidence of syphilis and gonorrhoea is increasing in an appreciable number of American countries. Conversely, there have been few cases of increased incidence of other venereal diseases (chancroid, venereal lymphogranuloma, and inguinal granuloma).

In view of present needs and of the likelihood that venereal diseases will continue to be a national and international problem, the paper recommends the adoption of continuing control programs and measures within the national health services, particularly intensified efforts to locate, diagnose and treat cases and, subsequently, to identify the contacts and bring them under surveillance. Also to be encouraged are education on health and sexual matters, intensification of preventive measures, and international cooperation, especially for the exchange of epidemiological information among the American countries.

O Problema das Doenças Venéreas nas Américas (Resumo)

A análise dos dados fornecidos pelos países das Américas, segundo o questionário enviado pela OPAS em 1969, reflete um aumento das doenças venéreas—tanto na incidência e prevalência quanto na morbidade e mortalidade—em um número significativo de países; êsse aumento vem sendo notado desde 1950, segundo o levantamento da OMS de 1961. Por outra parte, observou-se que os progressos alcançados no controle dessas doenças não foram suficientes para controlá-las. Vários são os fatores do recrudescimento dessas enfermidades: a diminuição de sua incidência depois da II Guerra Mundial; a falsa sensação de segurança das autoridades de saúde e até do público com os êxitos logrados ao se introduzir a penicilino-terapia e a conseqüente despreocupação quanto a continuar aplicando as medidas e programas de controle das infecções venéreas; o incremento da promiscuidade e da atividade sexual, a prostituição e o aumento da densidade da população, a industrialização e a urbanização; assim como outros fatores correlatos, como as modificações sociais, econômicas e tecnológicas, o uso de meios anticoncepcionais, o aumento nas comunicações e a mobilidade da população.

Embora não seja completa a informação estatística compreendida nos quadros e gráficos dêste trabalho, correspondentes à situação das doenças venéreas nos países do Continente Americano, assinala-se que em princípios de 1962, de 12 países, nove experimentaram um

aumento ou não apresentaram modificações significativas na incidência da sífilis, entre 1960 e 1967, 1968 ou 1969. O incremento da blenorragia é ainda mais assinalado, de 24 países das Américas, 13 acusaram aumento segundo o levantamento de 1969. Num levantamento semelhante realizado pela OMS em 1961, os dados correspondentes às Américas assinalaram que de 21 países 11 (51%) acusaram um aumento persistente entre 1950 e 1960, tendência que não se modificou desde então. Não cabe dúvida, pois, que a incidência da sífilis e da blenorragia está em aumento num número apreciável de países nas Américas. Por outro lado, observaram-se poucos casos de aumento em outras doenças venéreas (cancróide, linfogranuloma venéreo e granuloma inguinal).

Em vista das atuais necessidades e das perspectivas de que no futuro as doenças venéreas continuem sendo um problema nacional e internacional, recomenda-se a adoção de programas e medidas de controle de caráter permanente, dentro dos serviços nacionais de saúde, especialmente: fomentar a procura, o diagnóstico e o tratamento dos casos, assim como a identificação e o controle subsequente dos contactos. Deve-se também estimular a educação sobre a saúde e questões sexuais, a intensificação das medidas profiláticas e a cooperação internacional, sobretudo quanto ao intercâmbio de informação epidemiológica entre os países das Américas.

Le problème que posent les maladies vénériennes dans les Amériques (Résumé)

L'examen des données fournies par les pays des Amériques, à la lumière d'un questionnaire envoyé par l'OPS en 1969, indique une augmentation des maladies vénériennes—tant en ce qui concerne l'incidence et la prévalence que la morbidité et la mortalité—dans un grand nombre de pays; cette augmentation a été enregistrée depuis 1950 d'après l'enquête de l'OMS en 1961. D'autre part, il a été constaté que les progrès réalisés dans la lutte contre ces maladies n'ont pas été suffisants pour les enrayer. Les facteurs déterminants de la recrudescence de ces maladies sont variés: la diminution de leur incidence depuis la Deuxième guerre mondiale; le faux sentiment de sécurité de la part des autorités sanitaires et même du grand public en raison des succès obtenus lors de l'introduction de la pénicillinothérapie et l'insouciance qui en est résultée en ce qui concerne l'application suivie des mesures et programmes de lutte contre les infections vénériennes; l'accroissement de la promiscuité et de l'activité sexuelle, la prostitution et la plus grande densité de la population, l'industrialisation et l'urbanisation, ainsi que d'autres facteurs connexes, tels que les changements sociaux, économiques et techniques, l'emploi de produits anticonceptionnels, les communications plus rapides et la mobilité accrue de la population.

Bien que les renseignements statistiques qui sont présentés dans les tableaux et chiffres de ce rapport et qui reflètent la situation en ce qui concerne les maladies vénériennes dans les pays du continent américain, il a été signalé qu'au début de 1969, sur 12 pays, neuf ont accusé

une augmentation et les autres aucun changement important en ce qui concerne l'incidence de la syphilis entre 1960 et 1967, 1968 ou 1969. L'augmentation de la blennorrhagie est encore plus marquée: sur 24 pays des Amériques, 13 ont accusé une augmentation selon l'enquête de 1969. Lors d'une enquête analogue effectuée par l'OMS en 1961, les données relatives aux Amériques ont révélé que sur 21 pays, 11 (52%) ont accusé une augmentation constante entre 1950 et 1960, tendance qui ne s'est pas modifiée depuis. Il n'y a donc pas de doute que l'incidence de la syphilis et de la blennorrhagie va en augmentant dans un nombre appréciable de pays dans les Amériques. D'autre part, on a noté peu de cas d'augmentation d'autres maladies vénériennes (chancre, lymphogranulomatose vénérienne et granulome inguinal).

Etant donné que les nécessités actuelles et les perspectives que, dans l'avenir, les maladies vénériennes continueront à être un problème national et international, l'auteur recommande l'adoption de programmes et de mesures de lutte à caractère permanent dans le cadre de services de santé nationaux et en particulier: promouvoir la dépistage, le diagnostic et le traitement des cas, ainsi que l'identification et la surveillance des contacts. Il convient également de stimuler l'éducation dans le domaine de la santé et des questions sexuelles, l'intensification des moyens prophylactiques et la coopération internationale, notamment en ce qui concerne l'échange de renseignements épidémiologiques entre les pays des Amériques.