

Ministerio de Salud Pública
Facultad de Salud Pública

EL MÉDICO DE LA FAMILIA Y EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA SÍFILIS EN LA LISA

Ana Teresa Fariñas Reinoso,¹ Mabel Pérez Acosta² y Carlos Carrasco Amaro³

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo, de los 331 médicos encuestados la mayoría tuvo un inadecuado conocimiento sobre el programa de control de la sífilis, insuficiente resultó ser la información sobre los objetivos y las funciones del médico de la familia. Observamos mayor dominio en cuanto al tratamiento de la sífilis reciente sintomática. Más del 50 % de los encuestados no realizan adecuadas acciones de promoción, prevención y control de la sífilis y aquellos que dicen realizarlas carecen de los conocimientos suficientes para que sean eficientes. Los profesionales no poseen una percepción clara de la gravedad y la susceptibilidad de la sífilis. El 96 % de los encuestados no están aptos para aplicar correctamente el Programa de Control de la sífilis en el área de salud.

Descriptores DeCS: SIFILIS| prevención & control; PROGRAMAS CONTROLADOS DE ATENCION EN SALUD; MEDICOS DE FAMILIA.

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) representan un problema de salud pública que van en aumento en casi todos los países, por lo que han adquirido importancia mundial dada su magnitud y trascendencia.¹ Estas enfermedades afectan en la sociedad a todos los niveles sociales y económicos, a casi todos los grupos de edad, especialmente a los jóvenes y lesionan los más íntimo de la población pues son padecimientos que se esparcen

por el contacto de persona a persona que es la expresión del amor y la sexualidad.^{2,3} Tienen importancia por el gran número de individuos de ambos sexos que afectan, ya que enferman al ser humano y a su descendencia además de a las personas con los que tienen una estrecha relación. También debemos considerar las consecuencias económicas desfavorables, pues hay que contar con los gastos en tratamientos a los pacientes aquejados de forma primaria, aun-

¹ Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Epidemiología.

² Master en Salud Pública.

³ Especialista de II Grado en Salud Ocupacional.

que lo más gravoso es el de los que sufren complicaciones porque entrañan gastos muy superiores; las consecuencias sociales, pues estas infecciones son causa de infertilidad, de pérdida del feto, de muerte neonatal e invalidez infantil y de la enfermedad inflamatoria pélvica, que puede ser mortal y que, en todo caso, produce en la mujer sufrimientos crónicos y una incapacidad que excluye su participación en una vida familiar saludable.^{4,6}

Todos estos factores son imprescindibles para conocer por qué se deben controlar las ETS, mas es indiscutible que existen otros elementos de mayor importancia como son: la explosión demográfica en el ámbito mundial, sobre todo en las edades en que la frecuencia de las relaciones sexuales es elevada y la no-selección adecuada de la pareja; otro de los factores es el movimiento constante de la población por diversas razones (actividad laboral, viajes turísticos, búsqueda de empleo, etc.) que contribuyen a aumentar los encuentros fortuitos y, por ende, una mayor posibilidad de adquirir estas enfermedades.^{1,7,8}

En Cuba, la tendencia de la sífilis muestra un franco incremento en los últimos 35 años.

Según datos de las Condiciones de Salud en las Américas, después de los accidentes, las ETS en adolescentes y adultos jóvenes constituyen el segundo problema de salud en nuestro país.^{8,9}

El comportamiento en Ciudad de La Habana no ha estado ajeno al resto del país ni específicamente en el municipio La Lisa, donde la tasa de incidencia ha ido en aumento desde 1990 hasta 1995 (99.1 vs 130 x 100 000 hab.).

La nueva concepción que adquiere el modelo de atención primaria de salud en Cuba, ha sido clasificada como de perfeccionamiento por sus actividades de promoción y prevención en el nivel de la comunidad.¹⁰

Por considerar las enfermedades de transmisión sexual como un problema social, es necesario el perfeccionamiento del accionar epidemiológico con la identificación de problemas y necesidades de aprendizaje del equipo del médico y la enfermera de la familia. De estos planteamientos surgieron las interrogantes que motivaron nuestro trabajo.

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los médicos de la familia del Programa de Control de la Sífilis y cuáles las acciones de promoción y prevención que desarrollan en la comunidad del municipio La Lisa en 1996? ¿Tienen los médicos de la familia la percepción de gravedad y susceptibilidad que trae aparejada la sífilis?

Método

Se realizó un estudio descriptivo. El universo lo constituyeron los 331 médicos que laboran en los consultorios médicos de la familia del municipio La Lisa.

Se confeccionó un cuestionario; las principales variables utilizadas fueron: la medición del nivel cognoscitivo que tenían los médicos de la familia sobre el Programa Nacional de Sífilis (objetivos, funciones, vigilancia epidemiológica, diagnóstico clínico y de laboratorio, notificación y registro de los casos, tratamiento y acciones de información, comunicación y educación que promuevan prácticas sexuales saludables), así como las variables de gravedad de la sífilis (reconocimiento por parte del médico de la familia de un caso de Sífilis Congénita y Sífilis Tardía y la susceptibilidad, con la identificación de los grupos de riesgo para las ETS) (Anexo).

Para la medición de estas variables se diseñó una escala de puntuación, con el criterio de los autores y de un grupo de expertos municipales, lo que permitió arri-

bar a conclusiones del estudio propuesto. Se aplicaron técnicas cualitativas para conocer la percepción de los médicos de la familia de la sífilis, y el programa de control.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

Después de su confección, fue revisado por 19 expertos para determinar la pertinencia de las preguntas y su calidad. La totalidad de los expertos coincidieron en que el formulario medía el fenómeno sobre el que se investigaba. Una vez validado el cuestionario se procedió a su aplicación.

Procedimiento de aplicación del cuestionario

La aplicación del formulario se realizó en las reuniones de los grupos básicos de trabajo, de forma colectiva a todos los médicos de la familia, en un mismo día y en el mismo espacio, para evitar, de esta manera, sesgar la información.

Según los criterios de los expertos se consideró que un médico de la familia tenía conocimientos del programa de control si respondía de forma adecuada las preguntas 2, 3, 4, 5, 6 y 7; se relacionó posteriormente con las acciones de promoción y prevención que ellos señalaron que realizaban (información obtenida del ítem 10); de igual forma, se consideró que cumplían sus funciones si la respuesta a la pregunta 10 fue adecuada y no la cumplían si ésta era aceptable o deficiente.

Además de estas valoraciones, la percepción de gravedad y la susceptibilidad por parte de los médicos en relación con la sífilis fue determinada al aplicar la mencionada escala para el ítem 8 y 9 donde respectivamente se recoge esta información, rela-

cionándola con el nivel profesional de los encuestados.

Resultados Generales

De los 331 encuestados la mayoría se ubicó como especialistas de Medicina General Integral; predominó el sexo femenino para el 75,2 %. Al analizar la edad, el 55,2 % tenía menos de 30 años, 132 contaban con edades entre 30 y 35 años (39,8 %) y 16 médicos (4,8 %) tenían más de 35 años.

El nivel de conocimiento que sobre el programa de control demostraron los médicos encuestados fue insuficiente y resultó muy llamativo el hecho que sólo 44, o sea, el 13,2 % hayan dado una respuesta adecuada relacionada con los objetivos del programa, pero más llamativo aún resultó que de las 331 encuestas sólo en un poco más de la cuarta parte, es decir, 91 de los galenos encuestados (27,4 %) pudo identificar el eliminar la "Sífilis Congénita" como uno de los objetivos del programa.

Al explorar cuáles eran las funciones que debían realizar los médicos de la familia, no se encontraron cifras tan bajas como las anteriores, pero igualmente no adecuadas, pues solamente 120 médicos (36,2 %) identificaron el seguimiento serológico, el control de las embarazadas con serología reactiva y la búsqueda activa, como las funciones principales.

De igual forma, se comportó el nivel de conocimiento sobre cuándo iniciar un estudio de un posible caso de sífilis; el 43,8 % opinó que ésta se podía tratar si el resultado del complementario refería estar en presencia de un caso NO REACTIVO.

Con relación a la notificación y registro de los casos, solamente el 32 % de los 331 encuestados dio una respuesta adecuada, el 13,2 % aceptable y deficiente el 54,6 %.

Sólo el 73,4 % de los profesionales conocen qué conducta seguir si reciben una serología reactiva en una gestante.

El 95,1 % de los encuestados identificó el tratamiento adecuado de la sífilis. Al relacionar la satisfacción de su trabajo en el Programa de Control de la Sífilis con la autoevaluación propuesta por el cuestionario, se evidenció que el 36,1 % (120 encuestados) estaban satisfechos, aunque el 12,3 % de ellos identificó como deficiente su quehacer en este programa; el resto se autoevaluó como regular y deficiente, lo que pudiera explicarse por el pobre conocimiento que mostraron sobre el programa del control y/o por el poco enfoque crítico que se suele tener a la hora de autoevaluarse, unido a una escasa información y análisis que de la ETS tienen en su radio de acción.

Los médicos seleccionaron como la primera entre las acciones necesarias para mejorar el cumplimiento de su trabajo en el programa a la capacitación (87,6 %), en segundo lugar, el mejoramiento de la información con el 54,5 %, seguida por las propuestas que abogan por el trabajo en equipo y una formación de pregrado más profunda en cuanto a la sífilis, con porcentajes de 45,3 y 44,7 respectivamente. Con menor intensidad identificaron la propuesta de aumentar el control (Tabla 1).

TABLA 1. Médicos encuestados según propuestas. La Lisa. 1996

Propuestas de los médicos encuestados	No.	%
Capacitación y/o actualización M.F.	290	87,6
Mejorar trabajo información y análisis	181	54,5
Mejorar integración trabajo de equipo	150	45,3
Formación de pregrado más profunda	148	44,7
Mayor exigencia en conocimientos MGI	142	42,9

Ejemplificamos algunas de estas percepciones de nuestros encuestados en cada grupo.

Propuestas de capacitación

- Elevar la calidad de las clases y exigencias tanto a médicos como a profesores de los grupos básicos de trabajo.
- Cursos de actualización con evaluaciones que formen parte de la tarjeta del residente.
- Que sean los médicos los primeros en conocer cambios, modificaciones o nuevos programas pues son ellos quienes los ejecutan.

Propuesta de promoción y prevención de salud

- Facilitar propaganda a los círculos de adolescentes tanto escrita como audiovisual.
- Realizar pruebas anónimas como se realiza con el SIDA, ya que existen personas que tratan de evitar que sean notificados y no cumplen tratamiento adecuado.
- Mayor divulgación de estas afecciones por radio y televisión además de propaganda en centros médicos y otros lugares públicos.

Estas propuestas solamente fueron señaladas por 11 médicos de la familia.

Otras propuestas

- Los médicos responsables del programa de control de las ETS deben ser especialistas de MGI.
- Estimular una mayor motivación de los médicos para su trabajo.

Al explorar si dominaban cuáles eran las acciones de promoción y prevención que debían realizar, se observó que el 36,5 %

de los encuestados respondió adecuadamente y el 27,1 % lo hizo de forma deficiente, el resto fue evaluado de regular.

Sobre la vigilancia epidemiológica se encontró que el 82 % de los médicos reconocieron de forma adecuada a quiénes indicar una prueba de laboratorio (VDRL) y su periodicidad. Más de la mitad no pudo identificar la búsqueda activa de los casos a través del estudio serológico, ni pudieron definir la importancia del seguimiento de los casos notificados.

La percepción de gravedad fue explorada a través del ítem 8, en el que aparecen como etapas graves, la Sífilis Reciente Congénita Latente, la Sífilis Congénita Sintomática, la Sífilis con lesiones cardiovasculares y la Sífilis con lesiones neurológicas.

Los resultados obtenidos no difieren del resto, se encontró que 227 galenos dieron una respuesta insuficiente, es decir, el 68,5 %, como muestra la tabla 2. Por la importancia de la Sífilis Congénita, se profundizó en la pregunta y descubrió que solamente en 49 de las 331 encuestas (14,8 %) apareció señalada la SRCL como "etapa de gravedad"; comportamiento similar ofreció la identificación de la SRCS que fue respondida únicamente en 53 de los formularios, o sea, el 16 %. Estos resultados podrían ser consecuencia del bajo nivel de conocimientos que mencionamos anteriormente.

TABLA 2. Nivel de conocimiento de los médicos encuestados. Percepción de indicadores de gravedad de la sífilis. La Lisa. 1996

Nivel de conocimiento	No.	%
Adecuado	52	15,7
Aceptable	52	15,7
Deficiente	227	68,5
Total	331	100,0

En la tabla 3 se muestran los resultados de la exploración sobre los grupos de riesgo con los que deben trabajar para llevar a cabo una parte importante del Programa Nacional de Sífilis. En ella se muestra que casi la mitad de los encuestados dieron una respuesta insuficiente (47,1 %).

Guiándonos por los criterios de los expertos se midió si los médicos encuestados se encontraban o no aptos para desempeñar adecuadamente el Programa de Control de la Sífilis. El resultado obtenido fue preocupante, del total de los médicos, el 13,3 %⁽¹¹⁾ se ubicó en la categoría de apto para el trabajo, de ellos sólo 6 (1,8 %) están aptos y cumplen con las acciones de promoción y prevención, los otros 5 están aptos, pero no cumplen las acciones.

En la categoría de los no aptos encontramos el 96,6 % del total, de éstos, el 33,8 % cumplen con las acciones de promoción y prevención (Tabla 4).

TABLA 3. Nivel de conocimiento de los médicos encuestados. Percepción de indicadores de susceptibilidad. La Lisa. 1996

Nivel de conocimiento	No.	%
Adecuado	175	52,8
Deficiente	156	47,1
Total	331	100,0

TABLA 4. Evaluación de la aptitud de los médicos encuestados. Cumplimiento del Programa de Control de la Sífilis. La Lisa. 1996

Aptitud	No.	%
Apto	11	3,3
No apto	320	96,6
Total	331	100,0

Discusión

La distribución por sexo y grupo de edad se corresponde con el comportamiento observado de la fuerza médica en Cuba y en particular en Ciudad de La Habana.¹⁰

Los resultados del dominio de los objetivos principales del programa, son consecuencia de la poca jerarquización que estos contenidos tienen en la formación de los especialistas, así como la falta de adiestramiento en el terreno para realizar esta primordial tarea. Como resultados desalentadores se destacan: no completar el seguimiento serológico a los casos de sífilis, no indicación serológica a todos los contactos, sospechosos y asociados en cada caso diagnosticado y no-cumplimiento del seguimiento serológico a la gestante en el 100 % de los casos.

La no adecuada notificación y registro de los casos se pudiera explicar por la insuficiente dispensarización en fichas familiares y la no-notificación en hojas de cargo de todos los casos de sífilis de manera precisa.

El resultado poco alentador con la conducta que hay que seguir frente a una serología reactiva en una gestante, indica las dificultades que todavía persisten con el control de la sífilis, pues es en esta acción donde realmente se realiza la prevención de la Sífilis Congénita. Si los médicos no tienen este conocimiento, no se puede lograr el propósito de la erradicación de la enfermedad para el año 2000, como lo establece la Estrategia Sanitaria Cubana.¹¹ Cuando se midió el conocimiento acerca de los objetivos, se obtuvo muy pocas respuestas adecuadas ya que no identificaron la eliminación de la Sífilis Congénita como uno de los objetivos principales y tampoco tienen conocimiento de sus funciones en el programa de control; en estos resultados pueden influir la no adecuada preparación recibida

sobre el tema por parte de los médicos, tanto en pregrado como en posgrado. Similar resultado se obtuvo en un estudio anterior.¹²

Todavía no se comprende la función que desempeña la promoción de salud para cambiar los estilos de vida con relación a la vida sexual del individuo, pues fue casi nulo el número de métodos que la identificaron como necesaria para su formación.

El poco dominio de las acciones de promoción y prevención permiten deducir que no se podrán esperar reducciones en los números de casos de Sífilis Reciente Adquirida Sintomática y sí un posible incremento de los casos de Sífilis Reciente Adquirida Latente o de otros períodos más peligrosos de la enfermedad para el paciente, pues más de la mitad de los médicos refirió no cumplir con estas actividades (acciones educativas y de promoción y búsqueda activa de casos).¹³

Muy pocos médicos pudieron identificar los grupos de riesgo para las ETS dentro de su población, lo que transmite una gran preocupación por la calidad de la búsqueda activa de casos. Este problema puede explicar los bajos índices obtenidos en las pesquisa de contactos, sospechosos y asociados, con lo que se refuerza el criterio del deficiente trabajo con el programa de control. El conocimiento de la sífilis clínica y epidemiológica resultó muy deficiente al detectarse que algunos médicos señalaron al hacinamiento como factor de riesgo para la enfermedad.

En el análisis de la evaluación integral se observó un bajo porcentaje de médicos aptos y un elevado de no aptos. Llama la atención que de estos últimos, muchos realizan las acciones para cumplir los principales indicadores del programa, de ahí que nos preguntemos: ¿A qué se debe esta contradicción?, pues si no tienen los conocimientos necesarios ¿cómo pueden lograr su

cumplimiento? Tres pueden ser las respuestas: en primer lugar, la poca motivación de los médicos, lo que trae como resultado que sus acciones carezcan de efectividad; segundo, que se hayan producido sesgos en las respuestas del cuestionario y, en tercer lugar, que la exigencia administrativa compulse este resultado.

Todo lo anterior hace pensar que de no intervenir en la capacitación de los médicos, los logros obtenidos con el Programa de Control de la Sífilis pudieran modificarse negativamente y poner en ries-

go la eliminación de la Sífilis Congénita para el año 2000.

Por lo que llegamos a la conclusión de que el nivel de conocimiento sobre el Programa de Control de la Sífilis no fue adecuado en la mayoría de los encuestados ya que no realizan acciones de promoción, prevención y control, y no se encuentran aptos para su aplicación. Poseen una inadecuada percepción de gravedad y susceptibilidad de la sífilis, lo que pone en peligro lograr la erradicación de la Sífilis Congénita para el año 2000 en el municipio La Lisa.

ANEXO. Cuestionario Programa Nacional de Sífilis

Nivel de conocimientos que sobre el Programa Nacional de Sífilis tienen los médicos de la familia. La Lisa, 1996.

Instrucciones:

Este cuestionario deseáramos fuera respondido con la mayor claridad pues con él tenemos el fin de recoger información relacionada con las necesidades de aprendizaje que puedan tener los médicos de nuestro territorio en lo referente al programa de control de la Sífilis. Lea detenidamente cada pregunta antes de dar su respuesta.

A continuación solicitamos datos generales que debe usted llenar, si desea que se le aplique el cuestionario:

Edad: ____
Sexo: ____
Años de graduado como médico: ____
Familiarización: ____
1er. año residencia de MGI: ____
2do. año residencia de MGI: ____
3er. año residencia de MGI: ____
Años como especialista: ____

Sección C

1. Marque con una X, cuáles son los objetivos que se persiguen en el Programa Nacional de Sífilis:
- a) _____ Interrumpir la transmisión de la Sífilis y reducir sus complicaciones graves.
 - b) _____ Mantener la reducción alcanzada en la Sífilis Tardía.
 - c) _____ Que la población adquiera conductas sexuales saludables o de menor riesgo.
 - d) _____ Eliminar la Sífilis Congénita.
 - e) _____ Garantizar que todos los casos diagnosticados de Sífilis sean clasificados cumpliendo los parámetros establecidos.
 - f) _____ Tratamiento controlado e inmediato a todas las embarazadas con Serología Reactiva y los pacientes con Serología Reactiva sin conclusión diagnóstica.
 - g) _____ Elevar el estado de salud de la población.
 - h) _____ Ninguno de los anteriores.

2. ¿Cuáles son las funciones del médico de la familia en el Programa Nacional de Sífilis? Identifique la(s) respuesta(s) correcta(s), con una X.
- Conocerá de toda serología reactiva en una embarazada y procederá a su localización inmediata e indicará y garantizará que se realice el tratamiento establecido de inmediato.
 - Interconsultará con el Dermatólogo solamente a las embarazadas.
 - Indicará serología a toda persona con sintomatología sugestiva de Sífilis y controlará los resultados.
 - Los pacientes con conducta social y sexual de riesgo los interconsultará con la enfermera encuestadora.
 - Si el paciente no responde al tratamiento lo remito al hospital de base.
 - Debo conocer a través de la enfermera encuestadora a todo caso confirmado de Sífilis y debo comprobar que sea cumplido el tratamiento.
 - Debo velar porque al paciente se le brinde información sobre la importancia del estudio de sus contactos sexuales.
3. La vigilancia epidemiológica es una tarea que Ud. debe realizar, mediante la indicación del VDRL a:
- Toda mujer que consulte por síntomas ginecológicos (específicamente leucorrea y/o dolor bajo vientre).
 - Embarazadas en el 1er. y 3er. trimestre de la gestación.
 - Mujeres a quienes se le interrumpe el embarazo.
 - Todo caso sospechoso de Sífilis antes de su interconsulta con el dermatólogo.
 - Contactos sexuales sospechosos y asociados detectados en la entrevista de los casos de Sífilis.
 - Todas las personas con conducta sexual de alto riesgo.
 - Los casos de Sífilis Reciente al 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses del diagnóstico.
 - Pacientes especialmente expuestos como son los casos de blenorragia.
 - Donantes de sangre.
 - Personas con enfermedades profesionales.
 - A toda mujer antes de colocarle un dispositivo intrauterino.
 - A todas las gestantes en el 1er., 2do. y 3er. trimestre del embarazo.
4. ¿Qué conducta Ud. tomaría si recibe una serología reactiva de una embarazada. Señale la(s) respuesta(s) correcta(s)?
- Repito la serología.
 - Indico tratamiento y la envío al dermatólogo.
 - Indico tratamiento y la sigo evolutivamente (con serología cada 4 semanas conjuntamente con el obstetra, sin el dermatólogo).
5. Ante todo paciente con una serología reactiva indicada por Ud. pues presentó una lesión sugerente de Chancro Sifilítico de localización genital, ¿qué tratamiento Ud. indicaría de inmediato?
- Gentamicina, 1 g cada 6 horas por vía IM durante 7 días.
 - Penicilina Benzatínica, 2 400 000 Uds., dosis única, por vía IM (la mitad de la dosis en cada región glútea).
 - Cloranfenicol 2 tbs. cada 6 horas durante 10 días.
6. Usted considera que hay que iniciar el estudio de una posible Sífilis a una persona que se le indicó una prueba del laboratorio (VDRL) y ésta trae el siguiente resultado: Marque con una X la(s) respuesta(s) correcta(s).
- No reactiva.
 - Débil reactiva.
 - 1 dil.
 - 4 dil.
 - más de 16 dil.
 - más de 32 dil.
7. Ha recibido el resultado de una serología reactiva de un paciente al cual usted se le indicó por sintomatología sospechosa de una Lues. ¿Cuál(es) es(son) la(s) acción(es) que debe cumplir para su notificación y registro? Señale la(s) respuesta(s) correcta(s):
- Lo remito a la enfermera encuestadora y ella hará todo lo que el paciente requiera.
 - Llenar tarjeta de enfermedad de declaración obligatoria (EDO).

- c) Debo dispensarizarlo en la ficha familiar, llenarle la tarjeta de EDO y colocarlo en hoja de cargo.
- d) Llenar tarjeta de EDO, notificarlo en hoja de cargo.
- e) Abrir una tarjeta en tarjetero de enfermedades transmisibles, donde debe permanecer durante dos años.

Sección G

8. La Sífilis constituye un problema de salud, para usted dentro de las distintas etapas de ésta, ¿cuál sería de mayor gravedad? Señale la(s) respuesta(s) correcta(s).
- a) Sífilis con Chancro.
 - b) Sífilis Reciente Congénita Latente.
 - c) Sífilis con lesiones cutáneas.
 - d) Sífilis con lesiones neurológicas.
 - e) Sífilis Reciente Congénita Sintomática.
 - f) Sífilis con lesiones cardiovasculares.
9. Identifique de las siguientes poblaciones de riesgo con cuál o cuáles usted debe trabajar para llevar a cabo una parte importante del Programa Nacional de Sífilis. Señale la(s) respuesta(s) correcta(s).
- a) Personas expuestas a radiaciones.
 - b) Personas que viven en condiciones de hacinamiento.
 - c) Trabajadores del turismo.
 - d) Grupos socialmente desorganizados. (Ej.: Hippies).
 - e) Personas con bajo nivel de escolaridad.
 - f) Homosexuales y heterosexuales promiscuos.

Sección A

10. Teniendo en consideración que el trabajo del médico de la familia descansa sobre los pilares de la promoción y prevención de la salud, señale con una X cuál(es) acción(es) usted realizaría para lograr estas actividades.
- a) Acciones educativas y de promoción, haciendo énfasis en el uso del condón entre la población de riesgo y evalúo los resultados.
 - b) Garantizar la búsqueda activa de casos de Sífilis en la población que tengo.
 - c) Mantenerme informado de la marcha del programa a través de la enfermera encuestadora.
 - d) Participo con el dermatólogo en la atención a pacientes incluidos en el programa.
 - e) La conclusión de una serología reactiva debo realizarla en el término de tres meses.
11. ¿Cree usted que con su actual desempeño laboral en el cumplimiento del Programa Nacional de Sífilis pueda sentirse satisfecho como lo desea usted mismo y su centro?
 Sí No
12. Por favor, evalúe usted mismo el trabajo que ha realizado en el Programa Nacional de Sífilis.
 Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo
13. Considera usted necesaria algunas de las siguientes propuestas para mejorar el cumplimiento de dicho programa. Señale la(s) que ha su juicio pueda(n) ayudar.
- a) Una formación de pre-grado más profunda en cuanto a la Sífilis.
 - b) Una mayor exigencia en lo referente a los conocimientos que deben tener los residentes de MGI.
 - c) Cursos de capacitación y/o actualización para médicos de la familia.
 - d) Mejorar la integración en el trabajo del médico de la familia - dermatólogo - enfermera encuestadora.
 - e) Mejorar el trabajo de información y análisis de las enfermedades de transmisión sexual por parte del epidemiólogo del área.
14. Necesitaría usted de otras propuestas para lograr mejorar su desempeño en el Programa Nacional de Sífilis.
 Sí No No sabe
 ¿De ser afirmativa, diga cuál o cuáles? _____
15. En caso de que comience un curso, taller o cualquier otra actividad que le brinde información relacionada con el Programa Nacional de Sífilis, estaría dispuesto o integrarse?
 Sí No No sabe

Muchas Gracias,
 La investigadora.

SUMMARY: A descriptive study was performed in which most of surveyed physicians had insufficient knowledge on the control program of syphilis and also poor information on the objectives and functions of the family physicians. We observed a greater knowledge regarding recent symptomatic syphilis. Over 50 % of surveyed did not carry out adequate actions for promoting, preventing and controlling syphilis and those that stated they did lacked knowledge enough to be really efficient. These professionals had no clear perception of the seriousness and susceptibility of syphilis and 96 % of them are not prepared for correctly implementing the control program of syphilis in their health area.

Subject headings: **SYPHILIS/ prevention & control; MANAGED CARE PROGRAMS; PHYSICIANS, FAMILY.**

Referencias Bibliográficas

1. Octavo informe sobre la situación sanitaria mundial. Rev Salud Mundial 1993;46(3):20-35.
2. Martínez Calvo S. Por qué controlar las enfermedades de transmisión sexual. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1994. Pág 1-10.
3. Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985:2-12.
4. Harkinst D. Sexually transmitted diseases. Optom Clin 1994;3(4):129-56.
5. La sífilis: diagnóstico y tratamiento; reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis (Publicación Científica; No.56) Washington: OPS, 1981:21-29.
6. Control de las enfermedades de transmisión sexual (Publicación científica;538) Washington; Organización Panamericana de la Salud 1992;1-30.
7. Pautas y tratamientos. Enfermedades de transmisión sexual. Centro de control de enfermedades. EU, 1989. Pág 1-35.
8. Las Condiciones de salud en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud 1994;vol 1(Publicación científica; No.549.):230-5.
9. Las Condiciones de la salud de las Américas V.2. Washington: Organización Panamericana de la Salud 1994. Publicación Científica 549.
10. Informe Anual Datos Estadísticos Dirección Nacional de Estadística. L Habana: MINSAP 1994. Pág 1-30.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana para el año 2000. Editorial Ciencias Médicas. La Habana;1989:1-10.
12. Fariñas Reinoso AT. Nivel de conocimientos de especialistas y residentes de ginecología en los hospitales de la Ciudad de La Habana. Trabajo presentado IV congreso de higiene y epidemiología. Cuba. 1989.
13. Zwinhlman P. Condom use to prevent incident STD; validity of self-reported condom use. Jm col 1995;22(1):15-21.

Recibido: 30 de septiembre de 1998. Aprobado: 14 de diciembre de 1998.

Dra. *Ana Teresa Fariñas Reinoso*. Facultad de Salud Pública. Ave 31 e/146 y 150, Reparto Cubanacán. Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.