



Discusiones

Técnicas



Washington, D. C.
Septiembre-octubre 1970

Tema 16 del programa provisional

CSP18/DT/5 ES
8 septiembre 1970
ORIGINAL: ESPAÑOL

TENDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS MUNDIALES DE LA SIFILIS Y LA BLENORRAGIA

por

Thorstein Guthe
Médico Jefe, Enfermedades Venéreas y
Treponematosis/Enfermedades Transmisibles
Organización Mundial de la Salud, Ginebra

INDICE

	<u>Página</u>
1. Baja y alza en la incidencia de las infecciones venéreas	1
2. Evolución del medio ambiente	2
2.1 Desarrollos demográficos	3
2.2 Desarrollos socioeconómicos y de conducta	4
2.2.1 Mayor movilidad de la población	4
a) Industrialización y urbanización	4
b) Poblaciones ambulantes	5
2.2.2 Ampliación de círculos sexuales mediante una mayor promiscuidad	6
a) Cambio de actitudes	6
b) Desaparición de influencias restrictivas	7
2.3 Grupos de alto riesgo	8
2.3.1 Jóvenes	8
2.3.2 Patrones de la prostitución	10
2.3.3 Hombres homosexuales	11
2.4 Aspectos médicos y de salud pública	11
3. Resumen y conclusiones	14

1. Baja y alza en la incidencia de las infecciones venéreas

Durante la Segunda Guerra Mundial se experimentó una grave reaparición de sífilis temprana infecciosa que duró hasta el período inmediato de la posguerra. A esta fase siguió un rápido descenso que en la mayoría de los países alcanzó una baja record durante 1956-1958 (figuras 1 y 2), a raíz de lo cual vino un nuevo período de recrudescencia que perdura todavía aunque con variaciones de poca importancia en casos declarados en algunos países durante los últimos dos o tres años. Si bien no escasean casos de sífilis tardía grave, a partir de mediados de la década del 40, la mayoría de los países que cuentan con estadísticas sobre la enfermedad han indicado un descenso en la sífilis tardía, incluyendo las manifestaciones cardiovasculares y neurológicas. Este descenso ha ocurrido a pesar de la creencia tradicional de que a los 10 ó 20 años de haberse dado períodos de elevada incidencia de sífilis temprana sigue un aumento en complicaciones tardías. Los resultados obtenidos con el tratamiento de la sífilis temprana a base de penicilina, evitando tan grave desarrollo, constituyen una de las mayores victorias de la era de los antibióticos. A partir de 1950 se ha observado también una disminución general de la sífilis congénita, si bien en algunos países la incidencia ha permanecido estacionaria en un nivel relativamente bajo - con alzas ocasionales (Robinson, 1969) - lo que sugiere la posibilidad de reforzar el control de la sífilis de los recién nacidos, principalmente en la fase de salud materno-infantil de los programas de salud pública.

Es poca la información que nos llega de los países en vías de desarrollo de Africa y Asia, si bien los datos de la OMS indican que también se está haciendo cada vez más frecuente la sífilis temprana en ciertas partes de Africa (por ejemplo, Dahomey, Niger, Nigeria, Senegal), en países del Lejano Oriente (Viet-Nam del Sur, Japón), y que es epidémica en algunas zonas urbanas de países de Asia Sudoriental (por ejemplo, Bombay, India). En Africa, al igual que en Asia, esta situación se debe a una elevada migración, al enorme crecimiento de las ciudades y al desmoronamiento de las estructuras tradicionales de la tribu y la familia.

Aunque la tendencia de la incidencia de la blenorragia parece haber seguido hasta cierto punto el mismo patrón que la sífilis temprana, se informa que aquella enfermedad es de tres a 50 veces más frecuente que ésta. Hemos escogido datos de varios países para ilustrar tendencias recientemente declaradas (figura 3, cuadro 1). En la mayoría de los países existe un marcado incremento que parece ser mundial y que ya hace siete años se declaró que afectaba a 60-65 millones de personas (OMS, 1963). En lo que respecta a la gravedad de la enfermedad, también se ha observado (Rees y Annels, 1969; Loughlin, 1969) una mayor incidencia de complicaciones blenorragicas, especialmente en la mujer. En algunas zonas de los países en desarrollo, los estudios de prevalencia han demostrado que la blenorragia y otras uretritis son endémicas como ocurre, por ejemplo, en zonas de Africa y del Lejano Oriente (informes de la OMS, 1960-1968). En varios países desarrollados la blenorragia declarada se encuentra entre las tres enfermedades transmisibles más comunes, como es el caso de los países escandinavos, Inglaterra, el

País de Gales y Francia, siendo probablemente la enfermedad más corriente de este grupo en los Estados Unidos de América (O'Rourke, 1969). En algunas zonas urbanas de la India las enfermedades venéreas sólo van a la zaga, en cuanto a frecuencia, de las enfermedades parasíticas (Desai, 1969). La non gonococcal urethritis ha adquirido también una creciente importancia epidemiológica, diagnóstica y terapéutica en varios países, por ejemplo, Gran Bretaña (Willcox, 1958a; King, 1970), Francia (Siboulet y Egger, 1967) y la República Federal Alemana (Meyer-Rohn, 1968). La trichomoniasis y la candidiasis se hallan ampliamente propagadas, especialmente entre los pacientes con enfermedades venéreas, y condiciones tales como la herpe genital han venido siendo objeto de una atención cada vez mayor. Finalmente, en lo que respecta al chancroid, lymphogranuloma venereum y granuloma inguinale, aparentemente estas condiciones son raras ahora en los países desarrollados, si bien continúan constituyendo un problema para la salud en algunos países en vías de desarrollo.

Existen reconocidas limitaciones de declaración de la morbilidad de las enfermedades venéreas, lo cual es una señal de notificación insuficiente, en vez de excesiva, de casos nuevos por parte de los médicos y/o de las clínicas a las autoridades sanitarias. De esta forma, en las encuestas nacionales emprendidas en los Estados Unidos de América durante 1963 y 1968, se obtuvo la participación de más de 130,000 médicos particulares (71%). Estas encuestas indicaron que posiblemente sólo una tercera parte de los casos de sífilis y una décima parte de los de blenorragia que se trataron fueron notificados (Cleeve, et al., 1967; JAMA, 16 de marzo de 1970). También se constata esta falta de notificación al estudiar las estadísticas actuales de algunos países en los que no se realizaron encuestas. Así, las estadísticas de morbilidad de Hungría sólo arrojaban para 1962 dos casos de sífilis. Durante el mismo período se diagnosticó un 0.67% de casos positivos mediante el examen de sangre de masas de la población, lo que representa una cifra de 634,508 pruebas serológicas. Según se declaró, esto corresponde a unos 4,250 casos de sífilis (Foldvary y Karoly, 1964).

A pesar de estas limitaciones, se cree que la baja y alza de la sífilis y la blenorragia durante las últimas décadas reflejan, en un nivel inferior, verdaderas tendencias epidemiológicas actuales. En su conjunto, hay poca duda de que la sífilis va en aumento y de que la blenorragia está apareciendo cada vez más frecuentemente en muchas zonas y alcanzando proporciones epidémicas en algunos países desarrollados y en desarrollo.

2. Evolución del medio ambiente

Este incremento en la incidencia de la sífilis temprana y, en particular de la blenorragia, en los últimos años - paradójicamente - ha ocurrido en una época en la que ha tenido lugar un gran progreso médico y de salud pública. Pero debemos tener presente que es también esta época la que ha

producido un cambio radical en las perspectivas demográficas, económicas y de comportamiento de la sociedad. Se ha creado un clima de opinión de la población en favor de las actividades sexuales que está facilitando la transmisión de las infecciones adquiridas sexualmente y cambiando la ecología de dichas infecciones en su conjunto. Los cambios ambientales producidos han afectado también a problemas sociales colaterales tales como la adición a las drogas y al alcohol.

La intensidad de los procesos epidemiológicos en la infección adquirida por actividad sexual depende en un grado mayor que en cualesquier otros grupos de enfermedades del equilibrio de las complejas fuerzas humanas y ambientales que facilitan o frenan la propagación de la enfermedad. Hemos tratado de representar en términos concretos estas múltiples fuerzas interdependientes (figura 4). Al desplazarse su peso conjunto en un período dado puede llevar el péndulo epidemiológico hacia una dirección que facilita la transmisión y la alta incidencia de la enfermedad mientras que, en otro período, lo puede hacer hacia una dirección que favorece su control y posible "erradicación". En las páginas que siguen hemos tratado de analizar detalladamente algunas de estas fuerzas en relación con i) desarrollos demográficos; ii) cambios socioeconómicos y de conducta, y iii) aspectos médicos y de salud pública.

2.1 Desarrollos demográficos

Entre estos se encuentra el mayor número de susceptibles que están expuestos a la infección debido a un rápido incremento demográfico.

La población mundial aumentó en unos 225 millones durante cada una de las décadas de 1930-1940 y de 1940-1950; el aumento fue de 500 millones entre 1950 y 1960 y será de 600 millones más desde 1960 hasta finales de 1970 (Naciones Unidas, 1967). Además, los grupos de jóvenes sexualmente activos representan ahora una proporción de la población mucho mayor. Existe también un período de vida sexual más prolongado debido a una madurez más precoz (la edad de la menarquía ha venido descendiendo en Gran Bretaña a un ritmo de 4.6 meses por década durante los últimos 100 años - Wilson y Sutherland, 1960) y posiblemente debido también a la prolongación de la menopausia por gestógenos y a una mayor longevidad en ambos sexos. Este mayor número de susceptibles es sólo uno de los numerosos factores que afectan la ecología de las enfermedades venéreas según veremos más adelante.

La influencia adversa de estos factores demográficos sobre la prevalencia y propagación de las enfermedades venéreas aumentará probablemente en el futuro; los únicos frenos posibles que existen son la limitación de la familia y la prevención, y posiblemente también la terminación, de la gravidez ilegítima (Willcox, 1969).

2.2 Desarrollos socioeconómicos y de conducta

Los factores que nos ocupan pueden agruparse bajo tres encabezamientos a) los que conducen a romper círculos sexuales que antes habían permanecido "cerrados", como resultado de una mayor movilidad de la población, y mayor oportunidad para encuentros sexuales fortuitos, b) mayor promiscuidad, y c) ignorancia. Todos estos factores están interrelacionados.

2.2.1 Mayor movilidad de la población

a) Industrialización y urbanización

Pocos factores han modificado tanto nuestro ambiente y han afectado tanto nuestra vida como la ha hecho el inmenso progreso tecnológico, acompañado de una rápida industrialización y urbanización, que caracterizó la pasada década. Entre 1956 y 1966 la actividad industrial aumentó en un 50% en algunos países desarrollados y el porcentaje alcanzado en algunos países en vías de desarrollo en las Américas durante la misma época llegó hasta el 200% (Naciones Unidas, 1966). La mayoría de los que emigran a las zonas urbanas son gente joven (Loeb, 1960), y existe un empleo de la mujer mayor que en el pasado. Así pues, en los Estados Unidos de América, el porcentaje de la población total menor de 20 años con residencia en las ciudades aumentó de 50 a 75 durante los años 1950-1969 (Shilch, 1969). Han aparecido nuevas situaciones físicas, sociales y de salud mental en las zonas urbanas y, hasta cierto punto, también en las rurales, que tienden a facilitar la actividad sexual. La mayor frecuencia de las enfermedades venéreas se debe ahora más a encuentros casuales, conducta promiscua, prostitución y prácticas homosexuales en aglomeraciones de personas en centros y zonas metropolitanas que experimentan un rápido crecimiento (Hocker, 1962; Asiyó, 1968) con influjo de las zonas rurales.

En algunos países, todos los grupos ocupacionales están ahora representados entre los pacientes de enfermedades venéreas (Oslo Helseraad, 1968). En las sociedades industriales abundan los trabajadores bien remunerados (Schofield, 1965; Juhlin, 1968a; Smidhurst, 1969; Loughlin, 1969) lo que hace destacar la afluencia como factor que posiblemente facilita la transmisión de las enfermedades venéreas. Ello contrasta con otros países en los que la mayor parte de las enfermedades venéreas notificadas proceden de zonas urbanas deterioradas o barrios bajos y de grupos socialmente desorganizados de bajos niveles socioeconómicos (Desai, 1969; USPHS, 1967). Es aparente que las administraciones de la salud deben llevar a cabo esfuerzos sistemáticos de educación para la salud con énfasis en la prevención de la enfermedad tanto en relación con la planificación urbana (Capinski, 1966; Ragon, 1966; Amer. J. Publ. Health, 1968) como respecto a las crecientes aglomeraciones urbanas y grupos socioeconómicos de bajos niveles en las Américas y en otras regiones.

b) Poblaciones ambulantes

Como resultado de la urbanización, de la industrialización y del desarrollo económico, tanto en los países como en los continentes, los grupos laborales migratorios se han convertido en una característica de nuestros días (Winikoff, 1964). En Europa se ha demostrado que los inmigrantes de origen británico, francés y suizo rara vez importan directamente las enfermedades venéreas, pero una vez que se han aposentado en el país a donde emigran acusan tasas de enfermedades venéreas más elevadas que en la población original (Lundt, 1963; Switzerland, 1966; Martin-Bouyer, 1967; Willcox, 1966; Bijkerk, 1969). Desempeñan un importante papel en esta situación problemas de vivienda, la soledad, la adaptación al idioma, raza, etcétera. En otras regiones, las enfermedades venéreas entre los grupos de trabajadores inmigrantes han sido objeto de una mayor preocupación epidemiológica inmediata, como por ejemplo, el problema de la frontera México-americana al que se ha prestado considerable atención en las últimas décadas (ASHA, 1968).

Entre los llamados ambulantes "crónicos" tales como los marinos, las enfermedades venéreas han sido de 16 a 20 veces más comunes que en las poblaciones de tierra (Eng y Jensen, 1960; Guthe e Idsøe, 1964). No es de extrañar que las infecciones se contraigan con mayor frecuencia en el extranjero, en algunos casos más del 50%, como ocurre por ejemplo en Gran Bretaña (Schofield, 1965) y Francia (1967). El hecho de que cerca de un millón de hombres se hallan empleados en la industria mercante extranjera, y cinco millones más en la industria de la pesca oceánica (Graz, 1968), sugiere la creciente necesidad de cooperación internacional en pro de la salud de los marinos en estos grupos relativamente pequeños que tan vital importancia tienen en todas las regiones del mundo, y no menos en las Américas. En particular, se necesita efectuar mejoras en las prácticas relacionadas con el Acuerdo Internacional de Bruselas, administrado por la Organización Mundial de la Salud. En un reciente estudio realizado entre 100 buques de la marina mercante se comprobó que sólo uno de ellos llevaba el Directorio Mundial de Centros de Tratamiento de las Enfermedades Venéreas en los Puertos (CIRM/OMS, 1970).

Hoy día, otro grupo de alto riesgo, ocupado también en el transporte internacional, son los conductores de rutas internacionales, las tripulaciones de vuelo, los periodistas y los viajeros comerciales (Bijkerk, 1969). Debido a las grandes mejoras que ha experimentado el nivel de vida de las poblaciones, son muchas las personas que se ven afectadas. El turismo y los viajes internacionales, por razón de negocios o conferencias nacionales e internacionales, ferias de muestras, etc., han alcanzado proporciones sin precedentes bien sea por tierra, mar o aire, creando una atmósfera de nuevas oportunidades para contactos sexuales con una mayor probabilidad de contraer las enfermedades venéreas. Los datos obtenidos de varios países indican el alcance de este problema. Por ejemplo, existe evidencia de que en Suecia en 1966 (Sveriges Officiella Statistik, 1967), más del 20% y en los Países Bajos más del 25% (Bijkerk, 1968), de los nuevos casos de sífilis fueron contraídos en el

extranjero e importados exclusivamente por los marinos. En los Estados Unidos de América, en 1968, se recibieron o enviaron a 60 países de todo el mundo formularios de información sobre contactos (ASHA, 1969).

Con una expansión más acelerada del transporte internacional que tendrá lugar, sin duda alguna, en esta era del "jumbo jet" (reactor de gran capacidad) que acaba de comenzar, es de esperar que su adversa influencia sobre el control de las enfermedades venéreas aumente también. Por consiguiente, debido a ello, se hará sentir más aún la necesidad de poner en práctica un sistema internacional de localización de contactos más intensificado (y más rápido).

Finalmente, entre las poblaciones móviles que inherentemente son las más expuestas a los nuevos ambientes, debemos incluir al elemento militar. Recientemente se constató un incremento ocho veces mayor de casos positivos de sífilis en las pruebas de sangre realizadas en los soldados de un país de las Américas en comparación con el examen realizado antes de su alistamiento (Scarpari y Zamperlin, 1965), lo que sugiere que sólo puede obtenerse éxito en la localización epidemiológica de casos para el control de las enfermedades venéreas a través de una mayor cooperación entre las autoridades sanitarias civiles y militares (Arya y Bennett, 1967; ASHA, 1969). La probabilidad de que aumenten las enfermedades venéreas y de que ocurran epidemias durante condiciones reales de guerra es histórica (Gjessing, 1956), y se ha confirmado recientemente en varias "zonas perturbadas" del mundo. Bajo condiciones de servicio militar en el Lejano Oriente (Viet-Nam), se han notificado tasas de enfermedades venéreas de unos 280 casos por 1,000 por año (Navy Times, 1967) y tasas incluso mayores para períodos de tiempo más cortos. En una unidad militar de Corea, por ejemplo, se ha comprobado una tasa de blenorragia que representa no menos de 700 casos positivos por 1,000 por año (OMS, 1970). Tales situaciones, además, facilitan la aparición de resistencia del gonococcus a los antibióticos (OMS, 1970) lo que constituye una amenaza para otros países geográficamente remotos.

2.2.2 Ampliación de círculos sexuales mediante una mayor promiscuidad

Durante los años de la posguerra, el cambio experimentado en las normas morales y de conducta, la emancipación social, económica y psicológica de la mujer y una generalizada afluencia económica aumentaron la promiscuidad sexual y contribuyeron a lo que se ha venido a llamar "la revolución sexual" (Time, 1964; Brit. Med. Ass., 1964; The Observer, 1968; Shilow, 1969).

a) Cambio de actitudes

En muchos países, el criterio victoriano sobre el comportamiento sexual y la "norma doble" del pasado han experimentado recientemente abruptos cambios. Las actitudes sociales respecto a la conducta sexual se

han hecho abiertamente permisivas y ha acaecido un cambio decisivo en los criterios morales y de conducta en países que antes se guiaban por un patrón paternalístico de la familia (Time, 1964, 1969; BMA, 1964). Aunque aparentemente ello no ha ocurrido en todos los países, por ejemplo, China continental (Hai-Teh, 1968), tales actitudes han conducido a una conducta menos discriminatoria, tanto heterosexual como homosexual, lo que ha acarreado nuevas dificultades en ubicar contactos y una mayor promiscuidad extramarital. Por ejemplo, en un estudio realizado en la India se demostró que el porcentaje de hombres casados en los casos de sífilis temprana oscilaba entre 17.0 y 68.5 (Desai, 1969) mientras que en otro (Países Bajos) al menos un 28% correspondía a hombres casados que habían contraído la infección de sus esposas (Bijkerk, 1969).

Favorecida por estas nuevas actitudes, la promiscuidad ha recibido un fomento directo adicional del mayor hincapié que se hace sobre ella en los órganos de difusión y en la publicidad que cada día ejercen una mayor influencia.

b) Desaparición de influencias restrictivas

Al mismo tiempo ha habido un relajamiento de las influencias restrictivas de la religión, de la familia y de la opinión pública (esta última influenciada por un mayor número de divorcios, familias disueltas y tasas más elevadas de ilegitimidad), por un menor miedo a las enfermedades venéreas (debido a la disponibilidad de tratamientos simples y eficaces) y a la gravidez (a raíz de la introducción de contraceptivos orales y dispositivos intrauterinos). Además, tenemos el riesgo adicional de enfermedades venéreas debido al menor uso del condón que, al contrario de la "píldora" y los dispositivos intrauterinos, impartía protección contra estas enfermedades. Finalmente, existe la actitud más tolerante hacia el aborto controlado en algunos países, si bien esto puede variar algo de país a país y de región a región.

Así pues, en la vida sexual - bien sea para propósitos de planificación de la familia como por razones personales - la decisión de no tener hijos ha recaído sobre la mujer, mientras que anteriormente el uso de métodos menos seguros era con mayor frecuencia responsabilidad del marido (Gagnon, 1968). Debe advertirse que existe evidencia de que la falta de miedo a la gravidez fomenta la actividad sexual, promueve contactos sexuales múltiples y conduce a incrementar las enfermedades venéreas (Husley, 1968; Cohen, 1970; Hewitt, 1970), especialmente entre los jóvenes (Juhlin, 1969; Juhlin y Liden, 1969). Existe también evidencia de efectos secundarios más directos como consecuencia del uso de los modernos contraceptivos. Por ejemplo, el uso de los dispositivos intrauterinos puede

resultar en enfermedades pélvicas agudas por salpingitis en la mujer infectada con gonococcus (Morton, 1969) y las píldoras esteroides fomentan vaginitis C. albicans (Catteral, 1966). En las sociedades occidentales se estima que unas 17,500,000 mujeres toman regularmente "píldoras contraceptivas" (Consejo de Población, 1969): 1,500,000 en Gran Bretaña solamente.

Más de la mitad de la presente población mundial nació después de la Segunda Guerra Mundial y se ha visto expuesta, en diferentes grados, a la eliminación de muchas influencias restrictivas sobre la conducta sexual. Son muchos los que defienden que con educación para la salud se podría reducir, al menos significativamente, el número de aquellos que están dispuestos a arriesgarse a contraer la infección bajo estas nuevas circunstancias. Sabemos, sin embargo, que la educación para la salud no surte efecto significativo alguno sobre normas establecidas de conducta. Por ejemplo, el creciente consumo de tabaco en muchos países es una prueba de su limitado efecto directo sobre la prevención del cáncer pulmonar por reducción del fumar cigarrillos. Sabemos también que las personas promiscuas, al informarse de los peligros de las enfermedades venéreas y de los efectos secundarios del tratamiento, continúan exponiéndose, y prueba de ello es la alta incidencia de infecciones repetidas en las mismas personas. Por otra parte, se reconoce que es posible, combatiendo la ignorancia, inducir a muchos pacientes a buscar tratamiento más pronto de lo que hubieran hecho en otro caso. Menos cierta es la posibilidad de hacer comprender a alguien el valor de la discriminación en la selección de pareja y de las medidas profilácticas disponibles. Dentro de este contexto, es oportuno el observar que a veces se constatan tasas muy elevadas de enfermedades venéreas entre las personas mejor formadas (Arya y Bennett, 1967).

2.3 Grupos de alto riesgo

2.3.1 Jóvenes

Las crecientes tasas de enfermedades venéreas observadas entre jóvenes de ambos sexos ha atraído la atención en los últimos años. Los incrementos relativos en este grupo han sido a veces significativamente mayores que los de la población en su conjunto (Rosenblatt y Kabasakelian, 1966). De un estudio realizado por la OMS en nueve países se desprende que la blenorragia y la sífilis adquirida entre las edades de 15 y 19 años, en relación con todos los otros grupos de edad, acusaba casi sin excepción la misma distribución de las enfermedades declaradas entre los jóvenes de ambos sexos en contraste con los grupos de mayor edad. Los estudios realizados indican que existe una gran promiscuidad, pero los jóvenes afectados han sufrido con frecuencia problemas educacionales y sociales (Laird, 1963; Biegel, 1964; Exstrom, 1969, 1970; Lourrie, 1966; Juhlin, 1968a, 1968b). Otros estudios han demostrado una cierta correlación en grupos especiales entre las enfermedades venéreas y otra patología social tal como la delincuencia, la ilegitimidad y el consumo de drogas (BMA, 1964); Nicol, 1964; Inghe e Inghe, 1967;

Rawlins, 1969) lo que indica que las enfermedades venéreas son un síntoma de "enfermedad social" en los grupos problemáticos (Serise, et al., 1964) de las sociedades urbanizadas tanto de los países industrialmente desarrollados como de los países en desarrollo (Asiyo, 1968) y que la infección se transmite de un grupo a otro (Karolyi, 1969). Por ejemplo, la sífilis primaria y secundaria de una niña de 14 años en un condado de los Estados Unidos de América condujo al descubrimiento de sífilis temprana en 17 individuos cuya edad promedio era de 10.1 años (EUA, 1970). En Brisbane, Australia, de un pequeño grupo de 11 mujeres con sífilis temprana, ocho eran menores de 19 años (Smithhurst, 1969) pertenecientes a grupos de bajo nivel socioeconómico. En tales grupos son particularmente frecuentes las infecciones repetidas (Karolyi, 1969).

Un frecuente fenómeno característico de nuestros días es la elevada tasa de enfermedades venéreas entre algunos estudiantes universitarios. En los países en vías de desarrollo, como, por ejemplo, en Africa y en las Américas, se ha notificado que un 25-30% de los estudiantes se contagian anualmente (Arya y Bennett, 1967; Willcox, 1967). Pero también acusan tasas elevadas (Juhlin, 1969) algunos países afluentes de Europa, tales como Suecia, donde 34% de los estudiantes que acudían a una clínica universitaria en busca de tratamiento tenían blenorragia. En Gran Bretaña se ha descubierto que los problemas de adaptación de los estudiantes extranjeros gravitan sobre las tasas de enfermedades venéreas constatadas en dicho grupo (Morton, 1966). Es lógico que la "explosión estudiantil" acaecida durante los últimos años en varias regiones del mundo produzca climas favorables para la transmisión de las enfermedades venéreas (Juhlin, 1968b). Ello se describió inter alia durante las manifestaciones estudiantiles de Francia en los últimos años (Le Monde, 1968).

A pesar del hincapié que se ha hecho en nuestros días sobre la cuestión sexual, el nivel de conocimientos sobre las infecciones venéreas entre los jóvenes se destaca por lo incompleto (Sweden, 1969; Dalzell y Ward, 1970) según lo demuestran estudios realizados en Gran Bretaña (Schofield, 1965), en Suecia (Juhlin, 1968b), en Francia (Many, et al., 1967), en Hungría (Farago, 1969), y en algunos países de las Américas (Estados Unidos de América) (Josephson, 1969). Hasta un 50% de los sujetos que participaron en estos estudios tenían muy poco o ningún conocimiento de las enfermedades venéreas, lo que indica que debiera prestarse mayor atención a una educación para la salud más efectiva así como a una educación para la vida familiar (ASHA, 1968) y que deben ponerse en juego tanto las responsabilidades de los padres como las de las escuelas (Brown, 1967). El primer paso en esta dirección consiste en equipar al maestro y educar a los padres respecto a sus deberes en la materia (OMS, 1970). Debiera prestarse una atención especial a los grupos riesgo (Brown, 1967) haciendo hincapié sobre los aspectos de conducta más que sobre cuestiones morales (Dalzell-Ward, 1969).

Es de la mayor importancia el papel que debe desempeñar la enfermera de salud pública y el trabajador social en cooperación con los médicos, maestros y organizaciones juveniles en tales programas docentes (Szasz, 1969; Novotny, 1969). Finalmente - cosa que sorprende a algunos - existe necesidad de educación para la salud en la profesión médica en relación con los métodos de control de las enfermedades venéreas según se ha indicado recientemente (Webster, 1966; Estudio de IUVDT/OMS, 1970). Una estrecha cooperación entre los serólogos y las autoridades de salud pública ha producido así algunos buenos resultados en Nueva Zelandia (Platts, 1969).

2.3.2 Patrones de la prostitución

En nuestra actual preocupación por las nuevas influencias ambientales y de conducta no debemos, sin embargo, pasar por alto la necesidad de evaluar también los patrones más clásicos de la prostitución y el papel que desempeñan en la transmisión de las enfermedades venéreas en los tiempos modernos.

La Convención de las Naciones Unidas de 1959 para la eliminación del Tráfico de Personas y Explotación de la Prostitución de Otros (la llamada Convención de Eleanor Roosevelt), suscrita por la mayoría de los países, condujo a la eliminación oficial de los burdeles y de la prostitución en el sentido clásico de la palabra, pero este esfuerzo no puso fin a la "profesión más antigua", aun cuando sus patrones clásicos han cambiado en cierto grado. En primer lugar, la venta de servicios sexuales por las mujeres tiene ahora con frecuencia por objetivo el obtener lujos y géneros extra (French, 1955; Hartmann, 1967) aun cuando todavía existe en países tanto desarrollados como en vías de desarrollo cierta prostitución "para ganarse la vida" (OMS, 1968). En segundo lugar, se ha dado un cambio en los métodos: moteles, hoteles, campamentos, bares, restaurantes, caravanas, playas de turismo, exhibiciones, ferias, etcétera, que constituyen ahora campos activos de operación para encuentros sexuales; las muchachas de cita y las de "autostop" se han convertido en características establecidas de la vida metropolitana de nuestros días (Weier, 1969). En tercer lugar, las mujeres mundanas, las "prostitutas de lujo" y mujeres frívolas, que tienen trabajos normales, compiten ahora con las profesionales en el mercado sexual (Nicol, 1964). Si bien en algunos países desarrollados se continúa tratando de realizar un examen y control médicos de las prostitutas (Alemania, por ejemplo) ello se aplica sólo a una fracción de las que revisten interés epidemiológico. Por consiguiente, se estima que la prevalencia de las enfermedades venéreas en las prostitutas, mujeres mundanas y muchachas frívolas, es relativamente elevada, oscilando entre 10 y hasta 90% según diversas publicaciones (Willcox, 1958b; Wren, 1967). Más de un 30% de los hombres nombraron a las prostitutas como contactos en los estudios realizados en Tailandia (Suthisomboon, 1965), 48% en Holanda (Bijkerk, 1969) y hasta un 90% en algunos países del Pacífico Occidental (OMS, 1968).

Es evidente que la localización epidemiológica de los contactos y fuentes de enfermedades venéreas es complicada bajo estas circunstancias y no ha tenido éxito alguno significativo bien sea nacional o internacionalmente.

En algunos países se está tratando de dar una nueva orientación a las perspectivas de la prostitución (Sacotte, 1969; Weier, 1969). Así, la Ley de Ofensas de la Calle de 1959 de Gran Bretaña acepta en realidad la prostitución en su más amplio sentido a menos que constituya una molestia pública. En la República Federal Alemana los llamados centros "Eros" (por ejemplo, Hamburgo) permiten encuentros sexuales sin explotación de las mujeres. En otros países, también se ha intentado "sacar la prostitución de las calles", como es el caso de Suiza (Journal de Genève, 1969). Es posible que el cambio que experimentan las actitudes sociales respecto a la cuestión sexual y el clima presente relativo a la conducta sexual puedan también conducir a una reorientación sobre el reconocimiento de establecimientos para encuentros sexuales como parte del "comercio de placeres" que experimenta una expansión cada vez mayor.

2.3.3 Hombres homosexuales

El creciente papel que desempeñan los hombres homosexuales en la transmisión de la sífilis ha sido objeto de atención en los últimos años, como ha ocurrido, por ejemplo, en Suecia, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, etcétera, (Laird, 1962); Jefferiss y Willcox, 1963); Schmidt, et al., 1963; Hooker, 1964; Durel y Pellerat, 1966; Brit. Med. J., 1967; Racz, 1969; Nesor y Parrish, 1969), si bien están por lo común menos identificados con la blenorragia (Nicol, 1960; ASHA, 1968). Los contactos homosexuales facilitados por las personas infectadas pueden oscilar entre 10 y 90% en material seleccionado (Price, 1969). Una encuesta realizada en Holanda indicó que casi la mitad de los pacientes con sífilis temprana eran homosexuales (Bijkerk, 1969). Cada homosexual puede ser promiscuo en extremo en diferentes niveles sociales y algunos de ellos, además, tienen contactos heterosexuales; como grupo riesgo, por consiguiente, constituyen un grave problema epidemiológico (Racz, 1969). Algunos estudios han demostrado que los homosexuales tienen tasas de reinfecciones cinco veces superiores a las de los pacientes heterosexuales (Racz, 1969). Se ha defendido que la reciente legislación aprobada en algunos países (por ejemplo, Gran Bretaña, a raíz del Informe Wolfenden de 1957) permitiendo la homosexualidad en adultos que lo consientan puede posiblemente facilitar la localización de contactos (Block, 1964).

2.4 Aspectos médicos y de salud pública

Se ha reconocido que la terapia con penicilina fue un importante factor en reducir la incidencia de la sífilis temprana en la primera década después de la Segunda Guerra Mundial. Pero con ello no se llegó a evitar la

recrudescencia de la enfermedad, a pesar del hecho de que la penicilina no ha perdido su potencia treponemicida, de que la diagnosis serológica ha mejorado (por ejemplo, TPI, FTA) y de que se han popularizado nuevos y más eficaces métodos epidemiológicos (nuevas entrevistas por un investigador capacitado) (Capinski y Urbanezynek, 1970, prueba en grupos, tratamiento preventivo de los contactos, etcétera). En la década de la posguerra se experimentó un uso cada vez más extendido de la penicilina para tratar numerosas condiciones médicas además de la sífilis. También se dio un creciente abuso de este antibiótico en la población en general, algo que se cree fue la causa de que muchas infecciones sifilíticas pasasen desapercibidas en individuos que en realidad estaban expuestos al T. pallidum - debido a niveles antitreponemas de penicilina en su sangre y tejidos en el momento de la exposición - o a haber curado una enfermedad temprana no sospechada (el T. pallidum es uno de los organismos más sensitivos a la penicilina que se conoce).

Se ha estimado cuantitativamente que este efecto preventivo acaecido con el uso de la penicilina ha contribuido al descenso pronunciado en la incidencia de la sífilis temprana (Schamberg, 1963); Danehower y Schamberg, 1963) experimentado después de 1950. A la inversa, durante el período de recrudescencia de la sífilis que ocurrió después de 1957-1958, se ha dado una disminución significativa de este efecto preventivo debido al uso más prudente de la penicilina como resultado de las reacciones alérgicas marginales observadas y a la disponibilidad de otros antibióticos menos treponemicidas que la penicilina.

En los pacientes sifilíticos, una terapia supresiva crónica previa a base de metal resultaba frecuentemente en una prolongada inmunidad a la infección y en una seroreactividad perdurable. En contraste, una terapia adecuada a base de penicilina, con una cura aparente de la sífilis temprana, elimina rápidamente, por lo general, el mecanismo productor de la inmunidad en el individuo. Como consecuencia, la resistencia a la infección sólo existe por un período relativamente corto de tiempo apareciendo, en la era de la penicilina, la sífilis que ha venido a denominarse de "rebote" y "repetición" mucho más frecuentemente que con la terapia a base de metal. Las tasas de reinfecciones en pacientes clínicos oscilan ahora entre 1.6 y 8.2% (Degos y Ebrard, 1957); Jefferiss y Willcox, 1963; ASHA, 1968). Estos factores han contribuido a la recrudescencia de la sífilis temprana de la presente década.

Se ha sugerido que una inmunidad adquirida como resultado de infecciones no tratadas, o inadecuadamente tratadas, en una generación y ausente en la próxima, puede afectar el número de susceptibles disponibles y ello

puede desempeñar un importante papel en las variaciones "cíclicas" observadas en la incidencia de la sífilis (Haustein, 1927). Desde un punto de vista mundial, sin embargo, es probablemente más importante el hecho de que las grandes campañas auspiciadas por la OMS de administración de penicilina a masas de población contra la frambesia infantil en los trópicos durante las dos últimas décadas ha creado millones de nuevos susceptibles a la sífilis debido a la pérdida de la inmunidad cruzada protectora de la frambesia que tenía la generación anterior (Guthe e Idsøe, 1968).

En lo que a la blenorragia se refiere, la terapia a base de penicilina (y posiblemente de estreptomocina) ha contribuido a la incidencia algo reducida de esta enfermedad durante la primera década de la posguerra pero no en el mismo grado que en la sífilis temprana. Se ha evidenciado, sin embargo, una considerable reducción de complicaciones en las infecciones gonocócicas en el hombre. En este período, la "lluvia de penicilina" que ha caído desapercibidamente sobre la población puede haber tenido un efecto menos preventivo en la población en general que en la sífilis, ya que el gonococcus es menos sensitivo a la penicilina que el treponema y la blenorragia tiene un período de incubación mucho más corto que la sífilis. El subsiguiente desarrollo de la resistencia a la penicilina y a algunos otros antibióticos de cepas circulantes de *N. gonorrhoea* en varias partes del mundo, es otro factor para la mayor incidencia de la enfermedad, en particular en áreas de alta promiscuidad, como, por ejemplo, en partes del Lejano Oriente, donde uno de cada tres casos puede no responder a grandes dosis de penicilina (OMS, 1970).

También ha surgido la incógnita de si tanto la sífilis como la blenorragia se están haciendo "más benignas", menos claras, ante el impacto de los antibióticos (Willcox, 1970). Pero la eficaz y relativamente segura terapia a base de antibióticos, fácil y rápidamente aplicada en base individual, tanto en la sífilis como en la blenorragia, ha contribuido a la evolución experimentada en el clima de la opinión pública respecto a la conducta sexual y a las enfermedades venéreas. El miedo anterior a la sífilis y a la blenorragia como enfermedades peligrosas (Kinsey, et al, 1948) se desvaneció (Catteral, 1964; British Medical Association, 1964; Juhlin, 1968a); el público adoptó una actitud de despreocupación (King, 1958); los médicos y las administraciones de salud cayeron en la indiferencia respecto a la necesidad de mantener servicios adecuados de control en vista de la menor incidencia registrada hace una década (Rozina y Chaica, 1969; OMS, 1953, 1954, 1964). Sólo recientemente se ven indicios de un renovado interés en relación con el problema de las enfermedades venéreas (OMS, 1968a, 1968b). La selección de las enfermedades venéreas como tema de discusión en esta conferencia sobre las Américas es un signo alentador al respecto.

El tratamiento ambulatorio de las enfermedades venéreas es práctica que se lleva a cabo en muchos países, no sólo por reconocidos especialistas y en clínicas, sino también por médicos generales. La falta de éstos (y de los laboratorios) en cooperar con las autoridades sanitarias en los esfuerzos epidemiológicos es otra de las causas de la oleada de sífilis y blenorragia infecciosas que se ha producido (Degos y Delzant, 1963; Curtis, 1963; Adams, 1967). Es así que, en Sydney, Australia, se estimaba en 1965 (Adams, 1957) que sólo un 9.1% de los casos totales de enfermedades venéreas tratados por los médicos particulares eran notificados a las autoridades sanitarias. En 1967, en los Estados Unidos de América, sólo 37.8% de todos los casos de sífilis notificados al Servicio de Salud Pública provenía de médicos particulares. En Centro y Sudamérica encontramos una situación similar.

En muchos países, la legislación de salud pública ha exigido en el pasado medidas especiales contra las enfermedades venéreas. Sin embargo, con frecuencia difieren las condiciones que se consideran "venéreas" y las fases de la enfermedad reciben una definición diferente en los distintos países; además, no siempre se proporcionan servicios de tratamiento y examen gratis en el mismo grado, y los requisitos de localización de contactos epidemiológicos destinados a ayudar a los médicos privados varían grandemente. Pero, con legislación especial o sin ella, las tendencias epidemiológicas ascendentes o descendentes de la sífilis y la blenorragia se ven afectadas en diversos países aparentemente en forma similar y en el mismo momento (Willcox, 1964).

3. Resumen y conclusiones

Hemos tratado en este simposio de evaluar el clima de opiniones en el que se ha producido una tendencia ascendente de sífilis y blenorragia - y posiblemente también de otras infecciones contraídas sexualmente - durante la pasada década y que continúa teniendo lugar aparentemente a pesar de las medidas nacionales e internacionales que se han aplicado. Hemos tratado de evaluar las principales fuerzas que interactúan en la transmisión de la infección en medios que experimentan una rápida evolución en los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Debemos llegar a la conclusión de que estas tendencias han dado origen a nuevas actitudes sociales y de conducta con los consiguientes riesgos de contraer mayores enfermedades por actividad sexual. Si bien se han dado importantes desarrollos médicos y de salud pública durante el mismo período, éstos han quedado contrarrestados por las otras múltiples fuerzas ambientales que facilitan la transmisión de las enfermedades venéreas, cuyos efectos adversos están fuera del control del médico y que, por ello, con toda probabilidad continuarán en el futuro.

Los servicios médicos y de salud pública, en grado diferente, no han conseguido solucionar la presente situación. En el futuro deberá considerarse la suficiencia - o insuficiencia - de estos servicios en relación con las necesidades previstas. Con el fin de reducir la creciente incidencia, las administraciones de salud deben proporcionar un mayor número de personal capacitado y de servicios adecuados no sólo para hacer posible el diagnóstico y tratamiento gratis de estas enfermedades sino también para aplicar las técnicas existentes y técnicas mejoradas de localización de casos, incluyendo la ubicación epidemiológica de casos, sino también para examinar los grupos riesgo mucho más activamente que hasta la fecha. Es necesario impartir a los jóvenes una educación mejorada para la salud y formación en la vida familiar orientadas hacia la prevención y a asegurar que los infectados obtengan tratamiento rápidamente.

Sobre todo, se requiere una mayor investigación de muchos problemas, en particular en los campos de la bioquímica y la inmunología. Ahora se puede esperar que ello dé como resultado no sólo una prueba de selección serológica simplificada para la blenorragia (a cuya ausencia se debe la descontrolada alza de su incidencia en comparación con la sífilis), sino también quizás, últimamente, un medio inmunizador contra las enfermedades causadas por treponemas tales como la sífilis. Las investigaciones en estas áreas progresan ahora racionalmente en el Reino Unido, en los Estados Unidos de América y en Polonia.

Pero es imposible realizar progreso alguno contra estas enfermedades sin una cooperación interdisciplinaria: cooperación del venerólogo con expertos de otros campos de la medicina (el obstétrico, el ginecólogo, etcétera) y con el médico general; cooperación de ellos con los trabajadores de salud pública y con los epidemiólogos; cooperación con el investigador; cooperación de todos ellos con el maestro, con el educador en salud y con el trabajador social; cooperación con organismos voluntarios ocupados de la juventud. Tal cooperación debe emprenderse no sólo a nivel del paciente y de la institución, sino también a nivel interestatal y nacional. También podemos preguntarnos si no sería posible desarrollar un clima mejorado de opinión en favor de esta cooperación a nivel internacional reconociendo el hecho de que ahora se requieren investigaciones y comunicaciones epidemiológicas entre los países en aproximadamente un 50% de los casos declarados de sífilis y mucho más en relación con los de blenorragia.

La vital importancia de cooperación internacional queda ilustrada por un reciente informe de una prostituta californiana con sífilis secundaria que mantuvo un diario. Se constató que de 310 hombres que fueron sus contactos, se ubicaron 168 - todos ellos conductores de camiones de larga distancia. Esta amenaza de propagación de la enfermedad se extendió a 34 estados americanos, a Canadá y a México. Esta epopeya epidemiológica fue redactada por un reportero permanente y apareció, cosa improbable, en un periódico rara vez leído por los médicos, en The Wall Street Journal (1970) - ¡Probablemente por que ello afectaba al comercio interestatal!

CSP18/DT/5 (Esp.)
ANEXO

(ILUSTRACIONES Y REFERENCIAS
SERAN DISTRIBUIDAS POR SEPARADO)

CSP18/DT/5 (Esp.)
ANEXO

REFERENCIAS

- Adams, A. (1967) Med. J. Austr. 1, 145-51
- Amer. J. publ. Hlth, 1968, 58, 817-9
- American Social Health Association (1968) Today's VD Control Problem, A. S. H. A. New York
- American Social Health Association (1969) Today's VD Control Problem, A. S. H. A. New York
- American Social Health Association (1970) Today's VD Control Problem, A. S. H. A. New York
- Arya, O. P. & Bennett, F. J. (1967) Brit. J. vener. Dis. 43, 275-9
- Asiyo, P. (1968) Prostitution Problems peculiar to countries in Process of Development, Social Hygiene Quarterly of the Association for Moral and Social Hygiene in India, April 1968
- Balina, L. M. et al (1967) Paper presented to XIII Int. Congr. Dermatology, Munich, 1967
- Barnhoorn, J. A. J. (1956) In: Maritime Venereal-disease Control, World Health Organization, Geneva, 94-7
- Beigel, H. G. (1964) Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses, Washington, D. C. 1962, Public Health Service Publication No. 997, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 399-406
- Bijkerk, H. (1968) Communication to WHO
- Bijkerk, H. (1969) The occurrence of venereal disease in the Netherlands, 1967, Staatsnitgverig's Grauenhace
- Bloch, H. A. (1964) Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses, Washington, D. C. 1962, Public Health Service Publication No. 997, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 412-8
- Bowle, J. (1968) England: A Portrait, Readers' Union, Ernest Benn, London
- Brandao, F., da Cruz Sobral, F. & da Fonseca, A. (1965) Proceedings of the XXIV General Assembly and Technical Meeting of the International Union against the Venereal Diseases and the Treponematoses, Lisbon, 197-202

- British Co-operative Clinical Group (1970) Brit. J. vener. Dis. 46, 69-75
- British Medical Association (1964) Venereal Disease and Young People, B. M. A., London
- Brit. med. J. (1967) 2, 5-6
- Bron, L. (1964) Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses, Washington, D. C. 1962, Public Health Service Publication No. 997, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 419-23
- Brown, W. J. (1967) Milit. Med. 132, 316-7
- Burgess, J. A. (1966) Brit. J. vener. Dis. 42, 116-8
- Burton, J. (1968) Int. J. Hlth Educ. 11, 13-17
- Capinski, T. Z. (1966) WHO unpublished working document WHO/VDT/66.37-WHO/HE/66.1
- Capinski, T. Z. & Urbanczyk, J. (1970) Brit. J. vener. Dis. 46, 138-40
- Catterall, R. D. (1964) The Venereal Diseases, Evans Brothers Ltd., London
- Catterall, R. D. (1966) Lancet, 2, 830-1
- Centro Internazionale Radio-Medico/World Health Organization (1970) In preparation
- Cleere, R. L., Dougherty, W. J., Fiumara, N. J., Jenike, C., Lentz, J. W. & Rose. J. Amer. Med. Ass. 202, 941-6
- Cohen, L. (1970) Brit. J. vener. Dis. 46, 108-10
- Curtis, C. (1963) J. Amer. med. Ass. 186, 46-9
- Daily Express (1970) 31 March, London
- Dalzell-Ward, A. J. (1969) Med. Offr. 121, 3-8
- Dalzell-Ward, A. J. (1970) BJVD 46, 159-161
- Danehower, W. F. & Schamberg, I. L. (1963) Arch. Derm. Syph. (Chic.) 88, 930-4
- Degos, R. & Delzant, O. (1963) Vie Méd. Paris, 44, 330-40

- Degos, R. & Ebrard, G. (1957) Bull. Soc. franç. Derm. Syph. 64, 363-6
- Desai, S. C. (1969) Indian J. Derm. Venereol. 35, 271-96
- Durel, P. & Pellerat, J. (1966) Maladies vénériennes, Fouchet, Paris
- Eng, J. & Jensen, R. A. (1960) Nord. Med. 64, 1285-8
- Ekstrøm, K. (1964) Acta Psychiat. Scand. 40, Suppl. 180, 241-3
- Farago, L. (1969) WHO unpublished working document INT/VDT/69.247
- Finland, M. (1969) In: VD - The Challenge to Man, American Social Health Association, New York, 57-64
- Fleming, W. L., Brown, W. J., Donohue, J. F. & Branigin, P. W. (1970) J. Amer. med. Ass. 211, 1827-30
- Foldvari, F. & Karolyi, S. (1968) Communication to the IUVDT
- France (1967) Communication to WHO from the French Ministry of Foreign Affairs
- French, E. (1966) Brit. J. vener. Dis. 31, 113-6
- Gagnon, J. H. (1964) Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses, Washington, D. C. 1962, Public Health Service Publication No. 997, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 424-30
- Gagnon, J. H. (1969) Int: VD - The Challenge to Man, American Social Health Association, New York, 17-23
- Gjessing, H. C. (1956) Brit. J. vener. Dis. 32, 86-90
- Graz, L. (1968) "On the great waters", World Health, January-February 1968
- Guthe, T. & Idsøe, O. (1964) Tid. norske laegeforen. 84, 1262-8
- Guthe, T. & Idsøe, O. (1968) Brit. J. vener. Dis. 44, 35-48
- Hai-Teh, Ma (1966) China's Med. 1, 52-63
- Hartmann, G. (1967) Boliger og Bordeller, Rosenkilde og Bagger, Copenhagen

- Haustein, H. (1927) Handbuch der Haut-und-Geschlechtskrankheiten . 22. Julius Springer, Berlin, 838
- Hertoft, P. (1968) Unge Maends Seksuelle Adfaerd Viden og Holdning, 1, Akademisk Forlag, Copenhagen
- Hertoft, P. & Ekstrøm, K. (1967) Paper presented to the XXV General Assembly of the International Union against the Venereal Diseases and the Treponematoses, Munich, August 1967
- Hewitt, A. B. (1970) Brit. J. vener. Dis. 46, 106-7
- Hooker, E. (1962) Male Homosexual Life Styles and Venereal Disease, University of California, Los Angeles
- Hooker, E. (1964) Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses, Washington, D. C. 1962, Public Health Service Publication No. 997, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 431-7
- Huxley, A. (1968) Quoted by Bowle, J. (1968)
- Idsøe, O. & Guthe, T. (1967) Brit. J. vener. Dis. 43, 227-43
- Inghe, G. & Inghe, M. B. (1967) Den ofärdiga välfärden, Tidens Förlag-Folksam, Stockholm
- Jefferiss, F. J. G. & Willcox, R. R. (1963) Brit. J. Vener. Dis. 39, 143-8
- Josephson, E. (1969) In: VD - The Challenge to Man. American Social Health Association, New York, 24-32
- Journal de Genève (1968) 9 août
- Juhlin, L. (1968a) Acta derm. vener. 48, 75-81
- Juhlin, L. (1968b) Acta derm. vener. 48, 82-9
- Juhlin, L. & Liden, S. (1969) Brit. J. vener. Dis. 45, 321
- Karolyi, I. (1969) WHO unpublished working document INT/VDT/69.253
- King, A. (1970) Brit. med. J. 1, 451-7

- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. (1948) Sexual behaviour in the human male, W. B. Saunders & Co., Philadelphia & London
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. & Gebbard, P. H. (1953) Sexual behaviour in the human female, W. B. Saunders & Co., Philadelphia & London
- Laird, S. M. (1962) Brit. J. vener. Dis. 38, 82-5
- Laird, S. M. (1963) Brit. J. vener. Dis. 39, 280-2
- Loeb, M. (1960) Brit. J. vener. Dis. 36, 191-3
- Loughlin, M. J. (1969) N. Z. med. J. 69, 195-8
- Lourie, R. S. (1966) Arch. environmental Hlth. Chic. 12, 684-5
- Lundt, P. V. (1963) WHO unpublished working document EURO-240/9.2, presented at the European Symposium on V. D. Control, Stockholm, 24-28 September 1963
- Manv, P., Reboul, E., Lapeyre, J., Boutet, B., Teillard, J., Jeanpierre, G. & Saliba, (1967) Proph. sanit. morale, 39, 273-81
- Martin-Bouyer, G. (1967) Bull. I. N. S. E. R. M. 22, 1021-56
- Medical Tribune (1968) International Division, 20 May
- Meyer-Rohn, J. (1968) In: Current Problems in Dermatology, 2, Antibiotic Treatment of Venereal Diseases, Karger, Basel & New York, 154-67
- Le Monde (1968)
- Morton, R. S. (1966) Brit. J. vener. Dis. 42, 280-2
- Morton, R. S. & Statham R. (1968) Brit. Med. J., 4, 623-625
- Navy Times (1967) 8 March
- Neser, W. B. & Parrish, H. M. (1969) Sth. med. J. (Bdham, Ala.), 62, 177-80
- Nicol, C. S. (1960) Practitioner, 194, 345-9
- Nicol, C. S. (1964) Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses, Washington, D. C. 1962, Public Health Service Publication No. 997, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 44-8

- Novotny, F. (1969) C. S. Derm. 43, 330-3
- The Observer, (1968) 18 February
- O'Rourke, E. (1969) In: VD - The Challenge to Man, American Social Health Association, New York, 4-5
- Oslo Helseraad (1968) Communication to WHO
- Platts, W. M. (1969) Brit. J. vener. Dis. 45, 61-6
- Population Council (1969) February
- Price, E. (1969) Medical Aspects of Human Sexuality, 3, 67
- Putkonen, T. (1969) Communication to WHO
- Racz, I. (1969) WHO unpublished working document INT/VDT/69.248
- Ragon, M. (1966) World Health, February-March, 6, 44
- Rawlins, D. C. (1969) Brit. J. vener. Dis. 46, 93
- Rees, E. & Annels, E. H. (1969) Brit. J. vener. Dis. 45, 205-15
- Ridet, J. (1968) Report to WHO
- Robinson, R. C. V. (1969) Arch. Derm. 99, 599-610
- Rosenblatt, D. & Kabasakalian, L. (1966) Amer. J. publ. Hlth, 56, 1104-14
- Rozina, L. A. & Chaica, A. A. (1969) Sovetsk. Med. 32, 91-4
- Sacotte, M. (1969) Proph. sanit. morale, 41, 196
- Scarpari, S. & Zamperlin, P. (1965) Ann. Sclavo, 7, 430-9
- Schamberg, I. L. (1963) Brit. J. vener. Dis. 39, 89-92
- Schmidt, H., Hauge, L. & Schønning, L. (1963) Brit. J. vener. Dis. 39, 264-5
- Schofield, M. (1965) The Sexual Behaviour of Young People, Central Council of Health Education, Longmans, London

- Sepetjian, M., Avon, P., Bondet, V. & Thivolet, J. (1967) Rev. Hyg. Med. Soc. 15, 541-6
- Serise, M., Coudray, P., Freour, P., Martaguet, P., Renou, A. M. & Barrere, P. (1964) Rev. Hyg. Méd. Soc. 12, 575-606
- Shiloh, A. (1969) In: VD - The Challenge to Man, American Social Health Association, New York, 38-42
- Siboulet, A. & Egger, G. (1967) Paper presented at the XXV General Assembly of the International Union against the Venereal Diseases and the Treponematoses, Munich, August, 1967
- Smithurst, B. A. (1969) Med. J. Austr. 2, 1143-6
- Suthisomboon, X. (1965) Proceedings of the XXIV General Assembly and Technical Meeting of the International Union against the Venereal Diseases and the Treponematoses, Lisbon, 203-21
- Sveriges Officiella Statistik, 1967
- Sweden (1969) Socialmed. T. 10, December
- Switzerland (1966) Communication to WHO from the Service Fédéral de l'Hygiène Publique, August 1966
- Szasz, J. (1969) Canad. J. publ. Hlth, 60, 429
- Time, (1966) January 24, 42-7
- Time, (1969) June 6, 18-19
- United Nations (1966) Statistical Yearbook 1965, United Nations, New York
- United Nations (1967) Demographic Yearbook 1966, United Nations, New York
- USA (1970) Morbidity and Mortality, 19, No. 7, 74, United States Department of Health, Education & Welfare, Atlanta, Georgia
- United States Public Health Service (1967) Venereal Disease Program Report, 1967, United States Department of Health, Education & Welfare, Atlanta, Georgia

- Vignale, R. A. (1968) WHO unpublished working document INT/VDT/68.232
- Vinikoff, M. R. (1964) Proceedings of the World Forum on Syphilis and Other Treponematoses, Washington, D. C. 1962, Public Health Service Publication No. 997, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 125-7
- Wall St. Journal (1970) March 30
- Webster, B. (1966) Brit. J. vener. Dis. 42, 132-3
- Weyer, F. (1969) Proph. sanit. morale, 41, 184
- Willcox, R. R. (1958a) Acta dermat. vener. 38, 215-9
- Willcox, R. R. (1958b) Int. Rev. Crim. Policy, 13, 67-97
- Willcox, R. R. (1964) A Textbook of Venereal Diseases and Treponematoses, William Heinemann Medical Books, Ltd., London, 89-126
- Willcox, R. R. (1965) Current Med. & Drugs, 5, 3-20
- Willcox, R. R. (1966) Brit. J. vener. Dis. 42, 225-37
- Willcox, R. R. (1967) Report to WHO
- Willcox, R. R. (1969) Paper presented to Medical Research Council Conference on Urethritis, December
- Wilson, D. C. & Sutherland, J. (1960) J. Obstet. Gynaec. 67, 320
- World Health Organization (1953) Chr. Wld Hlth Org. 7, 203-10
- World Health Organization (1954) Treponematoses: A World Problem, Chr. Wld Hlth Org. 8, 37-114
- World Health Organization (1963) Wld Hlth Org. Techn. Rep. Ser. 262
- World Health Organization (1970) Report on the Second Regional Seminar on Venereal Disease Control, Manila, 1968
- World Health Organization (1968a) A21/Technical Discussions/5
- World Health Organization (1968b) World Health Situation, Third Report, Geneva
- Wren, B. G. (1967) Med. J. Austr. 1, 847-9

FIGURE 1

REPORTED PRIMARY AND SECONDARY SYPHILIS 1950 - 1969

Yearly percentage variations of incidence rates using 1950 as reference (100%) if not otherwise indicated

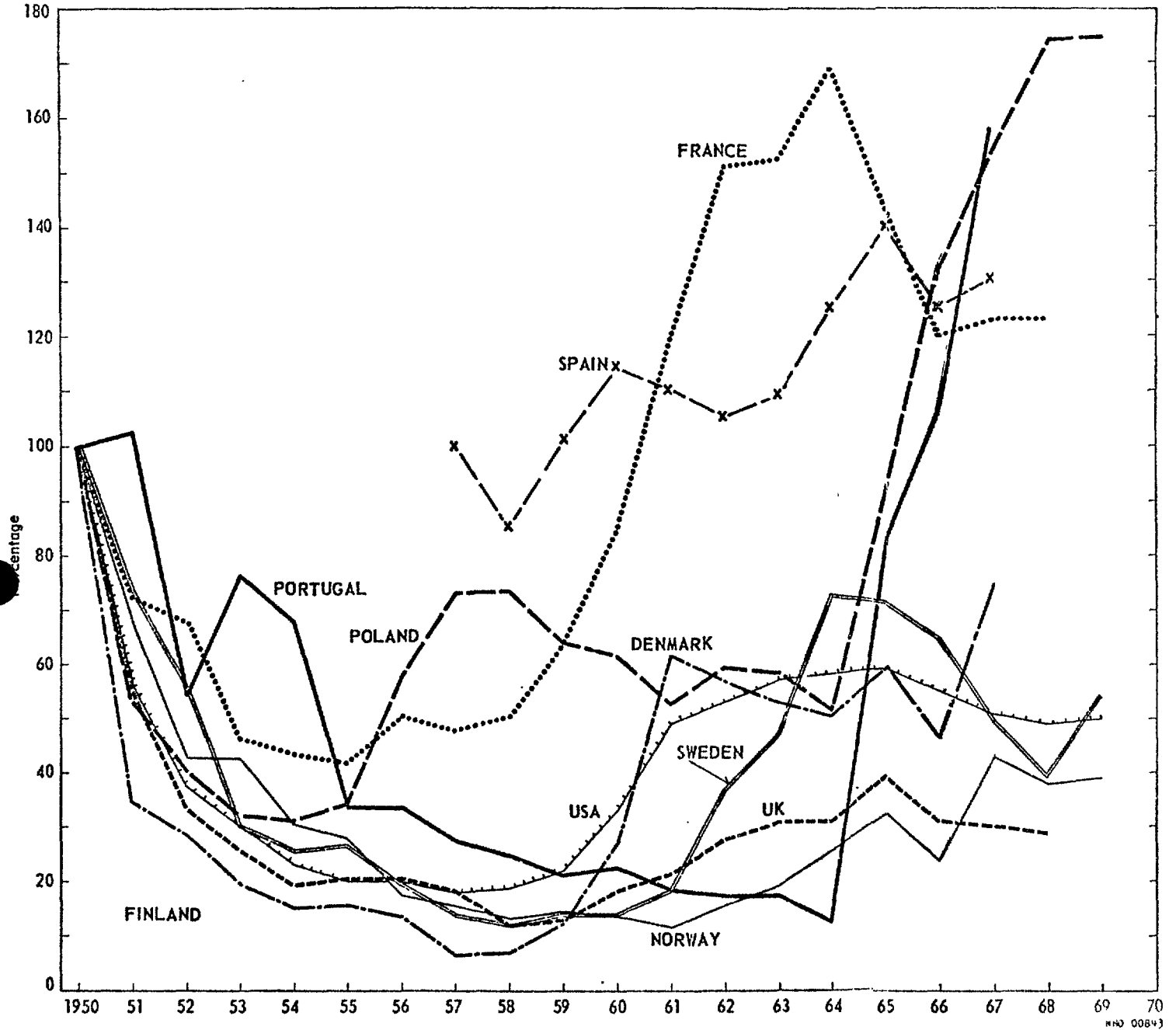


FIGURE 2

REPORTED PRIMARY/SECONDARY SYPHILIS 1960-1969.
YEARLY PERCENTAGE VARIATIONS IN INCIDENCE RATES USING 1960 AS REFERENCE (100%)

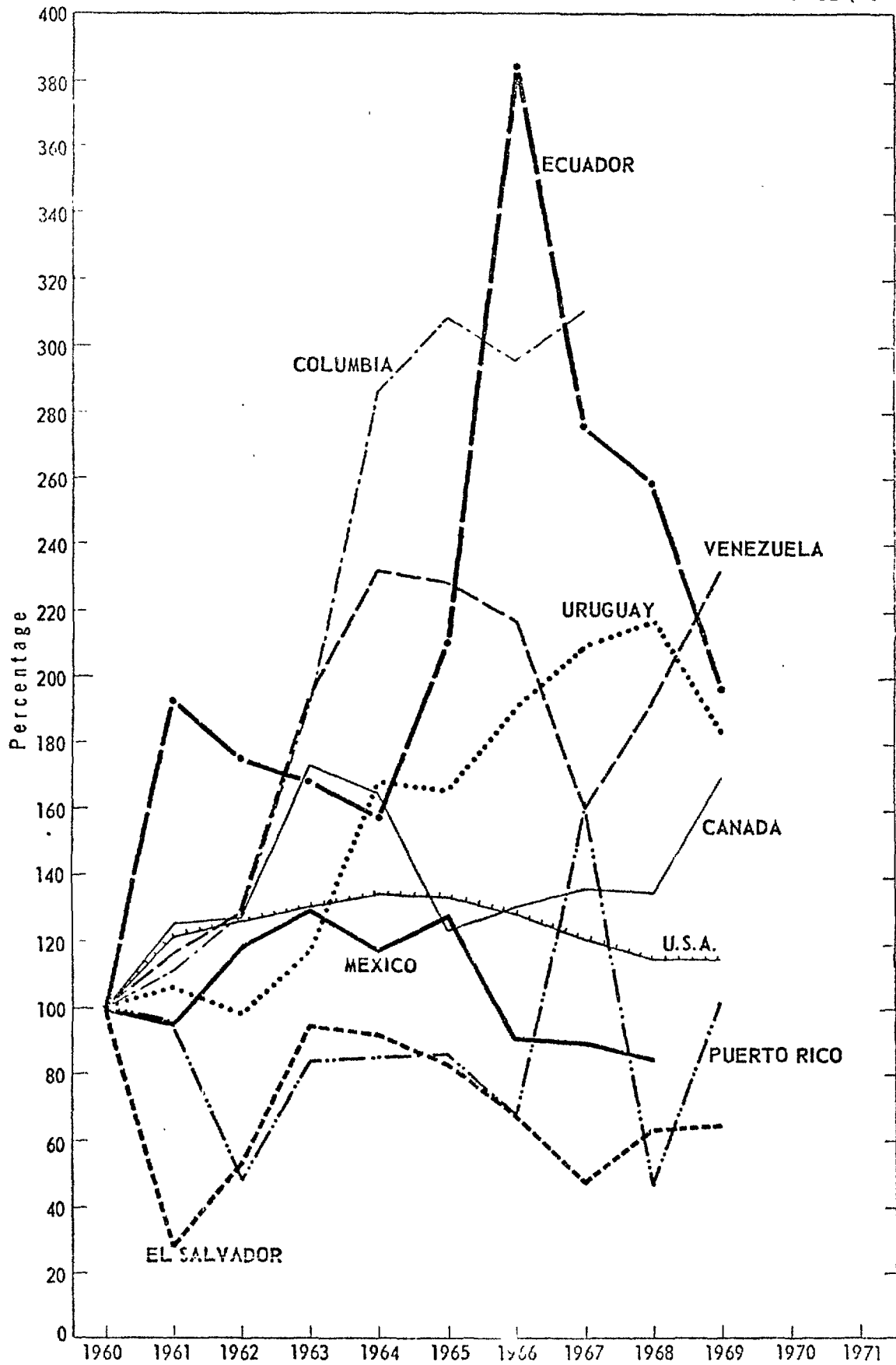


FIGURE 3

REPORTED GONORRHOEA 1950-1969, INCIDENCE RATES PER 100 000 POPULATION

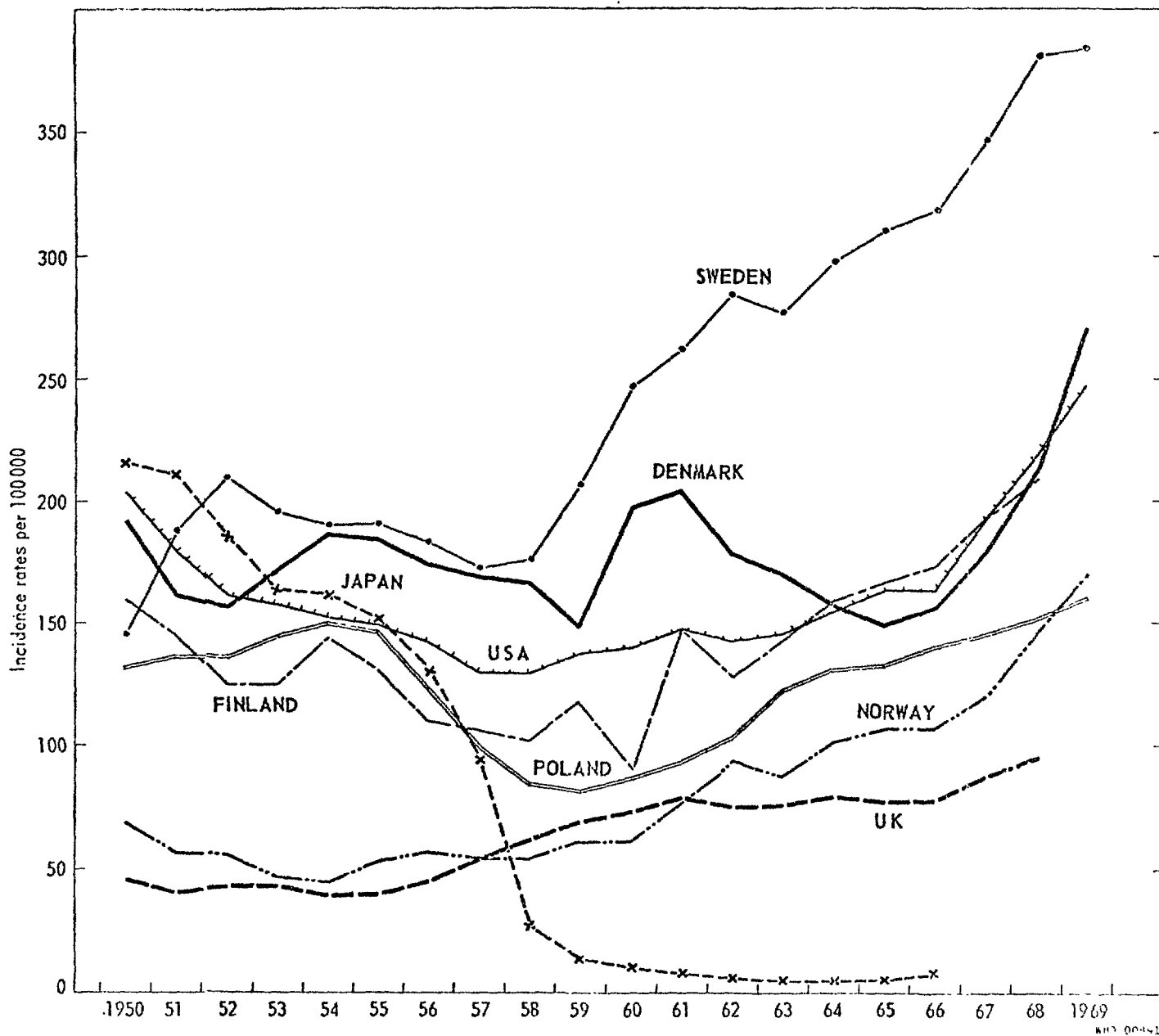


FIGURE 4

Immunising agent
in
syphilis ?

High incidence Eradication
Control

ECOLOGICAL FORCES AFFECTING THE BALANCE
OF HOST/AGENT RELATIONSHIP IN SYPHILIS
AND GONORRHOEA

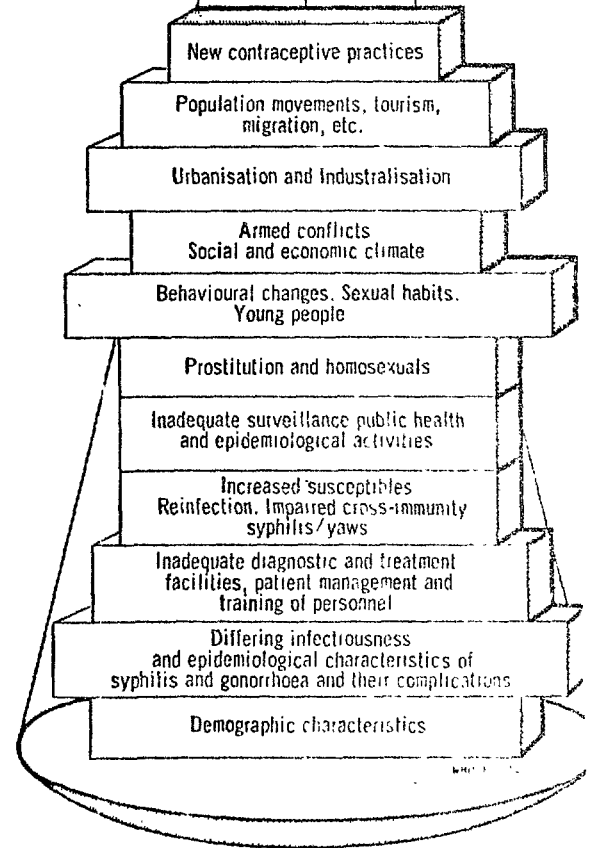
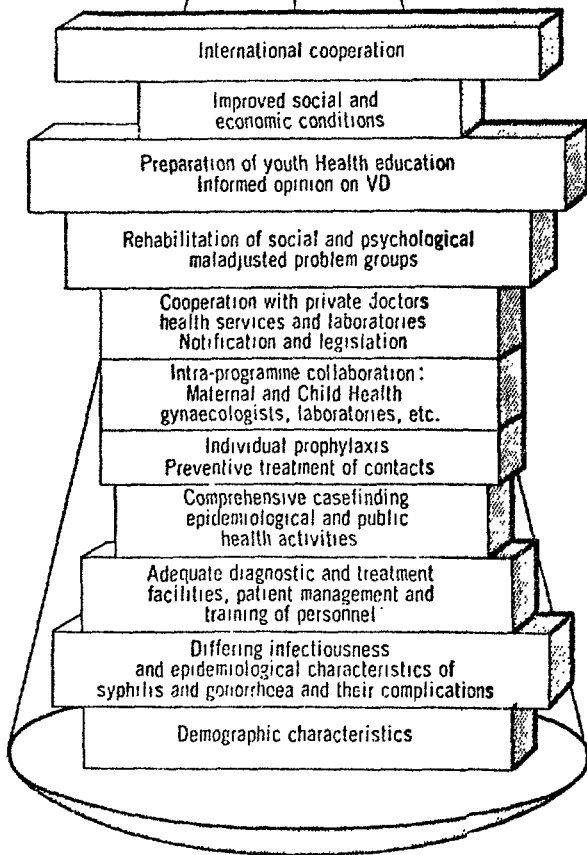


Table 1

Casos notificados de blenorragia por 100,000 habitantes por paises, 1966 - 1969,
América del Norte, Mesoamérica y América del Sur

Pais	1966	1967	1968	1969 ^(a)
Canada	107.1	109.3	108.4	128.2
Colombia	200.4	243.3	218.3	148.6
Costa Rica	94.7	a) 150.9	153.1	201.7
El Salvador (b)	150.0	137.0	206.9	202.7
Estados Unidos	178.6	203.3	230.9	-
Guatemala	76.7	a) 80.8	a) 77.3	94.8
Jamaica	1956.1	2109.2	a) 1937.8	1779.5
Nicaragua	126.9	54.4	a) 92.5	116.0
Panama	46.6	71.1	a) 15.8	32.7
Paraguay (b)	35.0	43.5	50.0	63.3
Peru (b)	92.4	82.5	a) 128.0	-
Republica Dominicana	-	-	a) 297.2	340.7
Trinidad y Tabago (c)	735.5	475.4	896.0	883.9
Venezuela (b)	397.5	429.1	466.4	-
Bermuda	302.0	456.0	472.0	490.4
Guayana Francesa	a) 262.2	a) 360.5	a) 490.0	666.7
Islas Bahama	8.6	62.7	35.0	58.4
Puerto Rico	108.2	94.9	94.0	104.5
Santa Lucia	774.8	444.8	193.5	405.4
Zona del Canal	119.6	135.7	144.6	89.3

(a) Datos provisionales e incompletos

(b) Area de notificacion

(c) Declaracion no obligatoria