

REPÚBLICA DE CUBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA. MORÓN, CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR- MORÓN.

Título: Análisis del cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de prevención y control de las Enfermedades de Transmisión Sexual en el Consejo Popular Sur.

Autora: Dra. Litay Fernández Hernández. Residente de segundo año en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila.

2015

REPÚBLICA DE CUBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA. MORÓN, CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR- MORON.

Trabajo para optar por el título de especialista en primer grado en Medicina General Integral.

Título: Análisis del cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de prevención y control de las Enfermedades de Transmisión Sexual en el Consejo Popular Sur.

Autora: Dra. Litay Fernández Hernández. Residente de segundo año en Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Celia María López Reyes. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia, Master en Atención Integral a la mujer. Profesor Instructor.

Ciego de Ávila.

2015

RESUMEN

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), tipo observacional descriptivo, longitudinal prospectivo, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual en el periodo comprendido entre Junio del 2014 hasta Marzo 2015 en el Consejo Popular Sur.

El universo de estudio estuvo constituido por los 3977 pacientes que constituyen la población con riesgo de ETS residentes en el Consejo Popular Sur del Área de Salud Sur de municipio Morón, y además los equipos básicos de trabajo, el grupo básico de salud y los directivos del Área de Salud.

Se analizaron las condiciones estructurales de todos los consultorios encontrándose que de los 33 consultorios 26 presentaban buenas condiciones en cuanto a la presencia de iluminación, privacidad y agua corriente y se constató una irregularidad en disponibilidad de recursos materiales que afectó al 100 % de los mismos. El 82.9 % de los médicos y enfermeras plantearon no conocer todos los aspectos relacionados con el programa, lo cual se favoreció aún más porque en el 88.9 % del total de capacitaciones que estos recibieron, no se ofrecieron actualizaciones relacionadas con el mismo. El 81.8 % de los consultorios médicos tenían una buena identificación de la población de riesgo, peor a pesar de esto solo al 63.5 % de esta población se le indicaron y realizaron exámenes complementarios. Al 94.6 % de los casos positivos se les realizó un diagnóstico precoz, quedando 2 casos diagnosticados tardíamente de los cuales uno lo constituyó una sífilis congénita. Al 100 % de los casos diagnosticados con una enfermedad de transmisión sexual se les realizó entrevista, se les confeccionó la historia epidemiológica y se garantizó el cumplimiento de los tratamientos indicados; pero a pesar de esto se encontró que solo el 86.5 % de estos tenían un adecuado seguimiento y que no estaban identificados correctamente por sus consultorios médicos. En cuanto al trabajo realizado por el GBT se constató que existía deficiente control por parte de este a los consultorios y que en solo 6 de las 30 reuniones realizadas se analizó el

cumplimiento de los indicadores referidos al programa. Además se constató que a pesar de que se realizaban acciones educativas y de promoción de prácticas sexuales saludables a la población con conducta social y sexual de alto riesgo, en solo el 21.2 % de los consultorios evaluaba el impacto logrado con las mismas.

Se demuestra así que hay una deficiente labor de educación para la salud por parte del equipo básico de trabajo donde la promoción y prevención son tareas fundamentales.

ÍNDICE.

	Páginas
I Introducción	1
II Objetivos	4
III Marco Teórico	6
IV Material y Método	25
V Análisis y Discusión de los Resultados	35
VI Conclusiones	45
VI Recomendaci I ones	46

VI Referencias 47

II Bibliográficas

IX Anexos 53

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan, mundialmente, un serio problema, tanto en términos de salud como económicos y sociales. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva y de toda la población 'Y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea. Al cabo de los siglos y desde hace unas tres décadas las enfermedades de transmisión sexual han perdido su eufemístico nombre de "venéreas" (de Venus, diosa de la belleza en la mitología romana) y hoy se refieren a ellas como lo que son: Procesos infecciosos que se transmiten, fundamentalmente, a través de las relaciones sexuales, es decir por vía genital o coital, tanto en relaciones heterosexuales, como homosexuales (1). Los científicos acaban de encontrar rastros de sífilis en el esqueleto de una chica medieval que vivió en un asentamiento inglés (supuestamente entre los años 1296 y 1445), mucho antes de que Cristóbal Colón volviera del Nuevo Mundo (2)

El impacto creciente que tienen las ITS en la salud de las mujeres y los niños, y la conexión que existe entre este grupo de enfermedades y la prevención de la infección por el VIH, son dos elementos de enorme importancia para que sean consideradas un problema prioritario de estos tiempos. El incremento observado en estas enfermedades va aparejado a diferentes factores que han contribuido a su ascenso, entre los que se destacan: cambios en el comportamiento sexual y social debidos a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes, los cambios en la mentalidad referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual aparejado a una menarquia cada vez más temprana y a patrones de machismo que imperan en algunos países del mundo (3-6).

Las ITS son un conjunto de infecciones que se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales. Algunas de ellas también pueden transmitirse a través del contacto con la sangre o de la madre infectada a su hijo. Son muy comunes en todo el mundo como causa de morbilidad, complicaciones y secuelas, como es el caso de la enfermedad pélvica inflamatoria en la mujer (EPI), estrechez uretral en el hombre, infertilidad en ambos sexos, cáncer cervical y cáncer del pene.

Los síntomas más comunes de las ITS incluyen: secreción uretral, secreción vaginal, úlcera genital, dolor abdominal bajo, aumento de volumen del escroto, bubón inguinal e inflamación de los ojos en el recién nacido. Ellos son causados por una amplia variedad de patógenos virales: (Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de la Hepatitis B (VHB), Virus del Herpes Simple o Herpes genital (VHS) y Virus del Papiloma Humano (VPH); bacterianos (*Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Calymmatobacterium granulomatis* y *Gardnerella vaginalis*), Clamidias (*Chlamydia trachomatis*), hongos (*Candida albicans*), protozoos (*Trichomona vaginalis*) y parásitos (*Pthirus pubis*, *Sarcoptes scabiei*). (4,5).

En mujeres en edad fértil las ITS constituyen un importante problema en la morbilidad materno infantil, debida entre otras causas a abortos espontáneos, muerte fetal y/o materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular y pulmonar de los neonatos y sífilis congénita (7).

La OMS ha estimado que las ITS, incluyendo el VIH/SIDA, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante

entre hombres de 15-44 años y la segunda causa más importante (después de las causas maternas) en mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo. De hecho podría considerarse que entre los jóvenes se ha desatado una especie de epidemia de ITS. En parte porque en las últimas décadas la edad de inicio sexual se ha adelantado y, por consiguiente, ha aumentado el número de parejas sexuales que las personas tienen a lo largo de su vida (8).

Cálculos recientes reportan que en el mundo se presentan cada año cerca de 340 millones de casos nuevos de ITS curables y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Además recalca que los adolescentes representan alrededor del 20% de la población y que el 50% de ellos contrae una ITS cada año y se estima que el 80% de las personas con SIDA tienen entre 20 y 30 años, lo que significa que contrajeron esta enfermedad en la adolescencia (9-11). La población joven continuará incrementándose; especialmente la caracterizada como población adolescente estará en el 2020 sobre los 1250 millones de habitantes. De hecho, la población adolescente en América Latina llegará a ser superior a los 180 millones de habitantes (12,13). En la actualidad existe una tendencia al inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas. La encuesta demográfica y de salud de las mujeres, llevada a cabo en Centro y Sudamérica, señala que altos porcentajes de adolescentes en México, Guatemala, Ecuador, Salvador y Brasil, tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años (14- 17).

En Cuba se notifican entre 10 y 20 mil casos anualmente de Sífilis, Blenorragia y Condiloma acuminado, con tendencias al

aumento desde hace años, a pesar del subregistro que debe existir en alguna de ellas (18).

En Cuba en el año 2013 se reportaron 316 casos nuevos de SIDA para una tasa de 28.3 por cada 1 000 000 de habitantes, también 3 302 casos de Sífilis para una tasa de 29.6 por cada 100 000 habitantes, así mismo, se reportaron 4 750 casos de Blenorragia para una tasa de 42.5 por cada 100 000 habitantes; cifras que se podrían haber incrementado de no ser por la dificultad y poca cooperación de los pacientes a la hora de confeccionar la historia epidemiológica en busca de los contactos(18-20).

En el municipio Morón se notificaron en el año 2013, 12 casos de Sífilis, 20 de Blenorragia, 43 casos de condilomas, 4 casos de Herpes Genital y 11 casos nuevos de VIH; cifras superiores a las reportadas en el año 2012.

En lo que respecta al policlínico sur de Morón se reportaron durante el 2013, 3 casos de Sífilis, 10 casos de Blenorragia, 4 casos de Herpes Genital y 5 casos nuevos de VIH; cifras superiores a las reportadas en el año 2012.

Teniendo en cuenta esta problemática se precisa el siguiente problema científico: ¿Cómo lograr mejores resultados en la aplicación del Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual en el Policlínico sur de Morón?

Pregunta investigativa: ¿Existen dificultades en el cumplimiento de los objetivos planteados en el Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual en el Consejo

Popular Sur, perteneciente al Policlínico Universitario Sur de Morón?

OBJETIVOS

Objetivo General: Evaluar el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual en el Consejo Popular Sur del municipio Morón en la provincia de Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar el estado de cumplimiento del Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual en cuanto a:
 - ✚ Vigilancia epidemiológica a grupos de población con conducta social y sexual de alto riesgo y en personas especialmente expuestas.
 - ✚ Calidad en el diagnóstico clínico y de laboratorio (Tinción de Gram y cultivo, VDRL) en todas las unidades de salud.
 - ✚ Notificación y registro de todos los casos diagnosticados en las unidades del Sistema Nacional de Salud (SNS).
 - ✚ Tratamiento controlado e inmediato de todos los enfermos diagnosticados y sus contactos detectados
 - ✚ Entrevista epidemiológica a todos los casos notificados.

✚ Acciones realizadas de información, comunicación y educación para promover prácticas sexuales saludables en la población y en los enfermos de ETS.

2. Identificar posibles causas de incumplimiento de lo que se establece en dicho programa.
3. Elaborar acciones de salud que contribuyan al cumplimiento del Programa de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual en el Policlínico Universitario Sur de Morón.

MARCO TEÓRICO

Según opinión hoy aceptada, la palabra sífilis se deriva del nombre del pastor Syphilus, inspirado en una historia de Ovidio, de un poema titulado Syphilis sive morbus gallicus, escrito en el siglo XVI (1530) por Gerolano Fracastoro (1483-1553), quien al seguir la costumbre de los humanistas de la época, alteró el nombre y de ahí Syphilis. En este poema, Sífilis era el nombre de un héroe pastor que resultó castigado porque levantó altares prohibidos en la montaña. El castigo consistió en una nueva y desconocida enfermedad.

El término Lúes, utilizado también como sinónimo, significa epidemia en latín y en el habla popular se han utilizado otras designaciones, como epidemia del placer y enfermedad francesa. Estas últimas denominaciones proceden de una época en que la sífilis era mucho más frecuente que hoy y en la que el tratamiento posible era muy deficiente. (21).

En la Edad Media, la sífilis causó estragos semejantes a los de la peste, y desbastó pueblos y ciudades enteras. Después de la introducción de la penicilina en la terapia de la sífilis, no parecía estar lejano el día en que se llegara a una total erradicación de la epidemia.

La denominación de venérea le viene de Venus, la diosa griega del amor, y su antigüedad y origen constituyen una de las controversias clásicas en la historia de la medicina.

El hallazgo de lesiones sifilíticas óseas en las excavaciones arqueológicas ha dividido a los investigadores en 2 grandes grupos: uno que sitúa el origen en las América y otro que lo

ubica en Europa, Cercano Oriente y África.

Los primeros plantean que hace 5 siglos se introdujo en Europa, proveniente de la América recién descubierta, a través de los conquistadores españoles, y se extendió rápidamente por este continente. (22) Ya a finales del siglo XV se había propagado, tras el sitio infructuoso de Nápoles en 1495, por las tropas francesas de Carlos VIII. Durante el sitio las prostitutas francesas tuvieron relaciones sexuales con los soldados españoles, y probablemente contrajeron así la sífilis, que luego transmitieron también a los soldados franceses, pues estos se retiraron rápidamente abatidos por una misteriosa epidemia; de ahí el nombre de morbo gallico. (23).

Desde principios del siglo XVI se convirtió en un azote para la humanidad. Se consideraba un mal innombrable, y que no era más que el estigma vergonzante que dejaban en el cuerpo los placeres carnales. La iglesia llegó a afirmar que la enfermedad era un castigo divino.

Una epidemia de sífilis arrasó Europa durante los siglos XV y XVI, lo que dio como resultado miles de muertos, pues no había ninguna terapéutica eficaz; sólo se disponía de las plegarias.

A comienzos del siglo XV, alrededor del 15 % de la población europea la padecía. En esta época se destacaron importantes figuras en el estudio de esta enfermedad, por ejemplo Gerolano Fracastorus y Paracelso. El primero bautizó la enfermedad con el nombre de sífilis -esto para algunos historiadores- y recomendó el guayacol y los mercuriales como tratamiento, y el segundo afirmó que madres sifilíticas daban hijos sifilíticos.

Otro grupo de investigadores han descubierto lesiones en huesos desenterrados en el Mediterráneo Oriental, lo cual ha reavivado las discusiones y ha planteado la posibilidad de un origen común. (24).

Una infección similar a la sífilis fue descrita por los chinos hace miles de años, y la plaga bíblica de Moab ha sido también reconocida como sífilis por muchos autores. Tanto en Europa como en América, Medio Oriente y África hay testimonios en los escritos y en las manifestaciones artísticas más antiguas acerca de la evidencia de esa enfermedad.

Hay excavaciones que revelan que la sífilis no procede de América; por lo tanto, la teoría que sostienen científicos acerca de que la sífilis fue traída a Europa desde América por exploradores europeos y transmitida a su alrededor o surgida de un modo independiente en cada región, no tiene validez, según recoge el estudio de esqueletos descubiertos en un convento en el norte de Inglaterra. Los investigadores sostienen que esta enfermedad ya estaba presente en Europa antes de que Colón volviera de su primer viaje. (22). Estos esqueletos excavados en Hull y fechados entre el año 1300 y 1450 poseían claros signos de padecer sífilis, según informes del departamento de Arqueología de la Universidad de Bradford, en el norte de Inglaterra, que realizó las investigaciones.

Sin dudas, este descubrimiento en Hull ayuda a clarificar algunas dudas acerca de los orígenes biológicos de la enfermedad y convierte las preguntas acerca del origen biológico de la sífilis, mucho más interesantes.

Los europeos empezaron a ser conscientes de la enfermedad

después del año 1500, pero algunas investigaciones plantean que la sífilis podría haber sido confundida con la lepra en períodos anteriores. (25).

Sus características clínicas fueron precisadas con particular maestría por Fournier en el siglo XIX, y correspondió al zoólogo Fritz Schaudinn y al dermatólogo Erich Hoffmann el mérito de haber descubierto su agente causal: el *Treponema pallidum*, en 1905. En 1906, se desarrollaron por primera vez las serorreacciones de la sífilis por Wassermann, Neisser y Bruck. Entre 1909 y 1910 se introdujo, el Salvarsán por Paul Ehrlich, utilizado en la terapéutica de la sífilis.

En 1911, Noguchi cultivó el treponema, y en 1913 se aisló en el sistema nervioso central de un tabético. (24). En 1943 se impuso el primer tratamiento con penicilina, y 6 años más tarde, en 1949, se realizó la prueba de inmovilización del *treponema pallidum* por Nelson y Mayer.

Después de 500 años de existencia, la sífilis mostró un marcado aumento en los países occidentales a partir de 1955, que se incrementó de un 30 a un 85 % por año. (24) Entre los años 1958 y 1960 hubo un descenso en la incidencia de esta enfermedad, y ocurrió otro aumento a partir de los años 70 (según datos de la OMS). Se consideró desde esa época la existencia de millones de sifilíticos repartidos en forma desigual entre todas las naciones, y se explicó la diseminación de la enfermedad, y a veces la reaparición, a la mezcla cada vez mayor de poblaciones distintas y a los puertos como grandes reservorios de treponemas. (26).

Desde la referencia utilizada por muchas generaciones de

estudiantes de medicina como recordatorio memorístico y que se refiere a la familia sífilítica y su naturaleza sorprendentemente destructora y que dice: "Hubo una vez en Torbay, un hombre que pensó que la sífilis se había ido. /Ahora tiene tabes, / y niños con tibias en sable, / y cree que él es la reina de mayo;" puede decirse que tanto la sífilis como la gonorrea han tenido una fascinación arrolladora en su historia a lo largo de mucho tiempo

Ambas entidades han sido descritas desde la antigüedad. Hay escritos chinos que datan de hace más de 2 500 años que describen una infección en la uretra tratable con esencia de soja. Una enfermedad de transmisión sexual, que podía haber sido la gonorrea, fue la que la Biblia describe que afectó a Sara, la mujer de Abraham, según aparece en Génesis, capítulo 12. La misma infección puede haber sido la plaga que se extendió por la corte del faraón y sus concubinas. Las alteraciones de la fertilidad debidas a esta infección podrían también haber sido la causa de la incapacidad de Sara para concebir, hasta muy tardíamente.

El libro del Levítico describe una enfermedad que era de transmisión sexual. Moisés, no solamente describe la contagiosidad de la gonorrea, sino que además da normas para prevenir el contagio y la diseminación. En el libro de los Números podemos aprender más sobre las enfermedades de transmisión sexual que tienen lugar en tiempo de guerra. Esta enfermedad -probablemente la gonorrea- tuvo lugar cuando los israelitas guerreaban contra los madianitas. Moisés discutió el significado del problema y prohibió las relaciones sexuales durante el tiempo correspondiente al inicio de los síntomas. Como hoy sabemos, valía de muy poco.

Pero también se pueden encontrar más descripciones de la enfermedad en el papiro de Eber. No solamente se describen los síntomas de una uretritis aguda en estos escritos, sino también se da una fórmula que permite la cura por medio de la instilación intrauretral de aceite de sándalo.

Hipócrates (del 460 al 355 antes de Cristo) hace una de las primeras descripciones científicas de la infección gonocócica. Disecó la uretra de los hombres que estaban infectados por este agente y notó la existencia de modificaciones en el tejido epitelial, a la vez que una secreción. Describió el hallazgo de la estenosis uretral que con tanta frecuencia acompaña al problema. Galeno fue el que acuñó el término gonorrea.

Los avances en el conocimiento médico en los siguientes 900 años se desconocen. No obstante, una ley del siglo XII en Londres, prohíbe a los dueños de burdeles el contratar mujeres que padecieran de escozor en los genitales. Se podía interpretar, referido a las mujeres que tuvieran molestias, hasta la sensación de ardor al realizar la micción.

En el año 1300 John Ardeme, cirujano de Ricardo II y Enrique IV de Inglaterra, fue el primero en utilizar el término purgación. El origen de esta palabra es poco claro y puede hacerse referencia a la palabra francesa clap plover, que significa buba; a le clapier, casa de prostitución; o a la palabra clappers, que eran unos instrumentos para hacer ruido y que se utilizaban para advertir la proximidad de los leprosos.

El regreso de Colón al Nuevo Mundo y la explosión de sífilis en la Europa Continental tuvo como resultado que se originara gran confusión. De todos son conocidas las teorías precolombina y

colombina en cuanto al origen de la sífilis. Los pacientes que padecían tanto la gonorrea como la sífilis, llevaron a muchos a creer que ambas enfermedades estaban relacionadas y que la gonorrea era un síntoma temprano de la sífilis. Hay que recordar que por aquella época se creía que el origen de las enfermedades se debía a los humores y al aire (27) y los problemas que planteaba la sífilis no podían ser resueltos por los hombres del Renacimiento, pues el hombre del siglo XV era científicamente poco desarrollado.

Por esta época y durante mucho tiempo se utilizaron los mercuriales para el tratamiento de la sífilis. Este tratamiento mató más enfermos que la propia sífilis, si a esto añadimos que en algunos hospitales, después de la cura, le propinaban al enfermo una tunda de palos para castigar "la carne pecadora". (28, 29).

Hunter fue uno de los que creyeron que la gonorrea era un síntoma precoz de la sífilis y se inoculó a sí mismo con el pus de la uretra de un paciente con gonorrea y contrajo la sífilis. Murió, según algunos historiadores de un aneurisma sífilítico de la aorta. Fue un mártir de la ciencia.

Bell, en 1700, inoculó a estudiantes de medicina y fue capaz de determinar que sífilis y gonorrea eran entidades clínicamente diferentes. Sin embargo, esta idea no se aceptó de inmediato, debido a la fuerte influencia de Hunter en toda la época.

Las disputas sobre el origen determinaron que a la sífilis se le conociera como "enfermedad de La Española", "mal francés", "mal napolitano", etcétera.

No fue hasta mediados de 1800, cuando un médico nacido en Baltimore, Phillips Reicort, que practicaba la medicina en París, llevó a cabo más de 1 000 estudios y fue capaz de demostrar de forma inequívoca que sífilis y gonorrea eran entidades diferentes. Veinte años después, Sims describió tumores inflamatorios en la mujer y los relacionó con la gonococcia. Esto fue comprobado por Werthein, que cultivó el pus de las trompas.

Los hitos fundamentales de la historia posterior de ambas afecciones incluyen la introducción de la sulfamida y la revolución ocasionada por el descubrimiento de la penicilina, que pasa por los aportes clínicos hechos en el siglo XIX por Hutchinson, Ricord, Fournier y Hallopeau. Fue un decir común durante mucho tiempo de todo aquel que practicó el tratamiento con los mercuriales: "Por una hora con Venus, veinte años con Mercurio".

La sífilis parece haber cambiado su forma inicial virulenta a una menos rápida y a una infección más predecible. Es posible que la enfermedad haya cambiado menos que sus víctimas y que la propia tecnología; un público en algunas ocasiones más educado, en otras más preocupado por la aparición de otras enfermedades más acuciantes, sobre todo por su mortalidad, consulta más pronto al médico. Pero a pesar de todo y de los avances de la ciencia, estas infecciones siguen siendo un importante problema de salud y, probablemente seguirán siéndolo en el futuro, quizás por mucho tiempo. (24).

En la bibliografía histórica revisada la idea predominante es que estas enfermedades se fueron extendiendo entre la población indígena por el contacto con marineros, tanto militares como civiles de la flota española que llegaban a las nuevas tierras. Es

por ello que épocas tan tempranas como fue el año 1557, El Cabildo de La Habana dictó un pregón prohibiendo y condenando la prostitución con pena de 50 azotes a las mujeres que fueran sorprendidas ejerciéndola, y con esta medida se logró frenar la propagación de estas enfermedades hasta finales del siglo XVII, en que se eleva el número de enfermos a cifras alarmantes y el gobierno colonial se ve en la necesidad de adoptar medidas administrativas dentro de la sociedad para evitar que el mal continuara.(27)

En 1774 se realiza el primer censo de prostitutas. Al fundarse en el año 1668 el Hospital de San Francisco de Paula, en La Habana se cuenta por primera vez con una institución dedicada a la atención de la mujer enferma, única en su clase por más de un siglo, pues no es hasta el año 1794 que se crea la Real Casa de Beneficencia que, además de brindar protección a los niños desamparados, también debía acoger a las mujeres pobres sin recursos ni familiares. (30).

En el siglo XIX, las enfermedades venéreas y sifilíticas, tuvieron un considerable desarrollo, lo que obligó a crear hospitales especiales para su tratamiento, como fue el "El Retiro" de Don Vicente Garcini, 5 y en el año 1840 el Hospital Militar de "San Ambrosio" situado en La Habana, que muestra que del total de 7 180 enfermos asistidos, se clasificaron muchos con las siguientes enfermedades venéreas: gonorrea, bubones, úlceras y pústulas veneras y estrechez uretral. Asimismo ya en 1866 los hospitales de La Habana, atendieron a 2 609 pacientes con enfermedades venéreas.

Según el doctor Claudio Delgado durante el período de 1868 a 1872 las enfermedades venéreas aumentaron de manera

considerable, dado por el inicio de la lucha armada por la independencia de Cuba, y por lo tanto hubo un incremento en la población masculina flotante. En este quinquenio se asistieron en los hospitales de La Habana a 10 348 enfermos de dichos males. Entre 1870 y 1872, fueron atendidos en los hospitales 5 117 casos, y entre 1873 a 1875 un total de 5 162, (Delgado Amestoy. Me moría sobre la higiene de la prostitución en La Habana y reglamento correspondiente aprobado por el general de esta isla vigente en esta capital, 1876 / Manuscrito en la Oficina del Historiador SP. (31)

En el mes de Junio de 1873 fue abierto el Hospital de Higiene, que primitivamente era el asilo de niños pobres San José, y en él verificaba el internamiento de las prostitutas que los inspectores médicos encontraban enfermas de males venéreos. En este período las enfermas debían pagar sus tratamientos.

Al año 1878 (conclusión de la guerra) le correspondieron 1 073 casos atendidos en hospitales civiles, aumento que también se observó en los hospitales militares. Entre los años 1879 a 1883, las estadísticas de las Casas de Salud de La Habana, mostraron un aumento de casos de enfermedades venéreas, y se observó luego una disminución paulatina desde ese último año hasta el 1886.

En La Habana, el 15 % de la asistencia médica privada de los médicos de Sociedades de Socorros Mutuos, se ofrecía a enfermos venéreos, así como el 10 % de las consultas de los hospitales militares.(32, 33) En el Hospital de Higiene, durante el período de 1874 a 1898 según el movimiento hospitalario, se observó que en los años que siguieron a la guerra de independencia hubo un aumento considerable de mujeres

enfermas en la Quinta de Higiene, que llegó en el año 1879 a mostrar una de las cifras más elevadas con 502 casos, superados solamente por el año 1896, donde se reporta la cifra de 1 409 casos, la más alta de todo el período.(34)

Distinguidos autores sostenían que la blenorragia tenía su origen en el contacto con pus de otro enfermo de blenorragia, aunque la opinión predominante era la que aceptaba que la blenorragia se debía a una irritación excesiva de la uretra principalmente por "excesos venéreos".

El examen de las estadísticas de los hospitales y quintas de La Habana, tienden a probar que la mortalidad por enfermedades venéreas y sifilíticas en los enfermos atendidos en esos años, llegó hasta 2,43 por 100 como mínimo. La morbilidad general de la población, calculándole a La Habana 250 000 hab., sería de 3,14 por 100. (35).

Medidas de control. Una de las primeras actividades de control ejercidas por las autoridades coloniales sobre las enfermedades venéreas, fue la disposición tomada en el mes de abril de 1873, por el Gobernador Pérez de la Riva, quien alarmado por el número de prostitutas existentes en La Habana, decretó un registro especial para su control. Creó al efecto una sección administrativa y otra médica compuesta por 4 facultativos, número que en agosto del año siguiente se elevó a 6, además de una de policía que lo formaban 4 celadores.(32) En diciembre del propio año aparece el primer reglamento de control de prostitución titulado Reglamento Especial de Higiene Pública, en el que se especifica que la supervisión de la prostitución era misión encomendada a los municipios,(36) y la inspección médica era a domicilio, 2 veces a la semana, un día para el

examen general y externo, y otro para el reconocimiento vaginal con espéculo. Con la reglamentación de la prostitución el gobernó trató de dar respuesta a 2 problemas fundamentales: uno sanitario y otro moral. El primero mediante la profilaxis y la reglamentación, y el segundo persiguiendo el clandestinaje.

Ya por los años 1839 y 1840 gozaba de fama como tratamiento aplicado a enfermos de sífilis, las fumigaciones de vapor y los baños sulfurosos. El tratamiento utilizado contra la blenorragia se basaba en medicina verde; la copiaba, era uno de los medicamentos más eficaces para combatirla en el hombre, así como otras enfermedades que no fueran sifilíticas, además del tratamiento con hojas de nogal. En el caso del uso de la copiaba para combatir la blenorragia en la mujer existieron criterios diversos, al comunicar diferentes médicos que este no era efectivo, porque la mencionada sustancia necesitaba mezclarse con la orina para lograr su efecto terapéutico. (37).

En el año 1888 después de las transformaciones radicales de las ideas con respecto a dicha enfermedad, el tratamiento era muy sencillo; se reducía por lo general a las inyecciones antisépticas que exterminasen el agente infeccioso, el gonococo, y a un tratamiento general que modificara la constitución diatésica de los enfermos con la aplicación de tónicos; y la tendencia flexionaría de la uretra (acumulación morbosa de humores se trataría con los bálsamos. (38).

En los primeros años de la seudo-república era difícil poder conocer el número exacto de enfermos de sífilis en el país, al no contar con estadísticas de esta enfermedad en su totalidad, solamente las reportadas por los hospitales y las Casas de Salud de la Ciudad de La Habana. La información brindada por

estas instituciones para el año 1902 fue de 21 970 casos, de estos 418 eran sifilíticos, lo que representaba el 2 % de la morbilidad general.

En el Manual de Práctica Sanitaria se señala que los médicos que prestaban sus servicios a las sociedades regionales y de socorros mutuos, sabían por experiencia que del 8 al 10 % de los enfermos que acudían a las consultas eran sifilíticos. En el año 1902 se afirmaba que la blenorragia en Cuba, era la más frecuente de todas las enfermedades venéreas. Durante este año se atendieron en todos los hospitales de La Habana 1 494 casos de personas que la padecían, es decir, por cada caso de sífilis, fueron atendidos 3,5 de blenorragia. (39).

Las estadísticas (siempre insuficientes) de los distintos establecimientos benéficos públicos hacen notar que en la Quinta de Salud La Benéfica en el año 1912 se reportaron una gran cantidad de enfermos, 405 casos de blenorragia, 206 chancros blandos y 178 sífilis en cualesquiera de sus 3 períodos.

Por su parte, en la Quinta de Salud La Balear durante el año 1913 hasta el mes de octubre, se habían atendido 135 casos de males venéreos, destacándose la sífilis en número de 49. En el mismo período la Quinta de Salud de la Asociación Canaria atendió 170 casos de enfermedades venéreas, de los cuales 82 eran sifilíticos. Después del año 1920 se fundó el Hospital Freyre Andrade, conocido como Hospital de Emergencias en el cual se habilitó una consulta externa de dermatología que trataba a los enfermos que padecían de sífilis y no otras enfermedades venéreas, recibiendo como promedio diario el beneficio de esta consulta de 8 a 10 sifilíticos. En mayo de 1928 fue fundada la Sociedad Cubana de Dermatología y Sifilografía, integrada por

un grupo de destacados jóvenes profesionales que tenían interés con los problemas relacionados con las enfermedades dermatológicas y la sífilis. En 1929 se crea el Instituto Municipal de Profilaxis Venéreas "Joaquín Albarán", pero anteriormente a este, venían funcionando brillantemente los servicios de dermatología y sifilografía de los hospitales "Nuestra Señora de las Mercedes" y "General Calixto García", adscriptos a la cátedra de la especialidad, y dirigidos por sus profesores Braulio Sáenz y Vicente Pardo Castellón, en los cuales además de la atención de enfermedades dermatológicas, se realizaba el tratamiento de los enfermos de sífilis. En 1939 se expone ante el cuerpo médico cubano, la gravedad que representaba la endemia de sífilis en Cuba, por lo que solicitó la adopción de medidas para combatirla.

En el servicio de profilaxis creado en 1942 en la Ciudad de La Habana para las enfermedades venéreas, en los primeros 4 meses de trabajo fueron tratados 74 casos de chancros sifilíticos sin complicaciones, 13 casos complicados, 38 enfermos de sífilis secundaria, 107 casos de blenorragia y 26 de chancros blandos. Esta información hace presumir la elevada morbilidad de estas enfermedades en toda la nación. A partir de esta fecha comienzan a funcionar en distintas ciudades del país dispensarios, donde eran atendidos gratuitamente, conforme a sus estatutos, a los enfermos de sífilis, enfermedades cutáneas y lepra, los cuales desarrollaban una labor beneficiosa y organizada científicamente. Como ejemplos de estas instituciones podemos citar los siguientes: (40,41).

- Dispensario de "Saenz" de La Habana, que en el primer semestre de 1944 trató a 245 enfermos.

- El dispensario de Pinar del Río, creado en 1945 desarrollaba una función social y de salubridad en la capital de esa provincia y sus poblaciones cercanas. En sus 4 primeros años de labor estadística de sífilis se diagnosticaron 800 casos.

- El dispensario de Matanzas comenzó a funcionar a partir de 1950, y durante 4 años y 6 meses acudieron a consulta 8 341 casos nuevos, de los cuales 1 506 padecían de sífilis, para un 18,1 %. De estos pacientes solo completaban el tratamiento un 11,4 % en los casos de sífilis adquirida, y un 17 en los casos de sífilis congénita, a pesar de que utilizaban todos los medios persuasivos posibles.

Con la generalización del uso de la penicilina, se observó un decrecimiento en la curva de incidencias de casos de sífilis, que de una cifra de 2 608 casos en el año 1949, llegó en 1958 a registrar 896 casos solamente, lo que demostró la eficacia de ese medicamento en el tratamiento de la enfermedad.

El Patronato para la Profilaxis de la Lepra y las Enfermedades Cutáneas y Sífilis continuó su labor después de la caída de la dictadura de Batista. La presencia en las ciudades del campesinado de los más remotos lugares del país, registró un aumento en los casos de sífilis, principalmente el chancro sifilítico, que ya prácticamente no se presentaba.

Medidas de control. Los años 1901 y 1902 son considerados como una etapa en que nuestro estado sanitario progresó considerablemente, a lo cual contribuyó con eficacia al Servicio Médico de Higiene Especial. El 3 de marzo de 1902 se constituyó la Comisión de Higiene, 2 meses antes de que se proclamara la República. Esta comisión quedó conformada por

un grupo de ilustres personalidades, presididos por el doctor Carlos J. Finlay por un período de 4 años. A través de esta comisión todos los ayuntamientos del país, enviaron datos acerca de la organización del servicio de Higiene Especial en las distintas localidades de la isla. (42,43).

Durante el primer gobierno interventor norteamericano, en febrero de 1902, se dictó el Reglamento General para el Servicio de Higiene de la Prostitución. Este estado subsistió hasta el año 1913 en que por decreto del Presidente Mario García Menocal, y siendo el secretario de Sanidad el doctor Enrique Núñez Palomino, entró nuestro país en las filas de las naciones abolicionistas de la prostitución, dejando en suspensión la aplicación de los reglamentos anteriormente referidos que regulaban el ejercicio de esas mujeres. Se debe señalar que dicho decreto en su artículo 2do establecía que los jefes de sanidad de las poblaciones de la república, cuyo número de habitantes excediera de 10 000, quedarían encargados de establecer consultorios para atender gratuitamente y para la aplicación de tratamientos de las enfermedades venéreas y sifilíticas; así como también en los artículos 4to. y 5to. Se ordenaba a la policía y a la Secretaría de Gobernación, "la adopción de cuantas medidas permitiera reprimir el libre ejercicio de la prostitución, y el escándalo público originado por el libertinaje", además se ordenaba a la Secretaría de Sanidad y Beneficencia "la adopción de las medidas más oportunas para la profilaxis de las enfermedades venéreas".

A partir de aquel decreto de 1913, nuestro país, que había abolido la prostitución, se convirtió en la práctica en el paraíso de esta, y lógicamente las enfermedades venéreas alcanzaron

un auge extraordinario sin estar sometidas a ninguna medida de control higiénico o de supervisión sanitaria. (44).

En el año 1920 se creó por compromisos internacionales el Dispensario de Profilaxis Venéreas de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, que fue instalado con todos los adelantos existentes en aquella época, y que paulatinamente fue perdiendo, al ver reducidos cada vez más escasos presupuestos.

El 5 de diciembre de 1938 por el Decreto Presidencial No. 265, se creó el denominado Patronato para la Profilaxis de la Lepra, Enfermedades Cutáneas y Sífilis, como una dependencia de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, organizado para desarrollar esas funciones en julio de 1943. Hasta ese momento, sólo existían servicios destinados a la atención de las enfermedades venéreas en la capital de la república, con capacidad de tratamiento y suministro gratuito muy reducido.

En 1939 se creó la Liga Antivenérea de Santa Clara y la Liga contra la Sífilis de Sancti Spíritus. En 1940, en el libro la "Profilaxis de la Sífilis" el doctor Ferrer recomienda la implantación en Cuba de la declaración sanitaria, de la misma forma que se realizaba en Suecia, en Checoslovaquia y en Massachussets, lo que permitiría un mejor control estadístico. En el mes de abril de 1942, a instancias del doctor Matías Duque Perdomo y otros ilustres profesores se organizó un servicio de profilaxis venérea para la Ciudad de La Habana, y se estableció en la Casa de Socorros, del distrito Cerro un servicio de tratamiento a todos los males venéreos. Este servicio llevaba un libro registro donde se anotaban los enfermos que acudían al centro con la información siguiente: nombre del enfermo,

domicilio, tratamiento impuesto y fecha de egreso; esos mismos detalles se anotaban en unas tarjetas para la fácil confección de la estadística y para encontrar en un momento dado el historial clínico del paciente.

Aparece el Código de Defensa Social, que registra como delito el contagio venéreo, y a partir de los años 40 se comienzan a notificar obligatoriamente todos los casos, poniendo a Cuba en la avanzada de la legislación sobre el control de enfermedades transmisibles y suministrando un valioso instrumento legal para la prevención de esos males. En este período se destacan las actividades de promoción de salud en el interior del país, y se incorporan a los propios enfermos como promotores de salud.

El Instituto Albarán brindaba tratamiento gratuito a los enfermos de sífilis y blenorragia, y realizaba una labor profiláctica muy extensa, aunque en la práctica se veía afectada por la falta de la pesquisa epidemiológica.

En la conferencia sanitaria de Caracas de 1947 se plantean ya como alternativas de tratamientos, los arsenicales o penicilina para la sífilis, y la penicilina y las sulfamidas en el caso de la gonorrea. En Cuba se comienza a utilizar la penicilina para el tratamiento de la sífilis en el año 1949, gracias a las gestiones del doctor Alberto Oteizas Setien, director general del patronato, el que logró créditos financieros para la adquisición de la penicilina. Como ejemplo de los gastos ocurridos en la implementación de estos tratamientos estuvo la provincia de Pinar del Río, que en la década del 40 los principales gastos recayeron en los medicamentos siguientes: bismuto, arsenicales

y penicilina.

Acerca de la prevención de estas enfermedades en esos años era señalada por el doctor Ismael Ferrer que planteaba la necesidad de la divulgación popular actuando sobre 3 grandes grupos sociales:

- Los adultos de cada sociedad.
- La juventud, que constituía el sector de ataque de la sífilis (de cada 10 casos de sífilis, 8 la habían adquirido antes de los 30 años de edad).
- Los niños, sobre los cuales se actuaría mediante técnicas de educación sexual en las escuelas y en los hogares, con la finalidad de que al convertirse en adultos conocieran el peligro venéreo.

Asimismo, el doctor Ferrer, expresaba la importancia de la educación profesional con la capacitación de un equipo integrado por médicos, enfermeras, epidemiólogos, estadísticos, trabajadoras sociales y otros, especialmente entrenados en los requerimientos de la campaña contra la sífilis.

La dirección del Patronato para la Profilaxis de la Lepra, Enfermedades Cutáneas y Sífilis, expresó en junio de 1945, que la prevención de la sífilis en nuestro país carecía de elementos profilácticos. Esta dirección reconoció que el desconocimiento era el mayor obstáculo en nuestra lucha por salvar a las clases pobres que eran las víctimas propiciatorias de dicho mal. (45).

Mientras tanto, en el interior del país, se desarrollaban un conjunto de importantes actividades; el dispensario de Pinar del

Río realizaba campañas de divulgación y propagandas por medios de conferencias y folletos que se repartían gratuitamente a todos los enfermos que concurrían al dispensario, también se les enviaba a los médicos y a todas aquellas personas que prestaban su colaboración. En los folletos se instruía acerca de las medidas profilácticas que se debían tomar para evitar la enfermedad, los peligros del contagio, sintomatología inicial, profilaxis de las embarazadas, etc. Además, realizaban propaganda por medio de carteles alusivos colocados en lugares visibles y de mayor tránsito público.

En el dispensario de Matanzas, la labor no se limitaba a los enfermos que acudían al servicio, sino que se extendía al examen y tratamiento a los reclusos de la cárcel de Matanzas, al pesquisaje y tratamiento de todo pretendiente a ingresar en el hogar de ancianos, hogar infantil y todos los solicitantes de certificados de salud.

En el dispensario de Santiago de Cuba, que se creó el 3 de octubre de 1944, se organizó un servicio social integrado por trabajadoras sociales voluntarias, escogidas entre las propias enfermas que asistían a tratarse por sífilis, y que entrenadas dentro de lo posible por los médicos, fueron, a pesar de su escaso nivel cultural y gracias a su entusiasmo, unas valiosas colaboradoras en el empeño de mantener bajo tratamiento a la mayor cantidad posible de enfermos inscriptos.

Desde los primeros años que siguieron al descubrimiento de nuestra isla, se evidenció la existencia de enfermedades venéreas, las que fueron relacionadas con el ejercicio de la prostitución. Esto conllevó a que se prohibiera en 1557 esta práctica. (46,47).

Desde el triunfo de la Revolución el 1ro de Enero de 1959, uno de los objetivos principales que se trazó el naciente Ministerio de Salud Pública, fue la reducción inmediata del elevado número de enfermedades relacionadas con las conductas sexuales de riesgo. Para cumplir esta ambiciosa meta se crearon a nivel de todo el país las redes de laboratorios encargados de la realización de los diagnósticos etiológicos, los cuales cumplieron con las expectativas al lograr reducciones muy significativas de las tasas de prevalencia de estas enfermedades. Sin embargo, a partir 1990, se ha observado un decrecimiento en cuanto al total de casos notificados por padecer ITS, lo cual no se corresponde con la elevación de enfermedades consideradas en la gran mayoría de los casos, secuelas de las mismas.

Las Infecciones de Transmisión Sexual, término que vino a sustituir en 1970 el de Enfermedades Venéreas, restringido este último a Enfermedades Clásicas (Sífilis, Blenorragia, Chancro Blando, Linfogranuloma Venéreo y Granuloma Inguinal) en el momento actual es remplazado por el de infecciones de segundo y tercera generación como son: Infecciones por el virus del Papiloma Humano, Herpes Genital, SIDA, Hepatitis B, Citomegalovirus e Infecciones producidas por Chlamydia entre otras. (32,33).

De las que se destacan la sífilis y la blenorragia, cuyas tasas se incrementaron de 7,2 y 2,8 respectivamente en 1970; a 86,1 y 33,4 en 1990 y a 130,6 y 411,7 en 1995 por cada 100 mil habitantes, lo que constituye un ejemplo del comportamiento de las enfermedades de este tipo(48).

A partir de los años 80 referente a las dos primeras

enfermedades y al VIH/ Sida a partir del año 1990. Se reportaron 12,838 pacientes con Blenorragias para un 114,5 por 100,000 habitantes; un total de 4,612 casos de Sífilis para un 41,0 casos por 100,000 y un número de 408 pacientes con VIH para un 3,63. De ahí la importancia que debemos de concederle a la detección de estas Infecciones de Transmisión Sexual, a su prevención, declaración obligatoria, pesquisa de todos los posibles contactos y el tratamiento adecuado de estos pacientes a través de todos los médicos y enfermeras del Sistema Nacional de Salud siendo de gran importancia el rol de la Atención Primaria de Salud (APS).

En Cuba, El Programa Nacional de Prevención y Control de la Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/ Sida se inició desde 1986, teniendo como objetivo fundamental: evitar que el proceso de la infección-enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana. (36).

En 1996, la OMS estimaba que más de 1 millón de personas se infectaban diariamente. Cerca de 60% de estas infecciones ocurren entre menores de 25 años, y de éstos, 30% son de menos de 20 años. Entre los 14 y 19 años las ITS ocurren con más frecuencia en muchachas que muchachos en una proporción casi de 2:1; esto se iguala hacia los 20 años. Se estima que 340 millones de nuevos casos de sífilis, gonorrea, chlamydia y de trichomoniasis se dieron en el mundo entero en 1999. (30)

El año 1997 marca un período de madurez en el trabajo toda vez que desde entonces se viene desarrollando el llamado Plan Intersectorial para la Educación, Prevención y Control de las

ITS/VIH/SIDA que ha permitido que los diferentes organismos y organizaciones acometan de manera más concreta y específica un conjunto de acciones con énfasis en la educación y prevención.

En Cuba, se reportaron en 1999 un total de 23 225 casos de Blenorragia contra 29 648 en 1998, cifra esta inferior a la reportada en 1995 que fue de 44 526 casos, aunque se mantiene en todo este período como la ETS que reporta mayor número de casos en el país.

La Sífilis en 1999 mantuvo una morbilidad elevada, aunque al ritmo de crecimiento disminuyó en relación con 1996, cuando se reporta 12 285 casos para una tasa de 110,2 por cada 100 000 habitantes, contra 13 400 casos y una tasa de 120,5 por 100 000 habitantes en el año anterior, de manera general la tendencia de la enfermedad es ascendente en los últimos 35 años. (49).

En los últimos 20 años se ha producido una situación que complica aun más las acciones de salud sobre estas enfermedades, mientras se evidencia una liberalización en las relaciones sexuales con cambios frecuentes de parejas que elevan el riesgo entre la población, especialmente en los jóvenes, por otro lado se mantienen los prejuicios y limitaciones en los momentos que resulte necesario hablar sobre ellas y las personas que han sido contactos sexuales. Posiblemente estas mismas circunstancias las ITS constituyen un serio problema de salud en el mundo entero. (50,51)

En Cuba, actualmente según el Anuario del año 2006, se ha mantenido un incremento en las cifras de Infecciones de

Transmisión Sexual debido a Blenorragias, Sífilis y VIH-Sida.
(52)

La epidemia presenta un ritmo de crecimiento lento, pero sostenido. Los sectores con mayor número de personas diagnosticadas son los sectores de la salud, educación, cultura, comercio interior y turismo, aunque el resto de los sectores también están afectados en menor proporción.

El impacto creciente que tienen las ITS en la salud de las mujeres y los niños, y la conexión que existe entre este grupo de enfermedades y la prevención de la infección por el VIH, son dos elementos de enorme importancia para que sean consideradas un problema prioritario de nuestros tiempos. El incremento observado en estas enfermedades va aparejado a diferentes factores que han contribuido a su ascenso, entre los que se destacan: cambios en el comportamiento sexual y social debidos a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes, los cambios en la mentalidad referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual aparejado a una menarquia cada vez más temprana y a patrones de machismo que imperan en algunos países del mundo.

MATERIAL Y MÉTODO

Aspectos generales del estudio:

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), tipo observacional descriptivo, longitudinal prospectivo, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual en el periodo comprendido entre Junio

del 2014 hasta Marzo 2015 en el Consejo Popular Sur. Se realizó un análisis de todos los consultorios de este Consejo Popular en cuanto a condiciones estructurales, conocimiento y habilidades del equipo básico de salud, así como del accionar de los directivos del Policlínico Sur que influye en el adecuado cumplimiento de lo establecido en dicho programa. Basado en este diagnóstico se elaboró un plan de medidas en forma de propuesta avalado por expertos para su aprobación por los directivos a quienes compete los resultados de esta investigación y su aplicación.

Métodos de la investigación: Se trata de una investigación Observacional descriptiva, longitudinal y prospectiva se organizó y se procesó la información a través de los resultados estadísticos

Del nivel teórico:

- Histórico-lógico, para analizar el desarrollo en el tiempo del conocimiento médico relacionado con las infecciones de transmisión sexual.
- Análisis crítico de documentos, para la valoración de las fuentes documentales empleadas.

Del nivel empírico:

- Observación estructurada y no estructurada, para recoger información primaria sobre los aspectos relacionados con el cumplimiento de lo establecido por el programa, el trabajo del médico y la enfermera (Equipo básico) en cuanto a la técnica del examen clínico de piel y genitales,

orientación y enseñanza sobre la detección temprana de lesiones y síntomas. Se observaron las condiciones estructurales, recursos humanos y/o materiales necesarios y disponibles para enfrentar la tarea. Anexo II

- Encuestas, como técnicas de recolección de la información primaria, para recoger información importante que no se recogen en los registros oficiales. Anexo III
- Análisis de documentos, para conocer el número de personas con diagnóstico de Enfermedades de Transmisión Sexual, Registros del Departamento de Estadística, Revisión de Historias Clínicas y fichas familiares para ver identificación de riesgo y cumplimiento de lo establecido por el programa.
- Estadística descriptiva, para procesar la información obtenida y presentar los datos organizados en tablas y gráficos.

LOS MÉTODOS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TÉCNICAS A UTILIZAR.

La obtención de la información fue secundaria a través de los Registros del Departamento de Estadística, Revisión de Historias Clínicas y fichas familiares, se aplicó una encuesta Se realizó una entrevista cara a cara y estandarizada al personal de salud (médicos y enfermeras relacionadas con la actividad asistencial de dicho consejo popular) para analizar desde el punto de vista de médicos y directivos factores y causas de incumplimiento del Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual. Se elaboró una base de datos, se procesó la información para la elaboración del informe final que lleva un análisis comparativo con otros estudios nacionales e internacionales realizados al respecto, emitiéndose

conclusiones encaminadas a mejorar el accionar, tanto en el área de salud como a nivel institucional, con el especial interés de disminuir la incidencia y la aparición de complicaciones como resultado de la aparición de una enfermedad de transmisión sexual.

Con los resultados obtenidos se elaboraron las tablas. Para el análisis estadístico se utilizó: la frecuencia porcentual.

Universo y muestra:

El universo de estudio estuvo constituido por los 3977 pacientes que constituyen la población con riesgo de ETS residentes en el Consejo Popular Sur del Área de Salud Sur de municipio Morón, y además los equipos básicos de trabajo, el grupo básico de salud y los directivos del Área de Salud.

Criterios de inclusión:

- ✚ Todos los grupos de población con conducta social y sexual de alto riesgo y en personas especialmente expuestas.
- ✚ Que se encuentren residiendo en el área durante la investigación
- ✚ Que no tengan ningún impedimento físico o mental que las incapacite a responder el instrumento diseñado.
- ✚ Miembros del Equipo básicos de trabajo, Grupo básico de salud y Directivos involucrados en el cumplimiento del programa con experiencia en esta responsabilidad por más de 1 año.

Criterios de exclusión:

- ✚ Los que se nieguen a participar.
- ✚ Los que carezcan por alguna causa de documentación médica (historia clínica personal).

Criterios de salida:

- ✚ Los que se muden fuera de la población de estudio o salgan del país durante el período que se investiga.
- ✚ Los que fallezcan.
- ✚ Si debutan con alguna enfermedad incapacitante.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual.

✚ **Condiciones estructurales de la consulta:**

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Buena:** Existencia de privacidad, agua e iluminación.
 - **Mala:** No existencia de privacidad, agua e iluminación.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de consultas con buenas condiciones

✚ **Disponibilidad de recursos para la realización del examen físico y exámenes complementarios**

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal politómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Buena:** Existencia de reactivos, instrumental,

equipos y material gastable necesarios durante 10-12 meses del año.

- **Regular:** Existencia de reactivos, instrumental, equipos y material gastable necesarios durante 6-9 meses del año.
- **Mala:** Existencia de reactivos, instrumental, equipos y material gastable necesarios durante menos de 5 meses del año.

✓ **Indicador:** Porcentaje de disponibilidad de recursos materiales.

Conocimiento del personal de salud:

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal politómica.

✓ **Escala:**

- **Alto:** Médicos y enfermeras que consideran tener este nivel de conocimiento sobre lo establecido por el programa.
- **Medio:** Médicos y enfermeras que consideran tener este nivel de conocimiento sobre lo establecido por el programa.
- **Bajo:** Médicos y enfermeras que consideran tener este nivel de conocimiento sobre lo establecido por el programa.

✓ **Indicador:** Porcentaje de médicos y enfermeras con conocimiento sobre el programa.

Capacitación del personal de salud:

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.

✓ **Escala:**

- **Cumplido:** Se impartió capacitación y asesoramiento sistemático por parte del dermatólogo sobre el manejo clínico y epidemiológico de los pacientes de ETS al personal de salud, así como en el cumplimiento de las normas y procedimiento establecidas en el programa.

- **Incumplido:** No se impartió capacitación ni asesoramiento sistemático por parte del dermatólogo sobre el manejo clínico y epidemiológico de los pacientes de ETS al personal de salud, así como en el cumplimiento de las normas y procedimiento establecidas en el programa.

✓ **Indicador:** porcentaje de capacitaciones en las cuales se abordaran aspectos relacionados con el programa.

 Identificación de grupos de riesgo.

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.

✓ **Escala:**

- **Buena:** Tiene identificada y actualizadas las fichas familiares e historias clínicas con seguimiento como está establecido a grupos de población con conducta social y sexual de alto riesgo y en personas especialmente expuestas *.
- **Mala:** No tiene identificada ni actualizadas las fichas familiares e historias clínicas con

seguimiento como está establecido a grupos de población con conducta social y sexual de alto riesgo y en personas especialmente expuestas*.

✓ **Indicador:** Porcentaje de consultorios con buena identificación del grupo de riesgo.

* Factores como: Trabajadores del turismo, trabajadores de salud, trabajadores de bancos de sangre y laboratorios, donantes de sangre órganos.

Cumplimiento de la vigilancia epidemiológica a grupos de población con conducta social y sexual de alto riesgo y en personas especialmente expuestas

✓ **Tipo de variable:** Cuantitativa.

✓ **Escala:**

- **Pacientes estudiados:** Población con conducta social y sexual de alto riesgo y en personas especialmente expuestas a las que se les realizaron exámenes complementarios.
- **Pacientes no estudiados:** Población con conducta social y sexual de alto riesgo y en personas especialmente expuestas a las que no se les realizaron exámenes complementarios.

Indicador: Porcentaje de pacientes a los que se les realizaron exámenes complementarios.

+ Etapa de diagnóstico de Enfermedades de transmisión sexual.

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.

✓ **Escala:**

- **Etapa precoz**
- **Etapa tardía**

✓ **Indicador:** Porcentaje de pacientes diagnosticados en etapa precoz.

+ Confección de historia epidemiológica a todo caso diagnosticado.

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.

✓ **Escala:**

- **Cumplido:** Se le realizó al 100% de los casos diagnosticados.
- **Incumplido:** No se le realizó al 100% de los casos diagnosticados.

Indicador: Porcentaje de pacientes a los que se le realizó la historia epidemiológica.

+ Seguimiento de los casos con morbilidad (Exámenes positivos) con VDRL, VIH, Exudado endocervical y tinción de Gram:

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.

✓ **Escala:**

- **Cumplido:** Se le indicaron y realizaron el 95-100

% de los complementarios de seguimiento que establece el programa.

- **Incumplido:** Se le indicaron y realizaron menos del 95 % de los complementarios de seguimiento que establece el programa.

Indicador: Porcentaje de pacientes a los cuales se les indicó y realizó complementarios con parte del seguimiento de casos.

 **Cumplimiento del tratamiento controlado e inmediato de todos los enfermos diagnosticados y sus contactos detectados.**

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.

✓ **Escala:**

- **Cumplido:** Se le realizó al 100% de los casos diagnosticados y a sus contactos.
- **Incumplido:** No se le realizó al 100% de los casos diagnosticados ni a sus contactos.

Indicador: Porcentaje de pacientes a los que se le realizó el control del tratamiento.

 **Acciones de Promoción de salud para promover prácticas sexuales saludables:**

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal politómica.

✓ **Escala:**

- **Buena:** se realizaron acciones educativas y de promoción de sexo seguro a la población de riesgo y se evaluó el impacto logrado.

- **Regular:** se realizaron acciones educativas y de promoción de sexo seguro a la población de riesgo, pero no se evaluó el impacto logrado.
- **Mala:** no se realizaron acciones educativas.

Indicador: Porcentaje de consultorios visitados en los que aparece constancia de la realización de acciones de promoción de prácticas sexuales saludables.

Evaluación del trabajo del Grupo básico de Trabajo.

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal politómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Cumplido:** En el 100-80% de las historias clínicas aparece reflejado el seguimiento y la evaluación de todos los pacientes con diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual. Se escriben sugerencias en libreta de supervisión sobre la marcha del programa.
 - **Parcialmente cumplido:** En el 80-60% de las historias clínicas aparece reflejado el seguimiento y la evaluación de todos los pacientes con diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual. Se escriben sugerencias en libreta de supervisión sobre la marcha del programa.
 - **Incumplido:** En menos del 60% las historias clínicas aparece reflejado el seguimiento y la evaluación de todos los pacientes con diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual. No se escriben sugerencias en libreta de supervisión sobre la marcha del programa.

Indicador: Porcentaje de consultorios visitados con cumplimiento.

 Para evaluación del trabajo de otros directivos.

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal politómica.

✓ **Escala:**

- **Cumplido:** En el 80-100% de las reuniones del Grupo Básico de salud se analiza el cumplimiento de los indicadores del programa. Se toman medidas.
- **Parcialmente cumplido:** En el 60-80% de las reuniones del Grupo Básico de salud se analiza el cumplimiento de los indicadores del programa. Se toman medidas.
- **Incumplido:** En menos del 60% de las reuniones del Grupo Básico de salud se analiza el cumplimiento de los indicadores del programa. No se toman medidas.

Indicador: Porcentaje de reuniones realizadas con cumplimiento.

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos. Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto a la vida humana

- Respetar la dignidad de la persona
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como es de suponer para que un programa sea ejecutado y marche de forma adecuada se precisan de una serie de condiciones tanto estructurales como de recursos disponibles ya sean de índole material como humano que garantice su cumplimiento, por lo que los indicadores de estructura serán los primeros que deben ser evaluados.

Tabla 1. Condiciones estructurales de la consulta en el área sur de Morón en el período comprendido entre Junio del 2014 hasta Marzo 2015.

Condiciones	No. de Consultorios	%
Buena	26	78.8
Mala	7	21.2
Total	33	100

Fuente: Guía de observación (Anexo II)

Como puede observarse de los 33 consultorios con que cuenta el Área Sur, 26 que representan el 78.8% obtuvo calificación de buena en cuanto a la presencia de iluminación, privacidad y agua corriente, pues 7 de las consultas no contaban con todos los bombillos ahorradores o lámparas que ayuden a una adecuada visualización de la zona a examinar, además, faltaban los parabanes o cortinas para asegurar la privacidad del paciente a la hora de realizar el proceder, no todos disponían de lavamanos, y en algunos existían, pero sin agua permanente para un correcto lavado de las manos luego de realizar el examen, lo cual incumple la directiva del programa que plantea que se garantizarán condiciones adecuadas y el máximo privacidad tanto para la realización de la entrevista epidemiológica como del examen físico del paciente.(55)

Tabla 2. Disponibilidad de recursos para la realización del examen físico y exámenes complementarios

Disponibilidad	No. de Consultorios	%
Buena	0	0
Regular	33	100
Mala	0	0

Con respecto a la disponibilidad de recursos materiales que incluye la existencia de reactivos, instrumental, equipos y material gastable necesarios, se comprobó una inconsistencia en el abastecimiento de los mismos, que se mantuvo por un período aproximado de 3 meses, afectando al 100% de los consultorios; por este motivo se incumple la directiva del programa que plantea que el director del área de salud a través del subdirector de higiene y epidemiología y los responsables de medicamentos de los diferentes niveles, garantizarán y controlarán la existencia de reactivos, medicamentos, instrumental, equipos y material gastable necesarios, teniendo en cuenta una adecuada política de planificación y ahorro de los mismos.(55)

.Tabla 3. Conocimiento del personal de salud.

Nivel de conocimiento	No. de médicos y enfermeras	%
Alto	5	6.6
Medio	63	82.9

Bajo	8	10.5
Total	76	100

Fuente: Encuesta (Anexo III)

En cuanto al nivel de conocimiento que muestran nuestros médicos y enfermeras en relación con lo establecido por el programa, podemos plantear que predomina un nivel medio de conocimiento pues el 82.9 % de nuestros médicos y enfermeras plantean desconocer aún aspectos fundamentales, como los requisitos a tener en cuenta en la preparación por parte de los pacientes para la realización de la tinción de gram, a que pacientes se le realizará este estudio o que orientaciones se le brinda a un paciente con sintomatología sugestiva de sífilis, aun cuando la serología sea no reactiva, lo cual da al traste con la adecuada aplicación del mismo.(55)

Tabla 4. Capacitación del personal de salud.

Capacitaciones impartidas	No.	%
Cumplido	2	11.1
Incumplido	16	88.9
Total	18	100

En cuanto a la capacitación podemos plantear que a pesar de que se realizaron un total de 18 capacitaciones al personal de salud, en 16 de ellas no se ofrecieron actualizaciones relacionadas con el programa lo cual constituyó el 88.9 % del

total; lo cual está en oposición con lo establecido en el programa que refiere que se impartirá por parte del departamento de higiene y epidemiología junto al Dermatólogo, el adiestramiento y la capacitación del personal de salud fundamentalmente a los Profesores de Grupos Básicos de Trabajo (PGBT) y médicos de familia en los aspectos más importantes del programa de control de las ETS.(55)

Tabla 5. Identificación de grupos de riesgo de Enfermedades de transmisión sexual.

Identificación de grupos de riesgo	No.	%
Buena	27	81.8
Mala	6	18.2
Total	33	100

Fuente: Fichas familiares e historias clínicas

En la tabla 5 se muestra que el 81.8% de los consultorios tienen identificadas y actualizadas las fichas familiares e historias clínicas con seguimiento como está establecido a grupos de población con conducta social y sexual de alto riesgo y en

personas especialmente expuestas, cumpliendo así con lo establecido en el programa, sin embargo, el 18.2 % de los consultorios no tiene una adecuada identificación de su población de riesgo y presentan inconsistencias en el seguimiento de la población identificada.(55) lo cual no está en correspondencia con estudios realizados en la provincia de Sancti Spíritus por la doctora Patricia Romero González, Especialista en 2do grado de Dermatología en el año 2006 donde se establecía una muy mala identificación de la población de riesgo, siendo el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales y la promiscuidad los factores de riesgo más identificados.(56).

Tabla 6. Cumplimiento de la vigilancia epidemiológica a grupos de población con conducta social y sexual de alto riesgo y en personas especialmente expuestas.

Vigilancia epidemiológica a la población de riesgo	No.	%
Pacientes estudiados	2524	63.5
Pacientes no estudiados	1453	36.5
Total	3977	100

En la tabla 6. Se muestra que solamente al 63.5 % de la población de riesgo se les realizaron exámenes complementarios, mientras que el 36.5 % de la población de riesgo quedó sin evaluar, por lo que en esta aspecto no se

cumple con lo establecido en el programa el cual plantea que se garantizará la búsqueda activa de casos de Blenorragia y Sífilis al 100 % de la población que atiende, dado el conocimiento que tiene sobre la conducta social y sexual de ésta(55). Es importante señalar que tampoco se cumplió con los indicadores del policlínico porque a menos del 65 % de los pacientes dispensarizados con riesgo se le realizaron exámenes complementarios.

Tabla 7. Etapa de diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual.

Etapa de diagnóstico	No. de pacientes	%
Etapa precoz	35	94.6
Etapa tardía	2	5.4
Total	37	100

En la tabla 7 se observa que al 94.6 % de los pacientes se les realizó un diagnóstico precoz de la enfermedad cumpliéndose de esta forma con uno de los propósitos que establece el programa en cuanto al diagnóstico precoz de la enfermedad.(55) Además resulta importante señalar que aunque los diagnósticos en etapa

tardía solo representaron el 5.4 % del total, uno de estos lo constituyó una sífilis congénita, enfermedad que desde el año 1993 no reportaba ningún caso en el municipio, según resultados publicados en los Anuarios Estadísticos de Salud 1970-2006; por lo que no se cumplió con uno de los principales objetivos, el de eliminar la Sífilis congénita. (52)

Tabla 8. Confección de historia epidemiológica a todo caso diagnosticado.

Confección de historia epidemiológica	No.	%
Cumplido	37	100
Incumplido	0	0
Total	37	100

Al 100 % de los casos diagnosticados se les realizó la entrevista y se les confeccionó la historia epidemiológica, cumpliendo de esta forma con lo establecido en el 5to. objetivo específico del programa que plantea que se ha de realizar la entrevista

epidemiológica a todos los casos notificados de Sífilis reciente y Blenorragia así como a las embarazadas con serología reactiva y casos con serología reactiva sin conclusión diagnóstica.(55)

Tabla 9. Seguimiento de los casos con morbilidad (Exámenes positivos) con VDRL, VIH, Exudado endocervical y tinción de Gram.

Seguimiento de los casos con morbilidad	No. de pacientes	%
Cumplido	32	86.5
Incumplido	5	13.5
Total	37	100

En la tabla anterior se observa que al 86.5 % de los casos diagnosticados se le indicaron y realizaron el 95-100 % de los complementarios de seguimiento, resultado que está en oposición con lo establecido por el programa, donde plantea que el médico de consultorio indicará y comprobará que se realice el seguimiento serológico de todos los casos de Sífilis reciente (al 3, 6, 9, 12, 18 y 24 mes del diagnóstico) y a las personas con serología reactiva no concluida como caso (a los 6, 12, 18 y 24 meses después del tratamiento), MF realizará vigilancia de la Blenorragia mediante examen directo para tinción de Gram de la secreción endocervical y/o cultivo para *Neisseria gonorrhoeae* a estos pacientes tantas veces como sea necesario.(55)

Tabla 10. Cumplimiento del tratamiento controlado e inmediato

de todos los enfermos diagnosticados y sus contactos detectados.

Cumplimiento del tratamiento	No.	%
Cumplido	95	100
Incumplido	0	0
Total	95	100

Al 100 % de los casos diagnosticados y sus contactos detectados se les cumplió de forma controlada e inmediata el tratamiento, cumpliendo con lo establecido por el programa cuando plantea que la enfermera especializada en ETS junto con el apoyo del médico y enfermera de la familia, garantizará la aplicación del tratamiento o lo aplicará personalmente a todos los casos de Sífilis, Blenorragia, contactos, embarazadas con serología reactiva y pacientes con serología reactiva sin conclusión diagnóstica.(55)

Tabla 11. Acciones de Proción de salud para promover prácticas sexuales saludables.

Acciones de Proción de salud	No. de consultorios	%
Buena	7	21.2
Regular	25	75.8

Mala	1	3.0
Total	33	100

Como se observa en la tabla anterior el 75.8 % de los consultorios realizaron acciones educativas y de promoción de prácticas sexuales saludables a la población con conducta social y sexual de alto riesgo y personas especialmente expuestas, sin embargo no se evaluó el impacto logrado con las mismas, por lo que no se cumplió completamente con lo establecido por el programa al no evaluar el impacto logrado.(55)

Tabla 12. Evaluación del trabajo del Grupo básico de Trabajo.

Evaluación del GBT	No.	%
Cumplido	6	18.2
Parcialmente cumplido	9	27.3
Incumplido	18	54.5
Total	33	100

Como se observa en la tabla, en solo 6 consultorios que representan el 18.2 % del total de consultorios del área sur,

aparece reflejado el seguimiento y la evaluación de todos los pacientes con diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual en el 100-80% de las historias clínicas, lo cual incumple lo establecido por el programa cuando plantea que el médico de familia actualizará la dispensarización de los pacientes diagnosticados de Sífilis reciente y blenorragia en la población que atiende hasta su alta definitiva por el Dermatólogo, para cumplir la vigilancia epidemiológica sobre esos casos. Deberá mantenerlos en registros confidenciales.(55) Además se encontró que en la libreta de supervisión de los 33 consultorios (100%) no se refleja la marcha del programa, ni se plasman sugerencias al respecto.

Tabla 13. Evaluación del trabajo de otros directivos.

Evaluación del trabajo	No.	%
Cumplido	2	6.7
Parcialmente cumplido	4	13.3
Incumplido	24	80
Total	30	100

En el periodo de estudio se asistió a todas las reuniones de los GBT del Policlínico Sur y solo en el 6.7 %(2 reuniones) de las reuniones se analizaron el cumplimiento de los indicadores

referidos al programa en el Policlínico Sur, lo que incumple con la directiva que plantea que se analizará el cumplimiento de los indicadores del programa y la situación epidemiológica de las ETS en su área.(55)

Para concluir la evaluación solo nos queda decir que del análisis de los indicadores del programa se desprenden un grupo de causas que dificultan el buen funcionamiento del mismo, que debemos tener en cuenta y que se resumen en:

1. Deficiente trabajo de educación para la salud del equipo básico de trabajo donde la promoción y prevención son tareas fundamentales.
2. Falta de preparación por parte del Equipo Básico de Salud en la correcta aplicación del programa de prevención y control de las Enfermedades de transmisión sexual.
3. Se subestima por pacientes y personal de salud la importancia de acudir al médico cuando aparezcan los primeros síntomas.
4. Existen otras alternativas de tratamiento lo que provoca que no asistan al médico, no se notifiquen los casos y que exista sub-registro de ellas.
5. No se declaran todas las parejas sexuales para que reciban tratamiento.

Coincidiendo esto con los resultados obtenidos por Quintero Fariñas, M A y José Manuel García donde el 86.4 % de los pacientes ocultaban información a los entrevistadores (53,54).

Con estos resultados obtenidos en la evaluación proponemos las siguientes medidas:

1. Despacho mensual con el departamento de ITS por parte de los consultorios médicos para actualizar su base de datos y consultar sobre casos específicos.
2. Supervisión mensual por parte del departamento de higiene y epidemiología en coordinación con el GBT a los consultorios médicos para evaluar el cumplimiento del programa en relación a: identificación de la población de riesgo, casos diagnosticados, su identificación y seguimiento en historias clínicas y plasmar lo encontrado en la libreta de supervisión.
3. Capacitación cada 6 meses a los médicos y enfermeras por parte del departamento de higiene y epidemiología en coordinación con el dermatólogo del área sobre aspectos relacionados con el programa.
4. Mejorar las condiciones estructurales de algunos consultorios en cuanto a iluminación, abastecimiento de agua y privacidad de la consulta.
5. Garantizar la indicación y realización de complementarios al total de la población de riesgo identificada como mínimo una vez al año.
6. Discutir el cumplimiento de los indicadores del programa del policlínico cada 3 meses en las reuniones de GBT.
7. Aumentar la promoción de salud mediante la realización de audiencias sanitarias a la población con conducta social y sexual de riesgo.

CONCLUSIONES

Para concluir se debe destacar que si bien el programa no está teniendo un adecuado funcionamiento por el incumplimiento sobre todo del indicador de exámenes complementarios a población social y sexual de alto riesgo y el seguimiento y control por parte del consultorio de los casos diagnosticados con una enfermedad de transmisión sexual, existe un adecuado cumplimiento por parte de la consulta de ETS de lo establecido por el programa, solo restaría entonces realizar una labor más dedicada en la capacitación al personal de salud y en la educación sanitaria de la población, donde la promoción y prevención son el eslabón fundamental en la Atención primaria. Además se debe continuar trabajando en el mejoramiento de las condiciones estructurales de las consultas.

RECOMENDACIONES

- Divulgar los resultados de la investigación a médicos y directivos del área de salud.
- Proponer a los directivos el Plan de acciones elaborado en aras de solucionar a corto y mediano plazo las dificultades encontradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2000; 183: 334-339
2. Álvarez Sintés R., et al. Temas de Medicina General integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2001. T2: 403-417.
3. Blaney CL. Métodos de barrera previene ETS. Network 2000
4. British Medical Journal, 2001; 322: 1160-1164
5. Silver TJ. Manual de Medicina de la adolescencia. Washington 2001. DC: OPS; 278- 303.
6. OPS/OMS. Atención de las enfermedades transmitidas

sexualmente (ITS), 7 Washington DC: OPS/OMS; 2001:1-6.

7. Colectivo de autores. Infecciones de transmisión sexual pauta para su tratamiento MINSAP, Ciudad de la Habana 2007.

8. Colectivo de autores. Enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia en Obstetricia y Ginecología infanto-juvenil, su importancia. Cuba: SOCUDEF, 2001; 46- 60.

9. Lugonell Botell M., Pedroso Hernández P., Perera Boza O., Acosta Jiménez M. La consulta de Ginecología infanto-juvenil en función de la educación sexual. Rev. Cubana de Med. Gen. Integr. 2000; 15(2): 184-90.

10. La salud del adolescente y el joven. Situación social de los adolescentes y jóvenes en América Latina. Ginebra: OPS/OMS, 2004:70-83.

11. Paredes, Zoel Leonardo. Boletín Epidemiológico Nacional No. 20, marzo 2003; 78-82.

12. Manual de orientación en VIH/SIDA. Programa Nacional de SIDA. Unidad ITS/VIH/SIDA. 2005.

13. Reporte nacional de la notificación de personas con SIDA. Acumulado de 1984 al 30/4/2002. MSPAS. Guatemala. Noviembre/2003.

14. Folleto de información para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual / VIH / SIDA. MSPAS. 2005.

15. OPS. Hablemos de salud sexual! Manual para profesionales de atención primaria de salud. Información, herramientas educativas y recursos 2000.

16. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA

2002.

17. ONUSIDA. Juntos lo conseguiremos 2005.

18. Anuario estadístico 2013. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. MINSAP

19. Kornblit A, Mendes-Diz AM, Páez D, Ubillos S. Prevención del SIDA en jóvenes estudiantes. Acta PsiquiatrPsicol Am Lat2009

20. CancioEnrique I. Sánchez Fuentes J. Manejo sindrómico de las transmicion sexual. En: información Baasica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Ediciones laso adentro. Centro Nacinal de Prevenciñon de las ITS/VIH/SIDA. LA Habana 2007.

21. Maestría en Enfermedades Infecciosas [CD ROM].Curso 14.Tema 5.La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

22. Alfaro Cortes A. I.T.S. y adolescencia temprana. Rev de Sexol y Soc. 1998; (10):17-18.

23. Petracci M, Murano H. Circuitos Comunicacionales de la información sobre los modos de contagio y prevención del VIH/SIDA. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

24. Heredia Hernández B, Velazco Boza A, Cutié Liñón E, Álvarez Pineda AB. Enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo. Rev Cubana Obst Ginecol [serie en Internet] 1998 [citado 6 Jun 2008]; 24(1): [aprox.4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/qin/vol24_1_98/qin05198.htm

25. Canaval GE, Valencia CI P, Forero L, Guardera N, Macaña A, Valgas Y. Factores protectores y de riesgo para el VIH/SIDA

en mujeres de Cali, Colombia. Cienc y Enferm. 2005; 11 (2): 23-33.

26. Ortiz Maza Y, Gutiérrez Villa N, Castillo L. La Mujer. Vulnerabilidad y su relación con el VIH/SIDA. [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “José Asseff”; 2006.

27. Berdasquera Corcho D, Farinas Reinoso AT, Ramos Valle I. Las enfermedades de transmisión sexual, un riesgo para las embarazadas y los recién nacidos. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet] 2001 [citado 5 Feb 2009]; 39(2): [aprox.6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000100009&script=sci_abstract

28. Patterson Serrano I. Intervención educativa sobre VIH/SIDA en adultos jóvenes de la Facultad de Ciencias Médicas Morón. [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “José Asseff”; 2008.

29. Roselló Izquierdo A, Conocimiento sobre las ITS/VIH/SIDA en trabajadores de la construcción del municipio Morón. Septiembre 2005 a marzo del 2006. [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “José Asseff”; 2006.

30. Finger W. La educación sexual ayuda a preparar los jóvenes. Network en Español. 2006; 20(3):23-29.

31. Ortega González, LM. Infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana. En: Álvarez Sintet R. Temas de Medicina General Integral. Vol. 2. La Habana: ECIMED; 2001. p. 417-421.

32. Borges Lao I. I.T.S. en niñas y adolescentes. Rev de Sexol y Soc [serie en Internet] 1998 [citado 3 Feb 2008] ;(9): [aprox.5

p.]. Disponible en:

http://www.cenesex.sld.cu/webs/la_atencion_integral_36.htm

33. Teixeira Barroso MG, Cardoso Marques MF, Pinho Silveira NS, Neyva da Costa Pinheiro P. Adolescentes y enfermedad sexualmente transmisible. Rev Cubana de Enfer [serie en Internet] 1999 [citado 6 Ene 2009]; 15(1): [aprox.4 p.].

Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403191999000100009&script=sci_abstract

34. Hernández RR. Intervención educativa sobre el uso del preservativo en adolescentes del CMF # 15. [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “José Asseff”; 2003.

35. Rodríguez F. La pandemia de SIDA sigue sin detenerse. BOLIPK. 1999; 10(30): 250-253.

36. Ochoa Soto R, Sánchez Fuente J, Villalón Oramas M. Manual para Médicos de Familia sobre ITS/VIH/SIDA. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2005.

37. Kirby D. Sexuality and sex education at home and school. Adolesc Med. 2004; 10(2):195-209.

38. Pedroso P. Alerta OMS sobre peligroso vínculo entre el SIDA y la Tuberculosis. BOLIPK. 2003; 11(12):90-91.

39. Gala González A. Nuevos orígenes de las infecciones del SIDA. BOLIPK. 2004; 9(26):204-205.

40. Conde Martínez JA. Tras los orígenes del SIDA. BOLIPK. 2001; 11(2): 12-13.

41. Mustelier Ibarra L. Las relaciones con los adultos en la

adolescencia y la juventud. En: Domínguez García L, Ibarra Mustelier L, Fernández Ruiz L. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. La Habana: Editorial Félix Varela; 2004. p. 245-256.

42. Robinsón ET. 33 millones de personas infectados por el VIH. Network en Español. Family Health Internacional. 2006; 20(1):2.

43. CDC: US Public Health Service Recommendations for HIV Counseling and Voluntary Testing for Pregnant Women. MMWR .1995; 44(RR-7):1-15.

44. Ferrera M. Adolescent sexuality: Contracepción and DST/AIDS. Rev Braz Med. 2004; 5(3):1.

45. Ochoa Soto R, Santana I, Hernández Fernández M, Chacon Asusta L, Ricardo Puig O. Manual Metodológico. Trabajo de prevención de las ITS/VIH/SIDA. MINSAP y centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. [Monografía en Internet]. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2004 [citado 15 Abr 2008]. Disponible en: <http://gsdl.sld.cu/collect/sida/index/assoc/HASH0161.dir/doc.pdf>.

46. Control of Sexual Transmitted Diseases. Who. Second edition; 1998.

47. ONUSIDA/OMS. Guías sobre la Vigilancia del VIH de Segunda Generación. La Habana: OMS; 2000.

48. GARCÍA, R . Concepciones y comportamiento sexual de adolescentes atendidos por el médico de la familia. –P.123-126. –En Rev Cubana Med Integr . --Vol. 13, no. 2. – Ciudad de La Habana, feb. 1997.

49. Gil Lanz A, Rodríguez Delgado L. Enfermedades de

transmisión sexual en el curso del VIH/SIDA. Sanatorio Santiago de las Vegas 1997-1998. Rev Cubana Enfer [serie en Internet] 1999 [citado 14 May 2009]; 15(2): [aprox.7 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403191999000100009&script=sci_abstract

50. ¿Las enfermedades de transmisión sexual? Universidad Virtual de Salud. [página en Internet]. La Habana: Infomed; 2001 [actualizada 12 Abr 2008; citado 23 May 2008]. [aprox.2 p.]. Disponible en:

<http://www.uvs.sld.cu/profesores/profesores/supercursos/plonearticlemultipage.2006-07-06.7666702223/>

51. Berdasquera Corcho D, Farinas Reinoso AT, Ramos Valle I. Las enfermedades de transmisión sexual, un riesgo para las embarazadas y los recién nacidos. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet] 2001 [citado 5 Feb 2009]; 39(2): [aprox.6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000100009&script=sci_abstract

52. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuarios Estadísticos de Salud 1970-2006. La Habana. (Cuba): MINSAP; 1971-2007

53. Quintero Fariñas MA, García JM. Técnicas participativas para la prevención de las ITS- VIH-SIDA. La Habana: ECIMED; 2006.

54. Análisis Comparativo: estudio de investigación de la India y Uganda. Discriminación estratégica y negación relacionada con las ITS/VIH/SIDA. Ginebra: OMS; 2006.

55. Programa Nacional de Prevención y Control de las

Enfermedades de Transmisión Sexual. La Habana: MINSAP; 2013.

56. Romero González P. Resultados de una Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual. Santi Spíritus: Universidad de Ciencias Médicas” Dr. Faustino Pérez Hernández”; 2006 MSPAS.

ANEXO I

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA. MORÓN, CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR- MORON.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----
-----, estoy de acuerdo a ser incluido en la investigación, Análisis del cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de prevención y control de las Enfermedades

de Transmisión Sexual en el Consejo Popular Sur. Policlínico Universitario Sur de Morón y se me han explicado las bases del estudio.

He podido hacer preguntas sobre la investigación.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera

Sin tener que dar explicaciones

Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Fecha_____

participante_____

Firma _____ del

ANEXO II

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA. MORÓN, CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR- MORON.

Título Análisis del cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de prevención y control de las Enfermedades de Transmisión Sexual en el Consejo Popular Sur. Policlínico Universitario Sur de Morón.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

En esta guía se abordaran algunos aspectos de importancia para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama.

Aspectos a observar:

1. CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LOS CONSULTORIOS

a) Iluminación

- ✓ Buena: Presencia de ventanas, bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca, lámpara de pie
- ✓ Mala: Ausencia de ventanas, bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca, lámpara de pie

b) Privacidad

- ✓ Buena: Presencia de cortinas o parabanes o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente.
- ✓ Mala: Ausencia de cortinas o parabanes o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente.

c) Agua corriente

- ✓ Buena: Existe lavamanos con agua corriente
- ✓ Mala: No existe lavamanos con agua corriente.

ANEXO III

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA. MORÓN, CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR- MORON.

Guía de Encuesta.

Título: Análisis del cumplimiento de los objetivos del Programa

Nacional de prevención y control de las Enfermedades de Transmisión Sexual en el Consejo Popular Sur. Policlínico Universitario Sur de Morón

Objetivo: Recoger información importante que no se encuentra en los registros oficiales

Fecha: junio 2014 – marzo 2015

Lugar: Policlínico Sur

ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD.

EQUIPO BÁSICO DE TRABAJO (MÉDICO Y ENFERMERA DE CONSULTORIO)

Se está llevando a cabo una investigación sobre el Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual, en la que necesitamos de su colaboración para conocer si se están cumpliendo los objetivos propuestos para el buen funcionamiento del mismo.

- I. ¿Piensa Usted que cuenta con todas las condiciones para realizar de manera adecuada un examen de piel y genital en su consultorio? ¿Por qué?
- II. ¿Qué grado de conocimiento usted considera que tiene en cuanto al Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual?
 - Alto _____
 - Medio _____
 - Bajo _____
- III. ¿Cuáles cree Usted que son los principales factores que atentan en el cumplimiento del Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual en su consultorio?