

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN Y
PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
VIH/SIDA Y SÍFILIS EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**

LUZ ALBA DUARTE GALVIS

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2010

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN Y
PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
VIH/SIDA Y SÍFILIS EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**

AUTOR.

LUZ ALBA DUARTE GALVIS

**Monografía como requisito para optar al título de
Especialista en Gerencia Pública**

DIRECTOR.

Dr. GONZALO ALBERTO PATIÑO BENAVIDES

COORDINADOR

JORGE MONTERO CASTRO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2010

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. JUSTIFICACIÓN	11
2. MARCO DE REFERENCIA	12
2.1. MARCO TEÓRICO	12
3. OBJETIVOS	27
3.1. OBJETIVO GENERAL	27
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4. EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA Y SU IMPORTANCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL SECTOR SALUD	28
5. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR DE LA SALUD A PARTIR DE INDICADORES	42
6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	71

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1 impacto de la refinación de petróleo en la participación de la industria santandereana	44
Cuadro 2. Tasas de mortalidad por VIH/SIDA	45
Cuadro 3. Definición y metodología de cálculo de la tasa de mortalidad por VIH/SIDA.	46
Cuadro 4. Casos de VIH/SIDA reportados por provincia durante el período 2005-2007	47
Cuadro 5. Casos De Sífilis Congénita En Colombia Durante El Período 2005-2007	48
Cuadro 6. Cálculo de la tasa de sífilis congénita.	49
Cuadro 7. Incidencia De Sífilis Congénita En Colombia Durante El Período 2005-2007	49
Cuadro. 8. Casos De Sífilis Reportados En Santander Durante El Período 2005-2007	50
Cuadro 9. Casos De Sífilis Reportados En Santander Durante El Período 2005-2007	51
Cuadro.10. Casos de Sífilis reportados por provincia durante el año 2007	53
Cuadro. 11. Pib Per Cápita A Precios Constantes De 2.000 Durante El Período 2005-2007	54
Cuadro 12. Gasto Público social y Gasto Público Total 1990, 2.000 y 2.007	57
Cuadro 13. Distribución Porcentual del gasto Público Social	58
Cuadro 14. Nivel Universal y a Nivel Nacional	62
Cuadro 15. Línea Estratégica: Santander Sano	63
Cuadro 16. Eje Estratégico: Reducción De La Pobreza, Promoción Del Empleo Y La Equidad	65

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico. 1. Tasas de mortalidad por VIH/SIDA	46
Gráfico. 2. Casos de VIH/SIDA reportados por provincia durante el período 2005-2007	47
Gráfico 3. Casos De Sífilis Congénita En Colombia Durante El Período 2005-2007	48
Gráfico 4. Incidencia De Sífilis Congénita En Colombia Durante El Período 2005-2007	50
Gráfico 5. Casos De Sífilis Reportados En Santander Durante El Período 2005-2007	52
Gráfico. 6. Casos de Sífilis reportados por provincia durante el año 2007	53
Gráfico 7. Pib Per Cápita A Precios Constantes De 2.000 Durante El Período 2005-2007	55
Gráfico 8. Gasto Público Social y Gasto Público total 1.990, 2.007	58

RESUMEN

TITULO: EVALUACIÓN DE LA AFECTIVIDAD DE LAS CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL VIH SIDA Y SIFILIS EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

AUTOR: LUZ ALBA DUARTE GALVIS**

PALABRAS CLAVES: CALIDAD DE VIDA, SIDA, SIFILIS, PREVENCIÓN, PROMOCIÓN

DESCRIPCIÓN

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

El PNUD trabaja en la prevención de la propagación del VIH/SIDA y en la reducción de su impacto. colabora con el desarrollo de capacidades locales para movilizar todos los niveles de gobierno y de la sociedad civil para dar una respuesta coordinada a la epidemia y proteger los derechos de las personas viviendo con el VIH, las mujeres y grupos de población más vulnerables. se pretende presentar inicialmente un informe sobre la situación socioeconómica del Departamento de Santander y a continuación el diagnóstico del sector salud tanto a nivel nacional como departamental, enfocado a nuestro tema de análisis ETS y VIH/SIDA.

Si se analiza esta relativa riqueza bajo indicadores tales como el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el de miseria aparece un gran desequilibrio económico donde las brechas de desarrollo entre el Área Metropolitana de Bucaramanga y la zona rural del departamento son amplias

* Monografía de Grado

** Facultad de Ciencia Humanas, Escuela de Economía y Administración. Director. Gonzalo Alberto Patiño. Codirector. Jorge Montero Castro

SUMMARY

TITLE: EVALUATION OF THE AFFECTIBILITY OF THE CAMPAIGNS OF PROMOTION AND PREVENTION OF THE DISEASES OF TRANSMISSION SEXUAL BEHAVIOR AND SYPHILIS IN THE DEPARTMENT OF SANTANDER *

AUTHOR: WHITE LIGHT DUARTE GALVIS

KEY WORDS: VIDA'S QUALITY, BEHAVIOR, SYPHILIS, PREVENTION, PROMOTION

DESCRIPTION

According to the WHO (World Health Organization), the quality of life is " the perception that an individual has of his place in the existence, in the context of the culture and of the system of values in which it lives and in relation with his aims, his expectations, his procedure, his worries. It is a question of a concept that it is influenced by the physical health of the subject, his psychological condition, his level of independence, his social relations, as well as his relation with his environment

The quality evaluation of life in a patient represents the impact that a disease and his consistent treatment have on the perception of the patient of his well-being

The PNUD is employed at the prevention of the spread of the HIV / AIDS and at the reduction of his impact. He collaborates with the development of local capacities to mobilize all the levels of government and of the civil society to give a response coordinated to the epidemic and to protect the rights of the persons living with the HIV, the women and the most vulnerable groups of population. One tries to present initially a report on the socioeconomic situation of the Department of Santander and later the diagnosis of the sector health so much national as departmental, focused to our topic of analysis ETS and HIV / AIDS.

If this relative wealth is analyzed under such indicators as the index of Basic Unsatisfied Needs (NBI) and that of misery appears a great economic imbalance where the gaps of development between Bucaramanga's Metropolitan Area and the rural zone of the department are wide

*

* Monograph of Degree

** Faculty of Science You Humanize, School of Economy and Administration. The director. Gonzalo Alberto Patiño. Joint manager. Jorge Montero Castro

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y el VIH (Sida), son fundamentales dentro del tema de Salud Pública que es uno de los aspectos vitales del Gobierno en general y de instituciones como el Ministerio de Protección Social, la Organización Mundial de la Salud y todas aquellas que tengan como objetivo principal, buscar la manera de mejorar la calidad de vida de las personas.

Para facilitar la búsqueda de resultados favorables que apunten hacia prevalecer la salud de la comunidad, se han creado desde las diferentes instituciones y las Administraciones Gubernamentales, programas y campañas que generen medios de apoyo a la población, para recibir tanto la atención básica en salud como estrategias de prevención; las cuales a su vez en lo que se refiere a nuestro tema de análisis se deben apoyar en que las personas sanas no se expongan a contraer una ETS, tarea que se realiza a través de la educación sanitaria mediante consejos prácticos y útiles.

El presente trabajo pretende realizar un análisis del impacto que han tenido las campañas de prevención de las ETS y el VIH, si a través de este mecanismo se han generado resultados favorables para todos y se han logrado disminuir las tasas de mortalidad de las mismas a nivel Nacional y Departamental.

Se pretende también resaltar la relación que existe entre la importancia que se le da a los temas de salud pública, de acceso a educación, servicios públicos básicos, oportunidades laborales, entre otros; y el desarrollo y mejoramiento de la Calidad de Vida.

1. JUSTIFICACIÓN

La incidencia de las tasas de mortalidad generadas por los diferentes tipos de enfermedades transmisibles y en nuestro caso por las ETS en los últimos años, es lo que ha generado el deseo de realizar el presente trabajo; con el fin de analizar las posibles causas de este tipo de indicadores poco favorables para nuestra sociedad y que nos afectan a todos.

Se realizará un diagnóstico de la situación actual de las tasas de mortalidad generadas específicamente por Sífilis y VIH/SIDA, dado que no se cuenta con gran cantidad de información relacionada, tanto a nivel Departamental como Nacional.

También se pretende analizar el compromiso que existe desde el Gobierno Nacional y de las diferentes instituciones, en cuanto al manejo y prevención de este tipo de enfermedades se refiere. El grado de importancia que se le da a este tema y si el impacto ha sido favorable, de acuerdo al comportamiento de estos indicadores. Este compromiso se refleja en los planes propuestos por dichas instituciones y las evidencias que se logren recopilar de las campañas que se estén realizando.

El compromiso que se ha generado a nivel mundial con la creación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, también será tenido en cuenta en este trabajo para analizar el objetivo que está enfocado a combatir el VIH/SIDA que es una de las enfermedades objeto de este estudio.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. MARCO TEÓRICO

Para comenzar a abordar el tema de calidad de vida, se quisiera recalcar la importancia que tiene el carácter subjetivo de éste. Y para ello nos basaremos en la siguiente definición de subjetivo: "Perteneiente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo. Relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo".

En las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo esta influido directamente por los factores del entorno, en especial, la cultura. De esta manera, si se graficara el proceso, las personas (definidas como seres sociales) se transforman en la intersección de éstos factores, es decir, "nosotros, los seres humanos operamos en nuestra vida en muchos y diferentes dominios de realidad, los cuales como diferentes redes de conversaciones y explicaciones se intersectan en nuestros cuerpos. En otras palabras, el ego es un modo dinámico en un espacio multidimensional de identidades humanas, y el yo – el humano individual – es la corporalidad que realiza la intersección de las redes de conversaciones que constituyen el ego".

Si se le da otra lectura a éste planteamiento, se puede decir que sostiene que los seres humanos poseen encapsulada cierta forma de sentir y pensar (nuestra subjetividad), es decir, el propio vivenciar subjetivo se ve limitado por la cultura en la que se está inserto, de esta manera, si una mujer Africana está a punto de contraer matrimonio no va a sentir y pensar lo mismo acerca del matrimonio que una mujer Chilena que esté en la misma situación, simplemente porque son dos

personas distintas que se construyeron en lugares distintos, con características distintas, con representaciones sociales distintas y rituales distintos de matrimonio.

De acuerdo a lo anterior, si se está determinado por la cultura en la que se esté inserto, podría pensarse que la calidad de vida se daría igual para las distintas culturas y entonces pudiera definirse el concepto abordando los distintos factores de cada cultura, pero no basta con eso. Hay un espacio en el medio de las intersecciones de factores que influyen en el accionar como la tan mencionada cultura, la historia personal, la ubicación sociocultural y geográfica en donde se nace, etc. y ese espacio es lo que le da a cada persona su manera de sentir la vida, sus expectativas, sus metas, sus deseos, su sentido de vida, etc. y que se relaciona directamente con la libertad (siempre entendiéndola como limitada por los factores del entorno). "La libertad, rectamente comprendida es un cumplimiento por la persona de la ordenada secuencia de eventos de su vida. La persona libre se mueve voluntaria, libre y responsablemente para desempeñar su importante papel en un mundo cuyos eventos determinados pasan por él y por su elección y voluntad espontánea".

Es ésta libertad la que diferencia el ser de cada persona, ese espacio que queda en el corazón y que está intersectado por muchos factores es lo que hace elegir cosas distintas, en otras palabras es la subjetividad propia.

Desde esta perspectiva, no se puede hablar de calidad de vida sin considerar las diferencias individuales, sin considerar la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta y lo más importante sin olvidar que se está hablando de la felicidad de las personas.

Desde tiempos remotos como lo marca la historia, el proceso salud enfermedad ha sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno, en la era paleolítica la concepción fue mágica, donde todo lo

atribuían a lo sobrenatural siendo los actores principales los brujos o shamanes, tiempo después en Grecia surge lo natural siendo la salud una necesidad para los seres vivos acercándose un poquito a los métodos actuales como lo son el clínico, epidemiológico y ambiental; desde la antigüedad clásica surge la concepción de lo ideal o utópico difícil de medir, y de existir donde los métodos fueron básicamente la elaboración de modelos de salud inalcanzables; posterior y desde los orígenes a la presente medicina emerge la somático fisiológica, acercándose al concepto de salud como ausencia de enfermedad los métodos empleados son la exploración del cuerpo, exámenes de signos y síntomas, y análisis varios.

A inicios del siglo XVIII surge la concepción psicológica atribuyéndose a la salud como lo que no es del cuerpo tangible utilizando como métodos la exploración psiquiátrica individual, el psicoanálisis y técnica de grupo.

La concepción sanitaria retoma la salud como un estado positivo y colectivo. Estudiando la transmisión social de la enfermedad, basándose en la prevención, su historia se desprende de medidas profilácticas desde la antigüedad y desarrollándose en el método científico a partir del siglo XIX cuyas disciplinas son la medicina preventiva y social, sanidad y salud pública, utilizando métodos de trabajo como encuesta sanitaria a la población y su ambiente, realizando programas de salud basados en la epidemiología, otorgando educación sanitaria a través del fortalecimiento de la prevención individual.

Para las concepciones Economistas y económico social existe cierto parecido porque su nota característica ven a la salud como condicionante de la productividad del factor humano. Midiendo el precio de la salud y costo de la enfermedad, la primera aparece a mediados del siglo XX en países de industrialización y la otra después de la segunda guerra mundial, utilizando métodos de trabajo como el análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias a través de investigaciones científicas de la salud:

epidemiológica, del método estadístico, antropológico, sociológico, económico político, economía de la salud, demográfico y psicológico.

La última concepción denominada político legal, cuya nota característica es la salud como derecho y obligación universal teniendo reconocimiento legal y participación estatal basándose en los derechos del hombre, la cual nace desde las revoluciones políticas a los sistemas de seguros sociales y de seguridad social; cuyas disciplinas son los derechos fundamentales, de la seguridad social a la asistencia sanitaria, utilizando métodos de trabajo basados en la misma legislación de la seguridad social derivados de programas políticos.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO ODM Y SU RELACIÓN CON EL VIH (SIDA).

¿Qué son los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ocho ambiciosos objetivos que se intenta alcanzar para 2015, se basan directamente en las actividades y metas incluidas en la Declaración del Milenio.

Los ODM se componen de 8 Objetivos y 21 metas cuantificables que se supervisan mediante 60 indicadores.

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

Consolidan muchos de los compromisos más importantes asumidos por separado en las cumbres y conferencias de las Naciones Unidas de la década de los 90;

Reconocen explícitamente la dependencia recíproca entre el crecimiento, la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible;

Consideran que el desarrollo se sustenta en la gobernabilidad democrática, el estado de derecho, el respeto de los derechos humanos, la paz y la seguridad;

Están basados en metas cuantificables con plazos y con indicadores para supervisar los progresos obtenidos; y Combinan, en el octavo Objetivo, las responsabilidades de los países en desarrollo con las de los países desarrollados, sobre la base de una alianza mundial respaldada en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo celebrada en Monterrey, México, en 2002 y reafirmada en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible celebrada en Johannesburgo en agosto de 2002.

Para el desarrollo de este trabajo es de gran importancia resaltar el Objetivo 6 de los ODM, el cual está denominado: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; el cual nos permite citar el compromiso que se generó a nivel mundial y de cada uno de los países para buscar sino erradicar, al menos minimizar en lo posible las tasas de mortalidad por causa de este tipo de enfermedades que cobran gran cantidad de vidas anualmente en todo el mundo.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

El PNUD trabaja en la prevención de la propagación del VIH/SIDA y en la reducción de su impacto. Como un asociado para el desarrollo bien acreditado y como copatrocinador del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el PNUD ayuda a los países situar el VIH/SIDA al centro de sus estrategias nacionales de desarrollo y estrategias nacionales de reducción de pobreza. También colabora con el desarrollo de capacidades locales para movilizar todos los niveles de gobierno y de la sociedad civil para dar una respuesta coordinada a la epidemia y proteger los derechos de las personas viviendo con el VIH, las mujeres y grupos de población más vulnerables.

Metas e indicadores:

Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

- Prevalencia del SIDA entre la población de 15 a 24 años
- Uso del preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo
- Porcentaje de población de entre 15 y 24 años con un conocimiento adecuado e integral del VIH/SIDA
- Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años

Meta 6B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten

- Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales

Meta 6C: Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

- Tasas de mortalidad e incidencia asociadas al paludismo
- Porcentaje de niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticida
- Porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre que son tratados con medicamentos antipalúdicos adecuados
- Tasa de prevalencia y mortalidad de la tuberculosis
- Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

Metas para Colombia:

- Reducir en 85% los casos de mortalidad por malaria
- Reducir en 45% la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana
- Reducir en 80% los casos de mortalidad por dengue
- Reducir a menos del 10% y mantener en estos niveles los índices de infestación de Aedes en los municipios categoría especial, 1 y 2 por debajo de 1.800 metros sobre el nivel del mar
- Mantener la prevalencia de infección por VIH por debajo del 1,2%, en población de 15 a 49 años

Retos de Santander:

Combatir efectivamente el dengue en el área metropolitana de Bucaramanga es el principal reto. Igualmente, resulta prioritario generar acciones efectivas para cambiar la tendencia creciente de la mortalidad por VIH, problema que se viene

presentando en todas las edades y la prevalencia igualmente creciente de la tuberculosis pulmonar¹.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Son enfermedades infecciosas que se transmiten por contacto sexual. Antiguamente se le llamaba enfermedades venéreas y actualmente se les denomina Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.).

Las E.T.S. son más frecuentes en personas jóvenes y sexualmente activas. Los adolescentes tienen mayor riesgo de exposición a las E.T.S.

En el hombre las más frecuentes son:

Uretritis: Gonocócica y No Gonocócica

Verrugas genitales (papilomas)

Epididimitis

Herpes Genital

Sífilis

Chancroide (Chancro blando)

Linfogranuloma venéreo

Pediculosis púbica

La más grave es el SIDA

El desarrollo del presente trabajo se enfocará principalmente en el VIH/SIDA y la sífilis, las cuales se presentan a continuación:

¹ Santander frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

- **VIH/SIDA**

El SIDA es la manifestación clínica más grave de la infección por el VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana). La infección por el VIH puede provocar una destrucción del sistema inmune (defensas) del ser humano. Esta destrucción de las defensas favorece la aparición de infecciones en múltiples sitios, tumores y otros signos de deterioro inmunológico que ponen en peligro la vida.

El SIDA puede producir unos síntomas muy variados. Se puede ser un portador asintomático (no se tiene ningún síntoma), o bien pueden aparecer infecciones oportunistas, tumores (neoplasias), etc.

Los nuevos medicamentos para tratar el SIDA permiten que los pacientes infectados por VIH vivan muchos más años. Sin embargo, aún no existe cura para el SIDA.

El único modo de controlar la infección por VIH es evitar la exposición al virus.

Se han descrito 3 formas de transmisión del VIH (SIDA):

- Contacto sexual directo (sin preservativo).

- Contacto con sangre contaminada (drogadictos vía intravenosa, jeringuillas, agujas, etc.).

- Perinatal (de madre a hijo).

El contacto directo (sin preservativo) con el semen es importante para la transmisión sexual del VIH. Los hombres seropositivos pueden transmitir el SIDA con su semen. También, el contacto directo con secreciones vaginales de mujeres infectadas con VIH es importante para la transmisión sexual del SIDA.

La transmisión sexual puede ocurrir entre personas heterosexuales y homosexuales. En países desarrollados la transmisión heterosexual es la forma más común de infección. En homosexuales el riesgo aumenta conforme aumenta el número de parejas sexuales, y de actos sexuales con coito anal receptivo sin preservativo.

La presencia de úlceras genitales (sífilis, chancroide, virus herpes) aumenta el riesgo de infección por VIH. También existe mayor riesgo en hombres que no tienen hecha la circuncisión.

La detección y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) puede ser un método eficaz para prevenir la propagación del VIH, el virus que causa el sida. Una mejor comprensión de la relación que existe entre las ETS y la infección por el VIH puede contribuir a la elaboración de programas de prevención eficaces en personas con conductas sexuales de alto riesgo.

Las personas infectadas por ETS tienen una probabilidad de por lo menos dos a cinco veces mayor de contraer el VIH, si están expuestas al virus por contacto sexual, que las personas que no están infectadas. Asimismo, una persona infectada tanto por el VIH como por otra ETS, tiene mayor probabilidad de transmitir el VIH a otras personas a través del contacto sexual que las personas que están solo infectadas por el VIH (Wasserheit, 1992).

Se cuenta con evidencia biológica considerable que demuestra que la presencia de otras ETS aumenta la posibilidad de contraer el VIH, así como de contagiarlo.

- Aumento de la susceptibilidad. Las ETS parecen aumentar el riesgo de contraer la infección por el VIH mediante dos formas. Las úlceras genitales (p. Ej., sífilis, herpes o chancroide) provocan rupturas en las paredes del aparato genital o en la piel. Estas rupturas le dan un punto de entrada al VIH. Además, la

inflamación que provocan las ETS, tanto las que producen como las que no producen úlceras genitales, (p. Ej., clamidia, gonorrea, y tricomoniasis) aumenta, en las secreciones genitales, la concentración de células que pueden ser vulnerables al VIH (p. Ej., linfocitos CD4+).

- Aumento de infecciosidad. Las ETS también parecen aumentar el riesgo de que una persona infectada por el VIH transmita el virus a su pareja sexual. Los estudios han demostrado que las personas con el VIH y que están infectadas por otras ETS tienen particularmente mayor probabilidad de propagar el VIH en las secreciones genitales. Por ejemplo, los hombres que están infectados por gonorrea y VIH tienen una probabilidad más de dos veces mayor de tener el VIH en sus secreciones genitales que los hombres que solo tienen el VIH. Además, la mediana de la concentración del VIH en el semen es hasta 10 veces más alta en los hombres que están infectados por gonorrea y VIH que en los hombres que están solo infectados por el VIH. Mientras más alta sea la concentración del VIH en el semen o en las secreciones genitales, mayor será la probabilidad de transmitir el VIH a una pareja sexual.

Los estudios clínicos de intervención indican que la detección y el tratamiento de las ETS pueden reducir la transmisión del VIH.

- El tratamiento de las ETS reduce la capacidad que tiene una persona de transmitir el VIH. Los estudios han demostrado que cuando las personas infectadas por el VIH reciben tratamiento contra las ETS, se disminuye tanto la cantidad del VIH en las secreciones genitales como la frecuencia en que se encuentra el VIH en estas secreciones (Fleming, Wasserheit, 1999).
- El herpes puede hacer que las personas sean más sensibles a la infección por el VIH y que las que están infectadas por el VIH sean más infecciosas. Es sumamente importante que todas las personas en especial aquellas con herpes,

sepan si están infectadas por el VIH y, si no lo están que tomen medidas para protegerse de esta infección.

- Se están realizando ensayos clínicos entre las personas que tienen tanto herpes como el VIH para determinar si el tratamiento de herpes genital ayuda a prevenir la transmisión del VIH a las parejas.

La prevención y las pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual así como los tratamientos contra las ETS, cuando se hacen adecuadamente, pueden desempeñar un papel vital en los programas integrales para prevenir la transmisión sexual del VIH. Asimismo, las tendencias de aparición de las ETS pueden ayudar a determinar en forma más precisa cuáles son los sitios en los cuales podría surgir una epidemia del VIH, lo cual permite utilizar los datos de vigilancia para pronosticar los sitios en los cuales podrían aumentar las tasas del VIH. Es necesario establecer mejores relaciones entre los esfuerzos de prevención del VIH y de las ETS en todo el país para lograr un mejor control de ambas epidemias.

- La detección y el tratamiento tempranos de las ETS curables deben pasar a ser una parte explícita de los programas integrales de prevención del VIH a nivel nacional, estatal y local.
- En las áreas en las que son más frecuentes las ETS que favorecen la transmisión del VIH, se deben incrementar los programas de pruebas y tratamiento.
- Las pruebas del VIH se deben recomendar siempre a las personas que recibieron un diagnóstico de ETS o se cree que presentan una ETS.

- **SÍFILIS**

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por un espiroqueta (un organismo muy pequeño). Puede afectar al cuerpo entero.

Cualquier persona que tenga relaciones sexuales sin protección con una persona infectada puede contraer sífilis. Tener más de un compañero de relaciones sexuales aumenta el riesgo.

La sífilis se transmite de una persona a otra a través del contacto directo con la lastimadura, lesión o salpullido húmedo de la sífilis. Generalmente se transmite a través del contacto sexual, ya sea por vía vaginal, anal u oral. También puede pasarse al besar o a través del contacto manual u otro contacto personal cercano. Las mujeres embarazadas y con sífilis pueden transmitir la sífilis a sus bebés antes del parto.

Se puede tener sífilis sin tener ningún síntoma y aun así poder transmitirla a otros. Los síntomas tempranos son muy similares a los de muchas otras enfermedades. La sífilis tiene 4 etapas de síntomas: primaria, secundaria, latente y terciaria.

Etapa 1 - Primaria. Una lesión sin dolor (llamada chancro) puede aparecer en el área por donde el germen entró inicialmente al cuerpo, generalmente en la vagina, el ano, la boca, los labios o la mano. Es firme y redonda y generalmente aparece de 9 a 90 días (el promedio es 21 días) después de la exposición. Las lesiones en la vagina pueden no notarse y desaparecer solas en 1 a 5 semanas. Sin embargo, todavía se lleva el germen y se lo puede transmitir a otros.

Etapa 2 - Secundaria. Se pueden tener síntomas gripales de 3 semanas hasta 6 meses después de la infección. En este momento, también pueden aparecer uno o más salpullidos (normalmente lastimaduras marrones del tamaño de una moneda

pequeña) en las palmas de las manos y las plantas de los pies, el área de la ingle y por todo el cuerpo. La bacteria vive en estas lesiones. Por consiguiente, cualquier contacto físico (sexual y no sexual) con las lesiones puede transmitir la infección. La segunda etapa también puede incluir fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, ganglios linfáticos agrandados, dolor de garganta, pérdida de pelo en diferentes áreas, dolores musculares, manchas mucosas o llagas en la boca, cansancio y protuberancias o verrugas en las áreas cálidas y húmedas del cuerpo. Los salpullidos generalmente sanan en 2 a 6 semanas y se van sin tratamiento, pero aun así se lleva el germen y se lo puede transmitir.

Etapa 3 - Latente. Si la sífilis no se trata, los síntomas desaparecen pero el germen sigue permaneciendo en el cuerpo. La sífilis debe tratarse antes de llegar a esta fase, porque de lo contrario se corre el riesgo de contraer sífilis terciaria o final.

Etapa 4 - Terciaria. Algunas personas desarrollan sífilis terciaria o final. Ésta es la etapa en que la bacteria daña el corazón, los ojos, el cerebro, el sistema nervioso, los huesos, las articulaciones o prácticamente cualquier otra parte del cuerpo. Esta fase puede durar años o incluso décadas. La sífilis terciaria puede causar enfermedad mental, ceguera, enfermedad del corazón, parálisis, daño cerebral o muerte.

La sífilis se diagnostica haciendo un examen físico, un análisis de sangre y estudiando bajo el microscopio una muestra de líquido tomado de una lesión.

La sífilis normalmente se trata con penicilina, pero pueden usarse otros antibióticos para los pacientes alérgicos a la penicilina. En la etapa temprana de la sífilis algunas personas pueden tener fiebre leve, dolor de cabeza o hinchazón de las lesiones después de recibir tratamiento. Por lo general, esto no es serio. El proveedor de cuidados de salud tiene que seguirle haciendo varios análisis de sangre al paciente por lo menos por un año después del tratamiento para

asegurarse que el tratamiento está dando resultado. Hay que tratar la sífilis temprano, porque el daño causado por la enfermedad no puede revertirse. Además, la sífilis aumenta las probabilidades de transmitir o contraer VIH.

Sífilis Gestacional (SG). Es aquella que se diagnostica durante la gestación, el posaborto o el puerperio y puede encontrarse en cualquiera de sus fases, aunque es más frecuente en la secundaria indeterminada.

Sífilis Congénita (SC). Ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al fruto durante la gestación ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico ya se ha desarrollado, aunque el treponema puede pasar la circulación fetal desde la novena semana. Si la madre recibe tratamiento antes de la decimosexta semana es casi siempre posible que se prevenga el daño al feto y de aquí la importancia de la solicitud de pruebas no treponémicas prenatales en el primer trimestre. La SC se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar el análisis del impacto que han tenido las campañas de prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), de acuerdo a la situación actual de las tasas de morbilidad y mortalidad generadas por este tipo de enfermedades en el Departamento de Santander.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Presentar el concepto de Calidad de Vida y su relación con las teorías del Desarrollo expuestas por Amartya Sen, enfocado al sector salud.
- Realizar un análisis del comportamiento que hayan presentado las tasas de morbilidad y mortalidad de las ETS durante los últimos años, a nivel Nacional y Departamental.
- Evaluar las políticas públicas y programas relacionados con la búsqueda de la reducción de las tasas de este tipo de enfermedades, en la actual administración en el Departamento de Santander y en el Municipio del Socorro, consagrados en el Plan de Desarrollo Departamental y Municipal.

4. EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA Y SU IMPORTANCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL SECTOR SALUD

Es importante hacer énfasis en un concepto fundamental para el desarrollo del individuo, de su persona y de sus necesidades en general; el concepto de Calidad de Vida. Este concepto está relacionado en gran parte a todas las cosas que realiza el ser humano, y su importancia radica en que dependiendo de su grado de satisfacción, se pueda decir que una persona posee y goza de las condiciones necesarias de salud, educación, acceso a servicios públicos, y demás opciones que permitan que la persona se pueda desarrollar en todos los aspectos y alcanzar un nivel de vida digno y adecuado.

Hablar de calidad de vida llanamente, suena un poco abstracto. Para referirse a este concepto, hay que establecer claramente cuál es su interpretación y en qué sentido se utiliza. El mismo nace a mediados del siglo XX y con él, un vasto número de científicos que le dan diferentes interpretaciones.

Su nacimiento obedece a la problemática del desarrollo económico que incluye una creciente integración de tecnología derivada del avance científico. Se pretende atender con visión sistemática los problemas que acarrearán el progreso tecnológico, el crecimiento de la población, la dinámica de los procesos de urbanización y, en general, la búsqueda del bienestar.

Para medir la calidad de vida no se ha creado una unidad específica y con valor universal para efectuar la correspondiente evaluación. Se han propuesto variedad de alternativas para establecer el nivel de avance o retroceso con respecto al progreso de una sociedad específica, así como para fundamentar políticas de acción.

Sin embargo, “el mejoramiento de la calidad de vida” que se plantea como principal objetivo del desarrollo social, económico y cultural, pasa por la búsqueda necesaria de un equilibrio entre la cantidad de seres humanos y los recursos, así como la protección del medio ambiente, pues la evolución de la población y sus patrones de crecimiento y de distribución están incidiendo de manera alarmante en la disponibilidad de los recursos naturales y en los diferentes ámbitos del bienestar humano.

El concepto de calidad de vida tiene una interpretación muy diferente cuando lo emplean hombres cuya necesidades vitales están satisfechas, como en el caso de quienes viven en los países ricos y altamente industrializados, que cuando lo emplean otros cuya principal preocupación es cómo y dónde alimentarse el día de hoy, como sucede en los países subdesarrollados.

Para estos últimos, el desarrollo económico es urgente y prioritario para lograr un nivel material que logre satisfacer sus necesidades básicas: alimentación, vivienda, vestido, salud y educación. En el caso de los primeros, se replantea su crecimiento, intentando superar el enfoque predominantemente económico ligado a la producción de riqueza material y la ampliación del mercado a costa de los países pobres.

Las naciones atrasadas no deben imitar el proceso de desarrollo de las naciones avanzadas, sino que ambas deben reorientar sus estilos. Estas últimas, controlando su crecimiento material, buscando calidad en lugar de cantidad; y las primeras, estableciendo una conciencia global del problema y a la vez, una solución al mismo.

Durante la década de los 60 del siglo pasado, se tomaba como referente del progreso al empleo y al ingreso modesto, además de los servicios de urbanización básicos. Actualmente, estos conceptos se pierden en el espacio de los intereses

individuales propiciados por el consumismo, la pérdida de la honestidad y de otros valores, con el afán de conseguir lo superfluo. Ahora, el grado de satisfacción personal es el que marca la diferencia.

En este sentido, la calidad de vida para los ricos, se origina en los países elite, donde su base radica en el poder que generan la propiedad privada y el dinero. Los méritos individuales son la médula espinal de esta concepción. Entra también en juego todo tipo de mejoras que redundan en la vida urbana.

Es decir, la calidad de vida es medida, desde este punto de vista, como un mayor número de personas con acceso a servicios públicos como agua potable, energía eléctrica, comunicación a distancia, acceso a transporte, educación, servicio médico, y una larga lista de productos de consumo que muchas veces empobrecen más de lo que enriquecen. Tal es el caso de la telefonía celular, la televisión por cable o por satélite, los videojuegos y la renta de películas caseras.

Mediante el Producto Nacional Bruto o Producto Interno Bruto (PNB o PIB) no se puede medir, ni mucho menos comparar satisfactoriamente, los niveles de desarrollo económico ni las condiciones de vida, y mucho menos jerarquizarlas correctamente entre todos los países del mundo. La comparación sólo es posible en los grupos de países altamente semejantes.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno"².

² WHO. Constitution of the World Health Organization.

La calidad de vida de un individuo se determina a través de:

- Cuántas y cuáles son las necesidades que tiene o no satisfechas y en qué grado.
- Cuántas y cuáles de sus aspiraciones personales son factibles de ser realizadas³.

Podemos clasificar las necesidades de las personas en cuatro tipos:

- Físicas: trabajo, educación, vivienda, ingresos, etc.
- Intelectuales: aprendizaje, desarrollo y crecimiento personal, etc.
- Emocionales - sociales: relaciones, salud emocional, uso del tiempo libre, etc.
- Espirituales: auto-realización, renovación personal, sentido de trascendencia.

La calidad de vida abarca todas y cada una de estas áreas. Incluye las decisiones diarias de una persona en cada una, sus emociones respecto a las situaciones que vive y su ideal de futuro en cada dimensión. Está muy relacionada con la búsqueda del sentido que tiene nuestra vida, el cual depende de los valores, la pertenencia a una comunidad y la claridad de las metas propuestas.

En la formalidad institucional de la administración pública se entiende la calidad de vida desde tres ópticas:

a. Como aquella disponibilidad de recursos en el ámbito de las necesidades básicas (alimento, vivienda, sanidad, etc.).

Como la capacidad administrativa estatal de patrocinar la prestación de servicios básicos públicos, especialmente a los menos favorecidos. La calidad de vida es medida, desde este punto de vista, como un mayor número de personas con

³ Parreño, Alejandra. Ciencia para calidad de vida: conocimiento aplicado al bienestar.

acceso a servicios públicos como agua potable, energía eléctrica, comunicación a distancia, acceso a transporte, educación, servicio médico.

b. Como la gestión social y programática de alternativas competentes a su desarrollo en términos de justicia y equidad.

Entendido de esta manera, la calidad de vida es el producto de medidas encaminadas a garantizar el suministro y disponibilidad de recursos para cubrir necesidades en la población.

Lo cual requiere de la integración a las ciencias médicas a la Economía, la Ecología, la Antropología Cultural, la Sociología Médica, la Psicología Social y de la Personalidad, de la Actividad Nerviosa Superior, de la Inmunología y la Bioética, asociados al enfoque epidemiológico y salubrista, contribuyeron definitivamente a conformar un nuevo paradigma en las ciencias médicas, caracterizado por una concepción integracionista y sistémica de la comunidad, del hombre y de su salud⁴.

La calidad de vida depende de muchos factores, y entre ellos de dos fundamentales: la distribución de la riqueza y los ingresos, y por otro lado las oportunidades sociales. En la medida en que una sociedad pueda llegar a tener mejores niveles de distribución y mayores oportunidades sociales, en esa medida se van ampliando los márgenes para tener una calidad de vida sustentable.

Sin embargo, no se trata de procesos aislados. Para poder hablar de calidad de vida también hay que tener una sociedad que se mueve en condiciones de competitividad. Sin embargo, no es cualquier tipo de competitividad la que va a tener capacidad de generar esa calidad de vida. Debe tratarse de una

⁴ *Ibíd.*

competitividad auténtica, que genere procesos de distribución y oportunidades sociales. Por lo mismo, resulta necesario hablar de competitividad laboral. La clave estriba en una competitividad lograda, no sobre las espaldas de una fuerza de trabajo barata, mal educada, con bajos niveles de salud, sino, por el contrario, con el concurso de una fuerza de trabajo educada, con indicadores de salud altos y, además, con capacidades, habilidades y destrezas para estar en capacidad de jugar dentro de este proceso de globalización.

El factor dinámico central es el desarrollo de las capacidades de los individuos como colectividad –es decir, la capacidad social- para confrontar las dificultades, aprovechar las oportunidades, obtener logros con visión de largo alcance y generar procesos de seguridad ante el futuro.

El desarrollo consiste en la eliminación de algunos tipos de falsa libertad que dejan en los individuos pocas opciones y escasas oportunidades para ejercer su agencia razonada. La eliminación de la falta de libertades fundamentales –es lo que sostenemos aquí- es una parte del constitutivo del desarrollo⁵.

La libertad es fundamental para el proceso de desarrollo por dos razones distintas:

1) La razón de la evaluación. El progreso ha de evaluarse principalmente en función del aumento que hayan experimentado o no las libertades de los individuos.

2) La razón de la eficacia. El desarrollo depende totalmente de la libre agencia de los individuos⁶.

La relación entre la libertad individual y el desarrollo social va más allá de la conexión constitutiva por importante que ésta sea. Lo que pueden conseguir positivamente los individuos depende de las oportunidades económicas, las libertades políticas, las fuerzas sociales y las posibilidades que brindan la salud, la

⁵ Desarrollo y Libertad. Amartya Sen. Pag. 16. Prólogo

⁶ Ibíd. Pág. 20. Introducción.

educación básica y el fomento y el cultivo de las iniciativas. Los mecanismos institucionales para aprovechar estas oportunidades también dependen del ejercicio de las libertades de los individuos, a través de la libertad para participar en los individuos, a través de la libertad para participar en las decisiones sociales y en la elaboración de las decisiones públicas que impulsan el progreso de estas oportunidades⁷.

Cuando se concibe el desarrollo como libertad, hay que considerar y evaluar correctamente los argumentos tanto favorables como desfavorables. Resulta difícil pensar que es posible conseguir un proceso de notable desarrollo sin utilizar mucho los mercados, pero eso no excluye el papel de la ayuda social, la legislación o la intervención del Estado cuando pueden enriquecer –en lugar de empobrecer- la vida humana⁸.

Tipos de libertad, vistos desde una perspectiva instrumental:

1) Las libertades políticas, 2) los servicios económicos, 3) las oportunidades sociales, 4) las garantías de transparencia y 5) la seguridad protectora.

Cada uno de estos tipos de derechos y oportunidades contribuye a mejorar la capacidad general de una persona. También pueden contribuir a complementarse mutuamente. La política de los poderes públicos para fomentar las capacidades humanas y las libertades fundamentales en general puede actuar fomentando estas libertades instrumentales distintas, pero interrelacionadas.

En esta concepción del <<desarrollo como libertad>>, las libertades instrumentales están relacionadas entre sí y con los fines de la mejora de la libertad del hombre en general⁹.

⁷ Ibíd. Pág. 21. Introducción.

⁸ Ibíd. Pág. 24. Introducción.

⁹ Íbid. Pág. 27. Introducción.

Las libertades no sólo son el fin principal del desarrollo, sino que se encuentran, además, entre sus principales medios. Además de reconocer la importancia fundamental de la libertad en la realización de evaluaciones, también tenemos que comprender la notable relación empírica que existe entre los diferentes tipos de libertades. Las libertades políticas (en forma de libertad de expresión y elecciones libres) contribuyen a fomentar la seguridad económica. Las oportunidades sociales (en forma de servicios educativos y sanitarios) facilitan la participación económica. Los servicios económicos (en forma de oportunidades para participar en el comercio y la producción) pueden contribuir a generar riqueza personal general, así como recursos públicos para financiar servicios sociales. Los diferentes tipos de libertades pueden reforzarse mutuamente¹⁰.

La perspectiva basada en la libertad guarda una similitud genérica con la preocupación habitual por la <<calidad de vida>>, que también centra la atención en la forma en que transcurre la vida humana (quizá incluso en las opciones que tenemos) y no solo en los recursos o en la renta que posee una persona. Tal vez parezca que centrar la atención en la calidad de vida y en las libertades fundamentales y no sólo en la renta o la riqueza en alejarse algo de las tradiciones arraigadas en economía, y en cierto sentido lo es (sobre todo si se hacen comparaciones con algunos de los análisis más austeros que pueden encontrarse en la economía moderna y que se basan en la renta). Pero en realidad estos enfoques más amplios están en sintonía con algunos tipos de análisis que han formado parte de la economía profesional desde el principio¹¹.

Es interesante, en este contexto, referirse a algunos análisis estadísticos que han presentado recientemente Sudhir Anand y Martin Ravallion. Basándose en comparaciones internacionales, han observado que existe una correlación positiva y significativa entre la esperanza de vida y el PNB per cápita, pero que esa

¹⁰ Ibíd. Pág. 28. Introducción.

¹¹ Ibíd. Pág. 42. Cap. I La perspectiva de la libertad.

correlación actúa de manera principal a través de la influencia del PNB 1) en las rentas de los pobres concretamente y 2) en el gasto público que se realiza, sobre todo, en asistencia sanitaria. De hecho cuando solo se incluyen estas dos variables en el ejercicio estadístico, la inclusión del PNB per cápita como una influencia causal más no explica mucho más. Si se incluyen, además, la pobreza y el gasto público destinado a sanidad como variables explicativas, parece que se desvanece la conexión entre el PNB per cápita y la esperanza de vida (en el análisis de Anand y Ravallion).

Es importante hacer hincapié en que este resultado, si fuera confirmado también por otros estudios empíricos, no demostraría que el crecimiento del PNB per cápita no mejor la esperanza de vida, sino que indicaría que la conexión tiende a funcionar sobre todo a través del gasto público en asistencia sanitaria y a través del éxito de la erradicación de la pobreza. Lo esencial es que la influencia del crecimiento económico depende mucho de cómo se utilicen los frutos de ese crecimiento económico. Eso también contribuye a explicar por qué algunas economías, como Corea del Sur y Taiwan, han sido capaces de mejorar tan de prisa la esperanza de vida por medio del crecimiento económico¹².

El proceso impulsado por la política social no espera a que aumenten de manera espectacular los niveles de renta real per cápita, sino que actúa dando prioridad a la provisión de servicios sociales (especialmente asistencia sanitaria y educación básica) que reducen la mortalidad y mejoran la calidad de vida¹³.

El éxito del proceso impulsado por la política social como vía indica que un país no tiene que aguardar a ser mucho más rico (en lo que puede ser un largo período de crecimiento económico) para embarcarse en una rápida expansión de la educación y de la asistencia sanitaria básicas. Es posible aumentar enormemente la calidad de vida, aunque las rentas sean bajas, por medio de un buen programa

¹² *Ibíd.* Pág. 64. Cap. II Los fines y los medios del desarrollo.

¹³ *Ibíd.* Pág. 66-67. Cap. II Los fines y los medios del desarrollo.

de servicios sociales. El hecho de que la educación y la asistencia sanitaria también contribuyan a acelerar el crecimiento económico se suma a las razones para poner un gran énfasis en estos sistemas sociales en las economías pobres, sin tener que esperar a <<hacerse rico>> primero. El proceso impulsado por la política social es una receta para conseguir mejorar rápidamente la calidad de vida, y esto tiene una enorme importancia desde el punto de vista de la política económica, pero sigue habiendo una excelente razón para, a partir de ahí, conseguir logros más generales, entre los cuales se encuentra el crecimiento económico, así como la mejora de los aspectos habituales convencionales de la calidad de vida¹⁴.

Calidad de vida y su relación con la salud.

Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a montos

¹⁴ Ibíd. Pág. 69-70. Cap. II Los fines y los medios del desarrollo.

elevados de stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud, lleva a cuestionarse qué pasa en nuestras sociedades, en general, y en particular qué concepto de salud y definido por quién estamos usando.

Entramos en el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, como señaló el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) en la Declaración de Uruguay -en una afirmación que a casi 10 años mantiene total vigencia-, "las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones".

En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, *donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.*

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud CVRS, esencialmente incorpora la *percepción del paciente*, como una necesidad en la evaluación de

resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

La aplicación, a veces indiscriminada de nuevas tecnologías, con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad versus calidad de la vida, y el terrible dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud, ponen sobre el tapete la necesidad de conocer las opiniones de los pacientes. (¿Se siguen haciendo tratamientos pretendidamente curativos a un paciente con cáncer, fuera de estas posibilidades y aunque los efectos secundarios superen ampliamente los beneficios y deterioren la calidad de vida del paciente? ¿A quién compete esa decisión?).

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.

La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la *calidad de vida y la satisfacción del paciente*.

Se debería además analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que hace a la evaluación de la *excelencia técnica* (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la

evaluación de la *excelencia interpersonal*, basada en un manejo *científico, ético y humano de la relación médico-paciente*.

El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.

Las decisiones exclusivas en base a costos, que se vienen dando en muchos países, donde la medicina pasa a ser una mercancía, son éticamente inaceptables y desde los profesionales de la salud debería insistirse en la necesidad de tomar en cuenta los otros elementos planteados.

Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar.

Tradicionalmente, en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico (datos "objetivos"). Posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente (datos "subjetivos"). En la actualidad se intenta dejar de lado el debate "objetivo" versus "subjetivo" revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa *el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.*

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

5. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR DE LA SALUD A PARTIR DE INDICADORES

Para el desarrollo del presente capítulo se pretende presentar inicialmente un informe sobre la situación socioeconómica del Departamento de Santander y a continuación el diagnóstico del sector salud tanto a nivel nacional como departamental, enfocado a nuestro tema de análisis ETS y VIH/SIDA.

El Departamento de Santander desde 1993 es la cuarta economía de la nación con un 6.53% de participación en el PIB colombiano para el año 2006; presentando un crecimiento económico desde 1990 hasta el 2006 del 20.5%.¹⁵

Actualmente el tamaño de la economía santandereana es menor que la de Bogotá, Valle y Antioquia, pero es importante resaltar que ha venido ganando participación en el contexto nacional. Durante la última década la tasa de crecimiento compuesta de la participación del PIB de Santander estuvo a la delantera de la mayoría de los departamentos.

En cuanto al Producto Interno Bruto per Cápita, entendido como un indicador de prosperidad para la región, Santander a comienzos de la pasada década mostraba niveles similares al promedio nacional y su resultado estaba por debajo de Valle y Antioquia, siendo a precios constantes de 1994 un per cápita de \$1.684.712.

A partir de finales de los 90's el nivel de prosperidad de Santander supera a los dos departamentos mencionados, mostrando un crecimiento sostenido con un per cápita para 1999 a precios constantes de 1994 de \$2.166.885, y para el año 2005 se ubica por encima del promedio nacional con un per cápita proyectado a precios constantes de 1994 de \$2.685.558, los cuales equivalen a precios corrientes de 2005 a \$8.688.957, según el DANE.

¹⁵ Plan de Desarrollo Departamental. Cap. 4. Numeral 4.1.

Sin embargo, cuando se analiza la distribución de esta relativa riqueza bajo indicadores tales como el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el de miseria, el análisis permite inferir que existe un gran desequilibrio económico donde las brechas de desarrollo entre el Área Metropolitana de Bucaramanga y la zona rural del departamento son amplias; la Provincia de Soto con el mejor indicador con tan solo el 13.83% de NBI y provincias con indicadores tan altos como el de García Rovira con 41.43%, Vélez con 40.22%, Comunera con 32.89%, Guanentá con 29.37%, Mares 28.36%, para un promedio en Santander de NBI del 21.81%.

De igual forma, en el análisis del indicador de miseria se comprueba que en la provincia de Soto se concentra tan sólo el 3.49% de la miseria mientras que en las provincias de García Rovira (16.96%) y de Vélez (14.01%) se concentran la mayor cantidad de población en miseria del Departamento, el restante tienen una miseria cercana al 9%. Bucaramanga, presentó durante el año 2006 el nivel más bajo de pobreza extrema en Colombia con el 2.2% de la población. En el caso de la pobreza, en Bucaramanga descendió del 40.8% en junio de 2002 a 23% en junio de 2006.

Las principales actividades económicas que conforman la estructura productiva de Santander de acuerdo a las cuentas departamentales del DANE para el 2005 son sector servicios con el 30.39% de participación, seguido del industrial con un 20.95% y el agropecuario con el 12.42%.¹⁶

Comparativamente, la participación de la industria es mayor en Santander que en Colombia y el porcentaje del sector servicios es algo menor. Se considera que Santander es el 4° departamento industrial de Colombia con una participación del 10% sobre la producción nacional. Sin embargo, según la encuesta nacional manufacturera esta actividad industrial está compuesta principalmente por la

¹⁶ Plan de Desarrollo Departamental. Cap. 4. Numeral 4.1.2.

actividad de refinación en un 78.1% y las demás actividades representan el 21.9%, que son principalmente alimentos y bebidas con un 15.5%.

Se puede observar de lo anterior, el gran impacto de la refinación de petróleo en la participación de la industria santandereana. Al calcular la participación de la industria de Santander en Colombia sin tener en cuenta la refinación, pasaría de 10% A 2.5% para el año 2005.

Cuadro 1 impacto de la refinación de petróleo en la participación de la industria santandereana

No	Actividades	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Variación Porcentual 2004 -2005	Part. (%)
1	Servicios	1.606	1.582	1.618	1.646	1.663	1.680	1.703	1,4	30,39
2	Industria	650	800	813	772	935	985	1.174	19,2	20,95
3	Agropecuario, silvicultura y pesca	554	615	653	684	653	682	696	2,1	12,42
4	Construcción	297	237	263	298	320	340	362	6,4	6,46
5	Comercio	267	314	328	337	359	380	443	16,8	7,91
6	Transporte	208	208	222	249	213	319	355	11,2	6,33
7	Electricidad, gas, agua y alcantarillado	81	74	71	89	76	89	105	18,1	1,87
8	Minería	86	82	85	79	75	82	79	-2,9	1,41
9	Menos servicios de intermediación financiera medidos indirectamente	-111	-98	-105	-98	-112	-115	-116		-2,07
10	Subtotal Valor Agregado	3.639	3.813	3.949	4.057	4.249	4.442	4.802	8,1	85,69
11	Impuestos menos subvenciones sobre los productos	565	562	601	576	607	674	801	18,9	14,29
PIB TOTAL DEPARTAMENTAL		4.203	4.375	4.550	4.632	4.856	5.116	5.604	9,5	100,00

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

El Departamento de Santander es el doceavo departamento exportador, notándose un incremento del 58.37% en la variación de exportaciones entre el año 2006 y 2007. Sin embargo, Santander representa solo el 1.14% del total de exportaciones de Colombia. El mercado de nuestros productos se concentra en Venezuela (41.11%) seguido de Suiza (25.8%), Estados Unidos (13.69%), Alemania (6.28%) y Ecuador (5.12%), y está representado esencialmente por productos agropecuarios tales como carnes, café, grasas y aceites animales o vegetales, así como, el oro a Suiza.

Se pretende realizar un diagnóstico del sector salud específicamente, tomando como referencia de análisis los datos encontrados en Colombia y del departamento de Santander, de los indicadores relacionados con casos reportados de VIH/SIDA y sífilis durante el período 2005-2007.

A continuación se pretende presentar el panorama nacional encontrado durante el período 2005-2007, de casos reportados de VIH/SIDA.

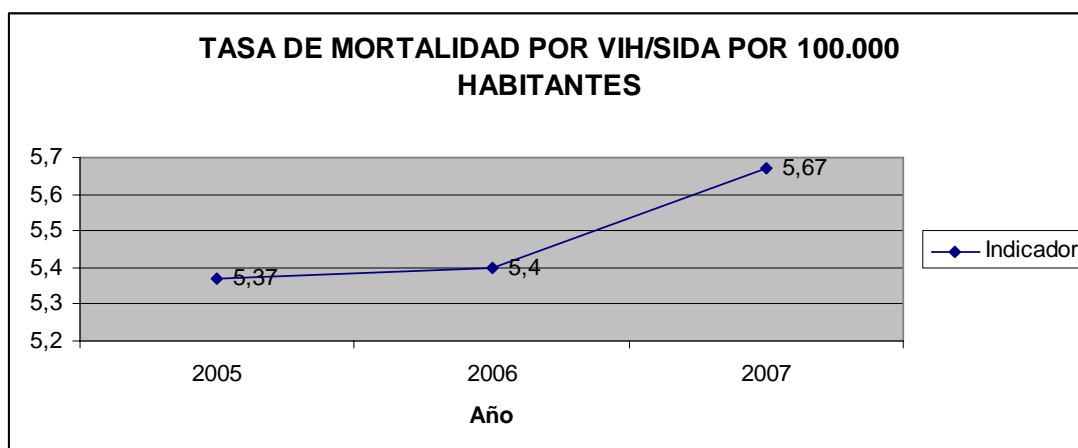
En el cuadro No. 2 y gráfico No. 1, se encuentra la tasa de mortalidad por VIH/SIDA reportado por cada 100.000 habitantes en Colombia.

Cuadro 2. Tasas de mortalidad por VIH/SIDA

TASA DE MORTALIDAD POR VIH/SIDA POR 100.000 HABITANTES			
COLOMBIA	2005	2006	2007
Indicador	5,37	5,4	5,67

Fuente: Ministerio de Protección Social

Gráfico. 1. Tasas de mortalidad por VIH/SIDA



Se encuentra que la tasa de mortalidad se mantuvo dentro de un rango entre 5,3 y 5,7 personas que murieron por VIH/SIDA por cada 100.000 habitantes en Colombia durante el período de estudio; teniendo en cuenta que a medida que avanza el tiempo la población es mayor, se podría decir que esta tasa se ha mantenido estable porque aunque incrementó año a año de igual manera lo hace la cantidad de habitantes.

En el cuadro No. 3 se presenta la definición y metodología de cálculo de la tasa de mortalidad por VIH/SIDA.

Cuadro 3. Definición y metodología de cálculo de la tasa de mortalidad por VIH/SIDA.

Nombre	Definición	Metodología de Cálculo	Fuente
Mortalidad por VIH/SIDA por 100.000 habitantes	Número total de defunciones estimadas por VIH/SIDA en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	Numerador. Número total de defunciones estimadas por VIH/SIDA en una población. Denominador: Total de la población. Unidad de Medida: Por 100.000 habitantes.	DANE

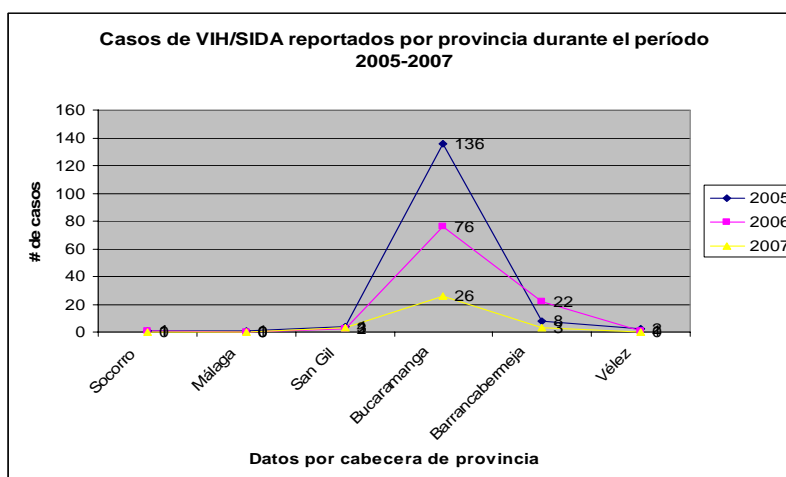
En el cuadro No. 4 y gráfico No. 2, se encuentran los casos de VIH/SIDA reportados por provincia en el Departamento de Santander durante el período 2005-2007. Los datos presentados corresponden a la capital de cada provincia.

Cuadro 4. Casos de VIH/SIDA reportados por provincia durante el período 2005-2007

Casos de VIH/SIDA reportados por provincia durante el período 2005-2007				
PROVINCIA	CAPITAL	2005	2006	2007
COMUNERA	Socorro	1	1	0
GARCÍA ROVIRA	Málaga	1	0	0
GUANENTÁ	San Gil	4	2	3
SOTO	Bucaramanga	136	76	26
MARES	Barrancabermeja	8	22	3
VÉLEZ	Vélez	2	1	0

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander

Gráfico. 2. Casos de VIH/SIDA reportados por provincia durante el período 2005-2007



A pesar de que para la capital de cada una de las provincias del Departamento de Santander, los datos son diferentes teniendo en cuenta aspectos como cantidad

de habitantes y otros, se encontró que el número de casos disminuyó año a año durante el período de estudio, lo cual es favorable para el Departamento en general.

Para Bucaramanga específicamente se presentó la mayor cantidad de casos reportados durante el período de análisis, pero esto está directamente relacionado con la cantidad de habitantes; por lo tanto el caso es similar a las demás capitales de provincia, disminuyendo año a año.

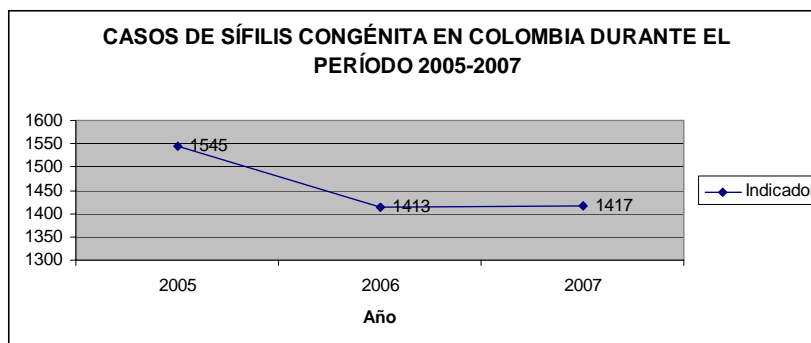
En los cuadros y gráficos presentados a continuación, se encuentra la situación de incidencia y casos de sífilis reportados durante el período 2005-2007, en Colombia y el Departamento de Santander.

Cuadro 5. Casos De Sífilis Congénita En Colombia Durante El Período 2005-2007

CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA EN COLOMBIA DURANTE EL PERÍODO 2005-2007			
COLOMBIA	2005	2006	2007
Indicador	1545	1413	1417

Fuente: Ministerio de Protección Social

Gráfico 3. Casos De Sífilis Congénita En Colombia Durante El Período 2005-2007



De acuerdo a la información presentada en el cuadro No. 5 y gráfico No. 3, el número de casos de sífilis congénita reportados para Colombia durante el período 2005-2007 presentaron una disminución de 128 casos presentados para el último año 2007; esta disminución corresponde aproximadamente a un 8,2% del valor inicial del período y el final obtenido.

A continuación en el cuadro No. 6, se amplía la información acerca de la definición y la metodología de cálculo de la tasa de sífilis congénita.

Cuadro 6. Cálculo de la tasa de sífilis congénita.

Nombre	Definición	Metodología de Cálculo	Fuente
Casos de sífilis congénita	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, según reportador por la autoridad sanitaria nacional.	Unidad de medida: casos.	Instituto Nacional de Salud.

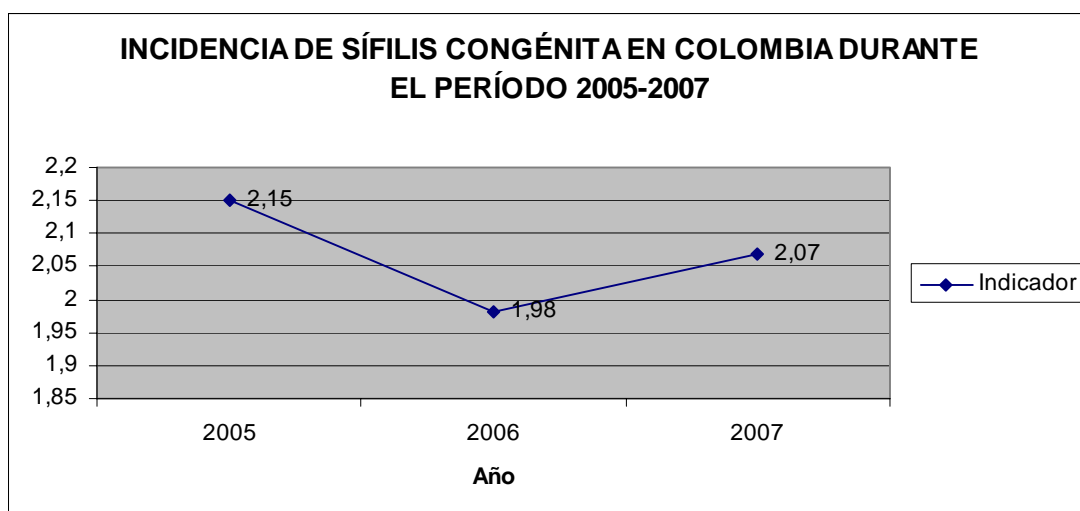
Al tomar el número de casos reportados de sífilis congénita y dividirlo por el número total de nacidos vivos, se calcula la incidencia de sífilis congénita para el mismo período; lo cual nos lleva a concluir que a pesar de que la población año a año incrementa, el indicador presentó disminución durante este período. Los datos se presentan en el cuadro No. 7 y gráfico No. 4.

Cuadro 7. Incidencia De Sífilis Congénita En Colombia Durante El Período 2005-2007

INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN COLOMBIA DURANTE EL PERÍODO 2005-2007			
COLOMBIA	2005	2006	2007
Indicador	2,15	1,98	2,07

Fuente: Ministerio de Protección Social

Gráfico 4. Incidencia De Sífilis Congénita En Colombia Durante El Período 2005-2007



Para ampliar la definición y la metodología de cálculo de este indicador se presenta la información en el cuadro No. 8.

Cuadro. 8. Casos De Sífilis Reportados En Santander Durante El Período 2005-2007

Nombre	Definición	Metodología de Cálculo	Fuente
Incidencia de sífilis congénita	Número de casos de sífilis congénita para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por número de nacidos vivos, según reportado por la autoridad sanitaria nacional.	Numerador: Casos de sífilis congénita. Denominador: Nacidos vivos unidad de medida: incidencia	Instituto Nacional de Salud.

Para el Departamento de Santander se encontró información general durante el período 2005-2007 tanto para la sífilis congénita como para la sífilis gestacional, lo cual se presenta en el cuadro No. 9 y gráfico No. 5.

Durante el año 2006 tanto para la sífilis congénita se presentó una disminución representativa del número de casos reportados, y para la sífilis gestacional por el contrario el número de casos presentó un incremento bastante significativo durante este mismo año; pero al finalizar el período de análisis en el año 2007, ambas tasas presentaron valores cercanos a los presentados para el año 2005, lo que nos lleva a concluir que el número de casos reportados tiende a permanecer estable.

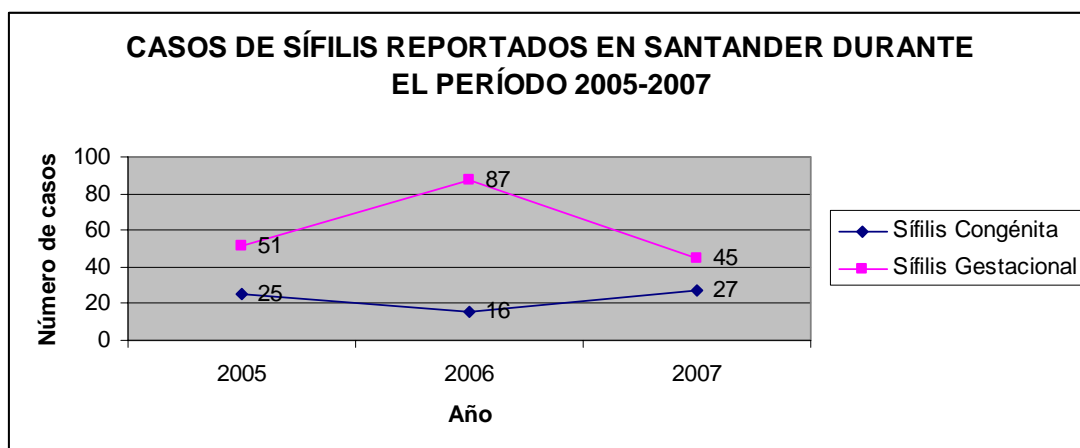
Es importante resaltar que el mayor número de casos presentados durante el período corresponde a la sífilis gestacional, es decir la que se presenta o se adquiere durante el período de embarazo, posaborto o puerperio.

Cuadro 9. Casos De Sífilis Reportados En Santander Durante El Período 2005-2007

CASOS DE SÍFILIS REPORTADOS EN SANTANDER DURANTE EL PERÍODO 2005-2007			
	2005	2006	2007
Sífilis Congénita	25	16	27
Sífilis Gestacional	51	87	45

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander

Gráfico 5. Casos De Sífilis Reportados En Santander Durante El Período 2005-2007



Es posible profundizar un poco más en los casos de sífilis presentados durante el año 2007 específicamente, para las capitales de cada una de las provincias que conforman el Departamento de Santander.

En el cuadro No. 10 y el gráfico No. 6 se presenta el panorama presentado para las cabeceras de provincia, a partir de lo cual se puede concluir que en general son pocos los casos reportados para las capitales, destacando que Bucaramanga y Barrancabermeja presentan datos representativos en relación al total presentado para el Departamento, para Bucaramanga específicamente se encontró que le corresponde aproximadamente el 44% del total de casos reportados de sífilis congénita y el 37% del total de casos de sífilis gestacional, seguido de Barrancabermeja, pero en una menor proporción.

A pesar de que el total de casos reportados para el Departamento es de 25 de sífilis congénita y 54 casos de sífilis gestacional, estos casos no fueron reportados en las capitales de provincia, por lo tanto no es posible saber en qué provincias

además de la de Soto y Mares, se encuentran represados los demás casos reportados de estos tipos de enfermedades.

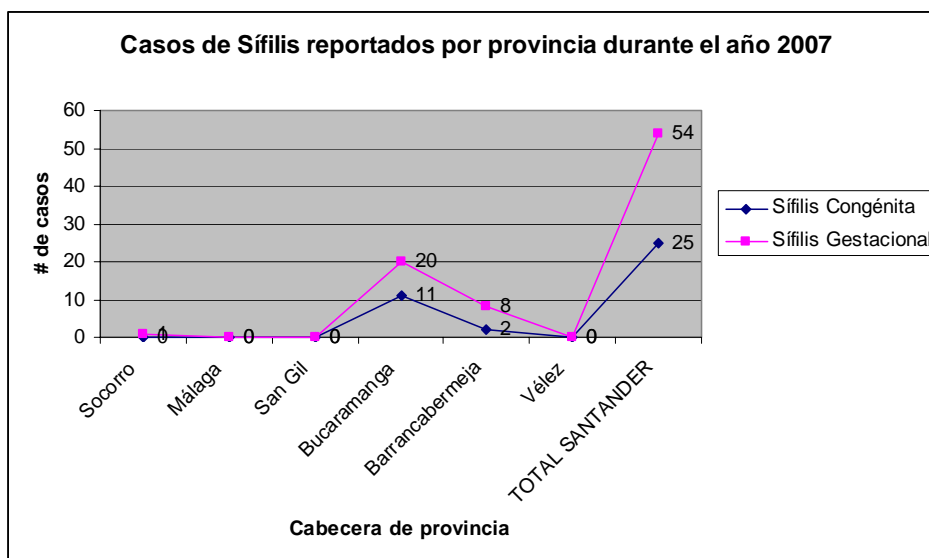
Cuadro.10. Casos de Sífilis reportados por provincia durante el año 2007

Casos de Sífilis reportados por provincia durante el año 2007			
PROVINCIA	CAPITAL	Sífilis Congénita	Sífilis Gestacional
COMUNERA	Socorro	0	1
GARCÍA ROVIRA	Málaga	0	0
GUANENTÁ	San Gil	0	0
SOTO	Bucaramanga	11	20
MARES	Barrancabermeja	2	8
VÉLEZ	Vélez	0	0
	TOTAL SANTANDER	25	54

Fuente: **SIVIGILA**

Se encuentra también que para el año 2007 el número de casos de sífilis gestacional supera en gran medida al número de casos presentados de sífilis congénita para el Departamento en general.

Gráfico. 6. Casos de Sífilis reportados por provincia durante el año 2007



La producción de bienes y servicios de un país es el principal indicador del estado de su economía. Una expansión de ella no solo permite ampliar el conjunto de

productos que pueden ser adquiridos por las personas, sino que por esta vía se incrementan las posibilidades de encontrar empleo para quienes no lo poseen y mantenerlo para los que sí; así mismo este aumento puede, como condición necesaria pero no suficiente, lograr incrementar los salarios reales y reducir la desigualdad y la pobreza. Por el contrario una disminución de la producción implica una reducción del empleo, de los salarios reales, del bienestar y el aumento de la pobreza.

El PIB es el efecto del movimiento de múltiples variables económicas y sociales y afecta directa e indirectamente el bienestar de la población.

Al valor total de la producción corriente de bienes y servicios finales dentro del territorio nacional durante un cierto período de tiempo, dividido por el valor de la población total se le denomina PIB per cápita. Es un promedio alrededor del cual pueden encontrarse más o menos dispersos los ingresos de los habitantes de un país.

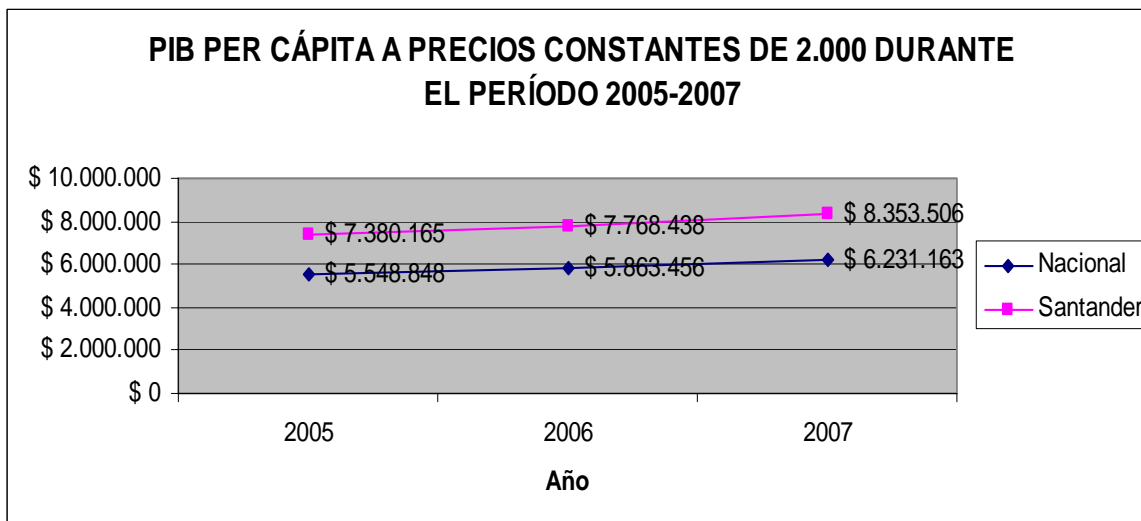
Para el análisis que estamos realizando es de gran importancia analizar el comportamiento que tuvo el PIB per cápita durante el período 2005-2007, ya que los recursos se asignan a partir de un valor per cápita y en función de la población atendida y por atender de cada entidad territorial.

Cuadro. 11. Pib Per Cápita A Precios Constantes De 2.000 Durante El Período 2005-2007

PIB PER CÁPITA A PRECIOS CONSTANTES DE 2.000 DURANTE EL PERÍODO 2005-2007			
	2005	2006	2007
Nacional	\$ 5.548.848	\$ 5.863.456	\$ 6.231.163
Santander	\$ 7.380.165	\$ 7.768.438	\$ 8.353.506

Fuente DANE

Gráfico 7. Pib Per Cápita A Precios Constantes De 2.000 Durante El Período 2005-2007



En el cuadro No. 11 y gráfico No. 7 se puede apreciar que el comportamiento del PIB per cápita durante el período de estudio fue favorable para la población en general, ya que a medida que este aumenta, de igual manera lo hacen los recursos que se asignan a la población.

Se consideró importante también analizar la relación en porcentaje que existe entre el gasto público social y el gasto público total con respecto al PIB a nivel nacional. En el cuadro No. 12 se presenta la información para los años 1990, 2000 y 2007 y un promedio por períodos distribuido para los años 1990-1999, 2000-2007 y un promedio general 1990-2007 respectivamente.

Estos promedios se encuentran distribuidos por sectores, dentro de los cuales nos interesa para el presente estudio analizar qué proporción de dicha distribución se destinó para el sector social y de este a su vez para el sector salud.

De la información recopilada y presentada en el cuadro No. 12 es posible concluir que para el período 2000-2007 que contiene nuestro período de análisis, del total del gasto público generado que correspondió al 25.1% con respecto al PIB, el 16% le correspondió al sector Social y de este el 3,1% le correspondió al sector de Salud y Seguridad Social.

En el cuadro No. 13 y gráfico No. 8 se presenta la distribución porcentual total del gasto público social con respecto al gasto público total; a partir de esta información es posible concluir que además de que el gasto destinado al sector social es mayor que el destinado a otros sectores, durante el período de análisis del presente informe es posible afirmar que este gasto aumentó año a año lo cual resulta favorable para la comunidad en general, porque al presentarse mayor inversión en este sector así mismo aumenta la inversión en el sector Salud y Seguridad Social y se incrementan las posibilidades de acceder a más y mejores oportunidades de los servicios de salud existentes.

El gasto público destinado al sector social estuvo representado por el 61,8% del total del gasto público para el año 2007, el cual finaliza nuestro período de análisis.

Cuadro 12. Gasto Público social y Gasto Público Total 1990, 2.000 y 2.007

GASTO PUBLICO SOCIAL Y GASTO PUBLICO TOTAL, 1990, 2000 Y 2007						
(Porcentajes con respecto al PIB)						
Sector	1990	2000	2007	Partic. PIB % prom		
				1990-99	2000-07	1990-07
Social	9,3	13,8	18,4	12,0	16,0	13,8
Agua potable y saneamiento básico	0,1	0,4	0,0	0,3	0,1	0,2
Cultura, recreación y deporte	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Educación	2,4	2,9	4,2	3,0	4,0	3,4
Transferencias de la nación	1,6	2,3	2,8	2,0	2,9	2,4
Otros aportes presupuesto nacional	0,8	0,5	1,4	1,0	1,0	1,0
Salud y seguridad social	2,4	2,9	3,0	3,2	3,1	3,2
Transferencias de la nación	0,4	1,1	1,2	0,8	1,3	1,0
Seguridad social - Salud	1,1	1,0	0,5	1,4	0,8	1,1
Aportes presupuesto nacional- entidades	0,8	0,8	1,3	1,0	1,0	1,0
Empleo y seguridad social	2,1	5,7	8,1	3,3	6,7	4,8
Seguridad social - pensiones	1,8	4,2	5,2	2,8	4,7	3,6
Trabajo y empleo	0,3	1,5	3,0	0,5	2,0	1,2
Gasto social rural	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2
Atención a la niñez (ICBF)	0,4	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5
Vivienda social	0,5	0,4	0,6	0,4	0,4	0,4
Participación propósito general (Ley 715/01)	0,8	1,0	0,8	0,8	0,8	0,8
Asignaciones especiales (Ley 715/01)	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1
Otras entidades sector social	0,2	0,0	0,6	0,2	0,2	0,2
Demás sectores 1/	6,6	9,3	11,3	7,5	9,1	8,2
Total gasto público (ejecución PGN)	15,8	23,1	29,7	19,6	25,1	22,0

1/ Comprende: justicia, defensa y seguridad, infraestructura, agricultura, medio ambiente, industria y comercio, ciencia y tecnología, administración del Estado y entidades de control administrativo.

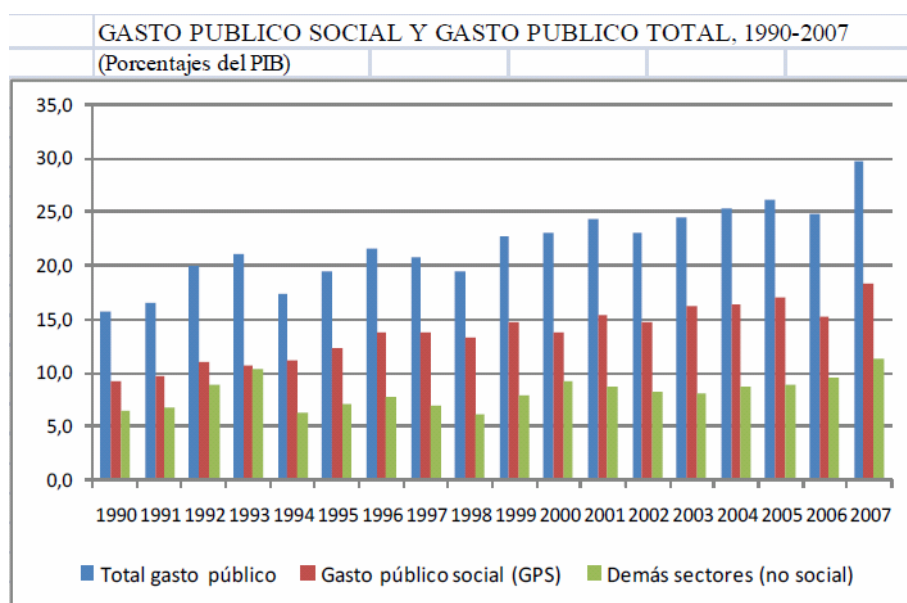
Fuente: Colombia-Gasto Social. Cuenta de la Seguridad Social de Colombia.

Cuadro 13. Distribución Porcentual del gasto Público Social

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO PUBLICO SOCIAL			
1990, 2000 y 2007			
(Porcentajes de participación)			
Sector / componentes	Participaciones %		
	1990	2000	2007
Empleo y seguridad social	22,4	41,0	44,1
Educación	26,2	20,7	22,6
Salud y seguridad social	25,5	20,9	16,4
Atención a la niñez (ICBF)	4,7	3,7	3,8
Vivienda social	5,7	2,6	3,4
Resto de componentes GPS	15,5	11,2	9,7
Total GPS	100,0	100,0	100,0
Social	58,5	59,9	61,8
Demás sectores	41,5	40,1	38,2
Total gasto público (ejecución PGN)	100,0	100,0	100,0

Fuente: Colombia-Gasto Social. Cuenta de la Seguridad Social de Colombia.

Gráfico 8. Gasto Público Social y Gasto Público total 1.990, 2.007



Fuente: Colombia-Gasto Social. Cuenta de la Seguridad Social de Colombia.

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las enfermedades de transmisión sexual son una prioridad política, dado su impacto en el desarrollo social del país, evidenciado en la pérdida de años de vida potenciales de la población entre los 14 a 44 años de edad, la desigualdad en las oportunidades de diagnóstico y tratamiento de la población colombiana, los riesgos atribuidos a la variabilidad de los comportamientos y las percepciones de riesgo individuales y poblacionales por zonas geográficas.

Es por ello, que el Estado asumiendo la misión de promover el bienestar social de la población, deberá incorporar dentro de las políticas de promoción de la salud y prevención de las ETS/VIH/SIDA, estrategias de alto impacto poblacional acordes con las tendencias sociales y del conflicto armado que se vive en el país. El abordaje de grupos de riesgo identificados y de la población general debe permitir el control de estas enfermedades.

Según la clasificación de la epidemia de VIH-SIDA establecida por la Organización Mundial de la Salud, Colombia está dentro del conjunto de países con Prevalencia Concentrada en algún grupo con prácticas de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) mayor o igual a 5%, pero menor a 1% en población general (medida en mujeres embarazadas).

La meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 es mantener la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en población entre 15 y 49 años; a fines de 1999 y con base en los reportes de ONUSIDA, la prevalencia general estimada para Colombia era de 0,49%. Según el VI Estudio Nacional Centinela

(2003), la prevalencia de infección en el grupo de 15 a 49 años era de 0,67%, que representa un total de 171.504 casos.

Aunque la prevalencia en las mujeres aumentó y la razón hombre-mujer bajó de 11.2 (1998) a 2.8 (2004) y 1.8 (2007), no puede afirmarse que en Colombia la epidemia esté generalizada.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países. Las complicaciones afectan principalmente a mujeres y niños. En el caso de la sífilis, ésta puede afectar a la mujer gestante y transmitirle al feto. Se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo.

La sífilis gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública por su gravedad, y representa una falla del sistema de salud, por lo que se requiere evaluarlo de manera exhaustiva en lo local y lo central.

Entre los factores que contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita cabe destacar la falta de percepción de algunos proveedores de salud de que la sífilis materna y la congénita pueden tener consecuencias graves, las barreras al acceso a los servicios de control prenatal, y el estigma y la discriminación relacionados con las enfermedades de transmisión sexual.

Para analizar el tema específico del presente trabajo, en lo referente a ETS y el VIH/SIDA, de acuerdo al enfoque que se le ha dado desde los compromisos de las Administraciones gubernamentales, es necesario tomar como referencia lo que se ha presentado como tareas y metas por cumplir; toda vez que la tarea del

cumplimiento efectivo de los ODM dependen de muchos factores, y para lograrlas se requiere más que el crecimiento económico sostenido: es preciso redistribuir los ingresos y, sobre todo, aplicar políticas estatales precisas que permitan reducir la brecha de exclusión. Es decir, se necesitan políticas públicas que articulen bajo objetivos comunes las políticas económicas, sociales y medioambientales. Dentro de ellas, destacan las políticas públicas vinculadas con el ámbito de la salud.

Uno de los escenarios centrales de la construcción social de la salud y el entorno más cercano a las personas donde se deciden y aplican políticas públicas son los departamentos y municipios. Estos gobiernos tienen responsabilidades que abarcan casi todos los aspectos relacionados con el bienestar y la calidad de vida de las personas; es decir, con los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo de la enfermedad. Además, el departamento y el municipio son espacios geopolíticos definidos y con un ámbito de actuación establecido.

Para esto se sintetizó la información acerca de los compromisos adquiridos; teniendo como base los programas generados a través del Plan de Desarrollo Municipal y Departamental; y los indicadores que se propusieron a cumplir como meta para el período de gobierno. La información del Plan de Desarrollo del Departamento de Santander se encuentra en el cuadro No. 14 y para el Municipio del Socorro se presenta en el cuadro No. 15.

A partir de los compromisos que se adquirieron desde la creación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, y teniendo en cuenta que para el tema de nuestro trabajo que está enfocado principalmente a la disminución de las tasas generadas por las ETS, VIH/SIDA y Sífilis específicamente, se encuentra el ODM Número 6 que es Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Las metas generadas desde este objetivo, a nivel Universal y a Nivel Nacional se encuentran plasmadas en el cuadro No. 14.

Cuadro 14. Nivel Universal y a Nivel Nacional

OBJETIVO DEL MILENIO	META UNIVERSAL	META NACIONAL
<p align="center">Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades</p>	<p align="center">Detener y comenzar a reducir, para 2015, la propagación de la epidemia del VIH/SIDA</p>	<p>Para 2015, haber mantenido la prevalencia de la infección por debajo de 1,2% en población de 15 a 49 años.</p>
		<p>Establecer una línea de base en el quinquenio 2005-2010 para lograr medir la mortalidad por VIH/SIDA y reducirla en 20% durante el quinquenio 2010-2015.</p>
		<p>Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre/hijo durante el quinquenio 2010-2015, en comparación con el quinquenio 2005-2010.</p>
		<p>Para 2010, aumentar en 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran, y para 2015, elevar esta cobertura en 30%.</p>

Fuente: Plan de Desarrollo de Santander

La Administración Departamental generó compromisos específicos para desarrollar durante el cuatrienio; estos están incluidos en el Plan de Desarrollo Departamental PDD, dentro de la LÍNEA ESTRATÉGICA SANTANDER SANO y los programas de Prestación de Servicios y Salud Pública. Cada programa contiene su objetivo fundamental y la información relacionada con las metas y su correspondiente indicador. Es posible afirmar que se adquirió un gran compromiso en lo relacionado a campañas de prevención, y generación de programas en general que ayuden a educar a la población y a contrarrestar de alguna manera la incidencia de las tasas generadas por VIH/SIDA en el Departamento de Santander. Esta información se encuentra en el cuadro No. 15.

Cuadro 15. Línea Estratégica: Santander Sano

LÍNEA ESTRATÉGICA: SANTANDER SANO		
META/INDICADORES	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
Controlar o mantener la prevalencia de infección por VIH. Indicador: Tasa de incidencia de VIH de transmisión perinatal (vertical)	0.5	0.5
PROGRAMA: PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Objetivo: Mantener la prestación de servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población santandereana.		
Desarrollar dos campañas anuales de promoción y prevención de las principales patologías que aquejan a los grupos étnicos tales como enfermedades cardiovasculares, glaucoma, cataratas, enfermedades tropicales, mentales, ETS, VIH Sida, salud sexual y reproductiva. Indicador: No. de campañas realizadas.	0	2
Incluir 100 mujeres de grupos étnicos/año en programas de atención de salud sexual y reproductiva, embarazos no deseados en adolescentes y ETS, VIH/Sida. Indicador: No. de personas incluidas.	0	1000
PROGRAMA: SALUD PÚBLICA		
Objetivo: Mantener la Salud de los santandereanos a través de procedimientos, intervenciones y actividades dirigidas a promoción de la salud y calidad de vida, prevención y control de los riesgos y daños en Salud, complementarios con las acciones de promoción, prevención y atención del Plan Obligatorio en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.		
Seguimiento y evaluación al 100% de los municipios en los indicadores de cumplimiento de la norma técnica de detección del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas del cuello.	100%	100%

LÍNEA ESTRATÉGICA: SANTANDER SANO		
META/INDICADORES	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
Implementar en el 100% de los municipios estrategias de IEC por medios masivos y alternativos, y formulación de políticas para la promoción de los servicios de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestantes. Indicador: Porcentaje de municipios que desarrollan acciones de IEC y formulación de políticas públicas para la promoción de los servicios de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestantes.	50%	100%
Realizar auditoría en el 100% de los municipios al suministro de tratamiento a mujeres embarazadas y leche de fórmula a los recién nacidos para reducir la transmisión perinatal del VIH a cargo de las EPS Y DTS en población no afiliada. Indicador: Porcentaje de municipios con auditoría al suministro de tratamiento a mujeres embarazadas y fórmula láctea de reemplazo.	50%	100%
Desarrollar en un 100% el modelo de gestión programática del VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Indicador: porcentaje de JPS y aseguradoras con el plan de respuesta y el modelo de gestión programática del VIH y guía de atención integral implementada.	0%	100%

Fuente: Plan de Desarrollo de Santander

El Municipio del Socorro, presenta dentro de su Plan de Desarrollo el EJE ESTRATÉGICO: REDUCCIÓN DE LA POBREZA, PROMOCIÓN DEL EMPLEO Y LA EQUIDAD, y este a su vez en la dimensión social presenta dos programas específicos relacionados con el tema de estudio, programa de Salud Pública y Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales; estos programas presentan a su vez, las metas e indicadores que se generaron como compromisos desde la Administración Municipal a cumplirse durante el período 2008-2011. Esta información se encuentra en el cuadro No. 16.

Cuadro 16. Eje Estratégico: Reducción De La Pobreza, Promoción Del Empleo Y La Equidad

EJE ESTRATÉGICO: REDUCCIÓN DE LA POBREZA, PROMOCIÓN DEL EMPLEO Y LA EQUIDAD				
DIMENSIÓN SOCIAL				
SECTOR SALUD				
PROGRAMA	METAS	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALOR ESPERADO
Salud Pública	Establecer una estrategia de la red social para la promoción y garantía del derecho responsable de la sexualidad en deberes y derechos de salud sexual y reproductiva.	No. de estrategias establecidas	0	1
	Realizar un programa de asistencia, seguimiento y evaluación de la estrategia de la red social en salud sexual y reproductiva.	No. de programas realizados para el seguimiento y evaluación de la estrategia de la red social en salud sexual y reproductiva.	0	1
	Realizar 4 campañas de IEC sobre prueba voluntaria de VIH en gestantes.	No. de campañas de IEC sobre prueba voluntaria en VIH en gestantes.	0	4
	Realizar 200 pruebas voluntarias de VIH en gestantes	No. de pruebas voluntarias de VIH en gestantes realizadas	0	200

EJE ESTRATÉGICO: REDUCCIÓN DE LA POBREZA, PROMOCIÓN DEL EMPLEO Y LA EQUIDAD				
DIMENSIÓN SOCIAL				
SECTOR SALUD				
Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales, tales, (Desplazados, Discapacitados, Adulto mayor, gestantes, población adolescente y joven) ATENCIÓN A GRUPOS VULNERABLES	Diagnóstico temprano de VIH mediante el Test específico para 1.000 jóvenes durante el Cuatrenio.	Número de pruebas aplicadas a jóvenes, para diagnóstico temprano de VIH	200	1.000

Fuente: Plan de Desarrollo del Municipio de Socorro

Se enfocan los compromisos al VIH/SIDA, para lo cual se presentan como metas la realización de campañas de concientización y educación sobre el tema a la población, desde las aulas de clase. Estrategias para la promoción sobre los derechos que tiene la comunidad, en el tema de salud sexual y reproductiva; y realización de pruebas a la población en general y específicamente a la población gestante de manera voluntaria.

El compromiso para buscar formas de disminuir una realidad como la que actualmente se presenta a nivel mundial en cuanto a las tasas de mortalidad por ETS, como el VIH/SIDA y la sífilis; se genera a partir de muchas entidades tanto a nivel nacional como internacional. Entidades como ONUSIDA a nivel nacional generan campañas de prevención y de educación a la población. En este trabajo nos interesa presentar el compromiso generado desde la Administración del Municipio del Socorro, y evidencias de algunas de las campañas y compromisos que se generaron y se propusieron a realizar durante el período 2008-2011.

Dentro de las evidencias encontramos talleres de capacitación realizados por la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN del Socorro, de capacitación hacia los jóvenes, generados a través del Plan de Salud Pública del Municipio (Anexo 1).

Como Anexo 2, se presenta un Acta de compromisos generada en diciembre de 2009 en el Municipio del Socorro, para el fortalecimiento sobre la política de Salud Sexual y Reproductiva; donde se abordan las prioridades a desarrollar tanto por la Secretaría de Salud Departamental, como por la Administración Municipal.

También encontramos evidencia sobre campaña realizada para la prevención del SIDA en el municipio de Socorro (Anexo 3).

Por último en el Anexo 4, se presenta el cuarto informe de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio de Socorro, durante el año 2009.

BIBLIOGRAFÍA

- SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*, Barcelona: Planeta, 2000.
- PNUD. El Departamento de Santander, frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2008.
- OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. Diagnóstico de salud en Santander, 2006.
- GOBERNACIÓN DE SANTANDER. Plan de Desarrollo Departamental 2008-2011.
- ALCADÍA MUNICIPAL SOCORRO, SANTANDER. Plan de Desarrollo del Municipio del Socorro, 2008-2011.
- OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. Informe Epidemiológico de Santander.
- OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. Situación de Salud en Santander, indicadores básicos 2007.
- <http://www.profamilia.org.co/portal/>
- http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/
- <http://www.banrep.gov.co/>

- <http://www.santander.gov.co/>
- <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/>
- <http://www.asivamosensalud.org/>
- <http://www.unicef.org.co/>
- <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/home.asp>
- <http://www.camaradirecta.com/>
- <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml>

ANEXOS

NOMBRE DEL PROYECTO		Indicador Producto del Proyecto				IMPACTO ESPERADO	PONDERACION
Mezcla de Producto Anual		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	IMPACTO ESPERADO	PONDERACION
<p>DESCRIPCION ESTRATEGIA O ACTIVIDADES DEL PROYECTO</p> <p>FORTALECIMIENTO A TRAVES DE CAPACITACIONES A LOS INTEGRANTES DE LA RED SOCIAL DE APOYO DEL MUNICIPIO. SOBRE LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A LA RISA, A EPS.</p> <p>IDENTIFICAR MOTIVAR REMITIR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FERTIL PARA QUE ASISTAN AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN COORDINACION CON LA ESE - EPS. MEDIANTE UNA POLITICA PUBLICA DISEÑADA Y APLICADA EN EL MUNICIPIO</p> <p>SENSIBILIZACION A JOVENES DE PROYECTO SOBRE EL MODELO DE SERVICIO AMIGABLE PARA JOVENES</p> <p>IDENTIFICAR E INDUCIR A LAS MUJERES HACIA LOS SERVICIOS DE DETECCION Y ALTERACIONES DEL EMBARAZO ATENCION DEL PARTO Y RECIBEN NACIDO</p> <p>ESTRATEGIA DE INFORMACION Y COMUNICACION A GESTANTES DEL MUNICIPIO DANDO A CONOCER LOS SIGNOS DE EMBARAZO MEDIANTE VISITAS DE SERVICIO AMIGABLE A LOS TALLERES DE CAPACITACION A LAS MUJERES GESTANTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES PARA PREVENIR LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO. A LOS SERVICIOS DE TAMIZAJE DE DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO PARA EL CANCER DE CUELLO UTERINO. PROMOCION DEL SERVICIO AMIGABLE PARA LA DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN AMBIENTOS COTIDIANOS</p>		<p>ACTUALIZACION DE LOS CONVOCATORIAS POR LA SSD PARA CAPACITACION, FORTALECIMIENTO DE LAS REDES COMUNITARIAS</p> <p>REALIZAR DEMANDA INDUCIDA A TRAVES DE ESTRATEGIAS IEC (CUNAS RADIALES) REMITIR Y HACER SEGUIMIENTO DEL IMPACTO A TRAVES DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL</p> <p>IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SERVICIO AMIGABLE PARA JOVENES</p> <p>DEMANDA INDUCIDA POR MEDIOS DE COMUNICACION BUSQUEDA ACTIVA DE PRODUCCION OBJETIVO DEL SERVICIO AMIGABLE PARA JOVENES</p> <p>ESTRATEGIAS IEC PARA PROMOVER LA ATENCION OPORTUNA Y ASISTENCIA AL SERVICIO. INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>BUSQUEDA ACTIVA DE Poblacion objetivo en zona urbana y rural.</p> <p>DEMANDA INDUCIDA POR ESTRATEGIAS IEC BUSQUEDA ACTIVA DE INASISTENTES A SERVICIO, REMISION Y SEGUIMIENTO INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA Y ESTRATEGIAS REALIZADAS PARA LA ENTREGA DE RESULTADO POR MEDIO DE IEC</p>	<p>PARTICIPAR DE LAS CONVOCATORIAS POR LA SSD PARA CAPACITACION, FORTALECIMIENTO DE LAS REDES COMUNITARIAS</p> <p>REALIZAR DEMANDA INDUCIDA A TRAVES DE ESTRATEGIAS IEC (CUNAS RADIALES) REMITIR Y HACER SEGUIMIENTO DEL IMPACTO A TRAVES DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL</p> <p>IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SERVICIO AMIGABLE PARA JOVENES</p> <p>DEMANDA INDUCIDA MEDIANTE VISITAS DOMICILIARIAS A INASISTENTES AL SERVICIO. INFORME MENSUAL AL PROGRAMA</p> <p>REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA Y DESARROLLO DE TALLERES EN EL AREA URBANA (HORAS COMO MINIMO) ANEXAR FICHA TECNICA PLANILLA DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO</p> <p>VISITAS DOMICILIARIAS Y BUSQUEDA ACTIVA DE INASISTENTES AL SERVICIO, REMISION Y SEGUIMIENTO. INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA Y ESTRATEGIAS REALIZADAS PARA LA ENTREGA DE RESULTADO POR MEDIOS DE COMUNICACION</p>	<p>3 REUNION DE SENSIBILIZACION, SEGUIMIENTO Y FORTALECIMIENTO SOBRE LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A EQUIPOS DE SALUD RED PUBLICA Y PRIVADA Y DESEMPEÑO DE LA RED SOCIAL</p> <p>CONVOCATORIA DE LA COMUNIDAD ADOLESCENTE DEL MUNICIPIO A PARTICIPAR EL 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2018 DEL MATERIAL DE APOYO Y CELEBRACION DE DIA DE DEMANDA INDUCIDA MEDIANTE ESTRATEGIAS IEC (VOLANTES Y AFICHES) PARA CONVOCAR Poblacion INASISTENTE AL SERVICIO INFORME MENSUAL AL PROGRAMA</p> <p>PROMOVER LA ASISTENCIA AL SERVICIO POR MEDIO DE IEC. INFORME DE EVALUACION AL SERVICIO Y A ESTRATEGIAS UTILIZADAS, PLAN DE MEJORAMIENTO E INFORME</p> <p>CONVOCATORIA Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA Y DESARROLLO DE TALLERES EN EL AREA URBANA (HORAS COMO MINIMO) ANEXAR FICHA TECNICA PLANILLA DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO</p> <p>ESTRATEGIAS IEC PARA CONVOCAR A LA Poblacion INASISTENTE AL SERVICIO, REMISION Y SEGUIMIENTO. INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA Y ESTRATEGIAS REALIZADAS PARA LA ENTREGA DE RESULTADO POR MEDIOS DE COMUNICACION</p>	<p>1 REUNION DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO SOBRE LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A EQUIPOS DE SALUD RED PUBLICA Y PRIVADA Y DESEMPEÑO DE LA RED SOCIAL</p> <p>REALIZAR DEMANDA INDUCIDA A TRAVES DE ESTRATEGIAS IEC (VOLANTES Y AFICHES) REMITIR Y HACER SEGUIMIENTO, EVALUAR EL IMPACTO A TRAVES DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL</p> <p>CONVOCATORIA DE LA COMUNIDAD ADOLESCENTE DEL MUNICIPIO A PARTICIPAR EL 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2018 DEL MATERIAL DE APOYO Y CELEBRACION DE DIA DE DEMANDA INDUCIDA MEDIANTE ESTRATEGIAS IEC (VOLANTES Y AFICHES) PARA CONVOCAR Poblacion INASISTENTE AL SERVICIO INFORME MENSUAL AL PROGRAMA</p> <p>PROMOVER LA ASISTENCIA AL SERVICIO POR MEDIO DE IEC. INFORME DE EVALUACION AL SERVICIO Y A ESTRATEGIAS UTILIZADAS, PLAN DE MEJORAMIENTO E INFORME</p> <p>CONVOCATORIA Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA Y DESARROLLO DE TALLERES EN EL AREA URBANA (HORAS COMO MINIMO) ANEXAR FICHA TECNICA PLANILLA DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO</p> <p>ESTRATEGIAS IEC PARA CONVOCAR A LA Poblacion INASISTENTE AL SERVICIO, REMISION Y SEGUIMIENTO. INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>INFORME DE EVALUACION DE LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS</p>	<p>RED SOCIAL OPERANDO</p> <p>DISMINUIR EMBARAZO EN MENORES DE EDAD</p> <p>SERVICIO AMIGABLE PUNCIANDO</p> <p>DISMINUIR MORTALIDAD PERINATAL</p> <p>ATENCIÓN OPORTUNA USUARIAS CON CITOLOGÍA POSITIVA Y TERMINACIÓN</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>
<p>Mezcla de Producto Anual</p> <p>IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SERVICIO AMIGABLE PARA JOVENES</p> <p>IDENTIFICAR E INDUCIR A LAS MUJERES HACIA LOS SERVICIOS DE DETECCION Y ALTERACIONES DEL EMBARAZO ATENCION DEL PARTO Y RECIBEN NACIDO</p> <p>ESTRATEGIA DE INFORMACION Y COMUNICACION A GESTANTES DEL MUNICIPIO DANDO A CONOCER LOS SIGNOS DE EMBARAZO MEDIANTE VISITAS DE SERVICIO AMIGABLE A LOS TALLERES DE CAPACITACION A LAS MUJERES GESTANTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES PARA PREVENIR LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO. A LOS SERVICIOS DE TAMIZAJE DE DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO PARA EL CANCER DE CUELLO UTERINO. PROMOCION DEL SERVICIO AMIGABLE PARA LA DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN AMBIENTOS COTIDIANOS</p>		<p>ACTUALIZACION DE LOS CONVOCATORIAS POR LA SSD PARA CAPACITACION, FORTALECIMIENTO DE LAS REDES COMUNITARIAS</p> <p>REALIZAR DEMANDA INDUCIDA A TRAVES DE ESTRATEGIAS IEC (CUNAS RADIALES) REMITIR Y HACER SEGUIMIENTO DEL IMPACTO A TRAVES DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL</p> <p>IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SERVICIO AMIGABLE PARA JOVENES</p> <p>DEMANDA INDUCIDA POR MEDIOS DE COMUNICACION BUSQUEDA ACTIVA DE PRODUCCION OBJETIVO DEL SERVICIO AMIGABLE PARA JOVENES</p> <p>ESTRATEGIAS IEC PARA PROMOVER LA ATENCION OPORTUNA Y ASISTENCIA AL SERVICIO. INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>BUSQUEDA ACTIVA DE Poblacion objetivo en zona urbana y rural.</p> <p>DEMANDA INDUCIDA POR ESTRATEGIAS IEC BUSQUEDA ACTIVA DE INASISTENTES A SERVICIO, REMISION Y SEGUIMIENTO INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA Y ESTRATEGIAS REALIZADAS PARA LA ENTREGA DE RESULTADO POR MEDIO DE IEC</p>	<p>PARTICIPAR DE LAS CONVOCATORIAS POR LA SSD PARA CAPACITACION, FORTALECIMIENTO DE LAS REDES COMUNITARIAS</p> <p>REALIZAR DEMANDA INDUCIDA A TRAVES DE ESTRATEGIAS IEC (CUNAS RADIALES) REMITIR Y HACER SEGUIMIENTO DEL IMPACTO A TRAVES DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL</p> <p>IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SERVICIO AMIGABLE PARA JOVENES</p> <p>DEMANDA INDUCIDA MEDIANTE VISITAS DOMICILIARIAS A INASISTENTES AL SERVICIO. INFORME MENSUAL AL PROGRAMA</p> <p>REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA Y DESARROLLO DE TALLERES EN EL AREA URBANA (HORAS COMO MINIMO) ANEXAR FICHA TECNICA PLANILLA DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO</p> <p>VISITAS DOMICILIARIAS Y BUSQUEDA ACTIVA DE INASISTENTES AL SERVICIO, REMISION Y SEGUIMIENTO. INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA Y ESTRATEGIAS REALIZADAS PARA LA ENTREGA DE RESULTADO POR MEDIOS DE COMUNICACION</p>	<p>3 REUNION DE SENSIBILIZACION, SEGUIMIENTO Y FORTALECIMIENTO SOBRE LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A EQUIPOS DE SALUD RED PUBLICA Y PRIVADA Y DESEMPEÑO DE LA RED SOCIAL</p> <p>CONVOCATORIA DE LA COMUNIDAD ADOLESCENTE DEL MUNICIPIO A PARTICIPAR EL 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2018 DEL MATERIAL DE APOYO Y CELEBRACION DE DIA DE DEMANDA INDUCIDA MEDIANTE ESTRATEGIAS IEC (VOLANTES Y AFICHES) PARA CONVOCAR Poblacion INASISTENTE AL SERVICIO INFORME MENSUAL AL PROGRAMA</p> <p>PROMOVER LA ASISTENCIA AL SERVICIO POR MEDIO DE IEC. INFORME DE EVALUACION AL SERVICIO Y A ESTRATEGIAS UTILIZADAS, PLAN DE MEJORAMIENTO E INFORME</p> <p>CONVOCATORIA Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA Y DESARROLLO DE TALLERES EN EL AREA URBANA (HORAS COMO MINIMO) ANEXAR FICHA TECNICA PLANILLA DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO</p> <p>ESTRATEGIAS IEC PARA CONVOCAR A LA Poblacion INASISTENTE AL SERVICIO, REMISION Y SEGUIMIENTO. INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA Y ESTRATEGIAS REALIZADAS PARA LA ENTREGA DE RESULTADO POR MEDIOS DE COMUNICACION</p>	<p>1 REUNION DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO SOBRE LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A EQUIPOS DE SALUD RED PUBLICA Y PRIVADA Y DESEMPEÑO DE LA RED SOCIAL</p> <p>REALIZAR DEMANDA INDUCIDA A TRAVES DE ESTRATEGIAS IEC (VOLANTES Y AFICHES) REMITIR Y HACER SEGUIMIENTO, EVALUAR EL IMPACTO A TRAVES DE SEGUIMIENTO TRIMESTRAL</p> <p>CONVOCATORIA DE LA COMUNIDAD ADOLESCENTE DEL MUNICIPIO A PARTICIPAR EL 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2018 DEL MATERIAL DE APOYO Y CELEBRACION DE DIA DE DEMANDA INDUCIDA MEDIANTE ESTRATEGIAS IEC (VOLANTES Y AFICHES) PARA CONVOCAR Poblacion INASISTENTE AL SERVICIO INFORME MENSUAL AL PROGRAMA</p> <p>PROMOVER LA ASISTENCIA AL SERVICIO POR MEDIO DE IEC. INFORME DE EVALUACION AL SERVICIO Y A ESTRATEGIAS UTILIZADAS, PLAN DE MEJORAMIENTO E INFORME</p> <p>CONVOCATORIA Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA Y DESARROLLO DE TALLERES EN EL AREA URBANA (HORAS COMO MINIMO) ANEXAR FICHA TECNICA PLANILLA DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO</p> <p>ESTRATEGIAS IEC PARA CONVOCAR A LA Poblacion INASISTENTE AL SERVICIO, REMISION Y SEGUIMIENTO. INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA</p> <p>INFORME DE EVALUACION DE LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS</p>	<p>RED SOCIAL OPERANDO</p> <p>DISMINUIR EMBARAZO EN MENORES DE EDAD</p> <p>SERVICIO AMIGABLE PUNCIANDO</p> <p>DISMINUIR MORTALIDAD PERINATAL</p> <p>ATENCIÓN OPORTUNA USUARIAS CON CITOLOGÍA POSITIVA Y TERMINACIÓN</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>

TRATAMIENTO	IMPACTO DE PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTOS DEFINITIVOS SEGUN PREVALENCIA DE MUNICIPIOS DE PROVINCIA	DESARROLLO EDUCATIVO EXPERIENCIAS DE VIDA CON CANCER	BUSQUEDA ACTIVA DE POBLACION OBJETO EN ZONA URBANA Y RURAL	BUSQUEDA ACTIVA DE POBLACION OBJETO EN ZONA URBANA Y RURAL	BUSQUEDA ACTIVA DE POBLACION OBJETO EN ZONA URBANA Y RURAL	FORO EDUCATIVO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE LA CITOLOGIA PARA IDENTIFICAR ANOMALIAS EN LAS CÉLULAS MAMARIAS DIRIGIDO A MADRES	FORO EDUCATIVO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE LA CITOLOGIA PARA IDENTIFICAR ANOMALIAS EN LAS CÉLULAS MAMARIAS DIRIGIDO A MADRES	TRATAMIENTO	IMPACTO DE PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTOS DEFINITIVOS SEGUN PREVALENCIA DE MUNICIPIOS DE PROVINCIA
500,000	100%	500,000	100%	500,000	100%	1,500,000	100%	DETECCION DE RIESGOS DE CANCER EN MAYORES DE 50	100%
1,500,000	100%	1,500,000	100%	1,500,000	100%	1,500,000	100%	CELEBRACION DIA SIDA	100%
500,000	100%	500,000	100%	500,000	100%	500,000	100%	CAPTAR NUEVOS CASOS DE POSITIVO	100%
500,000	100%	500,000	100%	500,000	100%	500,000	100%	REDES CONSTRUCTIVAS	100%
2,000,000	100%	2,000,000	100%	2,000,000	100%	2,000,000	100%	REDES CONSTRUCTIVAS	100%

FOR UNA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA RESPON



SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER
Subdirección de Salud Pública



MUNICIPIO DE Sécoro

ACTA DE COMPROMISOS
FORTALECIMIENTO SOBRE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
RED PÚBLICA
DICIEMBRE 2009

Considerando que el Ministerio de la Protección Social, dentro de las prioridades a abordar en el ámbito de la Salud Pública expresadas EN POLÍTICAS NACIONALES, DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES plantea la POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA expresada como

Esta política nacional de salud sexual y reproductiva adopta como principios que la inspiran y orientan, el enfoque según el cual los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, la búsqueda de la equidad (particularmente en términos de género y de justicia social), el principio de la igualdad de trato y de oportunidades (concepto que incluye el tratamiento diferenciado de las necesidades especiales), el empoderamiento, la intervención focalizada, y la concepción de la salud como servicio público que debe ser prestado con criterios de calidad, eficiencia, universalidad y solidaridad.

Las siguientes estrategias apuntan a resolver los principales problemas de SSR en nuestro país. Todas contemplan el desarrollo de acciones que confluyen en la promoción de la salud y la prevención y la atención de la enfermedad en el contexto de relaciones adecuadas de costo efectividad y con el objeto de proteger la salud individual y pública. Para la implementación de esta política por los diferentes actores del SGSSS, es fundamental realizar un análisis focalizado que contemple las particularidades de las regiones, la población y sus características, las condiciones de prestación de los servicios y el papel que desempeñan otros sectores implicados en la consecución de las metas (ver capítulo 10. Mapa de competencias y responsabilidades), así como las intervenciones en otros temas que puedan ser relevantes.

La implementación de las estrategias en los diferentes niveles de intervención (nacional, departamental y municipal) debe realizarse de acuerdo con las competencias y responsabilidades de cada uno de ellos establecidas en la Ley 715 de 2001. En concordancia con esta ley, el nivel nacional establece la normatividad necesaria para el desarrollo de las líneas de acción, ofrece asistencia técnica a los entes territoriales en cada una de las temáticas prioritarias de la política de SSR y realiza el control de las acciones realizadas en la población. A su vez, las entidades departamentales formulan los planes, programas y proyectos que desarrollen cada una de las temáticas de SSR en armonía con las metas nacionales y adecuando tales disposiciones a las prioridades de cada departamento, asesora a los municipios en los aspectos técnicos y operativos necesarios y vigila el desarrollo de las acciones en la población. Los municipios desarrollan los planes, programas y proyectos en las áreas priorizadas en la política de SSR en la población de su jurisdicción de conformidad con las prioridades nacionales y departamentales, vigilan la acción coordinada de los prestadores y aseguradores el cumplimiento de las mencionadas líneas de acción.



SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER
Subdirección de Salud Pública



Como metas establece:

- **Maternidad segura:** reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.
- **Planificación familiar:** incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas.
- **Salud sexual y reproductiva en la población adolescente:** reducir el embarazo en adolescentes en un 26%. La fecundidad en adolescentes ha incrementado en los últimos años: para el año 2000 es de 19%.^{1,2}. Teniendo en cuenta todas las implicaciones que se derivan de esta situación se propone, mediante acciones de distinto orden, reducir la fecundidad al 14% (es decir, cinco puntos porcentuales con respecto al 19%, lo cual equivale al 26% del total de embarazos adolescentes).
- **Cáncer de cuello uterino:** alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) en el 90% de la población objeto, y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos.
- **Prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA:** mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos.
- **Violencia doméstica y sexual:** incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores.

SON RESPONSABILIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL:

1. Hacer seguimiento de implementación de la POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO, IPS PÚBLICAS

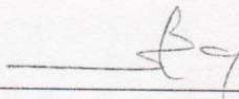
SON RESPONSABILIDADES DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL:

- Realizar evaluación, seguimiento y monitoreo del proceso de implementación de la POLÍTICA SSR
- Garantizar la participación de las IPS, Y EPS en todo el proceso de implementación de la POLÍTICA

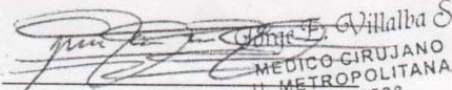


SON COMPROMISOS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DEL SOCORRO, SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y ATENCION EXTRAMURAL:

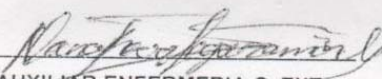
1. ADOPTAR Y APLICAR LA POLITICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL MINISTERIOS DE SALUD, AÑO 2003
2. APLICAR LAS ACCIONES SEGÚN LAS METAS, MATERNIDAD SEGURA, PLANIFICACION, SALUD SEXUAL POBLACION JOVEN, CANCER , ITS, VIH, SIDA, VIOLENCIA
3. ADOPTAR LAS LINEAS DE ACCION EN EL SOCORRO GESTANTES, PLANIFICACION, JOVENES , CANCER Y VIOLENCIA
4. DISPONER DE LA POLITICA, SOCIALIZAR Y GENERAR PLANES DE MEJORAMIENTO



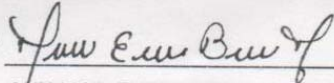
JEFE CONSULTA EXTERNA



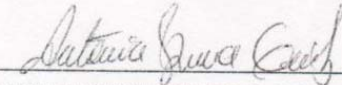
MEDICO CONSULTA EXTERNA
MEDICO GIRUJANO
U. METROPOLITANA
R.M. 6528



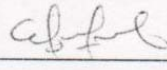
AUXILIAR ENFERMERIA C. EXT



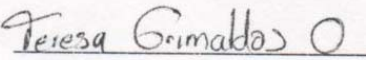
AUXILIAR ENFERMERIA C. EXT




AUXILIAR ENFERMERIA C. EXT



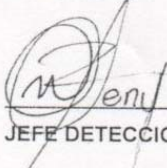
AUXILIAR ENFERMERIA PYP



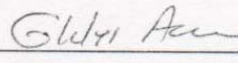
VACUNADOR



VACUNADOR



JEFE DETECCION TEMPRANA Y P.E



JEFE COORDINADOR SALUD PUBLICA



PLAN DE SALUD PÚBLICA CON INTERVENCIONES COLECTIVAS
TALLER DE CAPACITACIÓN A JÓVENES SOBRE INFECCIONES DE
TRASMISIÓN SEXUAL

TEMA: INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL

TIEMPO: 2 horas

GRUPO: Estudiantes de colegios.

OBJETIVO GENERAL:

Educar a los jóvenes seleccionados de los diferentes colegios del municipio del socorro sobre las diferentes enfermedades de transmisión sexual mediante un taller.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular en los estudiantes la toma de decisiones como factor importante para iniciación de una vida sexual activa.
- Dar a conocer las diferentes enfermedades de transmisión sexual.
- Educar sobre las medidas generales para prevenir la adquisición de una infección de transmisión sexual.

DESARROLLO DEL TALLER

Dinámica rompiendo el hielo: (10 minutos) cada uno de los participantes se presenta al grupo diciendo la edad, colegio al cual pertenece, que hace en los tiempos libres.

Reflexión: (10 minutos) la tallerista hace una reflexión sobre autoestima y autoconcepto como factor importante en la toma de decisiones ante el inicio de una vida sexual activa.

Desarrollo del tema: (40 minutos)

Se da a conocer a los participantes la problemática e impacto que tiene las infecciones de transmisión sexual en la población juvenil y en la sociedad.

Se presentan las diferentes enfermedades de transmisión sexual sintomatología, mecanismo de transmisión, desarrollo de la enfermedad, medidas de prevención.

Además se resalta la importancia de conocer a la pareja sexual y en dado caso lo más seguro solo los resultados de laboratorio pueden decir la verdad, se deben exigir las pruebas de laboratorio.

Cualquier persona sexualmente activa, sea cual sea su color, raza, sexo u orientación sexual puede contraer el VPH por tanto debe hacerse la citología. También se hace referencia hacia el autoexamen genital para detectar alteraciones oportunamente.

Se presentan las medidas generales y más importantes para prevenir las ITS como son: la utilización del preservativo, pareja sexual estable y la toma de decisiones para tener o no relaciones sexuales y exigir el preservativo.

REFLEXION: (30 minutos) mediante videos que contiene mensajes de reflexión y testimonio de caso positivo se busca que los participantes de cierta manera se pongan en el lugar del mismo y vivan de cerca la realidad de un caso.

EVALUACION: (30 minutos)

Por medio de una dinámica tingo tango, se realiza evaluación del tema desarrollado. Los participantes se ubican en sus respectivas sillas formando un círculo, en algunas de las sillas se encuentra una estrella la cual el participante tiene que responder al momento que el tango llegue a sus manos.

PREGUNTA DINÁMICA TINGO - TANGO.

1. Que son las infecciones de transmisión
2. Que es el VIH- que es específicamente lo que este virus hace en el organismo.
3. Porque es importante pedirle a la gestante la prueba de VIH.
4. Que es el VPH y cómo podemos prevenir alteraciones por este virus.
5. Cuál es tu proyecto de vida? crees que se afectaría si adquieres una enfermedad de transmisión sexual?
6. Porque cree usted que los jóvenes entre edades de 16 -27 años son uno de los grupos de población que más se infectan con el virus del VIH?
7. Que es la sífilis y como se puede manifestar esta ITS?
8. Cuál es tu compromiso después del taller de este taller? Que reflexión puedes dar a tus compañeros?
9. Cuáles son las medidas generales para evitar infecciones de transmisión sexual?
10. Porque es importante la toma de decisiones en la prevención de ITS?

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN

PLAN DE SALUD PUBLICA CON INTERVENCIONES COLECTIVAS

TEMA: Enfermedades de transmisión Sexual

FECHA: 24 de Octubre de 2009

NOMBRE	ENTIDAD	DOCUMENTO	FIRMA
Ingrid Sulth Amacillo Carzo	COAM	95090318374	<i>Ingrid Sulth Amacillo Carzo</i>
José Francisco Rosado Solano	COAM	966730619540	<i>José Francisco Rosado Solano</i>
Tatiana Acosta	COAM	1102512257	<i>Tatiana Acosta</i>
Luis Fernando Vega Sanchez	COAM	93122711518	<i>Luis Fernando Vega Sanchez</i>
Jeidy Carrés Barros	CUS	94102806136	<i>Jeidy Carrés Barros</i>
Wlmaria Justina Silva	COAM	94070706916	<i>Wlmaria Justina Silva</i>
Yolimar Sebastiana Pimera P.	CUS	94101717040	<i>Yolimar Sebastiana Pimera P.</i>
Jerson Fernando Ortiz V	CUS	94097303470	<i>Jerson Fernando Ortiz V</i>
Manuel Alejandro Tejedor P	CUS	94101316828	<i>Manuel Alejandro Tejedor P</i>
Claudia Alina David Pangel	COAM	95031722293	<i>Claudia Alina David Pangel</i>
Miler Armando Medina Carrillo	ITTS	95011170886	<i>Miler Armando Medina Carrillo</i>
Leonel Fernando Pineda Pina	ITTS	94121422500	<i>Leonel Fernando Pineda Pina</i>
César Roberto Bobriguez	ITTS	95051920580	<i>César Roberto Bobriguez</i>
Nely Montoli Montilla Ruiz	CUAAA	95051019177	<i>Nely Montoli Montilla Ruiz</i>
Zaida Dayana Massa Castorena	ITTS	9408	<i>Zaida Dayana Massa Castorena</i>
Diano Rodó Frío Barrera	CUS	1101884660	<i>Diano Rodó Frío Barrera</i>

SIDA

SIDA
2009

**RECIBIR ASESORIA SOBRE
LA PRUEBA DE
VIH-SIDA**

Número 1

OCTUBRE 2009

SOLO SE LOGRARA COMBATIR CUANDO TODOS SEAMOS ASUMAMOS LA SEXUALIDAD CON RESPONSABILIDAD



SIDA



CON EL SIDA, SABER ES
GANAR

SI TODOS AYUDAMOS A COMBATIR EL SIDA,
ENTONCES NO DA."
"LAS MADRES SUFREN ESTE DRAMA A DIARIO, POR
ESO EL APOYO Y DECISION DE SABER A TIEMPO SI
LO TENEMOS O NO ES MUY IMPORTANTE,
ENTONCES SOLO ASI DISMINUIMOS EL DOLOR DE
ELLAS"

MI MUNICIPIO Y EL SIDA.....

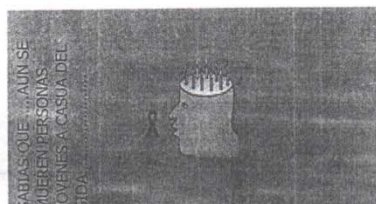


EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO, EL SIDA SI DA....HAY CASOS
QUE SE HAN DETECTADO EN POBLACION JOVEN, HOMBRES Y
MUJERES, DONDE EL VIRUS NO RESPETA CONDICION SOCIAL,
GENERO, RAZA NI ORIENTACION SEXUAL.
DESDE EL AÑO 2005 HASTA LA FECHA, UN TOTAL DE 16 CASOS
NUEVOS SE HAN DETECTADO, LOS CUALES HAN SIDO DIFICIL SU
SEGUIMIENTO DEBIDO A QUE DECIDEN NO SER TRATADOS POR
LA EPS EN EL MUNICIPIO SINO DIRECTAMENTE EN
BUCARAMANGA O SITIO DE REFERENCIA. ADEMAS, ALGUNOS
JOVENES CON TENDENCIA DROGADICTA NO ASUMEN LA
RESPONSABILIDAD NI SU FAMILIA DE TRATAMIENTO Y
PROTECCION PARA OTROS.



ES ASI, QUE CUALQUIER PERSONA QUE ESTE EXPUESTA AL
RIESGO COMO, DROGADICTOS, TRABAJADOR SEXUAL,
MULTIPLES PAREJAS, PERSONAS QUE COMPARTEN ELEMENTOS
DE USO PERSONAL COMO BARBERAS, REUTILIZACION DE
AGUJAS, MADRES GESTANTES QUE PREVIAMENTE NO SE TOMAN
EL EXAMEN DEL VIH SIDA, RELACIONES SEXUALES SIN
PROTECCION, RELACIONES CON DESCONOCIDOS O
DESCONOCIDAS SON QUIENES REQUIEREN ADOPTAR
VOLUNTARIAMENTE EL TOMARSE LA PRUEBA DEL VIH SIDA Y
SI DA POSITIVO INICIAR EL PROCESO PARA DEFINIR SU
CLASIFICACION COMO CONFIRMATORIO O EN VENTANA
EPIDEMIOLOGICA E INICIAR A TRAVES DE LA EPS SUBSIDIADA,
CONTRIBUTIVA, ESPECIAL O VINCULADO EL TRATAMIENTO Y
SEGUIMIENTO AL CASO. ENTONCES, SABER SI TIENE O NO ES
GANARLE AL PROBLEMA.

TOMAR LA DECISION ES
IMPORTANTE.....LAS EPS-C-S DEBEN MOTIVAR Y
ASESORAR PARA LA TOMA DE LA MUESTRA



SABIAS QUE...AUNSE
MUJERES PERSONAS
JOVENES A CASUAL DEL
SIDA.

NUMERO DE CASOS REPORTADOS SEGUN MUNICIPIO AÑOS 2007 AL 2009

EL NUMERO DE CASOS DE SIDA REPORTADOS AQUÍ NO CORRESPONDEN A UNA REALIDAD, DEBIDO A QUE LOS CASOS CON PRUEBA DE ELISA POSITIVO SON TERMINADOS PARA SU CONFIRMACION Y POR SOLICITUD DE LOS USUARIOS EN LABORATORIOS DE OTRAS CIUDADES COMO BUCARAMANGA, DONDE SE TERMINA DE DIAGNOSTICAR EL CASO.

MUNICIPIO	AÑO	NUMERO
LABORATORIO SOCORRO	2006	4
LABORATORIO SOCORRO	2007	8
LABORATORIO SOCORRO	2008	1
LABORATORIOS DEL SOCORRO	2009	3

SIDA Y EMBARAZO

Factores que influyen en la transmisión de la infección del VIH

Existen diferentes elementos que influyen en el contagio del VIH de la madre al niño. Por otro lado algunos otros, como la forma en que la madre adquirió la enfermedad o la seropositividad o no de la pareja, no tienen ninguna influencia en el riesgo de contagio. Dentro de los factores que más determinan el riesgo de transmisión está la salud general de la madre, el grado de infección que tiene (si su inmunodpresión es muy severa, es decir si sus defensas son muy bajas o si su carga viral es muy elevada). El consumo de drogas durante el embarazo, el acceso que tengan al cuidado prenatal, el tratamiento que reciban o la existencia de otras enfermedades durante el embarazo también pueden influir.

El tipo de parto (si se rompe aguas mucho tiempo antes de dar a luz, o si el bebé tiene mucho contacto con la sangre) o amamantar al niño después también influyen en las posibilidades de que el bebé tenga o no la infección.

De todos estos factores el estado de salud de la madre es posiblemente el factor que más influye en el riesgo de transmisión del VIH. Como hemos comentado, cuando los CD4+ son muy bajos o la carga viral muy elevada el riesgo es mayor. Las mujeres muy desnutridas también tienen más riesgo de transmitir la infección.

Prevención:

La prevención del SIDA requiere autodisciplina y fuerza de voluntad y aunque los requisitos parecen ser restricciones personales, son efectivos y pueden salvar vidas.

1. No tener relaciones sexuales con:

- personas que se sabe o se sospecha estén infectadas con SIDA
- parejas múltiples
- personas que tengan múltiples parejas
- personas que consuman drogas por vía intravenosa

2. No consumir drogas intravenosas, pero si ha de hacerse, no compartir agujas ni jeringas. Evitar la exposición a la sangre de lesiones, hemorragias nasales, etc., cuando se desconozca la condición VIH del individuo con la hemorragia. Usar ropas de protección, máscaras y gafas de seguridad cuando se ayude a personas lesionadas.

3. Las personas con SIDA o asintomáticas que tienen resultados positivos al examen de anticuerpos pueden transmitir la enfermedad a otros y no deben donar sangre, plasma, órganos o semen. Desde el punto de vista legal, ético y moral, estas personas deberían informar a sus posibles parejas sexuales de su estado positivo al VIH y no intercambiar líquidos corporales durante la actividad sexual, usando siempre medidas preventivas (como condones de látex) que aseguren la mayor protección para la pareja.

4. Las mujeres positivas al VIH deben recibir asesoramiento antes de quedar embarazadas sobre los riesgos para el bebé y los avances médicos que pueden ayudarles a evitar que el feto se infecte con el virus.

5. Las mujeres positivas al VIH no deben amamantar a sus bebés.

6. Los comportamientos sexuales más seguros pueden reducir los riesgos de adquirir la infección, aunque aún existe el riesgo de infectarse incluso con el uso de condones. La abstinencia es el único método seguro de prevenir la transmisión sexual del virus.

7. Los pacientes VIH positivos que están tomando medicamentos de acción retroviral tienen menores posibilidades de transmitir el virus. Por ejemplo, una mujer embarazada que está en tratamiento al momento del parto tiene sólo un 5% de capacidad de transmitir el VIH a su bebé.

ASESORIA VIH-SIDA

ESTA ACTIVIDAD EN SALUD ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO POR TAL RAZON TODA EPS LA DEBE OFRECER A SUS USUARIOS. POR ESTO INVITAMOS A TODA PERSONA QUE DESEE RECIBIR LA ASESORIA PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA DETECTAR EL VIRUS VIH-SIDA A QUE SE ACERQUEN AL HOSPITAL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA O A CADA EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO PARA QUE SEA ATENDIDO. ES MEJOR SABER A TIEMPO Y NO LUEGO TENER QUE LAMENTARSE. TOME UNA DECISION OPORTUNA. ACERCATE JOVEN, MUJERES Y EN GENERAL CUALQUIER USUARIO QUE LO DESEE. PARA RECIBIR EL SERVICIO ACERCATE AL PERSONAL DE ENFERMERIA, ELLAS LOS ORIENTARAN.