UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

ESTUDIO DEL CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SU ENTORNO SOCIAL

MARLY ESTHER ANNICHARICO BOLAÑOS
ESTELA ARIAS RUPO
GARY CECILIA PADILLA NATERA

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de Trabajadora Social.

Asesora: MARIA DE LOS ANGELES PEREZ T.S.

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1986

PRESIDENTE DE TESIS : DOCTOR CARLOS OSORIO
Trabajador Social

JURADO EXAMINADOR : DOCTORA MIRNA AGUILAR
trabajadora Social

DOCTOR ADALBERTO REALES
Sociólogo

ASESORA DE TESIS : MARIA DE LOS ANGELES PEREZ
Trabajadora Social.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____

Presidente del Jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

Barranquilla, Diciembre 1 de 1986.

DEDICATORIA

A La Memoria de Mi Padre

Dedico con amor esta tesis. Quién aunque ausente guió e impulso mi carrera.

A Mi Madre

Con quien contraigo una eterna deuda por su lucha constante para lograr que hoy obtuviese este triunfo.

A Mis Hermanas

Que fueron apoyo y parte importante para mi superación.

Gary Cecilia.

A Mi Madre

Al obtener hoy mi título de Trabajadora Social, se lo dedico. Quién fue pilar fundamental en el transcurso de mi carrera.

A Mis Hermanas

Que me ayudaron a alcanzar este triunfo.

Estela.

A Mis Padres

Con el amor que me llena el todopoderoso dedico esta tesis. Por sus sacrificios para ayudarme a culminar y alcanzar la meta deseada.

Marly Esther.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos :

A MARIA DE LOS ANGELES PEREZ. T.S. Profesora catedrática de la Universidad Simón Bolívar y Asesora del Trabajo.

A CARLOS HERNANDEZ SAEZ. M.D. Subdirector del Hospital General de Barranquilla.

A HERNANDO AMADOR. M.D. Jefe de Atención del Centro de Enfermedades Transmisibles.

A RAFAEL ALGARIN MENDOZA M.D. Director del Servicio Seccional de Salud.

A ANTONIO BELTRAN GALINDO. M.D. Jefe de Atención de la Liga Contra el Cáncer.

A CALIXTO MANOTAS PERTUZ. M.D. Exdirector del Servicio Seccional de Salud.

A ZOILA Ma. URUETA BLANCO. Soc. Secretaria Ejecutiva de ICECOL. Asesora de Tesis.

AL Equipo Paramédico del Centro de Control de las Enfermedades Transmisibles.

A LA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

A todas aquellas personas que en una u otra forma colabo raron en la realización del presente Trabajo.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

TABLA DE CONTENIDO

		pág
0.	INTRODUCCION.....	1
1.	ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES . ETIOLOGIA,MANIFESTACIONES CLINICAS Y SECUELAS FISICO-SOCIALES.....	6
1.1	GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES SEXUAL - MENTE TRANSMISIBLES.....	6
1.1.1	Sífilis.....	9
1.1.1.1	Definición.....	9
1.1.1.2	Etiología.....	10
1.1.1.3	Manifestaciones Clínicas.....	10
1.1.1.3.1	Sífilis Adquirida.....	10
1.1.1.3.2	Sífilis Congénita.....	13
1.1.1.4	Diagnóstico.....	15
1.1.1.5	Tratamiento.....	15
1.1.2	Gonorrea.....	17
1.1.2.1	Definición.....	17
1.1.2.2	Etiología.....	18
1.1.2.3	Manifestaciones Clínicas.....	18
1.1.2.3.1	En la Mujer.....	19
1.1.2.3.2	En el Hombre.....	23
1.1.2.4	Diagnóstico.....	27
1.1.2.5	Tratamiento.....	29

1.1.3	Chancro Blando o Chancroide.....	31
1.1.3.1	Definición.....	31
1.1.3.2	Etiología.....	31
1.1.3.3	Manifestaciones Clínicas.....	32
1.1.3.4	Diagnóstico.....	33
1.1.3.5	Tratamiento.....	33
1.1.4	Condiloma Acuminado.....	34
1.1.4.1	Definición.....	34
1.1.4.2	Etiología.....	34
1.1.4.3	Manifestaciones Clínicas.....	35
1.1.4.4	Diagnóstico.....	35
1.1.4.5	Tratamiento.....	36
1.1.5	Herpes Genital.....	36
1.1.5.1	Definición.....	36
1.1.5.2	Etiología.....	37
1.1.5.3	Manifestaciones Clínicas.....	37
1.1.5.4	Diagnóstico.....	38
1.1.5.5	Tratamiento.....	38
1.1.6	Otras Enfermedades de Transmisión Sexual..	38
1.1.6.1	Infección por Hongos.....	39
1.1.6.1.1	Candidiasis o Moniliasis.....	39
1.1.6.1.2	Tricomonas.....	40
1.1.7	Enfermedades de Transmisión Sexual y el Embarazo.....	41
1.2	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO: PROBLEMA SOCIAL.....	42
1.2.1	Causas Demográficas.....	44
1.2.2	Causas Médicas.....	44
1.2.3	Causas Socio-Económicas.....	44
1.2.4	Causas Culturales.....	45
1.3	ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES: UN PROBLEMA PSICOLOGICO.....	46

1.4 ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES: UN PROBLEMA INTERNACIONAL..... 48

2. ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE LOS PRO - GRAMAS EN EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES SE XUALMENTE TRANSMISIBLES DE LOS PAISES EN DESARROLLO..... 50

2.1 ORIGEN DE LA ACTIVIDAD DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.... 50

2.2 SALUD PUBLICA..... 55

2.2.1 Bases de la Salud Pública..... 57
2.2.2 Funciones Propias de la Salud Pública..... 60
2.2.2.1 Protección de la Salud..... 61
2.2.2.2 Fomento de la Salud..... 61
2.2.2.3 Recuperación de la Salud..... 62
2.2.2.4 Funciones Generales o de Servicio..... 63
2.2.3 La Organización de la Salud Pública..... 65
2.2.3.1 Sistema de Salud..... 65
2.2.3.2 Elementos Fundamentales del Sistema..... 66
2.2.3.3 Los Modelos de Organización de la Salud Pública..... 67
2.2.3.4 Sistema Nacional de Salud..... 68
2.2.3.4.1 Objetivo General..... 70
2.2.3.4.2 Objetivos Específicos..... 71
2.2.3.5 Clasificación de los Niveles de Atención en Salud..... 71
2.2.3.5.1 Primario..... 72
2.2.3.5.2 Secundario..... 72
2.2.3.5.3 Terciario..... 73

3. CENTRO DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES SEXUAL MENTE TRANSMISIBLES DE BARRANQUILLA..... 77

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS..... 77

3.2 OBJETIVOS Y POLITICAS..... 90

3.2.1 Objetivos..... 90
3.2.2 Políticas..... 91

3.3 RECURSOS FINANCIEROS Y HUMANOS..... 91

3.3.1 Recurso Financiero..... 91
3.3.2 Recursos Humanos..... 92
3.3.3 Distribución Locativa del Centro..... 94
3.3.4 Equipo e Instrumentos de Trabajo..... 94

3.4 PRESTACION DE LOS SERVICIOS..... 96

3.4.1 Clases de Servicios Brindados a los Usua - rios..... 96
3.4.2 Proceso Seguido con el Paciente..... 97

3.5 ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUES - TAS..... 97

3.6 EVALUACION DEL CENTRO DE CONTROL DE LAS EN FERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES..... 125

4. EL TRABAJADOR SOCIAL ANTE EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES 130

4.1 ENFERMEDADES SOCIALES..... 132

4.2 MEDICINA SOCIAL..... 135

4.3 TRABAJO SOCIAL EN SALUD..... 137

4.3.1 Individuo (Paciente)..... 137
4.3.2 Grupo Familiar..... 140
4.3.3 Equipo de Salud..... 141
4.3.4 Comunidad..... 142

4.4 PLAN DE ACCION..... 145

4.4.1 Proyecto 01..... 147
4.4.2 Proyecto 02..... 151

5. CONCLUSIONES..... 155

RECOMENDACIONES..... 158

GLOSARIO..... 160

BIBLIOGRAFIA..... 164

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

LISTA DE TABLAS

pág

TABLA 1. Enfermedades sexualmente Transmisibles..... 8

TABLA 2. Conocimiento del centro..... 104

TABLA 3. Medios de divulgación para el conocimiento del centro..... 106

TABLA 4. Pacientes que recurrieron al centro al sentir la sintomatología..... 108

TABLA 5. Diagnóstico de las enfermedades..... 110

TABLA 6. Padeció usted alguna enfermedad venérea anteriormente..... 112

TABLA 7. Asistencia de los pacientes enfermos a los controles en el centro..... 114

TABLA 8. Conocimiento de las medidas preventivas.... 116

TABLA 9. Algún funcionario le la hablado sobre medidas preventivas..... 117

TABLA 10. Entrevista con la Trabajadora Social..... 119

TABLA 11. Divulgación de los cursos de Trabajo Social 120

TABLA 12. Solicitud de los servicios..... 122

TABLA 13. Recomendaciones de los usuarios para mejorar los servicios del centro..... 124

LISTA DE FIGURAS

pág

FIGURA 1. Cuadro esquemático sobre sífilis..... 16

FIGURA 2. Gonorrea en la mujer..... 22

FIGURA 3. Gonorrea anterior..... 24

FIGURA 4. Gonorrea posterior..... 26

FIGURA 5. Cuadro esquemático de la gonorrea..... 30

FIGURA 6. Trabajo social integrado como una unidad de los programas de salud..... 145

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

0. INTRODUCCION

El presente trabajo contiene los resultados de un estudio del Centro de Control de Enfermedades Transmisibles y su Entorno Social, se hace con la finalidad de cumplir con uno de los requisitos de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Simón Bolívar, para obtener el título de Trabajadora Social.

El desarrollo de éste tema se considera importante porque aportará un interesante material con respecto a las motivaciones y respuestas de los distintos grupos sociales y culturales frente a la problemática originada por las enfermedades sexualmente transmisibles. También se incluye el aporte que el estudio hace a la medicina, presentándole como aspectos importantes los problemas familiares para con la salud, la educación sanitaria, la terapéuti - ca, e inclusive el tipo de relaciones y de respuestas que se producen a nivel individual y colectivo frente a estas enfermedades.

El trabajo tiene como objetivo primordial realizar un es-

tudio en el centro de control de las enfermedades sexualmente transmisibles que permita evaluar la proyección de éste en la prevención, recuperación y control de las venéreas; como también el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios médico-social y sus expectativas frente a ellos.

Los objetivos específicos trazados para el desarrollo del estudio fueron los de conocer los medios conque cuenta el centro de control de enfermedades sexualmente transmisibles tanto técnicos como humanos, para determinar la calidad de los servicios que proyecta a la comunidad; investigar si se llevan a cabo en la institución las políticas de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y control de las enfermedades de transmisión sexual y sí éstas van acorde a la categoría de los servicios prestados; conocer conque recursos económicos cuenta el centro para su financiamiento; determinar a través de los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a los usuarios, los grupos de mayor riesgo e identificar prioridades con relación a la calidad de los servicios; evaluar el quehacer del Trabajador Social en el centro en lo que respecta, la orientación, capacitación y tratamiento social de los pacientes, familias y comunidad en general; presentar un plan de acción en coordinación con el equipo multiprofesional de los medios preventivos y educativos en relación

a las enfermedades de transmisión sexual que se presentan en la institución.

Para desarrollar la investigación teniendo en cuenta el objetivo propuesto y las condiciones de la situación real en la praxis del centro, se eligieron los niveles Explora torio y Evaluativo; el primero, porque el tema escogido no había sido previamente estudiado y se necesitaba penetrar en el fenómeno para conocer la realidad de lo investigado, lo cual daría pautas para evaluar el centro y la problemática en cuestión; y el segundo, ya que a medida que se iría reconociendo lo explorado se plasmaría con criterio crítico la evaluación del centro y su entorno social, contemplando las contradicciones en su interior y el desarrollo en el mismo.

El enfoque del estudio se realizó con una metodología científica de la investigación, utilizándose el método dialéctico el cual ofrece un sistema armonioso de principios metodológicos para el estudio de cualquiera de los fenómenos propios de la sociedad, dentro de los que se incluye el proceso salud-enfermedad en el hombre.

En cuanto a presentación del trabajo escrito, éste se ha sujetado a las Normas de ICONTEC, dividiéndose en cinco capítulos así :

En el primer capítulo se presenta la etiología, manifestaciones clínicas y secuelas físico-sociales de las enfermedades sexualmente transmisibles, profundizándose más que todc en aquellas enfermedades que más relevancia tienen en el centro.

El segundo capítulo hace relación a la organización y administración de los programas de control de las enfermedades sexualmente transmisibles en los países en desarrollo; el origen de las actividades de control de dichas enfermedades y los organismos y entidades encargadas de procurar la salud mediante acciones de prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

En el tercer capítulo se desarrolla todo lo relacionado con el centro de control de las enfermedades sexualmente transmisibles de Barranquilla; su reseña histórica, objetivos, recursos humanos y materiales, prestación de los servicios, por último se presenta el análisis de los resultados de las encuestas y una evaluación del centro, la cual no sólo tiene por finalidad constatar los resultados obtenidos, sino probar en términos cualitativos y cuantitativos los logros y progresos en salud conseguidos por el centro.

En el cuarto capítulo se analiza el quehacer de Trabajo

Social haciéndose énfasis en las enfermedades sociales,medicina social, el Trabajador Social en Salud y por último como resultado de la evaluación se presentan unas alternativas de acción que se encuentran plasmadas en un plan de trabajo.

Finalmente, el capítulo quinto contiene la conclusión, cerrándose así el estudio.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

1. ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES ETIOLOGIA; MANIFESTACIONES CLINICAS Y SECUELAS FISICO-SOCIALES

1.1 GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES

Las enfermedades de transmisión sexual son un grupo diverso de infecciones causadas por microbios diferentes desde el punto de vista biológico, que se agrupan a causa de ciertas características clínicas y epidemiológicas en común.

En años recientes ha surgido interés por parte de los médicos, investigadores y público en estos problemas, debido en parte a la falta anterior de conocimientos sobre estas enfermedades comunes, a la relajación de los tabúes anteriores sobre la sexualidad y el reconocimiento de la importancia médica y económica de las enfermedades de transmisión sexual.

La frecuencia de estas enfermedades ha sido mayor durante

los períodos de guerra o conmoción social. En la década del 50, con el uso de los antibióticos se pensó ingenua - mente en su erradicación total y en realidad muchas de ellas casi desaparecieron. Pero esa ilusión fue fugaz por que del año 1957 en adelante empezaron a aumentar de nue- vo hasta llegar a cifras epidemiológicas entre 1963 y 1967 para más tarde estabilizarse más o menos pero siem - pre con gran número de pacientes, como se mencionará al hablar de cada una de ellas.

Las principales causas del incremento en el número de las enfermedades venéreas ha sido entre otras: La revolución sexual, o sea cambios de actitudes ante el sexo, especial mente por lo grupos más jóvenes (16 a 20 años), promiscui dad, homosexualismo y bisexualismo; el turismo y la movi- lidad de la población que hacen muy difícil el control adecuado y la búsqueda de contacto y en fin, la relativa inoperancia de los mecanismos de control que existen con- tra estas enfermedades.

Las enfermedades sexualmente transmisibles son producidas por diferentes agentes infecciosos cuyas propiedades co - munes son :

- Poder de transmisibilidad.

- Capacidad patógena.

- Capacidad para originar afecciones específicas.

Estas enfermedades requieren de condiciones ambientales propicias para pasar al huésped y generar la enfermedad. Cada uno de estos agentes producen una sintomatología diferente de acuerdo a la enfermedad que se tenga.

En la Tabla siguiente se presentan las clases de organismos de las diferentes enfermedades sexualmente transmisibles.

TABLA 1. Enfermedades Sexualmente Transmisibles.

Clases de Organismos	Enfermedad
Bacterias	
Treponema pallidun	Sífilis
Nisseria Gonorrhoea (llamada comúnmente gonococo)	Gonorrea
Hamaphlhis ducay	Chancro blando
Virus	
Papiloma virus	Condiloma acuminado (verruga genital)

Continúa...

Clases de Organismos	Enfermedad
Herpes Hominis	Herpes genital
Clamidia	Linfogranuloma venéreo
	Uretritis no específicas*
Hongos	
Candida albicans	Candidiasis
Tricomonas vaginales	Tricomoniasis

*La etiología clamidal de la uretritis no específica no se considera como comprobada.

Sífilis

Definición

La sífilis o lues es una enfermedad infecto-contagiosa exclusiva del ser humano producida por una espiroqueta y se transmite sexualmente.

La enfermedad es de curso crónico y presenta varias formas clínicas. Se inicia por una lesión casi siempre genital, posteriormente hay diseminación sistemática con le -

siones en piel y órganos.

1.1.1.2 Etiología

El organismo causante de la sífilis es una espiroqueta de licada, Treponema pallidun, que se encuentran en lesiones y circulación sanguínea.

Son necesarias humedad y calor del cuerpo para su supervi vencia. El organismo es transmitido por contacto directo con lesiones infecciosas y comprende, por regla general , algunas formas de relación sexual. La sífilis casi nunca se propaga por objetos inanimados.

1.1.1.3 Manifestaciones Clínicas

De acuerdo al modo como se adquire la sífilis, es clásica dividirla en dos puntos :

- Sífilis adquirida.

- Sífilis congénita.

1.1.1.3.1 Sífilis Adquirida

Por contagio sexual, no tratada sigue un curso caracterís

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

tico que pasa por las siguientes etapas :

- Primera etapa. Sífilis precoz: Primer síntoma es una escoriación llamada chancro, que parece una ampolla, un barro o pequeña herida abierta. Generalmente es indolora y aparece desde 9 a 90 días después de que la espiroqueta se ha introducido en el organismo. Esta herida aparece la mayor parte de las veces cerca del lugar por donde entraron los microorganismos: generalmente en los genitales.

Sin embargo, puede aparecer en los dedos, en los labios, en los pechos, en el ano o en la boca. Esta primera etapa es muy infecciosa, puesto que el chancro está lleno de microorganismos que se pueden transmitir muy rápidamente. Algunas veces éste no aparece o está dentro del cuerpo, donde no muestra evidencia de la enfermedad. Esto les ocurre especialmente a las mujeres, pues el chancro generalmente se forma en el interior de la vagina o está escondido entre los pliegues de los labios. De todas maneras, con o sin tratamiento, el chancro termina por desaparecer, pero los microorganismos siguen en el cuerpo, multiplicándose.

- Segunda etapa: Esta etapa ocurre unas pocas semanas o hasta seis meses después y puede durar de 3 a 6 meses; pero algunas veces los síntomas pueden desaparecer y reaparecer durante muchos años. Se presentan muchos síntomas,

pues los migroorganismos se encuentran diseminados por to do el cuerpo, puede aparecer una erupción en todo el cuer po; o solamente en los pies y las manos. Pueden aparecer heridas en la boca. Puede que se inflamen las coyunturas y duelan, puede darse también dolor de garganta, fiebre baja o dolor de cabeza (todos éstos son síntomas de gripa también). Puede que se caigan mechones de pelo; cerca del ano y los genitales puede aparecer una zona infecciosa.

Esta es la etapa más infecciosa de la enfermedad. Por sim ple contacto o con un beso, se puede transmitir porque las bacterias se encuentran en las heridas abiertas o en cualquier parte del cuerpo.

En esta etapa la sífilis presenta síntomas parecidos a los de cualquiera otra enfermedad y algunas veces éstos son tan leves que el enfermo no se da cuenta.

Una vez más, los síntomas desaparecen, pero los microorga nismos siguen activos en el cuerpo.

- Tercera etapa. Latente: En esta fase, que puede durar 10 ó 20 años, no hay síntomas aparentes. Sin embargo, los microorganismos pueden estar atacando los órganos inter - nos, incluso el corazón y el cerebro. En los primeros años de esta etapa la enfermedad puede seguir siendo in -

fecciosa, pero después generalmente no lo es.

- Cuarta etapa. Ultima: Los graves efectos de la etapa anterior empiezan a aparecer en ésta. Según el órgano al que los microorganismos hayan atacado, el paciente puede sufrir enfermedades del corazón, ceguera, invalidez o incapacidad mental. De cada 100 sifilíticos que no reciban tratamiento aproximadamente 23 mueren o quedan incapacitados en esta etapa.

1.1.1.3.2 Sífilis Congénita

Tiene lugar cuando el feto es infectado durante el embarazo y puede producirse en cualquier etapa de la enfermedad de la madre.

Treponema Pallidum puede atravesar la placenta durante la última mitad del embarazo. Es por esto que una mujer embarazada con una sífilis no tratada corre peligro de transmitir la enfermedad a su bebé.

Esto puede traducirse también en aborto, en el nacimiento de un bebé de término muerto o con sífilis congénita.

Existen lesiones tanto temprana como tardías de sífilis congénita.

Las lesiones tempranas suelen aparecer durante las primeras semanas después del nacimiento, aunque pueden hacerlo también hasta la edad de dos años. Comprenden lesiones cutáneas, que con frecuencia son vesiculares, así como lesiones de la piel que se parecen a aquellas de la sífilis adquirida. Las membranas mucosas de la nariz y de la faringe están afectadas con frecuencia, de una pesada descarga mucoide designada como "coriza".

Tanto las lesiones cutáneas como las de la membrana mucosa abundan en espiroqueta y son, por consiguiente, infecciosa. Pueden producirse asímismo infección de los huesos, anemia, agrandamiento del hígado y del bazo y hallazgos anormales en el líquido espinal.

Muchos años más tarde pueden aparecer lesiones de la sífilis congénita tardía. Estas tienen lugar debido a la actividad proseguida del proceso de la enfermedad o podrán deberse a cicatrización.

La sífilis congénita tardía no es infecciosa. Las lesiones comprenden una queratitis intersticial en la que la córnea del ojo se hace opaca. Se dan también lesiones de los dientes que se traducen en los llamados dientes de Hutchinson y muelas en mora, o puede darse afección de los huesos, de la que una de las manifiestas es la del

Las lesiones tempranas suelen aparecer durante las prime - ras semanas después del nacimiento, aunque pueden hacerlo también hasta la edad de dos años. Comprenden lesiones cu táneas, que con frecuencia son vesiculares, así como le - siones de la piel que se parecen a aquellas de la sífilis adquirida. Las membranas mucosas de la nariz y de la fa - ringe están afectadas con frecuencia, de una pesada des - carga mucoide designada como "coriza".

Tanto las lesiones cutáneas como las de la membrana muco- sa abundan en espiroqueta y son, por consiguiente, infec- ciosa. Pueden producirse asímismo infección de los hue- sos, anemia, agrandamiento del hígado y del bazo y hallaz gos anormales en el líquido espinal.

Muchos años más tarde pueden aparecer lesiones de la sífi lis congénita tardía. Estas tienen lugar debido a la acti vidad proseguida del proceso de la enfermedad o podrán de berse a cicatrización.

La sífilis congénita tardía no es infecciosa. Las lesio - nes comprenden una queratitis intersticial en la que la córnea del ojo se hace opaca. Se dan también lesiones de los dientes que se traducen en los llamados dientes de Hutchinson y muelas en mora, o puede darse afección de los huesos, de la que una de las manifiestas es la del

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

mentón en sable y lesiones de la piel.

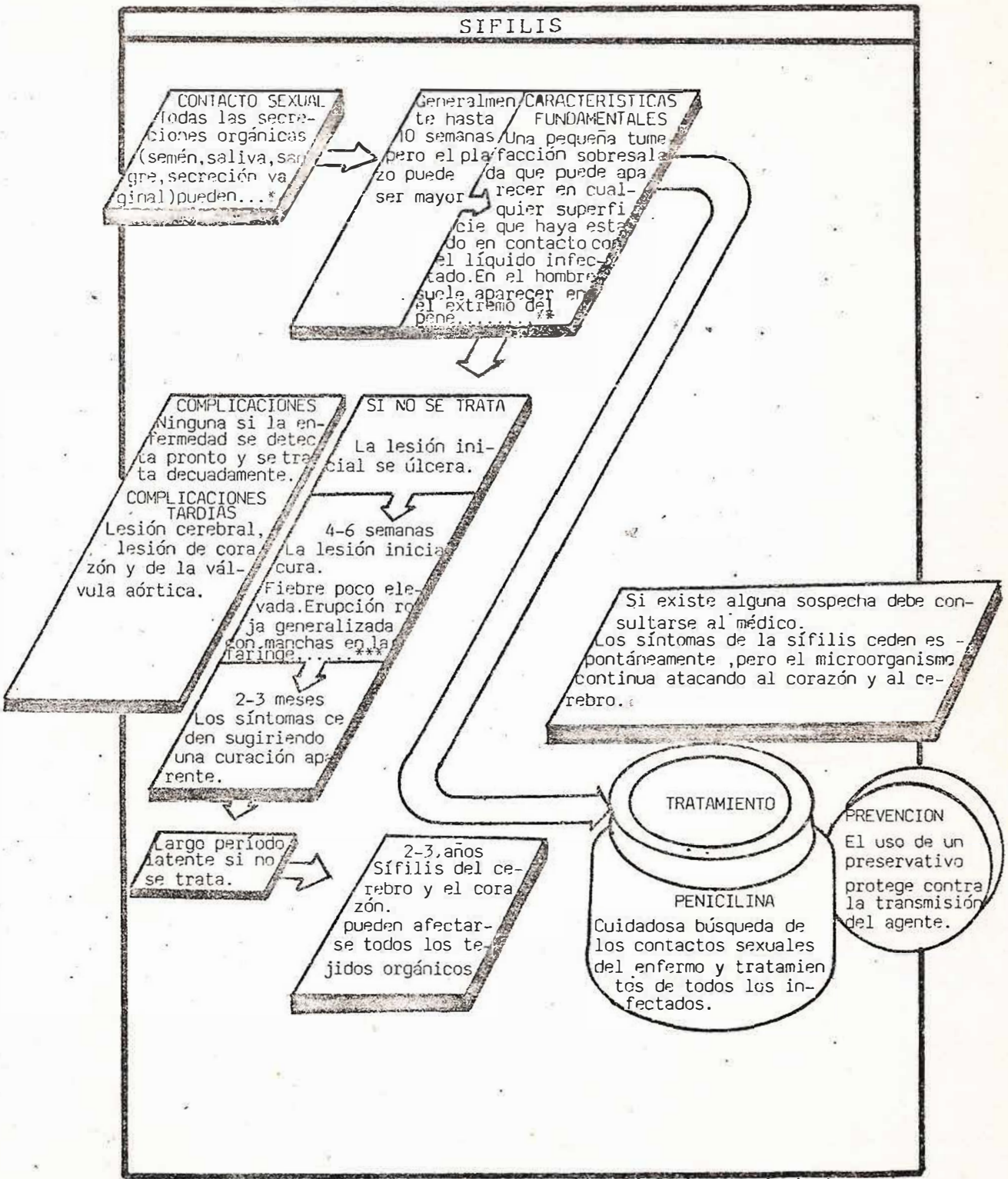
El paciente con sífilis congénita podrá tener también neu rosífilis, lesiones cardivasculares y gomas.

1.1.1.4 Diagnóstico

La sífilis puede diagnosticarse y tratarse en cualquier etapa. En las primeras etapas el médico puede buscar síntomas secundarios como ganglios inflamados en la ingle o analizar la pus del chancro (si lo hay). Al poco tiempo (una o dos semanas después de la aparición del chancro, aunque algunas veces lleva más tiempo), la espiroqueta habrá invadido la sangre y se podrá detectar con un examen de sangre. A partir de ese momento, los exámenes de sangre siempre detectarán la infección. Es mejor hacerse dos pruebas con un intervalo de varias semanas , a pesar de que el primer análisis salga negativo ya que algunas veces hay error en los resultados.

1.1.1.5 Tratamiento

La sífilis se trata a base de penicilina u otro antibióti co como la tetraciclina para aquellas personas alérgicas a la penicilina. Se puede dar una dosis grande o varias dosis pequeñas durante un corto período. El tratamiento



*contener los agentes trasmisores. **Los ganglios linfáticos de la ingle aumentan de tamaño. ***aumento de tamaño de ganglios linfáticos.

FIGURA 1. Cuadro esquemático sobre la Sífilis.

es así de simple.

Después del tratamiento es importante hacerse dos exáme - nes de sangre al menos, para estar seguro del éxito de és te, pues hay personas que pueden sufrir una recaida. Lo más importante sin embargo, es saber que la sífilis puede ser completamente curable en las tres primeras etapas y que, aún en la última, los efectos devastadores pueden ser detenidos.

1.1.2 Gonorrea

1.1.2.1 Definición

La gonorrea es la más corrientes de las enfermedades se - xualmente transmitidas y se conoce desde la antiguedad.La cual es bacteriana que afecta principalmente los órganos genitales, pero puede extenderse también a lugares más distantes. Esta enfermedad es una causa corriente de este rilidad, tanto en el hombre como en la mujer.

Su control resulta difícil debido a la renuencia de los pacientes que la padecen, en buscar tratamiento y la fal ta de colaboración de los médicos que los atienden con és ta sintomatología, en sus consultorios privados a notifi- carlos.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

1.1.2.2 Etiología.

La Gonorrea es causada por infecciones con la bacteria Nersseria Gonorrhoea, llamada comúnmente gonococo.

La gonorrea se adquiere por contacto sexual, hay ocasio - nes excepcionales a este postulado como la oftalmia de los recién nacidos, adquirida en el momento del nacimiento y la transmisión a los ojos por medio de los dedos a partir de los genitales, ésta última afecta sobre todo ni ños cuyos ojos son infectado por adultos.

A diferencia de la sífilis, que se distribuye por todo el cuerpo, la gonorrea es una enfermedad esencialmente de los órganos genitourinarios. También puede viajar por la sangre y causa infección en las válvulas del corazón, artritis agudas, meningitis, ceguera aun la muerte.

En las mujeres esta enfermedad es más fácil que persista y se esparza que en los hombres, porque se inflama la cer viz y las glándulas endocervicales producen escasas secre ciones impidiendo que las bacterias y la pus sean expulsa das del cuerpo.

1.1.2.3 Manifestaciones Clínicas.

Al apreciar las manifestaciones de la infección gonocóci-

ca, hay que tener presente que un gran número de personas infectadas con el gonococo son asintomática (no presentan síntomas) o tienen síntomas de carácter tan benigno que no buscan atención médica.

Aproximadamente las tres cuarta parte de las mujeres con infección gonocócica son asintomática y se cree ahora tam bién que muchos hombres con la misma pueden ser asintomáticos o tienen síntomas moderados. Estos individuos asintomáticos pueden propagar la infección inadvertidamente.

1.1.2.3.1 En la Mujer

Muchas mujeres infectadas con Nisseria Gonorrhoea son asintomáticas. Un estudio reciente de mujeres a las cua - les se les hacía periódicamente un examen ginecológico, mostró que un 80% de las que padecían gonorrea, no tenían síntomas[1]. Las pocas mujeres que si muestran síntomas los presentan entre dos días a tres semanas después del con tagio. Pasado esté último y el tiempo de incubación la go norrea evoluciona en las siguientes etapas :

- Vaginitis gonocócica: Es cuando son atacadas las muco -

[1] BOSTON WOMEN'S. La mujer descubre su cuerpo. Medellín, Lealon, 1976. p.196.

sas de la vagina. Se aprecia descarga vaginal purulenta, abundante o escasa de color amarillo o amarillo verdoso que mancha la ropa; la vulva y los muslos pueden irritarse enrrojecerse y presentan comezón.

La infección gonocócica de la vulva y la vagina (vulvo-vaginitis) afecta fácilmente a las mujeres jóvenes y sobre todo a las niñas (de lo cual se habla más adelante),a causa de que en esta edad las mucosas de tales órganos son delgadas y sus secreciones de baja acidez que los hace poco resistente frente a los órganos.

- Uretritis gonocócica: Ocurre cuando es afectada la uretra femenina (por donde sale la orina). La inflamación se presenta a veces bastante tiempo después del contagio; o también de 2 a 8 días después, siendo los síntomas el enrrojecimiento del meato urinario la irritación de la zona, deseos de orinar frecuentemente, y al hacerlo, se siente ardor y la última parte de la orina puede estar teñida de sangre.

- Cervicitis gonorréica o infección del cuello del útero: Es cuando los gonococo se arraigan en el fondo de la vagina en la entrada del útero (cervix).

- Endometritis gonorréica: La enfermedad sin tratar ade -

cuadamente sigue penetrando por las vías genitales femeni nas.

Ocasionan inflamación del endometrio o mucosa que recubre las paredes de la cavidad uterina y ocurre cuando los gonococos de la vulva o de la vagina se diseminan, atraviesan el tapón mucoso del cuello del útero y penetran den - tro de ésta. Se origina un aumento de secreciones purulenta y dolores en el bajo vientre que se acentúan durante las micciones.

- Salpingitis o inflamación de las trompas de falopio: Después de infectarse la cavidad del útero la gonorrea no tratada puede seguir avanzando por las trompas de falopio. Se apreciarán entonces espasmos abdominales y fuer - tes dolores a uno o ambos lados del vientre, como si se tratara de apendicitis.

Los focos gonorréicos, al adherirse en las paredes internas de los tubos de falopio obstaculizan la salida de los óvulos procedentes del respectivo ovario, al curarse la gonorrea, pueden quedar cicatrices y estrechez, de modo que tampoco pueden salir los óvulos siendo los resultados la esterilidad permanente en caso de que ambas trompas de falopio hayan sido afectadas.

GONORREA EN LA MUJER

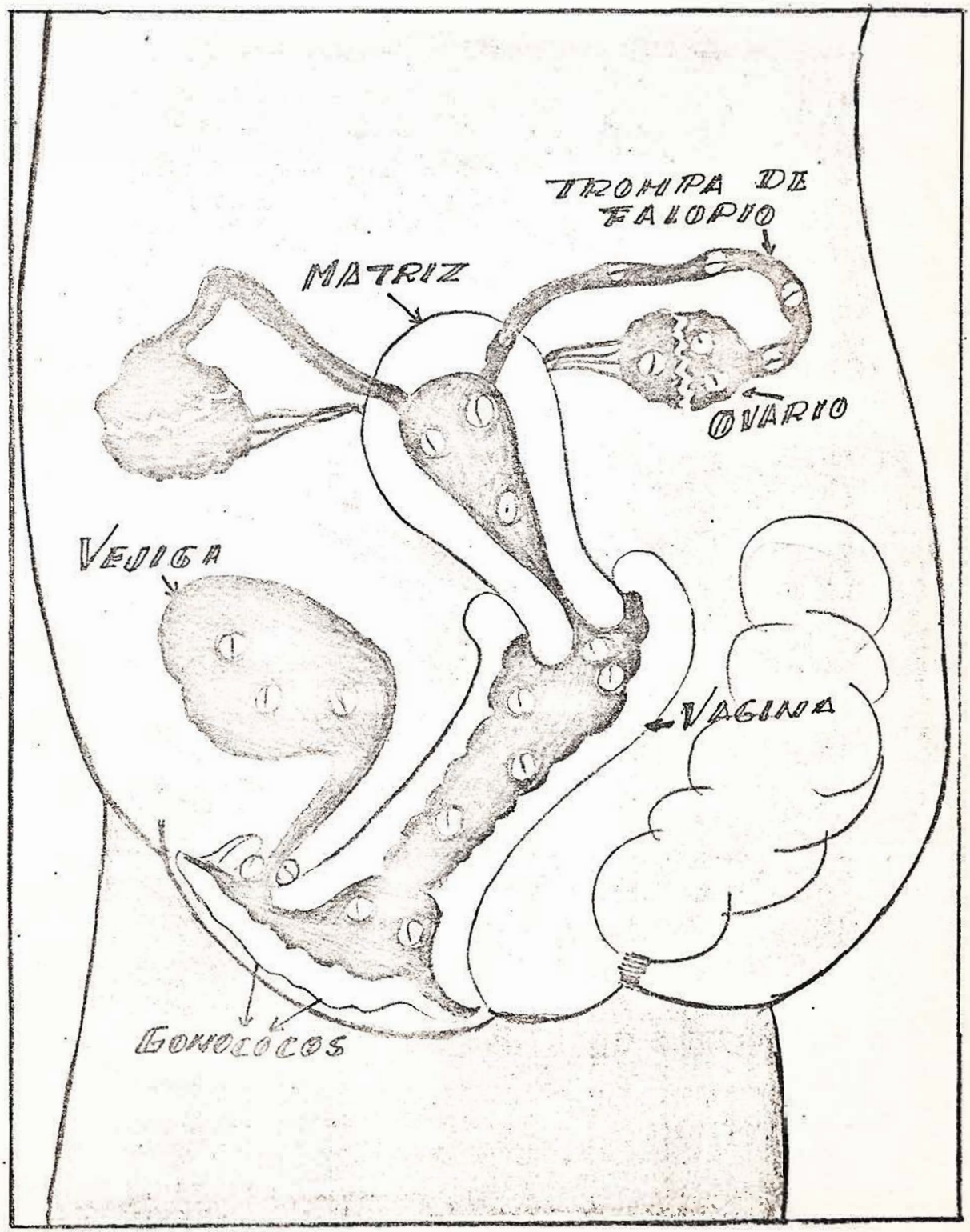


FIGURA 2. Gonorrea en l mujer.

Los ovarios aunque muy rara vez también pueden ser afecta dos por la infección gonocócica.

1.1.2.3.2 En el Hombre

Después de un período de incubación de 2 a 8 días se inicia la enfermedad, de ordinario bruscamente, con disuria, urgencia urinaria. La infección gonocócica puede progre - sar en el hombre según las etapas siguientes :

- Período de incubación: Después del contagio pueden transcurrir de 3 a 8 días (en casos extremos sólo un día, o hasta tres semanas), durante los cuales los gonococos se hallan presentes en las mucosas de los genitales o de la parte afectada, pero no hay manifestación alguna de la enfermedad.

- Uretritis anterior, gonorrea de la primera parte del conducto uretral.

Pasado el período de incubación la gonorrea se va manifes tando: porque se siente ardor y dolor al orinar, hincha - zón y malestar en el pene, comienza una descaraga o se- creción por la uretra, la cual es inicialmente serosa, mu co-purulenta acuosa, que luego se espesa adquiriendo co - lor amarillo o amarillo verdoso que mancha la ropa inte -

GONORREA ANTERIOR

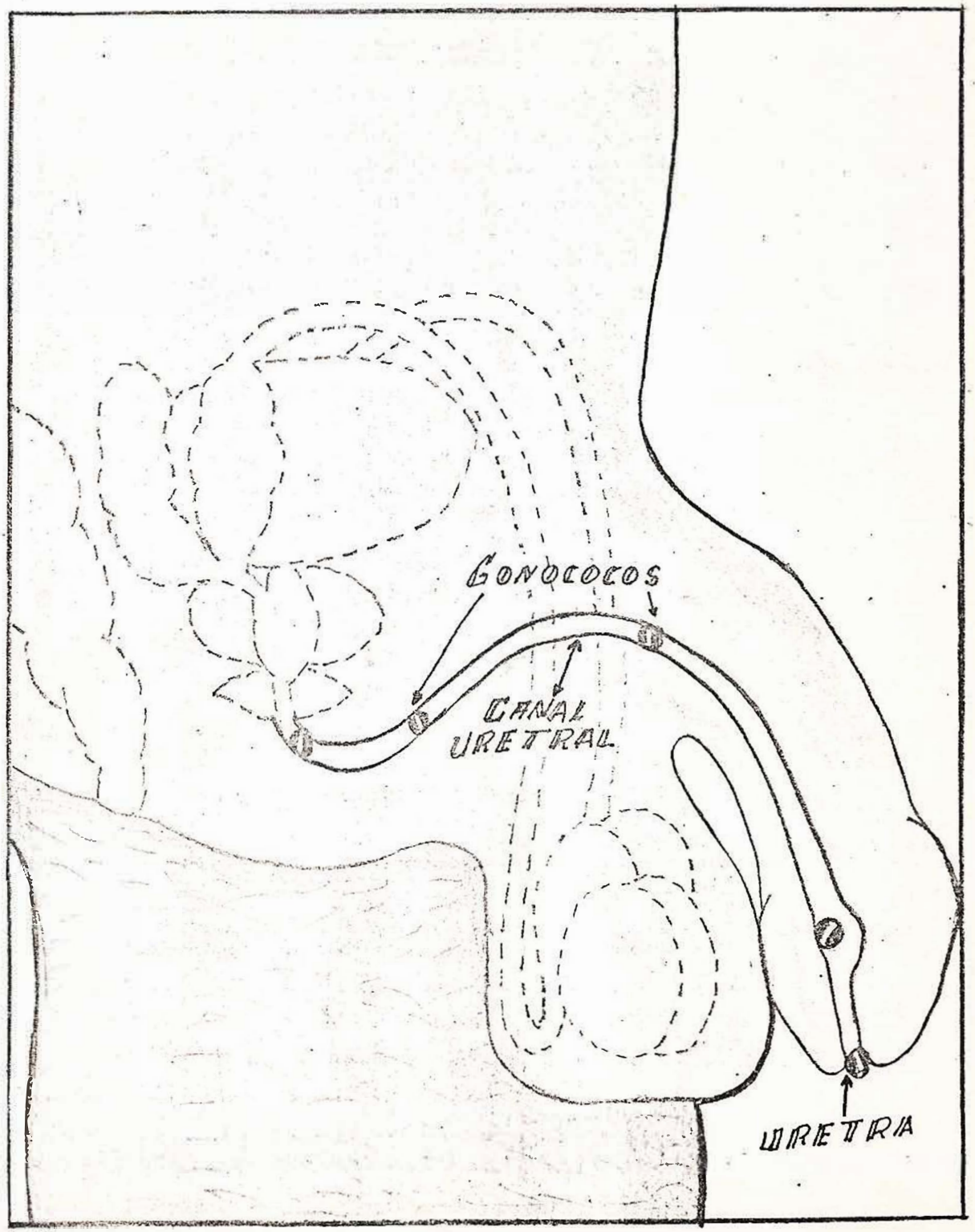


FIGURA 3. Gonorrea anterior.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

rior.

- Gonorrea posterior: Si la gonorrea no se trata en su primera etapa al cabo de dos o tres semanas los gonococos penetran en la parte posterior o profunda de la uretra.Generalmente se presentan entonces espasmos en el esfínter, resultando difícil retener o evacuar la orina a voluntad. La infección uretral superior es el comienzo de otras complicaciones agudas más graves.

Aun sin tratamiento, pasado un tiempo, los síntomas de la gonorrea parecen desaparecer. El único signo de la uretritis es una ligera secreción purulenta llamada a veces (gota militar), o indicio que se ha llegado a la gonorrea crónica.

- Prostatitis gonorréica o infección gonorréica de la prostata: Al ocurrir se aprecian vagos dolores espasmódicos en la parte baja del abdomen y en la región del ano; hay también dolores en la espalda y espasmos en el esfínter.

En casos más severos puede haber retención urinaria y dificultades al orinar y fiebres.

- Vesiculitis seminal gonorréica: Las vesículas seminales

GONORREA POSTERIOR

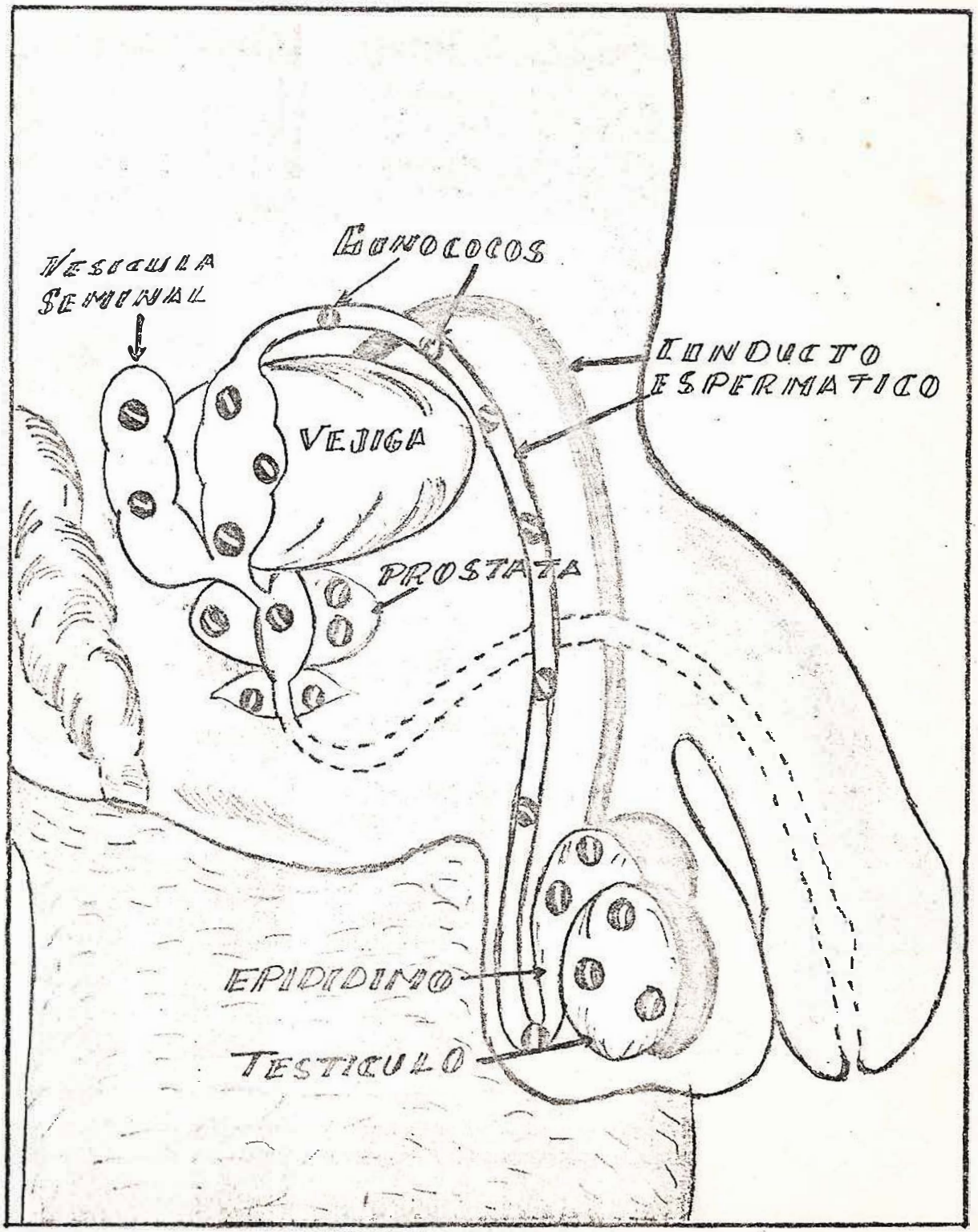


FIGURA 4. Gonorrea posterior.

atacadas por la gonorrea producen síntomas semejantes a los de la prostatitis.

- Epididimitis gonorréica: Los gonococos pueden seguir penetrando por los vasos deferentes, produciendo inflamación dolorosa de uno o ambos cordones esparmáticos hasta llegar a uno o ambos epidídimo ubicados éstos en el escroto uno sobre cada testículo.

El epidídimo afectado se inflama, aumenta considerablemente de volumen, produciendo dolores en el escroto.

Sólo en caso extremo son atacados los testículos.

1.1.2.4 Diagnóstico

Para detectar la gonorrea, los exámenes de microscopio son efectivos en el hombre, más no en la mujer.

Existen dos clases de exámenes que se utilizan más corrientemente: tinción de gram y el cultivo. En el primero, se toma una muestra de exudado uretral (en el hombre) y vaginal (en la mujer), se le agrega una tintura especial, se coloca en un vidrio y se le examina en microscopio. Este método es 99% confiable para el hombre, pero muy poco confiable para la mujer, pues otros microorganis

mos pueden ocultar fácilmente al gonococo. Aunque en algunas partes no se usa sino este método, se debe usar junto con el examen de cultivo. Para éste último también se necesita una muestra de flujo, pero en vez de examinarlo directamente, se lo pone en una mezcla especial bajo ciertas condiciones de laboratorio durante varios días, para que los gonococos, si es que los hay, se multipliquen. Esto facilita la detección de las bacterias.

Es importante enfatizar que aún los cultivos pueden ser inexactos tanto en el hombre como en la mujer. La exactitud depende de los lugares de donde fue extraída la muestra. Idealmente se deben sacar muestras de cuatro partes en la mujer: la cerviz, la uretra, la vagina y el recto; pero ésto es raramente factible. Si se puede sacar sólo una muestra, se debe escoger la cerviz, pues en este lugar se podrá detectar al 82% de las mujeres enfermas[2]. Algunos estudios han demostrado que en el 50% de las mujeres que padecen gonorrea, ésta manifiesta en el recto. Por lo tanto, para aumentar las posibilidades de detectar la gonorrea, se deben sacar muestras de la cerviz y del recto, o de la cerviz y de la uretra. Aun si se toman estas precauciones, de 6% a 9%[3] de los casos quedan sin de-

---

[2] Ibid., p.199.

[3] Ibid.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

tectar en un primer examen; una explicación de ésto es que las bacterias a veces se mueren en el trayecto de la oficina donde se toma la muestra al laboratorio, dando un resultado negativo falso. Esto contribuye a la poca con - fiabilidad del examen.

1.1.2.5 Tratamiento.

El tratamiento normal es la administración de altas dosis de penicilina inyectada, al contrario de la sífilis, cuyo tratamiento consiste en dosis más bajas durante un lapso menor. Se pueden usar otros antibióticos como tetraciclina, si la persona es alérgica. Sin embargo, el tratarla no es tan fácil como parece. Existen unas especies de gonococos resistentes a la penicilina y se hace necesario usar dosis más fuertes. Actualmente se conocen 2.000 especies de gonococos resistentes a la penicilina. Estas especies surgen cuando se ingiere una dosis baja de penicilina como método preventivo. Esto sucedió mucho en Vietnam del Sur, donde las prostitutas, para protegerse se auto - recetaban penicilina[4]. Una dosis baja puede que no sea lo suficientemente fuerte como para matar los gonococos, sino que habilita un ambiente favorable en el cual se pue -

[4] Ibid. p.198.

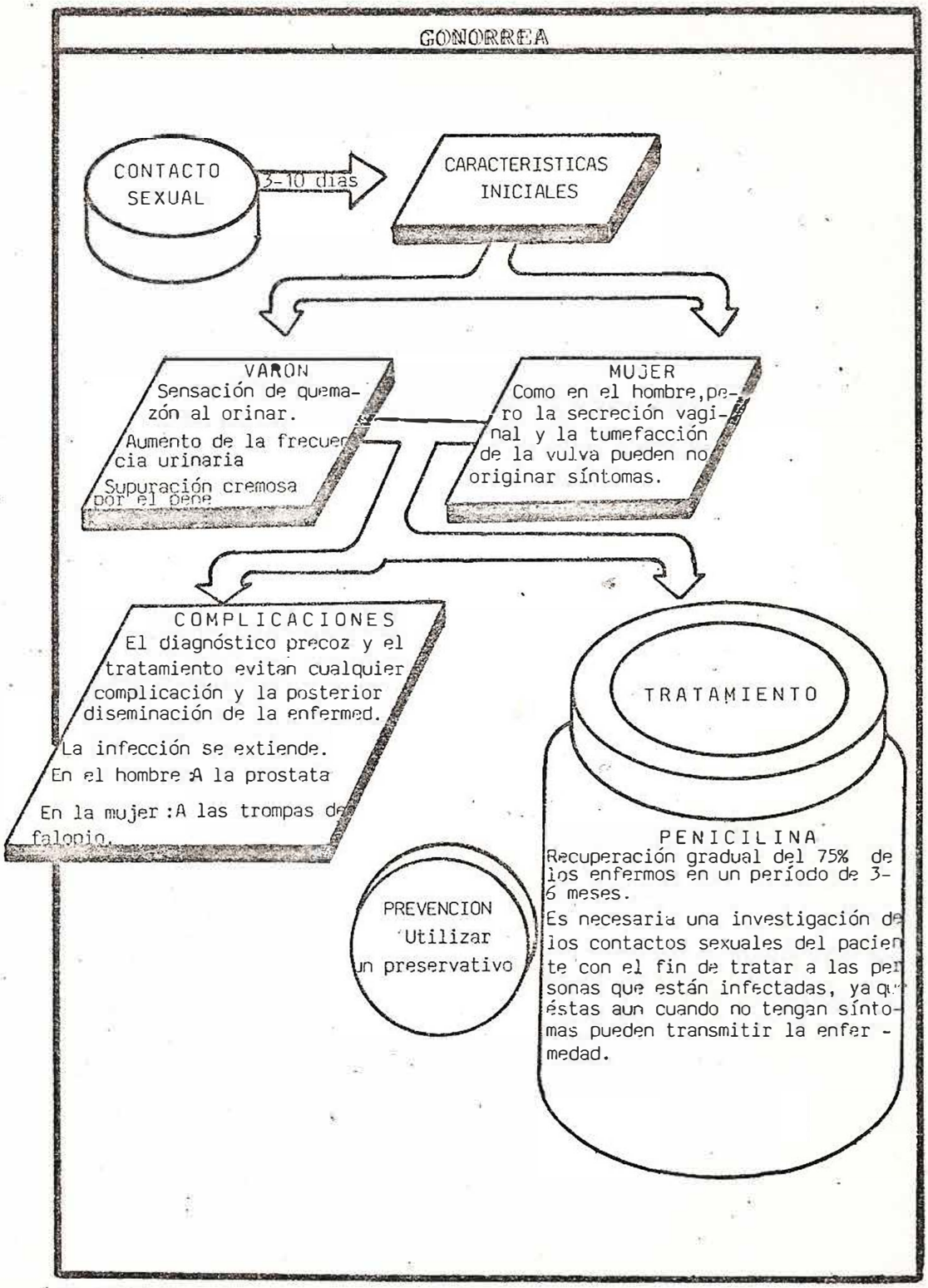


FIGURA 5. Cuadro esquemático sobre la Gonorrea.

den adaptar las bacterias a los diferentes niveles de antibióticos. Si se toma la dosis completa y a los intervalos indicados, se mantiene un nivel lo suficientemente alto de antibióticos en la sangre que impide el desarrollo de gonococos resistentes.

Antes de considerarse curada, la mujer debe hacerse por lo menos dos exámenes.

1.1.1.3 Chancro Blando o Chancroide

1.1.1.3.1 Definición

Es una enfermedad venérea muy corriente en todo el mundo, considerada aguda, caracterizada por grandes ulceraciones múltiples de los órganos genitales.

1.1.1.3.2 Etiología

El organismo causante de esta enfermedad es el Haemophilus ducrey, su distribución es mundial, pero es más común en las regiones tropicales. Su incidencia es mucho mayor en los grupos de población escasos de recursos y de deficiente higiene personal. Como también en los marineros viajeros y soldados. Aunque el contagio es venéreo, el hombre la padece en una proporción mucho mayor que la mu-

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

jer, probablemente de 10 a 1[5].

1.1.3.3 Manifestaciones Clínicas.

El período de incubación es en general de 1 a 5 días después del contacto infectante, y casi siempre la enfermedad se presenta en los genitales. Se aprecian primero lesiones enteramente maculosas de horas de duración, que se transforman en pápulas, igualmente efímeros que al ulcerarse dejan al descubierto varias lesiones (chancros).Las cuales son generalmente dolorosas y mal olientes.

Una particularidad del chancro blando es que se multiplica. Las secrecciones que emite se inaculan en la piel circundante del paciente dando origen a más chancros "hijos" similares al primitivo.

A pesar de la propiedad mencionada, el chancro blando se cataloga como infección local, ya que no se difunde por el torrente sanguíneo como la sífilis, ni origina infección general en el organismo como puede ocurrir con la gonorrea; el chancro blando limita sus ataques a la piel comúnmente lo hace en la zona circundante a la primera le -

[5]POSADA, Bernardo. Enfermedades sexualmente transmisibles. 1978. p615.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA JOSE MARTI
DIRECCION

sión aunque en los casos crónicos afecta los ganglios para volver a salir al exterior. Difícilmente ataca las mucosas.

1.1.3.4 Diagnóstico

La bacteria Haemophilus ducrey resulta difícil de aislar, de modo que el diagnóstico se formula frecuentemente sobre la base de hallazgos clínicos y de la exclusión de otras enfermedades venéreas, tales como la sífilis. No es raro encontrar el chancroide en asociación con otras enfermedades venéreas.

Puede confirmarse la naturaleza específica de las lesiones tomando muestras de sus secreciones (o frotis) para ser analizadas en el laboratorio y determinar la presencia de los bacilos de ducrey. Pueden efectuarse también otras pruebas en la piel, o un cultivo bacterial.

1.1.3.5 Tratamiento

Será determinado de acuerdo al estado del paciente, para la curación del mal se utilizan algunos de los medicaments siguientes en las dosis apropiadas: Sulfadiacina, estreptomicina, tetraciclina, terramicina, y con un buen tratamiento la enfermedad desaparece al cabo de una ó dos

semanas.

Junto con el tratamiento principal, resultan benéficos los lavados de los sitios infectados con antisépticos suaves como permanganato de potasio, o con aplicación de sulfamidas.

El tratamiento del chancro blando puede hacer ocultar la presencia de la sífilis; por ello, pasadas algunas semanas deben efectuarse exámenes serológicos (de sangre) para descubrirla.

1.1.4 Condiloma Acuminado

1.1.4.1 Definición

Está constituído por lesiones proliferativas papilomatosas, muriformes de aspectos de cresta de gallo o de coliflor, que se localizan de preferencia en la región anogenital.

1.1.4.2 Etiología

El condiloma acuminado se transmite la mayoría de las veces por contacto sexual. Aún no está completamente diluci dado si el virus productor de la enfermedad en mención es

el mismo que produce las verrugas vulgares; si es una sub variedad desde el punto de vista antigenético, porque ultraestructuralmente son idénticos.

1.1.4.3 Manifestaciones Clínicas.

Las verrugas suelen aparecer de 1 a 3 meses después del acto sexual infectante. En los varones, las áreas más corrientemente afectadas son alrededor del pene, en tanto que en la mujer, suele estar afectada la región alrededor de la abertura vaginal, aunque pueden verse también lesiones vaginales y cervicales más profundas.

Pueden encontrarse también verrugas venéreas alrededor del ano y en la boca a continuación de actos sexual anal o bucal.

1.1.4.4 Diagnóstico.

El diagnóstico suele establecerse sobre la base del aspecto de las lesiones. Estas deben ser diferenciadas de los condilomas planos (sifilides papulohipertroficas) con las cuales pueden a veces coexistir. De todos modos se deberán buscar otros signos de secundarismo sifilítico. En ocasiones los casos muy vegetantes pueden simular un carcinoma espinocelular; en estos casos el estudio histológi

co hará la diferencia.

1.1.4.5 Tratamiento

Si las verrugas son pequeñas , se pueden eliminar fácil - mente aplicando prodofilina en tintura de benjui o en alcohol. Se aplica con algodón y a las cuatro horas debe la varse con agua y jabón. Puede repetirse la aplicación una vez semanal en caso necesario; en tanto las verrugas mayo res habrán de extirparse quirúrgicamente.

1.1.5 Herpes Genital

1.1.5.1 Definición

El herpes genital es una enfermedad grave, transmitida se xualmente, porque :

- Produce una dermatosis inflamatoria dolorosa.

- Puede causar una enfermedad sumamente grave y muerte de los bebés nacidos de una madre con herpes.

- Puede conducir al desarrollo de carcinoma del cuello del útero.

1.1.5.2 Etiología.

El herpes genital es causado por Herpes Virus Hominis (herpes simples). Este virus tiene dos tipos antigénicos, a saber: Tipo I, que causa herpes labial (el herpes la - bial corriente) y Tipo II que causa herpes genital.

1.1.5.3 Manifestaciones Clínicas.

las infecciones del herpes genital pueden agruparse en in fecciones primarias y recurrentes. La primera se adquie - re, comúnmente por contacto sexual de 3 a 7 días, después de éste aparecen las manifestaciones clínicas que son ini cialmente vesículas que rápidamente se transforman en exulceraciones superficiales, rodeadas por margen eritema tóso. Las zonas afectadas son la vulva, la región peri- anal, el periné, la vagina y el cuello uterino, produción dose flujo abundante.

Las infecciones recurrentes se presentan en algunos pa - cientes y son en general menos intensas que la infección primaria. Los episodios recurrentes se suceden con inter- valos variables de semanas hasta meses generalmente duran te años. El dolor y ardor vulvo-vaginales son frecuentes y hay sensación al orinar.

1.1.5.4 Diagnóstico

El herpes se diagnóstica a través de exámenes de laboratorio obteniendo un frotis de la lesión. También en un laboratorio pueden hacerse cultivos del virus.

1.1.5.5 Tratamiento

El tratamiento del herpes no es totalmente satisfactorio porque no es específico. Se pueden aplicar compresas de nitrato de plata, de permanganato de potacio, de cloruro de bezalcanio o una solución de acido borico se utilizan con frecuencia.

1.1.6 Otras Enfermedades de Transmisión Sexual

Existen otras enfermedades de transmisión sexual aparte de las ya mencionadas, éstas, sin embargo no alcanzan sino 1% del total de las enfermedades venéreas[6].

Entre éstas se encuentran el linfogranuloma venéreo que afecta a persona de cualquier parte del globo, pero parece que su frecuencia es mayor en las zonas tropicales, de climas calurosos y húmedos.

---

[6] BOSTON WOMEN'S. op.cit., p.201.

La infección es de evolución lenta, de curso crónico o de larga duración; ataca con más frecuencia al hombre que ha la mujer.

Otra enfermedad, es el Granuloma Inguinal; ocurre principalmente en las zonas tropicales; la enfermedad se contrae por contacto corporal con la persona enferma, y más generalmente por contacto sexual.

1.1.6.1 Infección por Hongos

1.1.6.1.1 Candidiasis o Moniliasis

Candida Albicans (monilias) crecen normalmente en cantida des inicuas en el recto y la vagina. Cuando su sistema se ha descompensado estos hongos se multiplican profusamente y provocan una descarga vaginal gruesa y blanca.

Si una mujer tiene monilias en el momento del parto, el bebé tendrá monilias en el tubo digestivo. Esto se llama afta y se trata oralmente con gotas de Nistatina.

Algunas veces se puede detener la infección por hongos si a los primeros síntomas se hace un lavado vaginal levemente ácido. Si la infección no se detiene, se dan dosis orales o supositorios de nistatina durante tres semanas más

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

o menos.

Las monilias vuelven con frecuencia aun si se han examina do una semana después del tratamiento y ya no tiene infec ción, puede que le vuelva aparecer después de la próxima mestruación.

1.1.6.1.2 Tricomonas.

Las tricomonas vaginales son parásitos unicelulares que se encuentran tanto en hombre como en la mujer que no re- presentan ningún síntoma. Sin embargo, generalmente las mujeres que tienen tricomonas, tienen un flujo vaginal delgado y espumoso, de color verde amarillento o gris, y huele a podrido. Si hay otros microorganismos que también están causando la infección, la descarga puede ser más gruesa y blanca. Estas tricomonas también pueden causar una infección urinaria.

En la mayoría de los casos las tricomonas se contagian a través de contacto sexual, pero también puede ser transmi tida a través de objetos húmedos, como por ejemplo toa - llas, vestidos de baño y ropa interior.

Las tricomonas generalmente se tratan con dosis orales de Metronidazol (Flagyl) durante 10 días. Si la persona tie-

ne antecedentes de enfermedad a la sangre, al sistema nervioso central u otras infecciones al mismo tiempo, no debe tomar flagyl. Debido a que este medicamento mata algunas células blancas de la sangre. Es por ésto que se debe hacer un examen para conocer el conteo de las células blancas de la sangre antes, durante y después de tomar dicha droga.

1.1.1.7 Enfermedades de Transmisión Sexual y el Embarazo.

Un bebé saludable es la cosa más maravillosa del mundo,para sus padres es el producto de su mutuo amor. Esperan con alegría, su primera sonrisa, su primera palabra, sin embargo la sífilis o la gonorrea pueden tornar esta bendición en sufrimiento, tanto para el bebé como para sus padres, produciendo en recién nacido serios trastornos que afecten su apariencia o causan lesiones en su órganos vitales. Esto ocurre cuando la madre ha padecido la sífilis o gonorrea durante el embarazo y no haya recibido un tratamiento adecuado.

Trastornos que la sífilis puede producir en un bebé :

- Daño a los ojos y a los oidos.

- Deformaciones en los huesos.

- Deformaciones de los dientes, de la boca o de la cara.

- Un hígado aumentado de tamaño.

- Urticarias persistentes.

- Daño al cerebro.

A veces el bebé de una madre sifilítica nace muerto. La mujer que haya padecido de sífilis por más de cinco años puede transmitir esta infección al recién nacido. Sin embargo estas tragedias pueden prevenirse.

Para empezar, cualquier mujer embarazada debe hacerse un examen de sangre. Esto junto con una revisión médica que dira si ella padece de sífilis.

El examen físico delatará también la posible existencia de la gonorrea o cualquier otra enfermedad venérea.

1.2 ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES COMO PROBLEMA SOCIAL

Aunque en el último decenio han logrado considerables pro gresos en lo que respecta a la reducción de la morbilidad y mortalidad debido a enfermedades prevenibles mediante

la inmunización, las enfermedades por transmisión sexual continúan planteando un grave problema para la salud y la sociedad.

Las infecciones de transmisión sexual son frecuentes en muchos segmentos de la sociedad pero, por motivos obvios, son más comúnes en los grupos con la actividad sexual más promiscua. No es la acción sexual misma sino el número de parejas sexuales diferentes, lo que determina el riesgo de adquirir la enfermedad.

Los índices más altos de gonorrea se descubren en jóvenes (15 a 30 años) y solteros y más frecuentes en grupos de estados educativos y socio-económicos bajos.

Los índices de infección gonocócica son 50 veces mayores en personas jóvenes, solteras y habitantes del centro de las ciudades que en personas casadas de clase media a media superior[7].

Hay muchas causas para el incremento a nivel mundial de las enfermedades sexualmente transmisibles; la importancia relativa de cada una de ellas varían según el país o

[7]SPARLING, P. Frederick. Enfermedades sexual. p.1629.

o región de que se trate; las causas más aceptadas son las siguientes :

1.2.1 Causas Demográficas.

En muchos países se ha aumentado la proporción de pobla - ción que es joven; a ello se agregan que las relaciones sexuales se inician más precozmente por razones cultura - les.

1.2.2 Causas Médicas.

Las mayores facilidades de diagnóstico y tratamiento y la anticoncepción han eliminado parte del temor a las enfer- medades sexualmente transmisibles y al embarazo;consecuen temente pueden haber facilitado la promiscuidad y, por en de, las reinfecciones.

1.2.3 Causas Socioeconómicas.

Tanto la prosperidad económica como la pobreza de una co munidad (particularmente de sus mujeres), pueden incremen tar la frecuencia de enfermedades sexualmente transmisi - bles, aunque por razones enteramente opuestas, también in fluyen la coeducación, la movilidad, la urbanización, la industrialización, las poblaciones flotantes y migrato-

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

rias.

1.2.4 Causas Culturales.

La permisividad sexual y los estímulos eróticos a través de los medios de comunicación; la disolución de la fami - lia; las comunas de jóvenes; la deficienre educación se - xual; el secreto y el estigma sobra las enfermedades se - xualmente transmisibles.

Es cierto que en las grandes ciudades haya mayor incidencia de enfermedades por transmisión sexual, pero el hecho de vivir en la ciudad o en un pueblo no es garantía de salud. Los microorganismos que producen estas enfermedades no respetan raza, religión, ni posición social. Una vez que se contrae una enfermedad venérea el peligro es igual viva uno en una vecindad de una zona marginal o en una lujosa residencia.

Los sociólogos, especialistas en el comportamiento de grupos humanos, han encontrado que el tipo de conducta sexual que propicia el contagio de las enfermedades vené - reas no se limita a las grandes ciudades.

Se ha visto que el progreso en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual ha sido un

gran éxito médico, pero a pesar de ello éstas ocupan el tercero y cuarto lugar dentro de todas las enfermedades de transmisión (Ver Anexo 4).

Todas las enfermedades son producto de germenes o de la baja de defensas en el organismo. Sin embargo hay ciertas condiciones sociales que hacen que algunas personas sean más susceptibles a ciertas enfermedades.

Entre familias que viven aglomeradas en pequeñas vivien - das la incidencia de enfermedades transmisibles es mayor que entre aquellas comodamente alojadas. Cuando la enfermedad aumenta por razones de vivienda se les nombra a éstas "razones sociales".

Estas razones sociales son muy importantes en el aumento de las enfermedades venéreas. Medicamente se ha ganado la batalla contra estas enfermedades, pero el problema so - cial sigue vigente.

1.3 ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES: UN PROBLEMA PSICOLOGICO

La frecuencia de las enfermedades venéreas ha venido en aumento durante los últimos años y en un estudio sobre es te tema, llevado a cabo en 1965 por la Organización Mun -

dial de la Salud (O.M.S.) se analizaron los múltiples impulsos o motivaciones que atañen a la conducta del individuo en relación a las reacciones que se producen en él cuando se enfrentan a este tipo de enfermedades.

Las enfermedades de transmisión sexual sobre todo en estados crónicos implican un stress que produce: angustia, de presión y culpa.

- Angustia: El individuo afectado por una enfermedad venérea presenta en algunos casos estados de angustia que se pueden describir como una intranquilidad, un estado de tensión excesiva que se acompaña de un temor inexpresable, o como una sensación de expectación aprensiva. Muchas veces el hecho de que surja material reprimido tiende en especial a producir angustia.

Y en el caso concreto de las venéreas la represión de las relaciones sexuales por parte del individuo enfermo, para no infectar a su pareja, o para no recibir de ésta, sentimientos hostiles y agresivos que conllevan a poner en peligro los autorequerimientos y la seguridad de la personalidad y puede producir angustia.

Es importante la comprensión de la pareja con relación a las enfermedades sexualmente transmisibles. Debe recordar

se que la asociación matrimonial es una de las más importantes del ser humano. No sólo proporciona satisfacción de las necesidades sexuales, sino también diversas seguridades cuya ausencia o pérdida son muy inquietantes para la personalidad. El pensamiento de que la persona es comprendida por su cónyuge, apreciado y objeto de interés, contribuye mucho para dar un sentimiento de seguridad.

- La Depresión: Uno de los síntomas más comunes en los pacientes a quienes se les diagnostica una enfermedad venérea es la depresión,un efecto de pena (estado de sensación subjetiva) caracterizado por remordimientos por pasados errores (reales o imaginarios) y sentimientos de culpa, verguenza y reproche.

- Culpa: El principal problema es el 'complejo de culpa' debido al hecho de que estas infecciones sólo se contagian por contacto sexual con personas enfermas. Esto hace sentir al paciente incomodo tanto en el ambiente familiar como en su grupo de amigos,-dependiendo del nivel educativo-,porque habrá personas que no le dan importancia a el problema por no tener una idea clara sobre las enfermedades venéreas y su alta peligrosidad.

1.4 ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES: UN PROBLEMA INTERNACIONAL

Que tienen en común ciudades como New York, San Francis -

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

dial de la Salud (O.M.S.) se analizaron los múltiples impulsos o motivaciones que atañen a la conducta del individuo en relación a las reacciones que se producen en él cuando se enfrentan a este tipo de enfermedades.

Las enfermedades de transmisión sexual sobre todo en estados crónicos implican un stress que produce: angustia, de presión y culpa.

- Angustia: El individuo afectado por una enfermedad venérea presenta en algunos casos estados de angustia que se pueden describir como una intranquilidad, un estado de tensión excesiva que se acompaña de un temor inexpresable, o como una sensación de expectación aprensiva.Muchas veces el hecho de que surja material reprimido tiende en especial a producir angustia.

Y en el caso concreto de las venéreas la represión de las relaciones sexuales por parte del individuo enfermo, para no infectar a su pareja, o para no recibir de ésta, sentimientos hostiles y agresivos que conllevan a poner en peligro los autorequerimientos y la seguridad de la personalidad y puede producir angustia.

Es importante la comprensión de la pareja con relación a las enfermedades sexualmente transmisibles. Debe recordar

gran éxito médico, pero a pesar de ello éstas ocupan el tercero y cuarto lugar dentro de todas las enfermedades de transmisión (Ver Anexo 4).

Todas las enfermedades son producto de germenes o de la baja de defensas en el organismo. Sin embargo hay ciertas condiciones sociales que hacen que algunas personas sean más susceptibles a ciertas enfermedades.

Entre familias que viven aglomeradas en pequeñas vivien - das la incidencia de enfermedades transmisibles es mayor que entre aquellas comodamente alojadas. Cuando la enfermedad aumenta por razones de vivienda se les nombra a éstas "razones sociales".

Estas razones sociales son muy importantes en el aumento de las enfermedades venéreas. Medicamente se ha ganado la batalla contra estas enfermedades, pero el problema so - cial sigue vigente.

1.3 ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES: UN PROBLEMA PSICOLOGICO

La frecuencia de las enfermedades venéreas ha venido en aumento durante los últimos años y en un estudio sobre es te tema, llevado a cabo en 1965 por la Organización Mun -

co, Londres, Buenos Aires, Bogotá, Barranquilla; aparte de sus museos, escuelas, restaurantes, hoteles y calles congestionadas, tienen algo mucho más significativo: Las enfermedades venéreas.

Hoy en día el mundo se achica con los nuevos medios de transporte. Lo que en tiempos pasados era un viaje largo y tedioso, es ahora un agradable y corto paseo. Se puede estar en un país por la mañana, y poco después en otro lu gar del mundo. Qué significa ésto en cuanto al problema de las enfermedades venéreas? Simplemente que éstas pue - den diseminarse más fácil y rápidamente que antaño. Una persona puede contraer una enfermedad venérea en un país y transmitirla a otra persona en otro país en el curso de unos cuantos días.

Toda vez que las enfermedades sexualmente transmisibles son un problema internacional, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se ha interesado en él. La Organiza - ción Mundial de la Salud (OMS), afiliada a la ONU ha esta blecido una red de comunicación, por medio de la cual autoridades de salud pública en todo el mundo se enteran de nuevos casos y descubrimientos para el control de las enfermedades en mención en cuanto se reportan.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

2. ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE LOS PROGRAMAS EN EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRASMISIBLE DE LOS PAISES EN DESARROLLO

2.1 ORIGEN DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL EN LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRASMISIBLES

Durante el período comprendido entre la organización de programas de enfermedades trasmisibles en Europa, Estados Unidos, y el fin de la Era Colonial (aproximadamente 1870 1950), los programas de control de éstas en los países subdesarrollados fueron planeados y a menudo administra - dos por técnicos de países desarrollados. En general se daba prioridad a las enfermedades endémicas que podían causar la muerte o incapacitar a la fuerza de trabajo eco nómicamente productiva, o a la ganadería.

A los programas dirigidos a las enfermedades trasmisibles prevalentes entre mujer o niños se les daba mucho menos importancia. La política de mejora de saneamiento ambien- tal, tan exitosa en Europa y Estados Unidos no se adoptó

en gran escala en los países subdesarrollados principal - mente por tres razones :

2.1.1 La mayoría de las personas en los países subdesa - rrollados se hallaban en zonas rurales y dispersas, crean do con ello increibles problemas logístico.

2.1.2 El costo habría sido prohibitivo.

2.1.3 Los avances médicos crearon otros enfoques que te - nían un efecto más inmediato sobre las enfermedades y la muerte y que parecían tener un costo más bajo.

En general, el enfoque de la planificación del control de las enfermedades trasmisibles era simple y directo. Si el proyecto de un canal o una ferrea no podía completarse porque, la malaria, la fiebre amarilla, el cólera era cau sa de que los trabajadores enfermarán y ésto evitaba el desarrollo de la obra, éstas se convertían en las enferme dades prioritarias. Las comisiones que estudiaban el pro- blema localmente y sistematizaban estrategias de preven - ción y vigilacia estaban a la orden del día.

Estas comisiones naturalmente atrajeron administradores de salud y científicos que mostraban gran interés, o pron to lo adquirían, por determinadas enfermedades. El resul-

tado final fue la organización de un pequeño número de programos de prevención y control de enfermedades, dirigi do cada uno de ellos a una sola enfermedad.

Cada programa tenía administración, presupuesto, personal de campo, transporte, comunicaciones y sistemas de vigi - lancias independiente; las normas y pautas de funciona- miento se organizaban a nivel del programa.

El fín del período colonial coincidió con el crecimiento explosivo de la tecnología médica, que surgió durante y después de la Segunda Guerra Mundial. Sucesos relaciona - dos con ésto incluyen la producción de DDT; el descubri - miento y preparación masiva de la penicilina y medicamen- tos antimaláricos, y el mejoramiento de la disponibili- dad y calidad de las vacunas contra la fiebre amarilla y la viruela. En el curso de varios años prevaleciente de control de enfermedades fue reemplazado por un nuevo con- cepto dirigido a la erradicación.

Fue evidente el atractivo de este concepto de erradica- ción para especialistas, administradores, economístas, po líticos y organismos financieros.

Un esfuerzo intenso financiado adecuadamente y sostenido contra la enfermedad objeto de la campaña, libraría para

siempre la población de una calamidad tradicional. Sin em bargo, para que el esfuerzo de erradicación fuera efectivo, los países vecinos o preferentemente todos los continentes deberían participar de una manera coordinada.

Los esfuerzos para la erradicación que se llevaron a cabo lograron un éxito muy diverso. Sin embargo, a pesar del entusiasmo inicial por el concepto de erradicación y el considerable progreso logrado, dicha acepción gradualmente ha perdido credibilidad; las razones principales podrían resumirse en las siguientes:

- Falta de reconocimiento de la compleja epidemilogía de las enfermedades.

- Confianza errónea en el concepto de inmunidad de la población.

- Sobre estimación del efecto que una sola medida de control podía tener en los niveles de la enfermedad.

- Incapacidad para hacer llevar el esfuerzo de la erradicación hasta el último paciente y vector.

- Fracaso para proporcionar el esfuerzo masivo requerido con objeto de mantener zonas libres de una enfermedad an-

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

tes de la erradicación final.

- Dificultad en sostener el esfuerzo de erradicación una vez que la enfermedad objeto de la campaña ha desaparecido de la población y los administradores de salud han llegado a darse cuenta de que el programa de erradicación es menos eficaz que costoso.

- La aparición de problemas técnicos tales como la resistencia a los insecticidas y medicamentos.

La decepción producida por los programas de control y los esfuerzos de erradicación contra una sola enfermedad han coincidido con el aumento de las expectativas de salud en los países en desarrollo.

Dichas expectativas se reflejan en la constitución de la Organización Mundial de la Salud. Las normas para la política de atención de salud en los países en desarrollo pueden encontrarse en las resoluciones adoptadas anualmente por la Asamblea Mundial de la Salud. En donde las más importantes son :

- Proporcionar servicios básicos de salud al mayor número de personas tan pronto como sea posible.

- Al prestar estos servicios básicos debe hacerse uso máximo de la infraestructura para atención de la salud.

- La infraestructura debe extenderse con la mayor rapidez posible a la comunidad.

2.2 SALUD PUBLICA

Winslow define la salud pública como "la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad"[8].

Este planteaba una posición preventiva que inclina los trabajos de la comunidad organizada para complementar las necesidades de :

- Saneamiento del medio.

- Control de las enfermedades sexualmente trasmisibles.

- Educación sanitaria.

---

[8] FERRARA, Floreal A., ACEBAL, Eduardo y PAGANINI. Medicina de la comunidad. 2 ed, Buenos Aires, 1976. p.21.

- Organización de los servicios médicos y de enfermería.

- Desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para su salud[9].

Analizando la definición de Winslow se observa, que él es consciente del papel técnico-científico que tiene esta especialidad de la medicina la cual necesita utilizar conocimientos, principios técnicos y procedimientos que se han ido adquiriendo a medida que el progreso científico los ha incorporado al saber del hombre.

Por otra parte, dichos conocimientos científicos y médi - co-sociales han acrecentado el convencimiento de la estre cha relación que existe entre el hombre y el medio y los aspectos comunitarios y sociales de su actividad que impo nen tareas específicas para sanear el medio. Para lograr que las enfermedades trasmisibles (que fueron los males más comunes que cayeron sistemáticamente sobre la humanidad), pudieran ser controladas, se entendió que cada indi viduo y su grupo social deben estar preparados educacio - nalmente para resistir y prevenir esos flagelos. Asímis -

---

[9] Ibid.

mo, era evidente que la sociedad tenía que encontrarse defendida por organizaciones sanitarias necesarias para enfrentar estos peligros, especialmente en lo que se refiere a los servicios médicos y de enfermería, que en definitiva serían los encargados de recibir las víctimas no protegidas de esas dolencias.

Por todo ésto puede comprenderse que se utilice la fórmula de "ciencia y arte". Esta incluye la intención y la concepción totalizadora de interpretar a la salud pública como todo ese conjunto de principios y conocimiento que el hombre ha ido incorporando por la experimentación científica, así como también por la suma de los resultados que la utilización del método de las ciencias le ha proporcionado, tanto como la técnica que, obviamente, incluye la de sus propios esfuerzos.

Se podría pensar que la salud pública es "ciencia arte" en cuanto necesita de fundamentación teórica, conceptos aceptados y comprobados, pero también calidad y eficiencia para poner en ejecución esas ideas: pensar y realizar, concebir y hacer.

2.2.1 Bases de la Salud Pública

Las bases de la salud pública están constituídas por el

aporte de un conjunto de disciplinas que a través de sus conocimientos le permiten su avance y su entrega, a su vez, los hallazgos realizados. Estas disciplinas son :

2.2.1.1 Biología: Estudia el desarrollo de los seres, las condiciones de existencia y su adaptación al ambiente, las relaciones de los organismos vivos entre sí, su repro ducción y las transformaciones de las especies.

2.2.1.2 Anatomía: Es el estudio del cuerpo humano.

2.2.1.3 Fisiología: Es el estudio de las funciones de los seres orgánicos y de los fenómenos de la vida.

2.2.1.4 Genética: Es el estudio de todo lo concerniente a la herencia y a la influencia de lo congénito en el desa-rrollo y crecimiento.

2.2.1.5 Ecología: Es el estudio de las relaciones de los seres vivos entre sí y entre éstos y el ambiente.

2.2.1.6 Patología: Es el estudio de las alteraciones de las células vivas que ponen en peligro la supervivencia.

2.2.1.7 Estadística: Es el conjunto de métodos empleados para recolectar, elaborar, analizar y caracterizar un con

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

junto de datos. Permite cuantificar la enfermedad a la vez que facilita discrinar sobre la naturaleza real o fal sa de las frecuencias observadas y arbitrar medidas ten - dientes a controlarlas.

2.2.1.8 Demografía: Es el estudio del volumen, la estructura y el desarrollo de la población humana, sus cambios numéricos y de distribución a través del tiempo y los factores que obedecen esos cambios.

2.2.1.9 Ciencias Sociales: Como conjunto de disciplinas centradas en el estudio del hombre como ser social, cultural, económico y político, facilitan el conocimiento acerca de los factores socio-económicos, culturales que generan enfermedad; los comportamientos acerca de ellas en personas situadas diferencialmente en la estructura social; de las subculturas profesionales en salud y las pautas de conducta que las caracteriza; de los roles sociales, liderazgos, aspiraciones, necesidades y expectativas de la población; de la red de las relaciones sociales en la que están insertos los miembros de un grupo humano y como ellas, generan salud y también enfermedad; de los componentes de la organización institucional; de los servicios, del impacto de distintos programas y de la formación profesional en lo que hace a internalización de valores y normas propias de esa profesión, de la demanda

potencial y real y sus actitudes frente a los servicios y a los agentes de salud; de la evaluación de la eficacia y eficiencia de los servicios y recursos de salud.

2.2.1.10 Agronomía: Es el conocimiento de los cultivos de la tierra.

2.2.1.11 Veterinaria: Es la disciplina que proviene y cura las enfermedades de los animales.

2.2.1.12 Derecho: Es el estudio de todos los preceptos o normas a que están sometidos los miembros de una sociedad civil.

2.2.2 Funciones Propias de la Salud Pública.

Toda la acción sanitaria, como conjunto de medidas que tienden a asegurar un nivel óptimo de salud de la población, se dirige a cumplir funciones básicas: Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la enferme - dad y la reubicación social de los enfermos.

En cualquiera de ellas existe siempre el intento de preve nir, evitando la ocurrencia de un riesgo que ocasione incapacidad o muerte.

2.2.2.1 Protección de la Salud

Acciones tendientes a suprimir los riesgos resultantes de la vida en común, y de la agresión de los elementos micro bianos. Corresponde señalar entre ellos los siguientes :

- Saneamiento ambiental.

- Provisión de agua y alimentos.

- Control de excretas.

- Control de insectos, roedores y animales.

- Saneamiento de líquidos y residuos industriales.

- Control de alimentos.

- Control de otros riesgos y molestias ambientales.

- Control de las enfermedades trasmisibles, agudas y crónicas.

2.2.2.2 Fomento de la Salud

Comprende las acciones tendientes a promover el óptimo es

tado vital, físico, mental y social del individuo y la co munidad.

Acciones que acrecientan los niveles de salud. Se inclu - yen es estas funciones :

- Higiene materno-infantil.

- Higiene del pre-escolar.

- Higiene del escolar.

- Higiene y medicina del deporte.

- Higiene y medicina del trabajo.

- Higiene mental.

- Higiene del adulto.

- Higiene del geronte.

2.2.2.3 Recuperación de la Salud.

Todas las acciones organizadas que se realizan para recuperar la salud perdida corresponde a la medicina asisten-

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

cial, y se incluyen en esta función entre otras, las si - guientes :

- Atención médica y paramédica del paciente.

- Asistencia dental.

- Asistencia de los distintos grupos de edades: niños, jó venes, adultos, ancianos.

- Rehabilitación.

2.2.2.4 Funciones Generales o de Servicio.

Incluyen aquellas actividades que resultan fundamentales para el ejercicio perfecto de las anteriores funciones. Constituyen de alguna manera la infraestructura impres - cindibles para ejercer la salud pública; se pueden in- cluir entre ellas las siguientes :

- Estadísticas: demográfica, vitales y administrativas.

- Laboratorios: para diagnóstico, producción de elemen - tos, control e investigación.

- Educación sanitaria: para el individuo, la familia, la

escuela, los grupos sociales, la fábrica y el trabajo, la comunidad.

- Servicio social.

- Enfermería.

- Personal: reclutamiento, formación, adiestramiento, perfeccionamiento.

- Legislación: preparación y aplicación de las leyes, decretos y reglamentaciones referentes a la salud.

- Arquitectura sanitaria.

- Servicios auxiliares: aprovechamiento, mantenimiento, presupuesto y contabilidad.

- Planificación sanitaria.

- Investigación.

La salud pública está inmersa en la totalidad de la problemática humana y ninguno de sus aspectos parciales o totales puede serle ajeno.

En ello, el fenómeno de estudio fundamental es el hombre. Esto lleva a reafirmar la idea de que la salud pública, aún como rama de la medicina, no resulta un área exclusiva de la misma, sino que, por el contrario, forma parte de un marco referencial mucho mayor; el que corresponde a las ciencias sociales, a las que la medicina realiza una gran contribución.

2.2.3 La Organización de la Salud Pública

2.2.3.1 Sistema de Salud

Un sistema de salud es un modelo de organización en el que se conjugan ciencia y tecnología con la cultura y la historia de un país. Es el conjunto de actividades técnicas integradas, regulativas y operativas de atención médica.

Son regulativas las actividades de normatizar, controlar y verificar el funcionamiento de las instituciones de salud o efectores que competen al organismo centralizador que atiende la salud pública (Ministerio, Secretarias de Estados y otros).

Son operativas las actividades que se cumplen en los efectores con el fin de promover, prevenir, recuperar y

rehabilitar la salud, actuando los individuos y el ambiente.

Se llama sistema a un conjunto de unidades internas para el logro de un objetivo común. Cada unidad, como parte mínima distinguible de un sistema es, a la vez, un sistema concreto inserto en el sistema mayor y ejecuta un proceso particular; se le llama subsistema. Las relaciones entre subsistemas están dadas por la mutua dependencia existente entre ellas, como partes de un todo llamado Sistema.

2.2.3.2 Elementos Fundamentales del Sistema.

Los elementos fundamentales del sistema son :

- Las entradas (personas que demandan atención médica).

- Los procesos (presentaciones de servicios).

- La calidad (personas atendidas).

- La retroacción (efectos de los procesos sobre entradas posteriores).

Pero la acción de éstos elementos está condicionada por :

- Una serie de factores limitativos (disponibilidad de

instalaciones, recursos, condiciones geográficas, distribución de la población, patrones culturales, situación socio-económica).

- Acción de factores dinámicos (movimiento de pacientes, rapidez conque varía la población, desarrollo de la tecnología y comunicaciones).

- Interacciones y dependencias con otros subsistemas del sistema mayor.

- Influencia de fuerzas exteriores al sistema (política, por ejemplo).

2.2.3.3 Los Modelos de Organización de la Salud Pública.

Los modelos de organización de la salud pública responden básicamente a dos criterios: el productivo y el distributivo.

- El productivo se centra en la eficacia de los servicios, sin una preocupación fehaciente por posibilitar el total acceso de la población a los servicios de salud. Desarrollado en Estados Unidos de Norte América y expandido por América Latina, sin los recursos de aquel país ni los mismos problemas sanitarios que conrresponden a una na

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

ción altamente desarrollada, invierte gruesas sumas de dinero en tecnología de escaso consumo, mientras no se subsanan problemas esenciales que ocasionan altas tasas de mortalidad por enfermedades hoy superadas en los países desarrollados. Se da así un desfasaje entre tecnologías altamente costosas de escaso empleo con la tecnología mínima requerida para prevención, o sea, entre aquellas para tecnologías de menor frecuencia y las que debe atender a patologías de alta frecuencia.

- El criterio distributivo, en cambio, asegura la salud como derecho a toda población de un país mediante un conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales en cantidad suficiente y calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de toda una comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles y configura lo que se llama un Sistema Nacional de Salud.

2.2.3.4 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de organismos y entidades que tienen como fin específico procurar la salud de la población mediante acciones de promoción, pro -

tección y rehabilitación de salud.

El Sistema Nacional de Salud se ha establecido en una forma racional de integrar los distintos recursos conque cuenta el sector: recursos de tipo económico, humano, tecnológico, físico que son los fundamentales del sistema.

El sistema está compuesto por los siguientes sub-sistemas :

- Inversión.

- Planeación.

- Información.

- Suministros.

- Personal.

- Investigaciones.

Lo integran las siguientes clases de entidades :

- Personas jurídicas de derechos públicos que prestan servicios de salud a la comunidad (entidades adscritas).

- Personas jurídicas de derecho privado que presten servicios de salud a la comunidad (entidades vinculadas).

La dirección del sistema la ejercen :

- Los servicios seccionales de salud, a nivel departamental, intendencial, comisarial y del Distrito Especial de Bogotá.

- Las unidades regionales, a través de un hospital sede.

2.2.3.4.1 Objetivo General

Responder eficazmente a las necesidades de salud en el país, mediante la integración del conjunto de capacidad real y potencial operativa de las entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en un servicio nacional de salud que garantiza la utilización productiva de los recursos disponibles; a partir de la planeación dinámica, la coordinación unitaria y el control plenamente, de los servicios a realizarse en el sector salud, en los niveles nacional, seccional, regional y local, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud para reducir los riesgos evitables de la enfermedad y de muerte en toda la población con preferencia en las áreas de mayor riesgo y

desprotección dentro de las proyecciones de desarrollo económico y social del país.

2.2.3.4.2 Objetivos Específicos.

- Promover la participación responsable y sistemática de la comunidad y sus instituciones en la satisfacción óptima de la propia necesidad de salud.

- Adoptar una estructura de organización básica para la dirección de la operación del sector de salud en sus niveles nacional, seccional, regional y local que promueva la integración de todas las entidades del sector público que presten servicios de salud.

- Incorporar en un plan nacional unitario de servicios integral de salud los recursos explícitos y potenciales, humanos, científicos, tecnológicos y materiales de entidades adscritas y vinculadas al Servicio Nacional de Salud.

2.2.3.5 Clasificación de los Niveles de Atención en Salud.

La atención de servicios en cada una de las regiones se efectúa en términos escalonados y ascendentes teniendo en cuenta la complejidad de la enfermedad, la coordinación técnica y administrativa y el sistema de remisión. Los ni

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

veles se clasifican en :

2.2.3.5.1 Primario.

Este nivel está representado por los puestos o consulto - rios médicos, puestos de salud y centros de salud que se encuentran dentro de una comunidad y son las primeras for mas de atención, a los que deben llegar las personas que presentan problemas de salud.

En este nivel los programas están dirigidos a evitar que la población corra riesgo de enfermar para lo cual :

- Promueve la salud mediante la educación sanitaria a fin de que la población asuma responsabilidades como agente de su propia salud.

- Proteger: evitando la ocurrencia de la enfermedad me - diante actividades y medidas (refuerzo alimenticio, inmu- nizaciones, exámenes periódicos de salud, higiene perso - nal, de vivienda, lugares de trabajo y públicos, protec - ción respecto a accidentes y otros.

2.2.3.5.2 Secundario.

Este nivel está representado por los hospitales regiona -

les, municipales, clínicas, los cuales son instituciones de salud que tienen capacidad de hospitalización y manejo de las cuatro grandes especialidades de la medicina: pe - datría, ginecostetricia, medicina interna, cirugía; en es te nivel se dirige a detectar y diagnosticar precozmente la enfermedad, asegurando el tratamiento inmediato y previniendo la difusión de transmisibles, complicaciones, se cuelas y muertes.

2.2.3.5.3 Terciario.

El tercer nivel de atención médica está representado por los hospitales universitarios , los cuales tienen la necesidad de atender las cuatro especialidades y la capacidad técnica, cuenta con un personal para atender las subdivisiones de cada especialidad.

En el nivel terciario se tiende a limitar la incapacidad, rehabilitar y lograr la reubicación social de los enfer - mos.

Las atenciones primaria, secundaria y terciaria no se dan por separado, sino que configuran una unidad en salud.

Teniendo en cuenta esta clasificación a continuación se verá que ésta presenta dos características :

La primera es que a pesar de contar con una tecnología-médica, trabajadores de la salud que potencialmente podrán ofrecerle un buen servicio a los usuarios, han producido una concentración de trabajadores de la salud especializa en el diagnóstico y tratamiento, así, como en la investigación de enfermedades.

En otras palabras, el cuidado de la salud ha estado pri - mordialmente centrado en los niveles secundarios y tercia rios.

El resultado es que los centros y puestos de salud se con vierten en parientes pobres, con poco personal, con equipo insuficiente, y con una financiación inadecuada en este aspecto.

Sería importante orientar el cuidado primarios de la sa - lud hacia un enfoque que viene de la necesidad sentida pa ra una mejor atención en salud, teniendo en cuenta que es ta atención debe estar más centrada en la prevención que en la curación de las enfermedades, la primera sería orientada a actividades y medidas anticipadas a las enfer medades y a su riesgo, actuando sobre el ambiente y el in dividuo.

El trabajo desarrollado en el sector primario con rela-

ción a la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud no consigue suscitar verdadero interés por parte del público.

En todo el país, la población espera que el desarrollo sanitario se traduzca en la ampliación de los servicios curativos, aunque no faltan indicios de que las actividades en materia de nutrición, saneamiento, abastecimiento de agua potable y planificación de la familia han logrado despertar un gran interés y apoyo por parte del público, caso contrario ocurre con relación a la prevención de las enfermedades sexualmente trasmisibles.

El cuidado primario de la salud implica no sólo un cambio en las funciones de los trabajadores de la salud,sino también en los roles y en las expectativas de los consumidores de sus servicios.

La segunda característica de nuestro país es la existencia de una estructura de salud comparativamente desarrollada en las zonas urbanas, combinada con el firme compromiso de los países miembros de extender la cobertura primaria de salud a las zonas rurales. Se observan allí excelentes oportunidades de incorporar el tratamiento, la investigación, la notificación y la educación comunitaria de enfermedades venéreas en los servicios que se prestan

en el marco de la atención primaria de salud. No obstante, antes que ésto se pueda llevar a la práctica es necesario realizar considerables trabajos preparatorios. A este respecto tienen importancia los estudios epidemiológicos sobre las enfermedades venéreas en los países, especialmente los relativos a la dinámica y a la población en riesgo.

Es así como los auxiliares de la salud deberían dar apoyo a la investigación operativa con objeto de establecer estrategias de detección de casos activos, identificación de contacto y educación de la comunidad en la prevención de las infecciones de las venéreas.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

3. CENTRO DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES DE BARRANQUILLA

3.1 ANTECEDENTE HISTORICO

La vertiente histórica de la salud pública en Colombia tiene su origen, como ocurrió en forma universal, en el concepto de la "caridad" con un componente místico-religioso de dar posada al peregrino, ayudar al desvalido, curar a los enfermos y cuidar a los ancianos.

Este concepto de "caridad" se abrió a través del tiempo y se truncó en un sentimiento primero y en una política después, de otorgamiento de atención al enfermo dentro de los organismos oficiales, como una gracia o dispensación de generosidad y altruismo. Así se originó la tripoide "caridad-beneficiencia-medicina curativa", de la cual se ausentaron los hospitales del país.

La acción directa del Estado Colombiano en materia de salud comienza sin embargo en 1913, estableciéndose desde

la iniciación una división que más tarde va ha ser difí - cil corregir; la de los servicios que se colocan dentro de la órbita y responsabilidad inmediata del gobierno y la de aquellos que se ubican separadamente en los hospita les, bajo el comando de las Juntas directivas[10].

Transcurren 40 años durante los cuales el proceso de institucionalización de la salud pública pasa por fases organizacionales diferentes. En la década del 40* y durante ese lapso de tiempo; encontrándose en estas condiciones el país, en lo concerniente al aspecto de salud, se dá nacimiento en Barranquilla del Centro Antivenérico, conocido también como Centro Profiláctico o Dispensorio; primera institución en encargarse de controlar las enfermeda - des venéreas, el cual funcionaba en una zona de toleran - cia del Barrio Monte, conocido popularmente este último en ese entonces, como Barrio Chino, debido a la afluencia de individuos de ese país, que llegaban al puerto marítimo de esta ciudad.

---

[10] CONFERENCIA DE Hernando Alvarez Bolaño. Historia de la medicina. Barranquilla, Universidad Libre de Colombia Seccional Atlántico. División de Salud.

*La fecha exacta de aparición del Centro no se cita, ya que pese a los esfuerzos investigativos, no se logró precisión.

En ese entonces los recursos financieros conque contaba el centro para su funcionamiento eran suministrados por el Municipio de Barranquilla, constituyéndose el material humano que prestaba sus servicios al individuo y a la comunidad a través de esta entidad pública, por: Un bacteriólogo, una enfermera, una auxiliar de enfermería (quien hacía las veces de secretaria), un inspector de salud y tres personas para los oficios varios.

Dentro de los servicios que prestaba el Centro Antivenérico de prevención, control y curación de las enfermedades sexualmente transmisibles en los individuos que la padecieren o estuviesen propensos a adquirirla, están :

3.1 Hacerle control a las meretrices que laboraban por esos contornos, expidiéndoles un carnet, que las identificaba aptas para desempeñar su trabajo, vale decir ésto último,pues se nota dentro del prostíbulo, como la sociedad capitalista en su inmenso afán de enriquecimiento, ha hecho del sexo una mercancía más. Naturalmente se debe destacar el carácter ilegal de este comercio; sin embargo cada día más se ve como proliferan estos centros de tolerancia en las urbes[11].

---

[11] REVISTA CHICHAMAYA. Expresión del pensar femenino. El sexo como mercancía. n.3, Barranquilla, Mayo 1 Agosto 1986.

3.2 Realizar batidas en bares y en casas de citas; eran efectuadas en horas de la noche por el Inspector de Salud; consistiendo esta actividad en sacar de los establecimientosa las meretrices que no hubiesen ido a control al Centro Antivenérico, quienes eran retenidas hasta el siguiente día, cuando el médico encargado les hacia el respectivo reconocimiento. Si el diagnóstico arrojado era positivo se le marcaba el carnet de sanidad con una franja roja y si resultaba lo contrario, negativo, se le señalizaba con una franja verde, identificándose así la condición de la meretriz; procediéndose a aplicar el tratamiento de acuerdo a la clase de enfermedad venérea que padeciesen, al igual que suministrarle los medicamentos del caso, pues éstos eran gratuitos[12].

Es preciso aclarar, que a pesar de ser repudiada por la sociedad esta forma de ganarse la vida como es la prostitución; dentro del estrato en que se encuentra, internamente se ve la contradicción reflejada en la distinción de clase; ésto va para el caso de que las batidas mencionadas, no se hacían por igual con todas las meretrices y sitios de lenocinio, ya que existían bares y casas de citas en donde se encontraban meretrices de clase alta y me

[12] ENTREVISTA CON Rafael Algarín Mendoza, Director del CentroAntivenérico. Barranquilla, Mayo 15 de 1986.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

dia-alta de Barranquilla, las cuales, dada su condición social, recibían un trato diferente que las de clase ba - ja, pues las primeras tenían el factor "dinero" para pa - gar y evitar así los controles[13]. Si se contempla que no todas las meretrices asistían al requerido control; se plantea el siguiente interrogante. Si evitaba la activi - dad última o mecanismo, el que se proliferaran las enfermedades sexualmente transmisibles?

Mientras que el anterior centro funcionaba en la ciu - dad,en 1953 aparece el organismo que a partir de entonces se denomina Ministerio de Salud Pública; para hacer frente a los problemas existentes, clásicos del pleno subdesa rrollo, comienza su vida como parte de un "seudosistema", que entrega una medicina curativa individualista, otorgada como paternalismo y sentido de "caridad" a través de organismos dispersos; la seguridad social que tuvo origen en la Ley 90 de 1946 se encuentra reticente a todo proceso de coordinación e introduce una estructura de desigual dad en la prestación de los servicios; se contempla la fragmentación con una demanda económica apreciable de ser vicios de salud que encuentra respuesta en el ejercicio de la medicina privada curativa.

---

[13] Ibid.

Es apenas natural que en el proceso de crecimiento y desa rrollo de la sociedad, tanto del sector privado como del público, fuesen surgiendo inciativas tendientes a satisfa cer una de las necesidades fundamentales de la persona hu mana como es la salud y ésto diera, por ende, lugar a la dispersión de esfuerzos y a la proliferación de institu - ciones y organismos de salud que su diversidad y multipli cidad caótica beneficiaban intereses distintos de los de la colectividad.

De la heterogeneidad o incoherencia original se evolucio- nó hacia la homogeneidad y coherencia, fenómeno que se opera en todos los procesos sociales, en lo que de la dis persión inicial se avanza hacia una creciente integración o cohesión, donde cada una de las partes o elementos que integran tienden a la realización del fin querido y busca do por el todo cuyos movimientos están coordinados por una dirección central.

Es así como en 1963, con la Ley 12 del 17 de mayo, se or- denó al Gobierno la elaboración del plan hospitalario na- cional para asegurar una adecuada organización y un crite rio unificado en materia de salud pública y asistencia so cial equivalente al denominado Sistema Nacional de Salud[14].

[14] COLOMBIA SERVICIO SECCIONAL DE SALUD. Antecedentes y evaluación del Servicio Nacional de Salud.

Posteriormente se dictó por el Gobierno una de las más importantes normas en estas materias, constituida por el Decreto N°3196 del 3 de diciembre de 1965[15] por el cual se ordenó la integración de los Servicios de Salud y Asistencia Pública del país.

El propósito de este Decreto fue derribar los obstáculos legales y administrativos que impedían la unificación de los criterios directivos y técnicos de modo especial en los niveles regionales y locales, tal como se lee en las consideraciones del citado Decreto.

Los conceptos fundamentales desarrollados por este último fueron los siguientes: Integración, programación, proyección y evaluación.

El mencionado Decreto introdujo nuevas entidades encargadas de procurar el desarrollo de los planes y programas de promoción y protección de la salud. Tales entidades de creación fueron denominadas Servicios de Salud y funcionarían a nivel seccional (Departamental, Intendencial, Comisarial).

Declarándose inaxequible por la Corte Suprema de Justicia

---

[15] Ibid.

el Decreto 3196 de 1965, el Gobierno Nacional expidió el Decreto N°1499 del 14 de junio de 1966, reglamentarios de la Ley 12 de 1963 para el desarrollo del Plan Hospitala - rio Nacional en el cual se estructuraron los Servicios Seccionales de Salud y prorroga de la vida jurídica de los contratos de integración de los Servicios de Salud firmados por Departamentos, Intendencias y Comisarias.

Más adelante, y con base en las facultades extraordina - rias conferidas por la Ley 65 de 1967 el Gobierno Nacio - nal expidió el Decreto N°2470 del 25 de septiembre de 1968 en el cual se definió el Sistema Nacional de Salud, se establecieron sus niveles y se reorganizó el Ministe - rio de Salud.

En torno el debate suscitado en cuanto a la constituciona lidad del Decreto 3196 de 1965 se concibe la ley novena de 1973. Esta revistió al Presidente de la República de facultades extraordinarias para reorganizar el Sistema Na cional de Salud y el Ministerio de Salud Pública. Desta - cándose en la exposición los motivos del proyecto ley: la necesidad de un sistema más eficiente y racional acorde con las necesidades y los recursos disponibles en el país. En virtud de esta ley el Congreso expidió normas que hoy rigen como son los decretos extraordinarios 056 de 1975, 350, 670; y 684 de 1975, que regulan el Sistema Nacional

de Salud y reglamentan parcialmente las relaciones entre el Ministerio y las demás entidades territoriales a través de los Servicios Seccionales.

A raíz de la creación del Servicio Seccional de Salud y sucediéndose en Barranquilla, por el año de 1970, la decadencia y clausura del "Centro Antivenérico" pues ya los servicios médicos en materia de venéreas no se podían prestar como se hacía anteriormente, adolecían los recursos debido a que en esos momentos se declaraba en quiebra el Municipio suspendiendo por tanto, la ayuda financiera a los centros de salud que económicamente dependían de éste. Con base en la situación anterior en el año de 1971, el Servicio Seccional de Salud toma a su cargo el programa de enfermedades venéreas, creando el "Centro de Control de Enfermedades Transmisibles", el cual comenzó a funcionar en un local ubicado en la esquina de la calle 35 con carrera 35, Barrio San Roque de la Ciudad de Barranquilla. Específicamente, una razón de peso motiva o estimula la urgencia de renacer el centro en cuestión, y es la necesidad sentida por el individuo en particular y la comunidad barranquillera por la proliferación epidémica de enfermedades venéreas que se extendían por carecer de control, produciéndose más que todo en los barrios de la clase baja de la ciudad. Es por ésto que la atención de los pacientes se universalizó atendiendo así no sola -

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

mente a las meretrices sino también a toda persona natu - ral que de una u otra forma había adquirido la enfermedad[16].

Dentro de las medidas tomadas por el centro, con el fin de controlar la expansión de las enfermedades venéreas,se realizó un convenio con Sanidad Portuaria consistente en examinar al 10% de los marinos que llegaban al puerto marítimo de la ciudad y hacerles un examen y control de las enfermedades sexualmente transmisibles.

Otro mecanismo utilizado para evitar la proliferación de las enfermedades sexualmente transmisibles, fue la sectorización de la ciudad, tendiente a abarcar una cobertura amplia y un control de los bares, prostíbulos, cantinas, griles y casas de citas; existiendo así varios sectores , tales como el norte, que comprendía todos los negocios de lenocinios que estaban ubicados en este sitio; el del centro cubría todos los establecimientos que funcionaban alrededor de la institución; el del sur abarcaba todos los negocios de este sector, y así se planificó el área metro politana estando cada sector bajo la responsabilidad de

[16] ENTREVISTA CON Antonio Beltrán Galindo. Director del Centro de Control de Enfermedades Sexualmente Transmisibles en el año de 1971. Barranquilla, Mayo 15 de 1986.

un citador quien se encargaba de que las meretrices fue - ran a control periódicamente, éste hacía su inspección a través de la revisión de los carnet[17].

En esta época además de contar con el citador se tenía el servicio de un inspector de salud cuya función era notifi car al epidemiológico los casos detectados de venéreas con la finalidad de que éste hiciera los controles pertinentes al caso. El centro prestaba los servicios en dos jornadas: una en la mañana y otra en la tarde, éstos eran de carácter gratuito, tanto en el aspecto médico como en los exámenes de laboratorio y drogas; integrado en ese entonces el cuerpo médico y administrativo por el siguiente personal: un médico jefe, un bacteriólogo, dos secretarias, dos enfermeras, seis citadores, un inspector de salud y dos celadores.

El centro proyectaba los servicios a la comunidad a tra - vés de campañas educativas que se realizaban mediante charlas en las instituciones escolares, universidades, a los Batallones y cárceles de la ciudad; las cuales eran dictadas por profesionales del área médica con el objetivo de divulgar la importancia de la prevención y control de las enfermedades sexualmente transmisibles y dar a co-

[17] Ibid.

nocer los servicios conque contaba el centro para la prevención y tratamiento de éstas. Se hacían motivaciones de los servicios que prestaba el centro mediante la radio y la prensa, estas campañas educativas y motivaciones eran realizadas en su gran mayoría por el director del centro, quien muchas veces tenía la ayuda de las promotoras de salud.

Durante el tiempo que el centro de enfermedades transmisibles dependía directamente del Servicio Seccional de Salud y del presupuesto de éste, brindó un servicio acorde a las necesidades de la comunidad, ya que a partir del año de 1979 mediante restructuración del Sistema Nacional de Salud y en particular del Servicio Seccional de Salud el Centro de Enfermedades Sexualmente Transmisibles pasó a ser dependencia del Hospital General de Barranquilla;ya que si se quiere este centro por orden jerárquico y su categoría le corresponde depender de esa entidad hospitalaria[18].

El centro siguió funcionando en el mismo lugar y prestando los servicios a la comunidad en general; debido a

[18]ENTREVISTA CON Calixto Manotas Pertuz, médico Jefe del Servicio Seccional de Salud en el año 1979. Barranquilla, Mayo 9 de 1986.

que el presupuesto del Hospital General de Barranquilla no permitía que los servicios se siguieran dando en forma gratuita, se creyó conveniente la venta de los servicios del centro y así utilizar el dinero recaudado para solven tar en una mínima parte los gastos demandados por éste.El personal conque cuenta el centro en la actualidad está conformado por: un médico jefe, un bacteriólogo, una Trabajadora Social, dos ayudantes de laboratorio, una secretaria y una aseadora.

De todos es conocido el déficit presupuestal por el que está atravesando el Hospital General de Barranquilla, y dependiendo de éste el centro, es notorio el desmejoramiento día a día no sólo de los servicios, sino también del estado locativo y del funcionamiento en general del centro de control de las enfermedades sexualmente transmi sibles. Actualmente se encuentra muy abandonado y no reúne en gran parte las condiciones necesarias para la prestación de un buen servicio, y más aún si se tiene en cuen ta las clases de enfermedades que se atienden en esta ins titución.

En el centro no se están realizando adecuadamente campa - ñas de educación y programas de divulgación para la pre - vención y control de las enfermedades sexualmente transmi sibles, tanto para los usuarios reales y los potenciales;

pues aducen miembros que allí laboran, que la limitación de recursos económicos les impide llevar a cabo las men - cionadas actividades.

3.2 OBJETIVOS Y POLITICAS

3.2.1 Objetivos

Los objetivos conque trabaja el Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles son :

3.2.1.1 Elevar el nivel de salud mediante la atención integral de los servicios que presta el centro de control de las enfermedades sexualmente transmisibles.

3.2.1.2 Promover la prestación de los servicios que brinda el centro de control de las enfermedades sexualmente transmisibles mediante actividades de prevención y educación en la salud tendientes a prevenir y controlar las enfermedades venéreas.

3.2.1.3 Controlar a las meretrices por medio del carnet de sanidad, y así frenar la propagación de estas enfermedades.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

3.2.2 Políticas

3.2.2.1 Atender a todos los pacientes con la sintomatología de estas enfermedades y a la comunidad en general sin ningún distingo social.

3.2.2.2 Ampliar la cobertura de sanidad a nivel preventivo, curativo, recuperación y promoción.

3.3 RECURSOS FINANCIEROS Y HUMANOS

3.3.1 Recurso Financiero

El Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles, no tiene un presupuesto designado directamente de los Servicios de Salud; sino que está a espensas del presupuesto del Hospital de Barranquilla, que es el que tiene que sacar una determinada partida para los costos de todos los gastos de la institución y el pago de sus trabajadores.

El Centro de Control de Enfermedades Sexualmente Transmisibles depende financieramente de los escasos fondos asignados por el Hospital General de Barranquilla.

El personal de la institución recibe los pagos directamen

te del Hospital, ya que éstos están incluidos en su nómina.

Los recursos materiales son suministrados por el Hospital, pues el centro no maneja ningunos fondos, por lo tanto no puede tomar decisiones financieras sin que éstas no dependan directamente del Hospital.

3.3.2 Recursos Humanos:

El recurso humano en la institución estudio esta integrado por :

3.3.2.1 Personal médico: La institución cuenta con un médico (general) que es quien diagnostica basándose en antecedentes, signos clínicos y pruebas de laboratorio, recomienda el tratamiento de acuerdo a los agentes etiológicos para cada síndrome.

3.3.2.2 Personal paramédico: Esta formado por dos enfermeras (que hacen las veces de secretaria) éstas atienden a todos los usuarios y son las encargadas de apartar las citas y de dar los exámenes correspondientes a cada paciente y de estar pendiente de que él pase a consulta con el médico.

3.3.2.3 Dos auxiliares de laboratorio: quienes tienen la responsabilidad de tomar la muestra de flujo (gram) y la muestra de sangre (V.D.R.L). Además de ésto organizan todas las muestras por pacientes; para que cuando llegue el bacteriólogo se encargue de hacer el resto de exámenes de estas pruebas y dar los resultados de los análisis.

Después los exámenes realizados pasan a manos del médico para que éste de el diagnóstico de la enfermedad que aqueja al individuo y les formule el tratamiento adecuado.

3.3.2.4 Trabajo Social: La función de la Trabajadora Social en el centro es el de realizar la historia del paciente siempre y cuando los exámenes que se les realicen salgan positivos.

Otra función es la de coordinar con las practicantes de Trabajo Social las actividades como el ciclo de charlas que se realizan en algunas instituciones carcelarias y educativas para la prevención, educación y promoción en salud en lo que respecta a las enfermedades de transmisión sexual.

3.3.2.5 Una aseadora: Es la encargada de hacer la limpieza en el centro.

3.3.3 Distribución Locativa del Centro.

La institución está distribuída de la siguiente manera :

Una sala de espera; que es un espacio regular para la cantidad de pacientes que allí acuden.

Un consultorio donde atiende el médico a los pacientes, luego se encuentra un salón donde están las dos enfermeras (que hacen las veces de secretaria) y la trabajadora social, es aquí donde se entregan los resultados de los exámenes y se realizan las historias sociales del paciente.

Está el cuarto donde se toman las muestras de sangre, y otro donde se aplican las inyecciones, después le sigue el laboratorio donde se realizan todas los exámenes y por último se encuentra el cuarto donde se toman las muestras de flujo (gram).

3.3.4 Equipos e Instrumentos de Trabajo.

El Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles cuenta con un equipo de trabajo deficiente.

Tiene una máquina de escribir que es la utilizada para

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

las historias sociales.

Posee únicamente tres camillas.

En lo que concierne al laboratorio cuenta con los siguien tes instrumentos :

3.3.4.1 Una incubadora: Donde se reaccionan las pruebas.

3.3.4.2 Una centrífugadora: Se utiliza para precipitar sustancias que están en una solución.

3.3.4.3 Horno esterilizador: Para esterilizar todos los instrumentos del laboratorio.

3.3.4.4 Espéculos vaginales.

3.3.4.5 Tubos de ensayo.

3.3.4.6 Láminas de cristal: Porta objetos y cubre obje - tos.

3.3.4.7 Suero antígeno: Para las reacciones serológicas.

3.3.4.8 El microscopio.

A pesar de tener los anteriores instrumentos de laboratorio les falta uno de los más importantes, el cual es el horno para cultivos ya que éste permite dar un diagnóstico más concluyente.

Por ser tan escasos los recursos materiales,para la satisfacción del paciente, éste tiene que llevar: jabón, hojas de papel para el uso del centro, como también las jeringas para las inyecciones y ciertos medicamentos que se le recetan de acuerdo a la enfermedad diagnosticada.

3.4 PRESTACION DE LOS SERVICIOS

3.4.1 Clases de Servicios Brindados a los Usuarios

Los servicios que brinda el centro en estudio,son la atención médica a los pacientes con la sintomatología de las enfermedades venéreas.

Esta atención solamente se brinda en horas de la mañana. Los respectivos exámenes de sangre (V.D.R.L) y las pruebas de gram (flujo) también en la misma jornada.

La institución presta el servicio de charlas variadas que tocan el centro de interés de ésta,como son las enfermedades sexualmente transmisibles, las cuales se

dictan dentro o fuera del Centro en otras entidades.

3.4.2 Proceso Seguido con el Paciente

El paciente al llegar a la institución se dirige a la encargada de apartar las citas, luego de separada ésta, se va al Hospital de Barranquilla a cancelar la consulta debiendo regresar con el recibo de pago, para así proceder a hacerle los dos exámenes de rigor: el de V.D.R.L. (sangre) y gram (flujo) ya que de no realizarse éstos, el médico no lo atiende.

Una vez que al paciente se le dan los resultados de los exámenes se procede así; si éstos salen positivos la Trabajadora Social le elabora la historia con los datos personales de éste; si es casado(a) o tiene vida marital se le pide que traiga a la pareja para hacerle los exámenes y determinar si está afectada, para darle tratamiento.

3.5 ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

Antes de presentar el análisis de los resultados de las encuestas que se aplicaron a una muestra de los pacientes del centro, se hace necesario exponer los aspectos relacionados con la población de estudio y el proceso estadís

tico para obtener la porción muestral.

La población o universo de estudio del presente trabajo está constituída por 4.293* pacientes del Centro de Con - trol de Enfermedades Sexualmente Transmisibles, reparti - dos de acuerdo a los diferentes roles que desempeñan dentro del Sistema Social Barranquillero, así: Meretrices, amas de casa, hombres y números de niños (de edades que oscilan entre cero y 14 años). Por lo tanto se define el mencionado universo como estratificado, presentando cada uno de los estratos las características siguientes :

Meretrices: Este estrato está integrado por 2.590 mujeres, que se desempeñan en lugares aledaños al centro, como son, Centros de lenocinios, como también en los ubicados en diferentes lugares de la ciudad.

Amas de casa: Esta porción del universo la componen 840 señoras de hogar, procedentes de distintos barrios de Barranquilla; en mayor cantidad de la zona sur.

Hombres: El segmento masculino lo forman 863 pacientes residentes en sectores diversos de la ciudad.

---

*Promedio sacado del total de pacientes atendidos en los años 1984 y 1985 en el Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles.Datos tomados de diarios de consulta del Centro.

Niños: Este fragmento aunque no se toma en cuenta para sacar la muestra que representa el universo (la técnica aplicación de encuestas no se le puede hacer a los niños), es importante, ya que las enfermedades de transmisión sexual atacan a los niños de cualquier edad, ésto obedece a varias razones, entre éstas: transmisión congénita, la adquiere el niño al nacer de padres afectados; o abusos sexuales.

Lo anterior lleva a considerar que cualquier infección sexual que se presente en un niño es evidencia de ser hereditaria o adquirida por abusos sexuales con éstos; mientras no se pruebe lo contrario se debe hacer una pesquisa bacteriológica en el padre, la madre e incluso en los demás miembros que integran la familia.

Todo caso de infección sexualmente transmitida por un niño o un adolescente debe comunicarse a las autoridades pertinentes. Para tomar las medidas que se exigen en estos casos, como es control, tratamiento, prevención de la enfermedad.

Los niños que han sido víctimas de abusos sexuales, es mejor manejarlos por un equipo de profesionales experimentados, que puedan atender sus necesidades físicas y sicológicas.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

Se estima que los niños víctimas de un asalto o abuso sexual el riesgo de adquirir una infección sexualmente transmisible es menor que el riesgo en una víctima adulta[19].

Muestra: Teniendo en cuenta la categoría del universo, sus características cualitativas y cuantitativas se procedió a hacer uso de la fórmula estadística que a continuación se desarrolla, para obtener los resultados más aproximativos de la realidad estudiada, teniendo en cuenta el margen de confianza que ésta pueda brindar para evaluar los aspectos concernientes al estudio, propósito planteado en este trabajo de la institución de salud Centro y Control de Enfermedades Sexualmente Transmisibles.

Fórmula :

$$n = \frac{\frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot P}}{1 - \frac{1}{n}\left[\frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot P} - 1\right]}$$

n = ?

Z = Nivel de confianza

E = Nivel de precisión

P - q = Variabilidad

Remplazando :

[19] BIOMEDICA. Guías para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Bogotá, Simón Padain, Octubre 1982. p.203.

n = ?

Z = 1,96

E = 0,19

P = 0,50%

q = 50%

N = 4.293

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,50}{(0,19)^2 \cdot 0,50}$$

$$1 - \frac{1}{4.293}\left[\frac{(1,96)^2 \cdot 0,50}{(0,19)^2 \cdot 0,50} - 1\right]$$

$$n = \frac{19208}{0,01805}$$

$$1+0,0002329\left[\frac{1,9208}{0,0185} - 1\right]$$

$$n = \frac{106,41551}{1+0,0002329\,[105,41551]}$$

$$n = \frac{106,41551}{1+0,0245512} \qquad \frac{106,41551}{1,0245512} = 103,86 \approx 104$$

n = 104

Una vez obtenida la totalidad de la muestra con su margen de error, se utiliza la fórmula de Afijación Proporcional para sacar los resultados parciales de cada estrato rem - plazando la siguiente fórmula :

$$\frac{Nh}{N}$$

Nh = Subpoblación o grupo

N = Población

Meretriz: $\frac{2.590}{4.294}$ = 0,60316721 x 100 = 60,31 ≃ 60

Ama de casa: $\frac{840}{4.294}$ = 0,19562179 x 100 = 19,56 ≃ 20

Hombres: $\frac{863}{4.294}$ = 0,2009781 x 100 = 20,09 ≃

Para fijar la muestra se sigue el siguiente procedimien - to: la fracción de los grupos $\frac{Nh}{N}$ se multiplica por la muestra total (n) o sea :

$\frac{Nh}{N}$. (n)

60 x 104 ÷ 100 = 62,4 ≃ 62 meretrices

20 x 104 ÷ 100 = 20,8 ≃ 21 ama de casa

20 x 104 ÷ 100 = 20,8 ≃ 21 hombres

Después de lo expuesto anteriormente se procede a entrar de lleno al análisis de las tablas producto de las encues

tas aplicadas a la muestra seleccionada en el estudio.

- Conocimiento de la existencia del Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente transmisibles: Referente a este aspecto se puede decir que el conocimiento de éste es deficiente, pues el 53,84% de personas encuestadas respondió no saber antes de su existencia; sin embargo, si se tiene en cuenta el porcentaje que si lo conocía se puede afirmar que totalmente no se ignoraba que allí se trataban las enfermedades venéreas, ya que lo confirma el 46,15%. (Ver Tabla 2).

- Medios por los cuales los pacientes se enteraron de la existencia del Centro: Por otras personas; el 65,38%, pue de notarse que en su mayoría la divulgación más que todo es de personas que ya se estaban tratando o por otras razones sabían de su existencia; otro porcentaje de repuestas del 16,34%de los encuestados dice haber sido referi - dos del Hospital de Barranquilla, ya que iban a consultar se al centro hospitalario y al detectarsele la enfermedad se les remitia a la institución encargada de tratar este tipo de afección; se tiene que el 13,46% se enteraron por Visitadores de Sanidad, ya que éstos cumplen la función de vigilar los distintos sitios de lenocinios donde se encuentran la mayoría de meretrices y a quienes se les revisan los carnet para ver si aún están vigentes, de ser lo

TABLA2. CONOCIMIENTO . DEL CENTRO

RESPUESTA	TOTAL	%
SI	48	46,15
NO	56	53,84
TOTAL	104	99,99

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

contrario, se les obliga, en caso de que se muestren re - nuentes,a ir al Centro de Control, sin ambargo, ésto últi mo no se da con la regularidad que exigen las circunstancias.

Se puede establecer que para la divulgación del Centro no se utilizan medios publicitarios que lleven masivamente a todos los sitios de la ciudad y del departamento la existencia de un lugar donde se tratan específicamente las enfermedades venéreas. (Ver Tabla 3) .

TABLA 3. MEDIOS DE DIVULGACION PARA EL CONOCIMIENTO DEL CENTRO

MEDIOS	TOTAL	%
RADIO	-	-
T. V.	-	-
UNA PERSONA (INF. DIRECTA)	68	65,38
HOJAS VOLANTES	-	-
DIREC. TELEFONICO	-	-
VISITADORES DE SANIDAD	14	13,46
OTROS (HOSPITAL)	17	16,34
NO CONTESTARON	5	4,80
TOTAL	104	99,98

En la Tabla 4 se aprecia que el 85,57% de los pacientes que asisten al centro acudieron a éste inmediatamente al sentir algunas de las manifestaciones clínicas propias de las enfermedades sexualmente transmisibles; también se puede observar que existe un porcentaje del 12,5% de pa - cientes que al asistir al centro no presentaban ninguna sintomatología pero al hacersele el examen físico y de la boratorio se diagnósticó la existencia de la enfermedad venérea. Esta última es muy frecuente ya que las enfermedades venéreas en algunos pacientes son asintomáticas.

Se puede ver en una forma clara que los pacientes son conscientes de la inmediata atención que estas enfermedades deben tener como es el tratamiento y control.

TABLA 4. PACIENTES QUE RECURRIERON AL CENTRO AL SENTIR LA SINTOMATOLOGIA

ESTRACTO / RESPUESTAS	MERETRIZ		AMA DE CASA		HOMBRE		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
SI	49	79,03	20	95,23	20		89	85,57
NO	1	1,61	-		1		2	1,92
NO CONTESTARON	12	19,35	1	4,76	-		13	12,5
TOTAL	62	100	21		21		104	100 %

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

La sífilis es la enfermedad que se atiende en un porcenta je mayor en el centro, 42,30%; sigue en orden de cantidad el condiloma acuminado con un porcentaje del 16,36%;en un 20,19% se le brinda tratamiento a enfermedades de monolia sis y tricomonas. Estas últimas aunque son discutibles(se expusieron en el capítulo 1), son consideradas por muchos médicos como enfermedades sexualmente transmisibles.

Se presenta un porcentaje del 11,53% de personas que al hacerles sus respectivos exámenes resultan no reactiva, o sea que no presentan ninguna enfermedad. Sin embargo tienen que ir a control al centro dado el oficio que desempeñan (meretrices).

Continuando con el análisis de resultados contenidos en la Tabla 6 se puede decir que el grupo de las meretrices es el que presenta mayor número de pacientes enfermos. Esto debido muchas veces a razones de abandono y descuido que las conduce su profesión.

Muchas meretrices solamente asisten al centro hacerse sus respectivos controles para tener al día el carnet de sanidad, sin importarles su propia salud. Constituyéndose éstas en fuentes permanentes de contagio para la sociedad.

TABLA 5 DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES

ESTRACTO / RESPUESTAS	MERETRIZ Nº	MERETRIZ %	AMA DE CASA Nº	AMA DE CASA %	HOMBRE Nº	HOMBRE %	TOTAL	%
SIFILIS	26	41,93	7	33,33	11	52,38	44	42,30
GONORREA	5	8064	2	9,52	3	14,28	10	9,61
CONDILOMA ACUMINADO	7	11,29	5	23,80	5	23,80	17	16,34
OTRAS	13	20,96	6	28,57	2	9,52	21	20,19
NO REACTIVAS	11	17,74	1	4,76	-		12	11,53
TOTAL	62	99,98	21	99,98	21	99,98	104	99,97

Las enfermedades de transmisión sexual si bien es cierto que pueden ser curables, pueden repetir en cualquier momento en que se exponga el individuo a una relación sexual con alguien infectado, o que no se tengan en cuenta los métodos de prevención que existen para evitar éstas.

En el centro se da un porcentaje total del 25,96% (Tabla 6) de personas que anteriormente padecieron alguna enfermedad venérea. En el grupo social de las meretrices es donde más se da lo anteriormente dicho, debido a que la profesión de éstas las obliga a tener un tipo de relación más promiscuo.

Sin embargo se da un porcentaje del 69,23% de pacientes que antes de llegar al centro no habían padecido ninguna enfermedad venérea.

Se le dio prioridad en el análisis al primer porcentaje ya que para el propósito del estudio interesa las personas que antes fueron víctima de la enfermedad, ya que lo cual va a servir de argumento para el planteamiento de campañas preventivas.

TABLA 6. PADECIO UD. ALGUNA ENFERMEDAD VENEREA ANTERIORMENTE

ESTRACTO / RESPUESTA	MERETRIZ Nº	MERETRIZ %	AMA DE CASA Nº	AMA DE CASA %	HOMBRE Nº	HOMBRE %	TOTAL	%
SI	21	33,87	2	9,52	4	19,04	27	25,96
NO	36	58,06	19	90,47	17	80,95	72	69,23
NO CONTESTARON	5	8,06	-		-		5	4,80
TOTAL	62	99,99	21	99,99	21	99,99	104	99,99

A diferencia de otras, las enfermedades de transmisión sexual requieren de exámenes constantes para su control eficaz; existen individuos que debido a la actitud que tomar frente al diagnóstico dado (muchos no aceptan la enfermedad, o simplemente no le dan importancia) sólo van al centro una vez y no vuelven a los controles pertinentes.

Aunque el porcentaje de pacientes que no asisten a los controles es bajo (1,92%) ver Tabla 7, no deja de ser algo preocupante, ya que son individuos enfermos, focos de infección que pueden contagiar a personas y que a su vez no facilita la labor del centro para controlar las enfermedades sexualmente transmisibles. Esto a su vez plantea la organización del equipo de salud del centro hacia alternativas de acción que permite controlar la deserción de los pacientes enfermos.

TABLA 7. ASISTENCIA DE LOS PACIENTES ENFERMOS A LOS CONTROLES

ESTRACTO / RESPUESTA	MERETRIZ		AMA DE CASA		HOMBRE		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
SI	61	98,38	18	85,71	21	100	100	96,15
NO	1	1,61	1	4,76	-		2	1,92
Nº CONTESTARON	-		2	9,52	-		2	1,92
TOTAL	62	99,99	21	99,99	21	100	104	99,99

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

La prevención es la primera línea de defensa contra las enfermedades de transmisión sexual. El centro en estudio debe impartir en la educación a los paciente las medidas preventivas que deben utilizar para el control de las enfermedades en mención, ésto como una estrategia para lograr el control de éstas, pues como se observa en la Tabla 8, si bien es cierto que el porcentaje del 53,84% de pacientes conocen alguna medidas de prevención, el índice de los que la desconocen es de un 45,19% llevando a decir que no difiere mucho del anterior porcentaje, indicándose así que no se divulgan dichos mecanismos de prevención.

Esto último se da por la poca información que suministran los funcionarios de la institución en relación a la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles. Lo anterior se afirma con base en los resultados que se dan en la Tabla 10, donde se aprecia que sólo un 26,92% de pacientes del centro han recibido alguna educación preventiva, más que todo de parte del médico, presentándose un 73,07% de pacientes que no han recibido ninguna información al respecto.

El impartir información acerca de los medios de prevención y control de las enfermedades sexualmente transmisibles debería ser una de las funciones del equipo de salud que labora en esta institución.

TABLA 8. CONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS

ESTRACTO / RESPUESTA	MERETRIZ Nº	MERETRIZ %	AMA DE CASA Nº	AMA DE CASA %	HOMBRE Nº	HOMBRE %	TOTAL	%
SI	32	51,61	11	52,3	13	61,9	56	53,84
NO	29	46,77	10	47,6	8	38,0	47	45,19
NO CONTESTARON	1	1,61	-		-		1	0,96
TOTAL	62	99,99	21	99,9	21	99,9	104	99,99

TABLA 9 ALGUN FUNCIONARIO LE HA HABLADO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS

ESTRACTO / RESPUESTA	MERETRIZ Nº	MERETRIZ %	AMA DE CASA Nº	AMA DE CASA %	HOMBRE Nº	HOMBRE %	TOTAL	%
SI	18	29,0	2	9,52	8	38,0	28	26,92
NO	44	70,9	19	90,47	13	61,9	76	73,07
TOTAL	62	99,9	21	99,99	21	99,9	104	99,99

La labor desarrollada por el Trabajador Social en cualquier institución de salud debe partir del contacto directo con el individuo enfermo, para así establecer una relación estrecha entre paciente y su medio social, ésto se logra a través de un proceso dentro del cual el primer paso es la entrevista o diálogo con la persona afectada para así llegar a los factores que inciden en la recuperación del paciente.

En el Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente transmisibles se realiza el contacto directo de los pacientes con la Trabajadora Social, quien dentro del equipo de salud es la que tiene que aportar los conocimientos del cuadro social de la enfermedad, en una forma bastante deficiente, ésto se puede confirmar con los resultados expuestos en la Tabla 10.

El poco contacto de Trabajo Social con los pacientes es quizá una de las causas para que los cursos que Trabajo Social está llevando a cabo sean desconocidos por el 67,30% de los usuarios; la labor que él está realizando en estos cursos de capacitación ha tenido gran aceptación en un 23,07% de los pacientes. Lo cual sería más satisfactorio si se lograran divulgar los cursos a toda la población usuaria del centro.

TABLA 10 ENTREVISTA CON LA TRABAJADORA SOCIAL

ESTRACTO / RESPUESTA	MERETRIZ Nº	MERETRIZ %	AMA DE CASA Nº	AMA DE CASA %	HOMBRE Nº	HOMBRE %	TOTAL	%
SI	7	11,29	3	14,28	1	4,76	11	10,57
NO	49	79,03	17	80,95	20	93,23	86	82,69
NO CONTESTARON	6	9,67	1	4,76	-		7	6,73
TOTAL	62	99,99	29	99,99	21	99,99	104	99,99

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

TABLA 11 DIVULGACION DE CURSO DE T. S.

ESTRACTO / RESPUESTA	MERETRIZ Nº	MERETRIZ %	AMA DE CASA Nº	AMA DE CASA %	HOMBRE Nº	HOMBRE %	TOTAL	%
SI	19	30,6	3	14,28	2	9,52	24	23,07
NO	43	69,35	18	85,71	9	42,85	70	67,30
NO CONTESTARON	-		-		10	47,61	10	9,61
	62	99,99	21	99,99	21	99,98	104	99,98

El Centro a pesar de su escasez de presupuestos para su funcionamiento y su deficiente dotación, brinda una atención inmediata a los usuarios en la medida en que sus recursos materiales se lo permiten.

Este aspecto de una prestación de servicios en forma inmediata lo confirman los usuarios, ya que un 99,38% respondieron ser atendidos en una forma inmediata. También se da un pequeño porcentaje del 3,84% de pacientes que son citados para una próxima consulta, ésto se dá en los pacientes que no fueron preparados o no siguieron las indicaciones para los exámenes de sangre o de flujo y deben volver a repetirselos (Ver Tabla 12).

TABLA 12. SOLICITUD DE LOS SERVICIOS

ESTRACTO / RESPUESTA	MERETRIZ Nº	MERETRIZ %	AMA DE CASA Nº	AMA DE CASA %	HOMBRE Nº	HOMBRE %	TOTAL	%
LO ATIENDEN ENSGUIDA	58	93,54	18	85,71	18	85,71	94	90,38
CITA PARA UNA PROXIMA	1	1,61	1	4,76	2	9,52	4	3,84
HACE ESPERAR MUCHO	2	3,22	1	4,76	-		3	2,88
NO CONTESTARON	1	1,61	1	4,76	1	4,76	3	2,88
TOTAL	62	99,98	21	99,99	21	99,99	104	99,98

Se recoge en la Tabla 13 los resultados de las diferentes recomendaciones que dieron los usuarios del Centro, para mejorar los servicios.

Se identificaron más las opiniones de los pacientes en la reestructuración locativa del centro (90,38%),éstas obedecen al deterioro que presenta la planta física de la institución, la cual no brinda las condiciones adecuadas para la atención médico-social que estas enfermedades requieren.

En un porcentaje menor (12,5 %) los usuarios consideran que la ampliación del cuerpo médico ayudará a mejorar la prestación de los servicios.

TABLA 13. RECOMENDACIONES DE LOS USUARIOS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DEL CENTRO

RECOMENDACIONES	TOTAL	%
MEJOR INFRAESTRUCTURA	94	90,38
MEJOR ORGANIZACION	10	9,61
MAYOR PLANTA DE PERSONAL	13	12,5
MAYOR ATENCION DEL GOBIERNO	2	1,92
TOTAL	119	114,41

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

3.6 EVALUACION DEL CENTRO DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES

Con los elementos expuestos se evaluará a continuación de una manera objetiva los aspectos cualitativos y cuantitativos en lo que respecta al funcionamiento y a la prestación de los servicios en el Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles.

Si se tiene en cuenta la crisis hospitalaria que existe en el Departamento del Atlántico donde la falta de recursos económicos y administrativos es el común denominador del mal funcionamiento de los centros asistenciales departamentales, se puede decir que la problemática que se sucede en el Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles en lo que se refiere a los recursos financieros, materiales y humanos es un reflejo de la situación por la que atraviesa el Hospital General de Barranquilla.

El centro objeto de estudio funciona en un local amplio pero a pesar de ésto no todos los espacios son utilizados, por el deterioro infraestructural en que se encuentran. Esto a su vez incide en el funcionamiento de los servicios que brinda el centro a los pacientes.

Lo anterior se demuestra de una forma cuantitativa en la Tabla 13, donde se observa que de las recomendaciones expuestas por los pacientes para mejorar los servicios del centro un 90,38% de las respuestas dadas estuvieron enfocadas hacia el mejoramiento de la estructura del local.

Ahora, en cuanto al equipo humano que labora en la institución, es insuficiente en el aspecto médico; porque debido al número de pacientes y enfermedades que allí se atienden se requiere mayor personal médico que permita ampliar la cobertura de atención y a su vez brindar los servicios en una jornada completa de trabajo.

Esta necesidad de la ampliación del cuerpo médico y de una jornada completa de trabajo es una de las recomendaciones hechas por los usuarios (12,5%)(ver Tabla 13).

En lo que respecta al personal paramédico se ve el caso concreto de las enfermeras, que desempeñan la función de secretaria; se supone que esta anomalía se da por el mismo déficit presupuestal que presenta el Hospital de Barranquilla, lo que no les permite designar una secretaria que desempeñe las funciones de este cargo y así las enfermeras puedan realizar el rol que les corresponde en un centro de atención médica.

Las enfermedades de transmisión sexual merecen peculiar interés debido a los males que causan, especialmente en las edades más productivas del hombre, donde su diseminación es mayor.

Es así como este interés debe ser tomado por el Trabajador Social adoptando estrategias de prevención más que de tratamiento.

Estrategias que no vayan encaminadas a la educación sanitaria de un grupo de personas en ciertas instituciones, si no que esta actividad sea complemento de un programa de educación en salud orientado hacia toda la comunidad, para elevar los niveles sanitarios de la población.

Toda institución debe contar con un presupuesto prefijado para los diferentes programas que se vayan a ejecutar dentro de la institución; pero en algunos centros de salud se da el caso de déficit presupuestario. Esto sucede mucho en nuestro país en donde los dineros de los presupuestos se esfuman con facilidad yendo a parar a manos inescrupulosas.

Lo anterior conlleva a que estas instituciones de salud sólo puedan atender los programas más inmediatos; asignándoles escasos recursos a los demás programas los cuales

se ven obligados a limitar sus actividades. Esto no quiere decir que se deben realizar actividades para el mejoramiento de la salud, se deben buscar recursos exógenos que permitan si bien no resolver la situación si prestar un servicio acorde a los pacientes enfermos que allí se atienden. Para el logro de estos aspectos se necesita una acción coordinada, convergente e integrada por el equipo multiprofesional de la institución.

El Trabajador Social no puede trabajar realizando acciones aisladas, pues sólo podrá prestar servicios a individuos también aislados y su acción no producirá ningún cambio; trabajará sobre efecto y no sobre causa.

Dándose el caso contrario en un profesional que trabaja en equipo prestará servicios a individuos insertos en grupos; atacará, más que la enfermedad los factores que la generan. No esperará los problemas y recursos detrás de un escritorio, protegido en un despacho u oficina. Saldrá a buscarlos penetrando en la comunidad donde se gestan. Estará al servicio de los usuarios y no al servicio de su propio prestigio.

Se puede concluir que el centro presta los servicios a los usuario en una forma precaria debido a la escasez de fondos para su funcionamiento, su deficiente dotación, lo

cual obliga a la reducción de los servicios, o tal vez,por por una mala administración y coordinación en la presta - ción del servicio.

Si el Centro para el Control de las Enfermedades Sexual - mente Transmisibles tuviera mayor presupuesto para su sos tenimiento, podría contratar más médicos de tiempo comple to y dedicación exclusiva; si contara con los medios para realizar seguimientos epidemiológicos que permitierán que no quedaran fuentes de infección sin tratamiento,eso a su vez conllevaría a asegurar la salud de la comunidad.

4. EL TRABAJADOR SOCIAL ANTE EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES

El hombre no es un ser individual sino un ser social que funciona como una unidad biológica en medio de una comunidad a quien influye y de quien recibe influencia.

Esto se fue expresando a través de áreas escalonadas que fueron facilitando la hegemonia humana sobre las mismas y su triunfo sobre los conflictos que cada área le planteaba en particular.

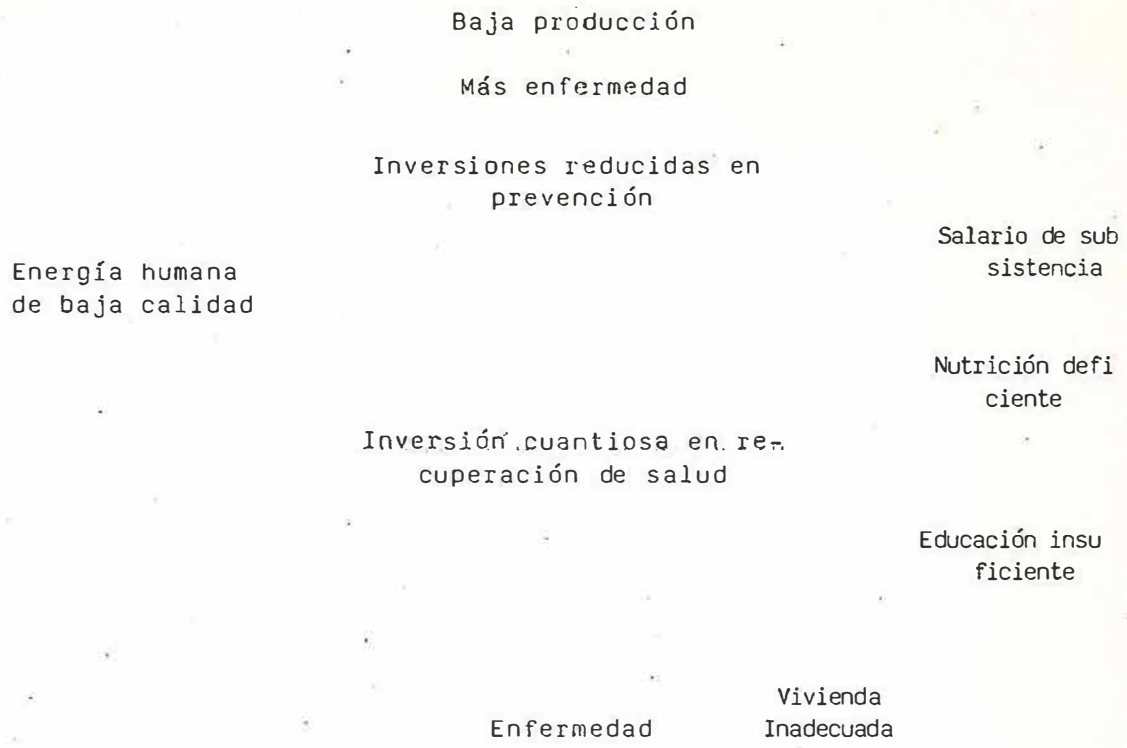
Comenzó en la lucha contra el área física, hostil al hombre, en el clima, el suelo, el agua, la luz; siguió después el área biológica, expresado en los seres vivos que pueblan esa área física; la lucha contra los grandes animales, primero, y más tarde contra los microorganismos, y por fin el área social que significa una forma del desarrollo de su existencia, a veces coordinada con las necesidades del hombre, y otras totalmente opuestas aspiraciones.

El hombre ha cambiado en gran medida los medios físicos que se le oponían; su acción frente a los medios biológicos continúa, pero donde realmente está librando sus combates más serios en este momento es frente a la estructura social en la que actúa. Por eso resulta fundamental el conocimiento de este frente para ubicar totalmente el criterio de enfermedad. Es debido a la actual condición de la estructura social que se mantinen enfermos millones de seres humanos, y justamente ésto es lo que intenta conocer el frente médico-social de la enfermedad, para luchar contra este problema.

Porque la enfermedad, vista desde este frente, es sin duda una de las manifestaciones más elocuentes de la gran influencia que el medio injustamente organizado tiene sobre el destino de las multitudes enfermas en todos los lugares de la tierra, y eso sucede, paradójicamente, en esta era de avances técnicos y científicos.

Conforme se puede establecer actualmente no se puede hablar de salud ni de enfermedad si se ignoran los factores sociales que afectan la vida de los hombres y que constituyen su sostén fundamental.

Se puede expresar que no hay enfermedad sin componente social, pero mejor es decir que no puede plantearse el co



nocimiento de la salud y sus acciones, si se niegan, disminuyen o ignoran los factores sociales en los que se mueve el hombre contemporáneo. Todo ello permite afirmar que la enfermedad y la salud han dejado de ser un fenómeno individual, para convertirse en un hecho colectivo, y esto mismo explica la significación del conocimiento social que tiene que establecer la actitud y la ciencia del médico.

4.1 ENFERMEDADES SOCIALES

Las denominadas enfermedades sociales son aquellas dolencias que están condicionadas preferentemente por los fac-

tores sociales y que tienen una gran significación para la comunidad.

El autor Hernán San Martín reconoce como características fundamentales para ubicar estas afecciones las siguientes :

- La frecuencia de aparición en la población.
- La distribución de dicha frecuencia según, se - xo, edad, etc.
- Por la morbilidad y mortalidad de las mismas,si el porcentaje de los que mueren en relación a los que enferman (morbilidad) es alto, la enfermedad adquiere una marcada importancia social.
Si el número de muertos con relación a la pobla ción total (mortalidad) es elevado, también tiene sus propias características de enfermedad social. Esta mortalidad se puede aún caracterizar con mayores repercusiones sociales si fuera selectiva, es decir, si por ejemplo tuviese predilección por provocar elevada mortalidad infantil o de adultos jóvenes.
- Cronocidad de la enfermedad.Esta fue una de las características especialmente apuntadas para distinguir una enfermedad social, por la repercución económica que su cronicidad implicaba y que obligó a exigir la presencia constante de casos de di cha enfermedad para denominarla como social.
- El grado de incapacidad que deja
- Las posibilidades de transmitirse
- El fin, la presencia de componentes sociales que puedan crear o favorecer la posibilidad de contraer la enfermedad[20].

Se observa que hay un predominio de los factores sociales respecto a la producción de dichas enfermedades, pero asi

[20] FERRARA, op.cit., p.25.

mismo se destaca la influencia que la enfermedad, una vez producida, ejerce sobre la situación total del individuo, la familia y la comunidad.

Entre los elementos que se ven influídos mutuamente por estos factores sociales y patológicos pueden enunciarse aquellos que se refieren a la composición demográfica, a la repercusión laboral sobre ausentismo y productividad , a la educación general, así como también el nivel de los gastos sanitarios que tienen que producirse por recuperación y rehabilitación.

Las enfermedades sociales, especialmente impregnadas por los respectivos componentes de la comunidad, tienen por necesidad que verse despojadas de estas influencias patológicas para que pueda ser planteada la curación. Es decir, la eliminación de los factores sociales, que hacen a sus génesis y desarrollo, constituye la terapéutica ineludible para obtener los resultados esperados. Esta misma circunstancia es la que otorga tanta complejidad a las acciones tendientes a controlar este tipo de patologías,desde el momento que sus acciones tienen que dirigirse muy específicamente hacia la transformación estructural de la sociedad.

4.2 MEDICINA SOCIAL

La medicina en su largo recorrido y a través de las con - quistas científicas que fueron enriqueciendo la ciencia médica y que continúan orientandola hacia la búsqueda de otras metas, comprendieron muchas de las causas origina - rias de las enfermedades; y atravesando la era de la bac- teriología consiguieron las causantes directas de muchas afecciones (bacterias, y elementos microbianos y virósi - cas), llegaron a pensar éstos que habían alcanzado el pun to culminante de la investigación médica.

Sin embargo, poco tiempo después de haber alcanzado esas metas, cuando todo hacía prever un alto en la búsqueda de la verdad médica, comenzó a rondar en el pensamiento cien tífico la necesidad de comprender, conocer, medir y con - trolar una serie mucho mayor de factores que también eran capaces de desencadenar o de contribuir a generar los es- tados patológicos que afectan la salud.

Tal vez estos factores nunca fueron desconocidos, pero es precisamente a partir de la mitad del siglo XIX y, muy es pecialmente, después del segundo cuarto de siglo actual que la idea de los mecanismos sociales de las causales vinculadas al modo de vida, al nivel de existencia, a las complejas situaciones de manejo y conflicto social, co -

mienza a destacarse hasta que obliga a pensar en un tipo especial de atención en salud que fuera orientada a conocer en una forma integral los factores que inciden en las enfermedades de los individuos, grupos y comunidad en general. Es así como surge la Medicina Social, como la parte de la medicina que se ocupa de las relaciones recíprocas que existen entre la salud y la enfermedad y las condiciones económicas y sociales de las comunidades.

A partir de la aparición de la medicina social, la forma de atención médica fue modelando a un médico que se enfrentó mucho más frecuentemente con los elementos que constituyen el núcleo social del enfermo y sus familiares, y esto mismo lo sensibilizó aún más para comprender la tendencia multifactorial de la enfermedad; para que se fuera transformando la actitud social del médico necesitaba de un profesional que le permitiera a través de sus conocimientos la incorporación permanente de las ideas que ubican y abarcan al hombre como persona y como ser social, en independencia con semejantes individual y con el grupo al que pertenece, con el ambiente propio y total, asimismo como las relaciones que surgen continuamente entre su esencia y su existencia entre su ser y el entorno, entre si mismo y su circunstancia, entre el individuo y la sociedad.

4.3 TRABAJO SOCIAL EN SALUD

La introducción y desarrollo del Trabajo Social en las instituciones de salud influyó y sirvió de impulso y a la vez sufrió su influencia en los cambios acaecidos en la práctica de la medicina y en las condiciones socio-económicas. Nuevos conocimientos y mayor comprensión de la con ducta humana modificaron los métodos para la atención y tratamiento de los pacientes.

Actividades que desempeña el Trabajador Social en salud: El rol del Trabajador Social desde el punto de vista de las categorías ocupacionales es un papel de servicio porque no produce bienes materiales. En el sector salud,esos servicios se prestan en las siguientes áreas de trabajo :

Atención directa a
- Individuos
- Grupo familiar
- Equipo de salud
- Comunidad.

4.3.1 Individuo (Paciente).

Es necesario que el Trabajador Social comprenda bien la amenaza que una enfermedad pueda significar para la perso nalidad del paciente y como puede afectar toda su vida;ya

que ésta desequilibra y acentúa diferencias y divergencias o crea otras enfermedades a veces más difícil de soportar especialmente frente a las misma enfermedad.

Es importante reconocer que nunca dos pacientes reaccionarán del mismo modo ante una misma enfermedad. Un paciente podrá llegar hasta negar su enfermedad y, en consecuencia éste puede emperorarse derrochando sus energías que de otro modo le servirían para mejorarse, otro paciente puede no admitir que está enfermo, sin duda, significa eludir la responsabilidad de mejorar, otro paciente puede reconocer que está enfermo y no precocuparse por su mejoría; se puede presentar un cuarto tipo de pacientes que admitan positivamente su enfermedad y que aceptando las limitaciones que ellas les imponen son capaces de desatar energías curativas. Otros podrán reaccionar de diversos modos durante las distintas etapas de la enfermedad o tratamiento. En la dinámica constante que se realiza en una institución también se percibe de individuos que comienzan aceptando estar enfermos, pero pueden encontrar que la lucha es muy dura y empiezan a decaer y pierden hasta la voluntad. Otros comienzan negando su enfermedad, podrán sufrir graves retrocesos arriesgando la vida o la capacidad permanente, antes de que realmente reconozca que necesita ayuda.

Ante las diversas reacciones que puede presentar un individuo enfermo el Trabajador Social debe dirigir su intervención hacia un proceso el cual el primer paso debe orientarse hacia el conocimiento y comprensión del pacien te y su enfermedad; debe tratarse éste al nivel en que está, no es, como debiera ser; y empezar a trabajar conforme al ritmo del paciente y siguiendo su dirección,y no debe pretender imponer un ritmo.

Debe brindar una orientación al paciente para que logre entender la enfermedad, darle a conocer cual será su curso y el efecto que hará en su persona, los desajustes tem porales o permanentes que impondrán en su vida, la clase de limitaciones que le acarreará y como podrá manejarlos. El Trabajador Social debe conocer los factores sociales que pueden estar incidiendo en la no mejoría de la enfermedad del paciente, para trabajar junto con él en la supe ración de éstos e iniciar su recuperación.

El Trabajador Social no debe olvidar nunca que la responsabilidad del tratamiento para lograr una curación total, es del paciente, y hacer conciencia de lo mismo a los miembros del equipo de salud.

Tanto para cualquier miembro del equipo de salud como para el Trabajador Social, asumir la responsabilidad del pa

ciente sería como robarle la oportunidad de manejar su propio problema. Dejarlo que cargue con su parte, es reafirmar su libertad para actuar por el mismo, en su propio beneficio.

El Trabajador Social al permitirle al paciente expresar sus temores al aceptarlo tal como realmente es, al infundirle confianza en si mismo, al analizar con él algunas de sus dificultades, al ayudarlo a trazar planes para el futuro, le proporciona una sensación de liberación que le permite decidir sus acciones futuras.

4.3.2 Grupo Familiar

La persona enferma hace parte de una red de relaciones sociales; es miembro de una familia, ejerce influencia y es, a la vez afectado por la incidencia de los otros miembros de la familia.

En el tratamiento de cualquier enfermedad el grupo familiar juega un papel importante, es necesario que el Trabajador Social a través de la observación y entrevistas con fuentes directas (en este caso es el individuo enfermo) o fuentes colaterales (medio familiar) el medio social en que se desenvuelve el paciente para determinar, si éste en un momento determinado está incidiendo para la recupe-

ración del paciente.

4.3.3 Equipo de Salud

El Trabajador Social como miembro del equipo de salud brinda al personal los conocimientos y técnicas del trabajo social y ayuda al personal a descubrir los factores sociales, emocionales y económicos de importancia sanitaria trabaja justamente con aquel para resolver problemas sociales relacionados con las necesidades médicas y sanitarias.

El equipo de salud enfrenta la enfermedad desde un triple enfoque :

Equipo de Salud	Enfoques
Médico Bacteriólogo Enfermeras Auxiliares de laboratorio	Problema orgánico
Sicólogo	Componente sicológico de la enfermedad
Trabajadora Social	Cuadro social de la Enfermedad

En el estudio, diagnóstico y tratamiento del cuadro so - cial de la enfermedad y sus consecuencias se inserta en el equipo de salud el Trabajador Social como generalista de los problemas comunitarios, el que valora la salud integral de individuos, grupos y comunidades, incluyendo hábitos, creencias y formas de vida; el que involucra a los usuarios en un proceso de investigación y diagnóstico y en las discusiones respecto a las actividades que deben realizarse y como deben ser abordadas.

4.3.4 Comunidad

Se ha descuidado a menudo la necesidad de la participa - ción de la comunidad en los programas de salud. Las comunidades poseen importantes recursos que comprenden la inteligencia y el ingenio humano, mano de obra, materiales y fondos. La utilización innovadora de esos recursos abren posibilidades nuevas de mejorar las condiciones de salud.

El Trabajador Social debe orientar la participación de la comunidad en los programas de salud fundamentalmente en crear una conciencia en los individuos y colectividad sobre la real situación de salud en que vive; y un sentido de responsabilidad para mejorar las condiciones de salud y de vida en general. Sólo así las actividades que se

coordinen y proyecten en la comunidad lograrán su objetivo.

A fin de lograr sus objetivos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Trabajo Social puede ser integrado particularmente a cada uno de los programas o puede constituir una unidad con estructura propia integrada normativamente a cada uno de los programas (ver Figura 6).

4.3.5 Funciones de Trabajo Social en el Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles

Las funciones que desempeña la Trabajadora Social en el Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente transmisibles son pocas teniendo en cuenta las múltiples funciones que un Trabajador Social debe desempeñar en una institución de salud.

Sistematizando estas funciones se tiene :

- Realizar historias sociales a los pacientes que se les ha diagnosticado algún tipo de estas enfermedades (ver Anexo 3, en él se aprecia que éste responde más a aspectos clínicos que a los sociales).

Se hace necesario la elaboración de un formato que inclu-

ya factores socio-económicos, ya que ellos inciden radi - calmente en muchos casos para la diseminación de las en - fermedades venéreas en la población.

- Las visitas domiciliarias que se aplican al paciente las realizan las practicantes de Trabajo Social de la Uni versidad Simón Bolívar.

No se conoce el mecanismo que utiliza Trabajo Social para seleccionar a los pacientes que ameritan las visitas domi ciliarias.

En el transcurso del estudio se detectaron casos en los cuales se requería de una visita domiciliaria que permitie ra obtener información con relación a los aspectos socia- les que pudieran incidir en la enfermedad del paciente; y a su vez brindarle una educación en salud al grupo fami - liar de éste. Las cuales no se realizaron.

- Charlas: Dentro del accionar de Trabajo Social está la coordinación con las prácticantes de Trabajo Social refe- rente a las charlas que se dictan en las diferentes insti tuciones (carcelarias y educativas)..

Si bien es cierto que el quehacer del Trabajador Social se enmarca dentro de un proceso en el cual, las funciones anteriormente mencionadas son parte fundamental para la

consecución del bienestar del individuo; el Trabajador Social está en capacidad para implementar estrategias que conlleven a mejorar los servicios de la institución y a su vez una mayor participación de la comunidad.

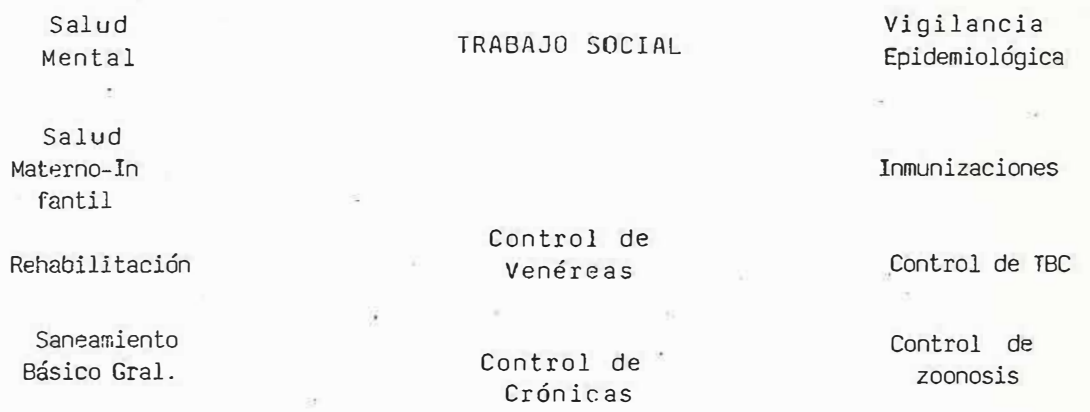


FIGURA 6. Trabajo Social integrado como una unidad de los Programas de Salud.

4.4 PLAN DE ACCION

PLAN DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

Programa: Participación comunitaria frente al programa de venéreas.

Justificación: La participación de la comunidad a través

de sus grupos representativos en los programas de salud, es un elemento trascendente pero poco explorado. Se considera que esta participación comunitaria es necesaria para que ésta obtenga mejores condiciones sanitarias de salud.

Para que la población esté en condiciones de participar en forma efectiva en la extensión la cobertura de los servicios primarios de salud, en la prevención y atención de las enfermedades transmisibles es indispensable organizar a la comunidad de tal manera que se facilite el apoyo consciente y sostenido de los individuos, grupo e instituciones que deben implementar un programa de participación comunitaria frente al programa de venéreas.

En dicho programa que la comunidad no sólo intervenga sino que participe.

Política del Plan: Educar a toda una comunidad en salud , para que así ésta identifique sus propios problemas y analice su causalidad y proponga acciones que conlleven a modificarlas.

Objetivo del Programa:

- Objetivo general: Propender para que cada uno de los miembros de la comunidad asuma como propio el cuidado de

si mismo y del medio ambiente que lo rodea, impulsando un incremento en la demanda de servicios preventivos y racionalizando la demanda por servicios asistenciales.

- Objetivos específicos :

= Brindar charlas educativas sobre las enfermedades infecto-contagiosas a la comunidad para que ésta comprenda los fenómenos que inciden en su situación de morbomortalidad y así modifiquen su comportamiento de autocuidado.

= Promocionar a través de los medios masivos de comunicación, para sensibilizar a la comunidad alrededor del problema de salud que se esté tratando.

= Promover y organizar la participación de la comunidad hacia el programa de salud, que estén orientados hacia la prevención y control de las enfermedades transmisibles.

4.4.1 Proyecto 01:

Educación en salud.

Hoy no puede concebirse ningún proceso sanitario ni el que se relaciona con las acciones preventivas ni el que tiene que iniciar acciones de recuperación o de rehabili-

tación sin el apoyo indispensable para la salud, ya que en realidad no hay acción sanitaria profunda sin educación para la salud.

La educación sanitaria que imparte el Centro, aun a pesar de las enfermedades que allí se tratan, es bastante deficiente, ésto se puede apreciar en las Tablas 9 y 10, donde los porcentajes indican que hay un bajo nivel educacional sobre esta clase de enfermedades.

- Objetivos específicos :

= Acercar a la comunidad y al individuo a los Centros de Salud para el tratamiento de sus enfermedades y para que logren un mejor nivel de salud.

= Fomentar y coordinar las actividades educativas sanitarias en los miembros de la comunidad.

= Apoyar y participar en acciones de salud en la comuni - dad.

- Actividades :

= Iniciación de la educación sanitaria en la consulta del paciente con el médico, para que sea éste quien objetiva-

mente le dé la orientación, la seguridad del tratamiento, la certeza de que él quiere ayudarlo e indicarle las normas de prevención.

= Visitas domiciliarias, con un contenido educativo. Hacerle ver al enfermo, o grupos sanos la magnitud del problema de las enfermedades de transmisión sexual, como se pueden evitar y cuales son los medios más eficaces de lucha.

= La implementación y coordinación de un ciclo de charlas al público en general sobre el significado de las enfermedades venéreas, de los estragos que causan en el individuo y en la sociedad, manera de infectarse y método de protección.

= Campaña de institucionalización a las meretrices para que utilicen los métodos conocido a fin de evitar el contagio.

= Buscar recursos exógenos que permitan la elaboración de manuales preventivos para la comunidad sobre la prevención y control de las enfermedades sexualmente transmisibles.

- Recursos :

Recursos Exógenos :

Institucionales :

= Laboratorios que colaboren financieramente para la elaboración de los manuales.

= Centros educativos.

= Centros carcelarios.

= Centros y puestos de salud.

Los cuales se van a utilizar para coordinar el ciclo de charlas que se va a dar.

Recursos Humanos :

Profesionales médicos y paramédicos que colaborarán con las charlas.

Recursos Endógenos :

Recursos Humanos :

Personal médico y paramédico que laboran en la institu -

ción, practicantes de Trabajo Social.

Recursos Materiales :

Equipos e instrumentos del centro.

Recursos Institucionales :

Centro de Control de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles.

4.4.2 Proyecto 02:

La utilización de los puestos y centro de salud como centros pilotos para ampliar la cobertura de los Programas de Venéreas.

Justificación: Los programas fijos en una institución rara vez traen cantidades suficientes de pacientes para con seguir el control de las enfermedades transmisibles.

Debe darse importancia a la organización de técnicas eficaces para la movilización de la comunidad y la amplia ción de los actividades a través de una coordinación con

los servicios de salud para que sus centros y puestos de salud se utilicen como centros pilotos que permitan ampliar la cobertura de los servicios del centro para el control de las enfermedades sexualmente transmisibles.

- Objetivos específicos :

= Permitirle a toda la comunidad a través de la ampliación de la cobertura de los servicios del centro, una mayor atención a las enfermedades de transmisión sexual.

= Facilitar al centro, el control de las enfermedades venéricas a través de la utilización de algunos puestos y y centros de salud como unidades pilotos.

- Actividades :

= Presentación del programa a la directiva del Hospital de Barranquilla.

= Entrevista con el jefe del Servicio Seccional de Salud para la aprobación del programa.

= Determinar que sectores presentan mayor grupo de alto riesgo.

= Con base en el estudio anterior, escoger los centros y

puestos de salud que se vincularán como entidades pilotos al programa de venéreas.

= Programar un curso de capacitación para el personal de los puestos y centros de salud con el fin de que a éstos se les facilite el manejo y control de las enfermedades de transmisión sexual.

= Formación de equipos en la comunidad a través de contac tos con las organizaciones de bases para así seleccionar sus representantes y brindarles información general del programa para que éstos se conviertan en agentes multipli cadores de una acción sanitaria.

= Control o evaluación periódica que permite identificar oportunamente los problemas o obstáculos que se estén pre sentando para introducir los correctivos pertinentes.

- Recursos Exógenos :

Recursos Institucionales :

= Servicio Seccional de Salud.

= Puestos y centros de salud adscritos al anterior.

= Organizaciones de base de la comunidad.

Recursos Humanos :

= Equipo médico y paramédico de los puestos y centros de salud.

= Lideres comunitarios.

= Trabajadoras Sociales.

- Recursos Endógenos :

= El Centro de Control de las Enfermedades Transmisibles.

= Hospital de Barranquilla.

5. CONCLUSIONES

A pesar de la tendencia mundial hacia el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, el programa para el control de éstas que se lleva a cabo en la Ciudad de Barranquilla presenta limitaciones para su ejecución, debido en parte, a una asignación no del todo eficiente de recursos financieros estatales, redundando ésto en una escasez de personal calificado que se dedique a la detección y prevención de casos a través de seguimiento epidemiológicos de contactos, para que así no queden fuentes de infección sin tratamiento.

Por otra parte se deben considerar las características poblacionales que inciden en la aparición de este tipo de enfermedad como son: Las migraciones del campo a la ciudad, que aumentan la promiscuidad de ciertos grupos humanos y refuerzan la prostitución, falta de educación sanitaria y en cuestiones sexuales de la colectividad lo cual conlleva a la comunidad a mantener actitudes erróneas que provocan un rechazo de las acciones de salud que se realizan en el desarrollo del programa de control de venéreas.

Es poca la coordinación entre Servicio de Salud y la policía, para dar cumplimiento a las normas del código con respecto al control de meretrices.

En muchos casos, las actividades de control las realiza la policía por iniciativa propia; aunque no hay claridad con respecto al mecanismo que utiliza la policía para aplicar las correspondientes medidas represivas.

La aplicación de las normas anteriormente mencionadas se dificulta mucho más ya que en Barranquilla existen diversos tipos de prostitución. Así de acuerdo al lugar en que ellas ejercen se puede hablar de prostitución de burdeles o lenocinios y prostitución callejera; la primera se ejerce en lugares establecidos y reconocidos publicamente, en donde es más fácil para las autoridades sanitarias controlar las meretrices. En las prostitución callejera, por no existir un sitio definido, donde ubicar a la meretriz es difícil ejercer un control sanitario sobre éstas y la mayor parte de ellas no tienen control médico.

Se hace necesario facilitarle a la población el conocimiento de las medidas preventivas, a través de una promoción masiva que popularice su uso, así la comunidad entenderá la importancia de las ventajas que conllevan la utilización de estas medidas para evitar y controlar las en-

fermedades de transmisión sexual.

El control eficaz de las enfermedades sexualmente transmisibles se logrará cuando las personas sean responsables de su sexualidad y la vivan con dimensiones humanas.El incremento de campañas sanitarias o de programas de salud permanente, será muy poco lo que logren hacer en comparación de los resultados positivos que puedan dar una educación en salud sana y responsable.

RECOMENDACIONES

- El desconocimiento por parte de un gran número de la población sobre enfermedades de transmisión sexual debe ser pauta para la organización y ejecución de campañas que formen conciencia acerca del control de las mencionadas enfermedades enseñandoles que :

= Son curables.

= Son evitables.

= Es obligatorio el tratamiento de todas las enfermedades venéreas; no es conveniente automedicarse, sólo el médico puede hacer un tratamiento científico.

- Es prioritario que facultades de medicina y universidades de las ciencias que estén vinculadas con el área de la salud en los planes cuniculares estructuren un programa que contemple: investigación, prevención, aspectos clínicos, de laboratorio y terapéutica sobre las enfermedades de transmisión sexual, no sólo en el área técnico si-

no también en sus aspectos prácticos.

- Es necesario realizar una integración interinstitucional para el desarrollo de un programa sobre educación sanitaria en universidades, secretarías de educación y demás instituciones encargadas de la promoción de la salud y de la educación de la comunidad.

- Se considera que se hace necesario gestionar con los Servicios Seccionales de Salud, con la Secretaría de Educación, charlas preventivas ; exámenes serológicos a estudiantes de grados superiores tanto en primaria como en secundaria y una capacitación a los profesores en el área biológica y de comportamiento y salud, en programas de educación sexual y enfermedades de transmisión sexual.

GLOSARIO

ANTIGENO: Sustancia extraña que estimula en el cuerpo la producción de un anticuerpo; hay varias clases de antígenos: bacteria, virus o cualquier otro agente.

ARRAIGAN: Radicarse hacerse muy firme y difícil de extin guir una enfermedad.

CARCINOMA ESPINOCELULAR: Cáncer del la piel.

CULTIVO: Muestra de una descarga u otro flujo del organis mo, por ejemplo, la orina, que se deja incubar en un laboratorio para que cualquier microorganismo que ha ya en ella se multiplique y se pueda identificar.

DERMATOSIS: Afecciones de la piel.

DERMATOSIFILIS: Sifiloderma, manifestación cutánea de la sífilis.

EPIDIDIMO: Tuvo enrollado que va del testículo al conduc-

to deferente. Está formado por la reunión y apelotamiento de los vasos seminíferos.

ESPASMO: Contracción involuntaria y repentina de un músculo o grupo de músculos acompañados generalmente de dolor y movimiento.

ESTREPTOMICINA: Antibiótico bactericida.

ESTUDIO HISTOLOGICO: Análisis de la composición y estructura microscópica de los tejidos orgánicos.

EXUDADO: Líquido que traspasa las paredes de los vasos sanguíneos y se filtra en tejidos vecinos. El suceso se da como un mecanismo de defensa corporal que se asocia a la inflamación producida por una infección. Los vasos sanguíneos se dilatan y se vuelve más permeable al fin de permitir la salida de un líquido rico en protina sérica que incluye anticuerpos glóbulos blancos. El pus y el moco nasal son también exudado.

EXULCERACION: Ulceración superficial.

FROTIS: Preparación microscópica delgada y transparente extendida entre los cristales.

GANGLIO: Engrosamiento de forma, tamaño y estructura va - riable, en el trayecto de un vaso linfático.

MICCION: Acto de expulsión de la orina.

MUCO-PURULENTO: Puromicoso. Dícese de de cualquier secreción corporal que contiene moco y pus. Este tipo de secreción puede observarse en el moco nasal, en los esputos pulmonares, o en el exudado procedente del ano en los trastornos que causan con inflamación del colon o del recto, como la colitis ulcerativa de la enfermedad divertículos.

PAPULA: Elevación eruptiva pequeña, sólida y circunscrita de la piel.

PURULENTO: Humor sanioso de color amarillo o verdoso que se forma de los tejidos inflamados. Está constituído por acúmulos de leucocitos degenerados y residuos de tejidos alterados por el mismo proceso inflamatorio.

SULFADIACINA: Bacteriostatico de acción y excreción rápida y de reducida toxicidad. Actúan contra Gram (+) y (-).

TETRACICLINA: Grupo de antibióticos producidos por deter-

minadas especies de hongos streptomyces. Las tetraci clinas son eficaces frente a muchas infecciones bacterianas. Suele prescribirse para tratar infecciones urinarias, infecciones por streptococos, neumonosis. También son utiles para tratar infecciones bacterianas en enfermos alérgicos a la penicilina; la bacteria puede volverse resistente a la tetraciclina, pero no suele ocurrir así en el curso del tratamiento.

VEGETANTE (VEGETACION): Excrecencia carnosa en la super - ficie de la piel.

VESICULA SEMINAL: Cada uno de los dos reservorios del semen situados detrás de la próstata y se comunica con la uretra por los conductos eyaculadores.

BIBLIOGRAFIA

ANDER-EGG, Ezequiel. Técnicas de investigación social. 14 ed. Argentina, 1980.

ANDRADE, Marta Elena y HANSSEN, Henry. Proyección social de la participación comunitaria en los programas de control en inmuniprevención en las enfermedades infecto contagiosas, procesos y políticas sociales. Bogotá, noviembre de 1984.

ARMSTRONG, S. Enfermedades de transmisión sexual. Salud Mundial, Ginebra, noviembre de 1985.

BIOMEDICA. Revista del Instituto Nacional de Salud. n.3, Bogotá, 1983, v.3.

BOTERO R., David, DIAZ., Federico y JARAMILLO T., Carlos. Enfermedades infecciosas. Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas.

BOTERO URIBE, Jaime y Otros. Ginecología y obstetricia. 2 ed. Medellín, tomo 3.

BUMP, Richar. Agentes infecciosos de transmisión sexual en niños adolescentes asintomáticos sexualmente activos y virgenes. Revista Pediatricos, Barcelona, abril de 1986.

CASALET, Mónica. Alternativas metodológicas de trabajo social. Buenos Aires, Humanitas, 1976.

COHEN, M. y NAGEL, E. Introducción a la lógica y método científico. Buenos Aires, Amorrortu, 1969.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Dirección de participación de la comunidad. Plan de participación de la comunidad en salud. 2 ed. Bogotá, 1985.

EUNSA. Programa de trabajo social en la medicina hospitalaria. España, Universidad de Navarra, 1973.

FERRARA A., Floreal, ACEBAL, Eduardo y PAGANINI, José. Medicina de la comunidad. 2 ed. Buenos Aires, Intermédica, 1976.

GACHARNA ROMERO, Manuel y Otros. Tercera investigación epidemiológica nacional. Comportamiento de sífilis e infección gonocócica Colombia 1976-1982. República de Colombia Ministerio de Salud. Barranquilla, Servicios de Salud del Atlántico, 1984.

GRAN, J. y DIAZ, A. Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Atención primaria. Barcelona, enero - febrero de 1985.

MONTERROSA, Esperanza de. Manejo actual de las enfermedades de transmisión sexual. Avances de enfermería. Bogotá, septiembre - diciembre de 1982.

PEREZ, Yekutiel. Lecciones que se derivan de las grandes campañas de erradicación. Foro Mundial de la Salud.Ginebra, 1981.

REVISTA GUION. Enfermedades sexual: Nuevas amenazas. La peligrosa expansión de las enfermedades transmisibles sexual. Bogotá, febrero de 1983.

REVISTA MEDICA DEL Instituto Mexicano del Seguro Social. n.6. noviembre - diciembre 1983, v.21.

REVISTA MEDICO MODERNA. Enfermedades de transmisión se xual. Bogotá, mayo de 1979.

REVISTA VENEZOLANA DE Sanidad y Asistencia Social. Organi zación de un programa contra las enfermedades transmi sibles. Medio rural. Septiembre - diciembre de 1976.

SANTAMARIA ESPINOZA, Alberto. El trabajo social en salud, modelo de intervención. Bogotá, Latina , 1978.

SEGRERA, Benedicto A. Medicina y enfermedades transmisi - bles, atención primaria. Barcelona. Enero - febrero de 1985.

SELLTIZ, Clire y Otros. Método de investigación en las re laciones sociales. México, Rialp, 1970.

SMITH W., Dorothy Y GERMAIN HANLEY, Carol. Enfermería me- dicoquirúrgica. 4 ed., México, Interamericana, 1978.

STANDARD, Kenneth. Educación sanitária, nuevas tareas y nuevos criterios. Crónicas de la OMS., Ginebra, 1983.

SUVALL, R. Enfermedades de transmisión sexual. Atención primaria, Barcelona. Enero - febrero de 1985.

URUETA B., Zoila Ma., JIMENEZ D., Gilda y JIMENEZ D'., Yolanda. Análisis y proyección del Hospital Universi-

tario hacia el contexto social de Barranquilla.Tesis. Soc. Barranquilla, Universidad Autónoma del Caribe, 1979.

WESTERN, Kanl A. Organización y administración de los pro blemas de control de las enfermedades transmisibles en los países en desarrollo. Boletín de la Oficina Sa nitaria, noviembre de 1980.

ANEXO 1. MODELO DE ENCUESTAS A LOS PACIENTES QUE CONSTITUYEN LA MUESTRA DE ESTUDIO DEL CENTRO DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO DEL CENTRO DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES Y SU ENTORNO SOCIAL

CODIGO _____ FECHA _____

BARRIO _____ ZONA:URBANA _____ RURAL _____

DIRECCION _____ OCUPACION _____

ESTADO CIVIL _____

1. CONOCIA USTED LA EXISTENCIA DEL CENTRO DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

1.1 SI ( ) NO ( )

EN CASO DE SER NEGATIVA LA RESPUESTA:

2. POR QUE MEDIO SE ENTERO DE QUE EL CENTRO EXISTIA :

2.1 RADIO ( )
2.2 T.V. ( )
2.3 UNA PERSONA ( )
2.4 HOJAS VOLANTES ( )
2.5 DIRECTORIO TELEFONICO ( )
2.6 VISITADORES DE SANIDAD ( )
2.7 OTROS ( )

OBSERVACION : _____

3. AL SENTIR LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD :

3.1 ACUDIO INMEDIATAMENTE AL CENTRO? SI ( ) NO ( )

3.2 FUE MOTIVADA POR : 3.2.1 Algo ( ) 3.2.2 Alguien ( )

SI RESPONDE A LA PRIMERA SI RESPONDE A LA SEGUNDA

3.3 QUE_____ 3.4 QUIEN_____

OBSERVACION_____

_____

_____

4. QUE ENFERMEDAD LE DIAGNOSTICARON A USTED EN EL CENTRO :

4.1 SIFILIS ( ) 4.5 OTRAS ( )

4.2 GONORREA ( ) CUAL_____

4.3 CONDILOMA ACUMINADO ( )

5. PADECIO USTED ANTERIORMENTE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE :

5.1 SI ( ) 5.2 NO ( )

6. ASISTE USTED DEBIDAMENTE AL CENTRO PARA LOS CONTROLES :

6.1 SI ( ) 6.2 ( )

SI CONTESTA LA SEGUNDA Y TERCERA DECIR :

6. 4 POR QUE_____

7. CONOCE USTED LAS MEDIDAS QUE DEBE TOMAR PARA LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.:

7.1 SI ( ) 7.2 NO ( )

EN CASO DE SER POSITIVA.

7.3 ENUNCIE ALGUNAS_____

_____

8. ALGUN FUNCIONARIO DENTRO DE LA INSTITUCION LE HA HABLADO A USTED SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:

8.1 SI ( ) 8.2 NO ( )

EN CASO DE SER AFIRMATIVA

8.3 QUIEN?_____

9. TIENE USTED CONOCIMIENTO DE LOS CURSOS QUE EL DPTO.DE TRABAJO SOCIAL DEL CENTRO ESTA ORGANIZANDO:

9.1 SI ( ) 9.2 NO ( )

10. HA TENIDO USTED ENTREVISTA O DIALOGO CON LA TRABAJADORA SOCIAL DE LA INSTITUCION:

10.1 SI ( ) 10.2 NO ( )

11. CUANDO USTED LLEGA A SOLICITAR LOS SERVICIOS:

11.1 LA(O) ATIENDEN ENSEGUIDA ( )
11.2 LA(O) CITAN PARA UNA PROXIMA CONSULTA ( )
11.3 LA(O) HACEN ESPERAR MUCHO ( )

SI RESPONDE LA SEGUNDA O TERCERA ALTERNATIVA:

11.4 EXPLIQUE_____

_____

12. COMPARTE SU VIVIENDA CON:

12.1 PADRE ( ) 12.2 MADRE ( ) 12.3 HIJOS ( ) 12.4 HNOS. ( )
12.5 OTROS FAMILIARES ( ) 12.6 PARTICULARES ( )

OBSERVACION_____

_____

_____

13. CONSIDERA USTED QUE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL CENTRO SON:

13.1 BUENOS ( ) 13.2 REGULAR ( ) 13.3 MALO ( )

13.4 POR QUE?_____

_____

14. QUE RECOMENDARIA USTED PARA MEJORAR LOS SERVICIOS QUE BRINDA LA INSTITUCION.

OBSERVACIONES_____

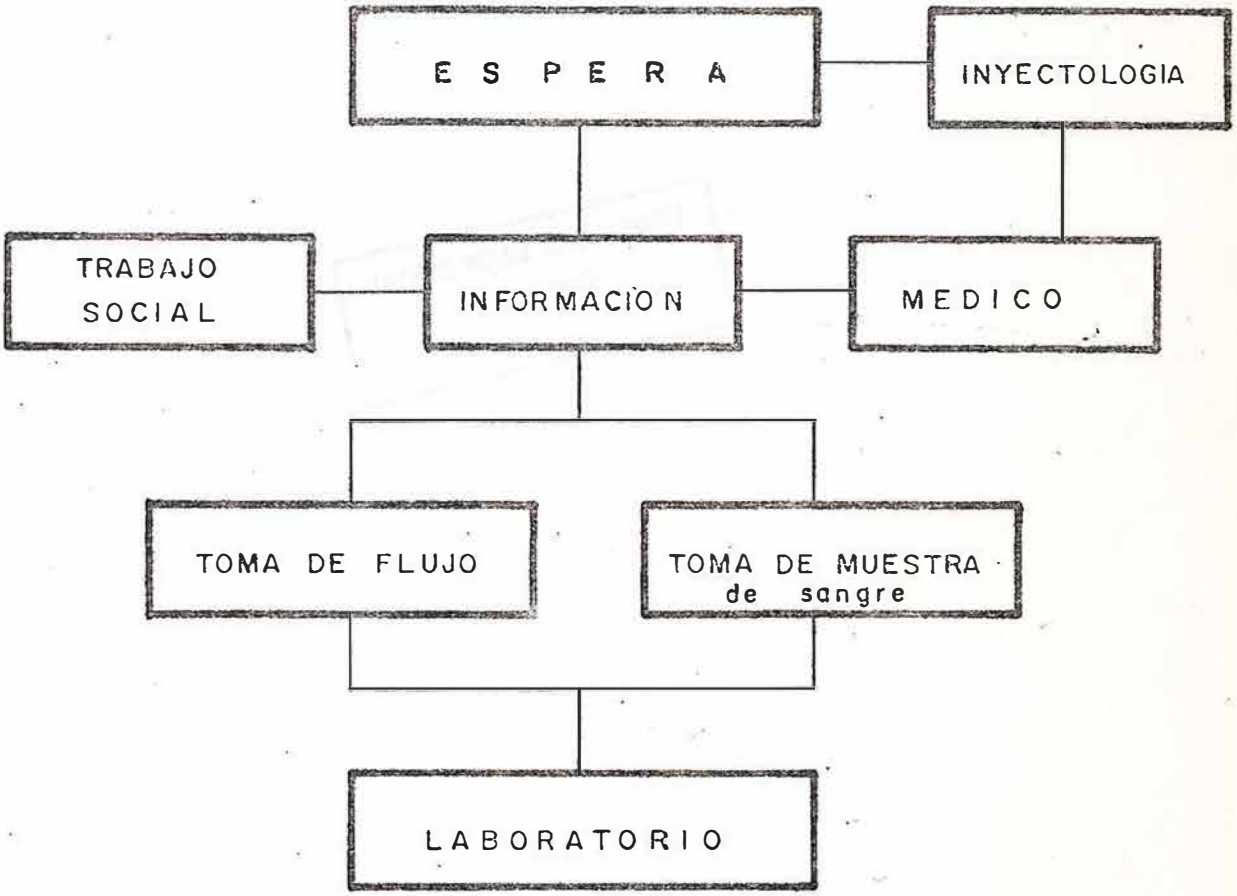
_____

_____

ENTREVISTADORA_____

ORGANIGRAMA FUNCIONAL

CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES



SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

Historia No.

SOLICITUD DE ENTREVISTA

Fecha

Apellido

Nombre

Identificación

Dirección

Edad Sexo M F

Estado Civil S C V UL

Ocupación

Dirección Trabajo

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

TARJETA DE CITA

Centro de Salud No.

Historia No.

Servicio de:

NOMBRE

APELLIDOS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SERVICIO VENEREOLOGICO

C. de S. No.

Historia No.

DATOS GENERALES

Fecha

Apellido

Nombre

Identificación

Dirección

Edad Sexo M F

Estado Civil S C V UL

Ocupación

Dirección Trabajo

ANTECEDENTES PERSONALES

Terapéuticos - Serológicos - Clínicas - Sexuales

Contacto infectante	Fecha

Primeros Síntomas	Fecha

Reactivo	No Reactivo	Fecha

Droga	Cantidad	Fecha

DATOS CLINICOS

Estado General Peso Talla

Enfermedad Actual

Evolución

Aparato Cardi-Vascular

Pulso T. A.

Sistema Nervioso

Ojos

Reflejos Marcha

Piel y Mucosas

Boca Garganta

Exámen Genital

Sistema Ganglionar

Descripción de las lesiones

ANTECEDENTES CONYUGALES

Clínicos

Serológicos Terapéuticos

No. Embarazos Nacidos a término

Nacidos Vivos Nacidos Muertos

Abortos

EL MEDICO DIRECTOR DEL CENTRO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

H A C E C O N S T A R Q U E:

La Señora _____ Hist. Cl.

PRESENTO:

Serología ☐ Reactiva ☐ No Reactiva Flujo Vaginal ☐ Positivo ☐ Negativo

☐ Está Siendo Tratada en este Centro

☐ Ha Sido Tratada en este Centro

☐ Debe Volver a Control en un Mes

☐ Puede Trabajar

A t e n t a m e n t e

_____

Medico Director

Barranquilla _____ de 19__