

LA EFICIENCIA DEL DIAGNOSTICO Y DE LA INTRODUCCION Y LA ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO EN EL CONTROL DE LA LEPRA

*Evaluación del Servicio de Dermatología
Sanitaria de Maracaibo¹*

Alexis Romero Salazar*

Raima Rujano**

Resumen

La estrategia de la reorganización de los servicios para la aplicación de la terapia multi-drogas en el control de la lepra, formulada por la OMS, tiene como objetivo básico romper la cadena de transmisión. Ello supone el efectivo cumplimiento de la totalidad de las operaciones a realizarse bajo la conducción de las Unidades

Regionales: detección, entrega de medicamentos, seguimiento de casos, educación sanitaria, etc. El deficiente funcionamiento de estos servicios provoca en el control fallas evidentes que se expresan fundamentalmente en la demora del diagnóstico y en la curación.

Recibido: 12-5-95 • Aceptado: 15-9-95

1 Investigación auspiciada por el Programa de Pequeñas Becas para Investigaciones en Aspectos Sociales y Económicos de las Enfermedades Tropicales del LACSO-UCV con apoyo financiero del Programa Especial de Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales. UNDP/BANCO MUNDIAL/OMS.

* Sociólogo, M. Sc. en Sociología del Desarrollo. Profesor Asociado LUZ. Responsable del Proyecto de Investigación "Fortalezas y Debilidades de la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo".

** Trabajadora Social. Asistente de Investigación.

En este artículo se presentan algunos resultados de la Investigación "Fortalezas y Debilidades de la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo", específicamente los referidos a la evaluación del diagnóstico y la introducción y administración del Tratamiento.

La información fue recogida por una combinación de técnicas e instrumentos: revisión de informes y estadísticas elaboradas en el servicio, entrevistas estructuradas -aplicadas al personal de la UDS, a médicos de la red de atención primaria y a usuarios- y observación directa y participante. Los datos fueron llevados, median-

te un riguroso proceso de categorización, a una única matriz uniformadora, para luego ser integrados para producir los respectivos índices.

Estos, en el caso del Diagnóstico y de la Introducción y Administración del tratamiento, alcanzan valores bajos (31.62% y 23.32%, respectivamente), poniendo de manifiesto un importante nivel de alejamiento de las exigencias operativas del programa de Control propuesto por la OMS.

Palabras claves: *Lepra, Evaluación, Diagnóstico, Tratamiento, Servicio.*

THE EFFICIENCY OF THE DIAGNOSIS AND OF THE INTRODUCTION AND ADMINISTRATION OF TREATMENT FOR CONTROL OF LEPROSY

Abstract

The strategy behind the reorganization of services in order to apply multi-drug therapy in the control of leprosy, formulated by the World Health Organization, has as its basic objective breaking the transmission chain. This presupposes an effective realization of the totality of the operations that need to be carried out by Regional Units: detection, delivery of medicines, case follow-up, health education, etc. A deficiency in the functioning of these services will cause evident defects in total control, that are chiefly expressed in late diagnosis and cure.

This article will present some of the results of the research "Fortalezas y Debilidades de la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo" (Strengths and Weaknesses of the Dermatology Unit of Maracaibo), specifically with reference to the evaluation of the diagnosis and the

introduction and administration of the treatment. The information was collected through a variety of techniques and instruments: review of reports and statistics published by the service, structured interviews with the personnel of the Unity, with doctors in the primary attention network and also with users of the service. The data were subjected to a rigorous process of categorization and integrated into a uniform matrix in order to produce the respective indexes.

In the case of the diagnosis and introduction and administration of treatment, these values were low (31.62% and 23.32%) respectively, showing a significant discrepancy with the operating needs of the control program proposed the WHO.

Key words: *Leprosy, Evaluation, Diagnosis, Treatment, Service.*

I. El problema.

Los avances biomédicos producidos en el tratamiento y curación de la lepra, no se reflejan de forma positiva en su control por parte de los organismos de la salud. Así, según información de la OMS, ha habido un incremento de los casos a nivel mundial en los últimos años. En Venezuela, a pesar de los indiscutibles avances, sigue siendo alta la prevalencia (4.04 x cada 10.000 habitantes).

Tal situación pudiera responder a nociones y creencias de los enfermos que influyen en su comportamiento ante el tratamiento, afectando sus posibilidades de curación. Pero también podría obedecer a la estructura y funcionamiento del servicio en cuanto a la detección, tratamiento y seguimiento de los casos.

En estudios realizados por este Equipo en la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo (Romero Salazar, et al, 1994), se evidenció que el 70% de los enfermos pasa hasta 4 años desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico; 25% pasa más de 5 años; pero no sólo eso, sino que el promedio de años en tratamiento, desde que éste se inició hasta el momento de la investigación, era de 6.8 años. Se manifiestan así, las fallas del Servicio.

El interés de la investigación se centró, entonces, en la Evaluación Operacional de la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo, tanto en su organización o estructura, como en su funcionamiento, expresado en actividades (procesos y resultados), cuya meta final es la erradicación de la lepra en su zona de influencia, a través del tratamiento y la curación. Ello sin ignorar la especificidad del contexto social y su impacto en la organización. En este artículo sólo se reportan los resultados relativos al Diagnóstico y a la Introducción y Administración del Tratamiento.

II. Características generales del proyecto.

En relación con el problema planteado surgieron las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las condiciones de equipamiento y de recurso humano de la UDS de Maracaibo? ¿Cuál es el esquema administrativo de la UDS? ¿Cómo se cumplen las actividades que se plantean en la estrategia de reorganización de los servicios para la aplicación de la terapia multidroga? ¿Son las demandas de los usuarios orientadas y canalizadas?. En fin, ¿Cuáles son las fortalezas y

debilidades?. La formulación de estas preguntas estuvo dirigida por la consideración de que las fallas en el Servicio obtaculizan el control y el tratamiento, sobre todo en lo concerniente a detección de nuevos casos, curación en tiempo adecuado, asistencia psicológica del paciente, entre otros aspectos.

Para esclarecer este panorama se diseñó una investigación de tipo evaluativa u operacional, que tenía como objetivo general:

- Evaluar la estructura y el funcionamiento del Servicio de Dermatología Sanitaria de Maracaibo, a partir de la comparación con el modelo propuesto por la OMS en el Plan de "Reorganización y estrategias operativas para el control de la lepra".

Este objetivo quedó cubierto en la medida en que se ejecutó el objetivo específico siguiente:

- Establecer la forma en que se da cumplimiento, en la UDS de Maracaibo, a las actividades relacionadas con el control de la lepra.

En tal sentido se produjo, en primer lugar, una descripción detallada de la estructura organizativa y funcional de los Servicios, destacando los objetivos, recursos humanos y materiales necesarios para cada área o departamento, según el modelo propuesto por la OMS.

En segundo lugar, se estableció una comparación entre las operaciones señaladas en la estrategia de la OMS y la desplegadas en la Unidad de Dermatología de Maracaibo, a partir de la información lograda a través de una entrevista aplicada al personal y a los usuarios y mediante una observación estructurada realizada en el servicio.

En tercer lugar, con fines analíticos, se elaboraron índices que constituyen una medida, una estimación, del nivel de logro de la UDS en cada área o función.

III. La investigación.

El proceso se cumplió a partir de las siguientes actividades:

III.1. Recolección.

- Un arqueo bibliográfico producido por diferentes vías (Red Saicyt y bibliotecas); el cual permitió obtener información en relación al tema y la metodología a utilizar (Investigación Evaluativa).

- Un estudio exhaustivo del modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud para el funcionamiento y organización de los Servicios.

Dado que la investigación estaba dirigida básicamente a evidenciar fortalezas y debilidades, se produjo un diseño de Investigación Operacional, mediante el cual se estableció la comparación entre el modelo de funcionamiento propuesto por la OMS y el instrumentado por la UDS. Para ésto se prepararon 4 tipos de entrevistas abiertas y estructuradas, aplicadas a:

- El Coordinador de la Unidad. Para su diseño se consideraron elementos aportados por el modelo OMS en cuanto a función y organización de los Servicios. (Entrevista A).

- El Coordinador de Inspectores, diseñada bajo el esquema anterior. (Entrevista B).

- Los Responsables de cada departamento, formulada según funciones y organización de cada dependencia de la Unidad. (Entrevista C).

- Los usuarios. En esta oportunidad se indagó sobre las expectativas y demandas del paciente en relación a la UDS. (Entrevista D).

Población de Estudio.

En relación a la población que ofreció información relevante para la investigación, se consideró un primer grupo, el de los funcionarios, constituido por médicos, inspectores, bioanalistas, trabajador social y personal obrero y un segundo grupo, formado por pacientes activos, que fueron seleccionados intencionalmente (un total de 12).

III.2. Análisis.

La información recogida a través de los diferentes instrumentos (entrevistas -A,B,C,D-, patrón de observación y pauta de revisión de informes) fue agrupada en categorías de respuestas según una escala construida a tal fin. En esta primera escala (original) a cada respuesta categorizada se le asignó un

"peso", que iba de 0 a 3 puntos en las interrogantes que se consideró tenían 4 posibilidades de contestación. El "peso" superior o máximo (3) corresponde a la opción que expresa mayor eficiencia al cumplimiento de la función o actividad.

Una vez integradas las observaciones, se tomó la categoría que más se repite. El peso de ésta en la escala original fue trasladado a la equivalente (de 0 a 100), para ser incluida en una tabla con las otras categorías de respuestas más frecuentes para cada interrogante. En la tabla, de acuerdo a la fuerza predictiva de cada pregunta (para expresar la eficiencia en el cumplimiento de la respectiva actividad), se ponderó con un valor entre 0 y 10.

Para ilustrar, se presenta el Cálculo del Índice de Integración a los Servicios de Atención Primaria en Salud, que considera los siguientes indicadores:

a) Existencia de un Plan de Integración.

Escala Original

Existe.....	3	Ponderación: 7
No existe.....	0	

b) Frecuencia de los Contactos de la UDS con los SAPS.

Escala Original

Elevada.....	3	Ponderación: 8
Media.....	2	
Baja.....	1	
Nula.....	0	

c) Cantidad de Charlas ofrecidas a los SAPS.

Escala Original

Muchas.....	3	Ponderación: 10
Algunas.....	2	
Pocas.....	1	
Ninguna.....	0	

Cumplida esta fase de categorización y de ubicación de la frecuencia de respuestas, los resultados son pasados a la tabla:

	Peso de la Selección Modal en	(1) Peso de la Selección Modal en	(2)	(1)x(2)
Indicador	Escala Original	Escala Equivalente	Ponderación	
Existencia de un Plan	0	0	7	0
Frecuencia de Contactos	1	33	8	264
Cantidad de Charlas	0	0	10	0
			25	264

En la tabla, los valores de la columna (1) que recoge los "pesos" de las categorías más seleccionadas (En escala Equivalente) se multiplican por el correspondiente factor de ponderación, originando una nueva columna (1) x (2). El índice es el resultado del Cociente de la sumatoria de la columna (1) x (2) entre la sumatoria de la columna (2).

$$\begin{aligned} &\text{Índice de Integración} \\ &\text{a los SAPS.} \qquad \qquad \qquad = \frac{(1) \times (2)}{(2)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &\text{Índice de Integración} \\ &\text{a los SAPS.} \qquad \qquad \qquad = \frac{264}{25} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &\text{Índice de Integración} \\ &\text{a los SAOS} \qquad \qquad \qquad = 11 \end{aligned}$$

Se interpreta que el nivel de Integración al Sistema de Atención Primaria en Salud es de 11 cuando el máximo posible es de 100.

Integrando varios índices relacionados con una misma función evaluada, se calculan los respectivos coeficientes; por ejemplo:

Coefficiente de Eficiencia en el Diagnóstico:

Indice	(1) Valor	(2) Ponderación	(1)x(2)
de Integración a Iso SAPS	11	10	110
de Equipamiento del laboratorio	58	8	464
de Formación del Personal del laboratotio	45	9	405
de Supervisión del personal del laboratorio	16	8	128
		(2)=35	(1)x(2)=1.107

Coefficiente de
Eficiencia en = $(1)x(2) = 1.107 = 31,62\%$
el Diagnóstico (2) 35

En una escala donde el mayor nivel es 100, la UDS-Maracaibo obtiene un 31,62%.

IV. Resultados.

El proceso de elaboración del sistema de variables e indicadores, caracterizado por su rigurosidad, dio la posibilidad de alcanzar elevados niveles de rendimiento tanto en la recolección como en el análisis de los datos. Ello facilita la presentación ordenada y sistemática de los resultados, que se exponen a continuación en términos de evaluación de las operaciones de Diagnóstico y Establecimiento y Administración del Tratamiento.

IV. 1. Diagnóstico.

Según la propuesta de la OMS para la "Reorganización de los Servicios de Control de la Lepra", las operaciones de diagnóstico están dirigidas a detectar

los casos de lepra a partir del estudio bacteriológico que debe cumplirse fundamentalmente en la UDS, y la exploración clínica que debe ser realizada básicamente en los Servicios de atención primaria.

Si se separa (con fines de la exposición) el Estudio Bacteriológico, la detección de casos queda reducida a la necesidad de la articulación de la Unidad de Dermatología Sanitaria con la red regional de Hospitales Generales y Ambulatorios.

IV.1.1. Integración a los Servicios de Atención Primaria.

Como variable está referida al nivel y modo de inserción de la UDS al Sistema de Atención Primaria en Salud (SAPS), con el cual se produce el primer contacto del paciente. Este, ignorándolo todo con respecto a la enfermedad, no asocia su afección a la lepra, por eso inicialmente no se dirige a la UDS. Ello exige que en los hospitales generales y ambulatorios se esté en condiciones de producir el diagnóstico. El logro de esa capacidad está asociado con la labor de información y educación que cumpla la UDS con el personal de los SAPS. La demora (también la precocidad) del diagnóstico depende del nivel de integración alcanzado.

Al respecto, con fines de la evaluación, se estudiaron los siguientes indicadores:

IV.1.1.1. Nivel de Institucionalización de la integración (en el plano formal).

Si algo podría hablar de la profundidad de la integración es la existencia de un plan de intercambio especialmente elaborado, puesto que pondría de manifiesto, en primer lugar, una cierta comprensión de la necesidad de la articulación, en segundo lugar, una capacidad para jerarquizarla en un programa de intercambios y, en tercer lugar, una disposición hacia las acciones integradoras.

Sobre el particular, hay que decir que en la UDS de Maracaibo estas cosas quedan negadas, en tanto, a través de las respuestas dadas por su personal y del contenido de los informes elaborados por éste, se constata suficientemente la ausencia de un plan diseñado y desarrollado en el servicio. Habría que admitir una escasa institucionalización de la integración entre la UDS y los SAPS.

IV.1.1.2. Frecuencia de los Contactos de la UDS con los Servicios de Atención Primaria.

Este indicador habla de la intensidad y la calidad de la integración, puesto que se asume que una alta frecuencia de los contactos (en términos de pasantías de los médicos internistas, generales o pediatras, en la UDS o de permanencia de leprólogos en los SAPS, etc.) hace posible una elevación de la capacidad para el diagnóstico. Al respecto -según los datos obtenidos a través del cuestionario aplicado al personal de la UDS y de la entrevista a funcionarios de los SAPS, así como de los Informes elaborados en la primera de las mencionadas-, se tiene que los únicos dos contactos realizados durante 1994 fueron hechos en procura de espacio para la atención de igual número de casos.

En tal sentido, siendo que no se puede hablar de una periodicidad semestral, ni cuatrimestral, ni trimestral -mucho menos mensual o quincenal o semanal- hay que concluir que no hay ninguna frecuencia en los contactos. Sobre todo porque el tipo de intercambio que contempla la OMS no ha estado planteado para los funcionarios de la UDS.

IV.1.1.3. Cantidad de Charlas ofrecidas por la UDS-Maracaibo al personal de los SAPS.

El número de sesiones utilizadas para ofrecer información especializada a los funcionarios de los hospitales generales y ambulatorios se constituye en una efectiva medida de la integración.

En este caso se tiene, según lo declarado por el personal tanto de la UDS como de los SAPS y de acuerdo a la revisión de los informes, que durante el año 1994, no se registró ninguna charla.

Los indicadores (Existencia de una Programación, frecuencia de los contactos y cantidad de charlas), empleado para evaluar la integración, fueron considerados para producir el Índice de Integración a los SAPS que alcanzó un 11%.

La conclusión al respecto es contundente: la deficiencia de la UDS para contribuir con la elevación de la capacidad de Hospitales Generales y Ambulatorios para reconocer la lepra es casi absoluta en la satisfacción de la necesidad de articulación con los SAPS es absoluta. Ahora bien, como se trata

de una evaluación integral del servicio de diagnóstico hay que considerar también lo relativo al análisis de laboratorio para la detección de casos.

IV.1.2. Estudio Bacteriológico.

Considerado como una variable, está asociado a la capacidad que tiene la UDS para producir el diagnóstico y el seguimiento de los casos por sus propios medios. Esa capacidad se concretaría en términos de una adecuada provisión de equipos, de una suficiente calificación de los técnicos de laboratorios y de una rigurosa supervisión de su trabajo.

Estos asuntos obligan a tomar en cuenta, como subvariables las siguientes:

IV.1.2.1. Provisión de Equipos de Laboratorio.

La posibilidad de atender y procesar las exigencias respecto al diagnóstico tiene mucho que ver con que se cuente con los aparatos, los reactivos y los materiales adecuados y suficientes. Así, en la medida en que el servicio no dispone de tales elementos su capacidad de detección se ve reducida. Para verificar esta situación se consideraron los siguientes indicadores:

IV.1.2.1.1. Cantidad, Calidad y Estado de los Microscopios.

Hasta noviembre de 1994 las lecturas tuvieron que ser hechas en otros laboratorios (motivado al hurto de los equipos de la UDS). En ese mes fueron donados 3 microscopios de calidad aceptable (según la bionalista a cargo del laboratorio).

Se pudo constatar la existencia de un microscopio en buen estado, puesto que los 2 restantes están siendo reparados por defectos de fabricación.

IV.1.2.1.2. Dotación de material de vidrio.

Quizás por estar trabajando el laboratorio con muchas restricciones, por la carencia durante casi todo el año 1994 de microscopios, se acumuló una buena cantidad de material de vidrio.

Por ello se constató, mediante observación directa, la existencia de una considerable cantidad de materiales de vidrio; (por ejemplo 2 cilindros), que a juicio del personal de la UDS (coordinadora y jefe de laboratorio) es suficiente para cubrir las demandas que se le plantean.

IV.1.2.1.3. Dotación de Portaobjetos.

Los pedidos se hacen con una frecuencia de 6 meses. Llegan en cajas de 100 unidades. Siendo que en cada paciente se utilizan 304 láminas al año y habiendo 890 pacientes activos, en 1994 se gastaron 6.230 portaobjetos. En este año la dotación fue superior a esa cantidad.

Se verifica, según esta relación establecida por la Coordinadora del Servicio, una situación de suficiencia. Esta es la idea que al respecto tiene el personal (jefe de laboratorio, microscopista, jefe de inspectores, etc).

IV.1.2.1.4. Suficiencia y frecuencia de la dotación de Reactivos.

De lo declarado por el personal involucrado en las actividades del laboratorio, se colige que los pedidos se realizan con una frecuencia promedio de 4 meses. Igualmente, de acuerdo al seguimiento hecho a las actividades de atención bacteriológica, la provisión de reactivos ha cubierto las necesidades del servicio.

Al integrar estos indicadores (cantidad, calidad y estado de los microscopios, dotación de material de vidrio, de portaobjetos, de reactivos) se obtuvo el Índice de provisión de Equipos y Materiales de Laboratorio que alcanzó un 58%. Tal valor refiere a una no muy eficiente dotación del laboratorio, sobre todo en lo que toca a los microscopios. En estas condiciones la capacidad de detectar los casos se limita considerablemente.

IV.1.2.2. Calificación y Formación del Personal del Laboratorio.

Esta subvariable está vinculada a las credenciales y entrenamiento del personal del Laboratorio de la UDS, en lo que tiene que ver con la detección y seguimiento de los casos. Se requiere de estos funcionarios de una continua actualización y perfeccionamiento, en consideración de los avances que se producen incensablemente.

Para el análisis se establecieron los siguientes indicadores:

IV.1.2.2.1. Cantidad y Calificación de los técnicos de laboratorio.

El personal especialmente adscrito al laboratorio de la UDS está constituido básicamente por 1 Licenciada en Bioanálisis y 1 Técnico en Bioanálisis (Inspector Sanitario). La primera tuvo que pasar por un

entrenamiento -que duró mes y medio- en el Instituto de Biomedicina, antes de su ingreso a la UDS; el segundo, tiene una experiencia previa de 5 años en el mismo instituto.

Eso en cuanto al personal asignado al laboratorio; pues, además de él, los inspectores sanitarios toman algunas muestras, por ejemplo de linfa, según se pudo verificar a través de la observación.

De acuerdo con lo que se desprende de las respuestas al cuestionario, este personal está calificado para cumplir con su trabajo.

IV.1.2.2.3. Asistencia del Personal del Laboratorio a cursos.

Según la indagación realizada, no existe una programación de asistencia a cursos. Sin embargo, hay una cierta disposición de parte de la Lic. en Bioanálisis para participar por su propia iniciativa en algunos. (Se constató la existencia de Credenciales que lo demuestran: 11 en total).

Durante 1994, el Técnico de Laboratorio no asistió a ningún curso; lo mismo los inspectores que, al menos, toman muestras de linfa.

IV.1.2.2.3. Pasantías del personal en otros laboratorios.

A excepción de las realizadas por la Licenciada y el Técnico, en el Instituto de Biomedicina en la época de su ingreso a la UDS, el personal no ha participado de intercambios o pasantías en otros laboratorios. Esto es lo que se desprende del cuestionario aplicado y de la revisión de los informes preparados por el servicio.

Integrando estos indicadores (Cantidad y calificación de los técnicos, asistencia a cursos, pasantías en otros laboratorios) se logró el cálculo del Índice de Preparación del Personal de Laboratorio, que alcanzó un 45%. El índice señala una aceptable preparación al inicio del desempeño, pero un estancamiento en el dominio de nuevas técnicas, por el nulo nivel de actualización.

IV.1.2.3. Control y Supervisión en el Laboratorio.

El control y la supervisión involucran todas las acciones que la Coordinación de la UDS debía ejecutar con la finalidad de regular y vigilar el trabajo realizado por el personal del laboratorio. Estas acciones deben ser sistemáticas, pues de ello depende la superación oportuna de las fallas. Un

incorrecto despistaje sería demasiado grave; por ésto se requiere un control y una supervisión adecuada en términos de tiempo (continuo y de calidad planificada).

Para la evaluación se consideraron los siguientes indicadores:

IV.1.2.3.1. Frecuencia de la Evaluación Operativa.

Efectivamente no se realizaron, durante 1994, supervisiones en lo que tiene que ver con las operaciones desplegadas por el laboratorio. Hay que reportar, sin embargo, contradicciones en la información aportada por los funcionarios: da la impresión que asumen como supervisión lo que se hace cuando el resultado de una muestra es inconsistente.

Lo importante es que no existiendo un programa donde se establezca la frecuencia de la supervisión, ésta arrojaría resultados poco confiables, por no haber ninguna sistematicidad.

IV.1.2.3.2. Frecuencia del Control de Calidad.

De acuerdo a la información que aporta el personal, no existe una estrategia de control de calidad de las lecturas realizadas. Si se considera que cada una de las que hace la bioanalista es confirmada por el técnico, se podría asumir que algo se intenta al respecto, pero las operaciones que supone un control de calidad no se cumplen.

Los resultados de ambos indicadores fueron integrados, para producir el **Índice de Supervisión del Laboratorio, cuyo resultado (17%) pone de manifiesto** la incomprensión de la importancia de la evaluación de las actividades realizadas para la optimización de la detección de los casos.

IV.1.3. Coeficiente de Diagnóstico.

Los índices calculados (de Integración a los SAPS, de Provisión de Equipos, de Preparación del Personal y de Supervisión del Laboratorio) permitieron establecer el Coeficiente de Eficiencia en el diagnóstico, referido a la capacidad de la UDS para producir una oportuna detección de los casos (evitando la demora del diagnóstico).

El Coeficiente alcanzó un 31.62% que ratifica la limitada capacidad de diagnóstico que se verifica en una investigación anterior (Romero Salazar, et al,

1994); según la cual, de acuerdo a la versión de los pacientes, era evidente la demora.

Cuadro No. 1

Indice	
- de Integración al SAPS	11%
- de Provisión de Equipos y Materiales de Laboratorio	58%
- de Preparación del Personal del Laboratorio	45%
- de Supervisión de Laboratorio	17%
Coefficiente de Daigóstico	31.62%

IV.2. Tratamiento.

En términos de salud pública, tal como lo plantea la OMS, se requiere de una cuidadosa organización de los esfuerzos dirigidos a atender con quimioterapia a todas las personas afectadas por la lepra. Porque se trata no sólo de la curación individual de cada paciente, sino también de cortar la transmisión; lo cual hace importante la rigurosa aplicación del tratamiento, en lo relativo a la fijación de prioridades y a la administración de los regímenes medicamentosos.

IV.2.1. Establecimiento de prioridades.

En general, los recursos en los servicios dermatológicos en nuestros países son escasos; por ello se habla de prioridades para hacer referencia a la sistematización jerarquizadora de los casos pauci y multibacilares; según el siguiente orden: 1) Casos multibacilares clínicamente sospechosos de resistencia a la dapsona, 2) Casos multibacilares de nuevo diagnóstico, 3) Casos multibacilares que han recibido tratamiento durante más de 5 años, pero que siguen en actividad, 4) Casos multibacilares tratados durante menos de 5 años, 5) Casos paucibacilares clínicamente sospechosos de ser resistentes a la dapsona, 6) Otros pacientes paucibacilares y 7) Pacientes multibacilares que se

han hecho negativos y que se encuentran sometidos a una terapia de mantenimiento.

Al respecto se trabajó el indicador:

IV.2.1.1. Clasificación de los pacientes según prioridades.

Con arreglo a los resultados, tanto de la entrevista aplicada al personal de la UDS-Maracaibo y a los pacientes, como de la revisión de las fichas, y de la observación *in situ*, se puede señalar que en este Servicio no se clasifica a los pacientes según las prioridades sugeridas por la OMS. Todos los pacientes toman los 3 medicamentos; la diferencia reside en que se establece que unos los tomen durante un período de 2 años y otros de 1 año; luego salen de alta. La clasificación que se hace en la UDS se basa en las condiciones del enfermo: 1) pacientes con problemas hepáticos toman 2 medicamentos menos rifal, 2) con anemia toman 2 medicamentos menos DDS, 3) pacientes con gastritis toman 2 medicamentos menos Lampren, 4) con problemas del riñon toman 1 medicamento.

El índice de establecimiento de prioridades alcanzó un valor de 0% que no amerita ningún comentario.

IV.2.2. Infraestructura Organizativa para la aplicación del tratamiento.

Tanto la eficaz introducción de los regímenes medicamentosos, como la efectiva detección de los casos, requieren del cumplimiento de mayor cantidad de actividades por parte del personal de los servicios; lo cual exige de una *optimización de su esquema funcional*. El recurso humano debe estar distribuido de manera que pueda dar respuesta al aumento de responsabilidades. Para evaluar la infraestructura organizativa se trabajaron los siguientes indicadores:

IV.2.2.1. Relación entre el número de trabajadores sanitarios y el número de pacientes.

La experiencia en el control ha conducido a la OMS a establecer un patrón, considerando la situación de cada país y las características del programa de control (Integrado o no). En el caso de la UDS de Maracaibo, tratándose de un servicio integrado, no se estaría en condiciones de que un trabajador sanitario pudiese atender a más de 50 pacientes.

En la práctica ocurre que la UDS cuenta con un personal de 10 trabajadores sanitarios (incluye 3 Médicos Dermato-leprólogos, 7 Inspectores Sanitarios en Lepra), siendo el número de pacientes de 907. Al establecer la relación, tenemos: 907 pacientes repartidos entre 10 Trabajadores Sanitarios = 90,7. Ello indica que cada Trabajador Sanitario debe atender a 90 pacientes. Evidentemente existe un déficit, que justifica las exigencias de la Coordinadora del programa.

IV.2.2.2. Relación entre el número de supervisores y el número de personal sanitario especializado.

El patrón OMS establece una proporción de hasta diez trabajadores sanitarios por cada supervisor especializado, para un servicio integrado. Encontramos que esta relación es la que se cumple en la UDS-Maracaibo.

Integrando estos indicadores (número de pacientes por trabajador sanitario y número de trabajadores sanitarios por supervisor especializado) obtenemos el índice de infraestructura organizativa que alcanza un valor de 50%.

IV.2.3. Coeficiente de Tratamiento.

Los índices de Establecimiento de prioridades e Infraestructura organizativa se articularon para producir el Coeficiente de Eficiencia de Tratamiento que alcanzó un 23.32%, que habla de las notables deficiencias de la UDS en lo que se refiere a la introducción y administración del tratamiento.

Cuadro No. 2

Indice	
- de Establecimiento de Prioridades	0%
- de Infraestructura Organizativa	50%
Coeficiente de Tratamiento	23.32%

V. Conclusiones.

Como se desprende de los resultados expuestos, en lo que tiene que ver con el Diagnóstico (eficiencia de 31.62% y con la Introducción y Administración del tratamiento (eficiencia de 23.32%), hay limitaciones importantes en el Control de la Lepra. Necesariamente, ello tiene que incidir en la demora en la detección y curación, puesto que la acción del servicio no es eficaz, ni suficiente.

En el caso del Diagnóstico, el programa supone el cumplimiento de operaciones más allá del recinto donde funciona el Servicio, pues, se trata de elevar la capacidad de los Centros de Atención primaria para reconocer la enfermedad. La ausencia de tales operaciones es notoria en lo que respecta a la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo. De igual modo se requiere de una cierta dotación de equipos y de una comprobada experiencia para la realización de los estudios bacteriológicos. En el caso que nos ocupa se pone de manifiesto una aceptable calificación y preparación del personal, que contrasta con un precario equipamiento. En esas condiciones la capacidad del laboratorio se ve significativamente reducida.

En caso de la Introducción y la Administración del tratamiento ocurre, primero, que no se establecen prioridades en la entrega de los medicamentos; lo que es sumamente grave si se consideran las limitaciones del aprovisionamiento; segundo, que la relación entre el número de trabajadores sanitarios y el de los pacientes activos es deficitaria. Lo que llama la atención es que en estas condiciones se mantenga un Hospital Anti-Leproso, que ocupa un buen número de funcionarios siendo muy bajas las necesidades de reclusión de los pacientes.

Según el cuadro descrito, es ineficiente o más bien insuficiente el grado de cumplimiento de las funciones y actividades planteadas en la estrategia de reorganización de los servicios para la aplicación de la terapia multidrogas. El rendimiento, en términos cuantitativos, alcanza un modesto 27.47%, que coloca al funcionamiento de la UDS-Maracaibo lejos de las expectativas de la OMS al respecto.

Las sugerencias tienen que estar en orden al necesario relanzamiento de las actividades, a partir de la comprensión de la situación presente; pues no sólo están involucrados problemas materiales, objetivos, (carencias, por ejemplo), sino cierta subjetividad expresada en actitudes, comportamientos, costumbres, (falta de voluntad y gremialismo, por ejemplo).

Hay que entender además, que muchas de las debilidades derivan de la relación con el entorno institucional, en un país donde los servicios públicos de salud se mantienen prisioneros del rutinarismo.

Bibliografía.

- ABREU, A. et al. (1977). **"Nuevo Programa de la Lepra"**. 1ra. Edición. La Habana. Camilo Cienfuegos. Ministerio de Salud Pública de Cuba. La Habana.
- COHEN, E. y FRANCO, R. "Evaluación de Proyectos Sociales". ILPES/ONU. CIDES-OEA. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires. s/f.
- HERTROIJS, A. (1974). **"A Study of some of factors affecting the attendance Patients in a Leprosy Control Sheme"**. Internacional Journal of Leprosy. Volumen 42. Número 4. USA.
- NAVARRO, Juan C. (1990). **"El Diseño y la Evaluación de Programas de Salud"**. Material Didáctico IESA. Información para los participantes. Caracas. Venezuela.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1988). **"Una Guía para el Control de la Lepra"**. 2da. Edición. Madrid.
- ROJAS, Viviana de y Otros. **"La Demora en el diagnóstico de la Lepra: ¿Imputable al médico o al enfermo?"**. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri". Cuba. s/f. (mimeo).
- ROMERO SALAZAR, Alexis y otros. (1994). **"La Representación Social de la Lepra: Incapacidad e Inhabilitación"**. Espacio Abierto. Universidad del Zulia. Maracaibo. (Informe Final).
- ROMERO SALAZAR, Alexis. (1995). **"El Estigma en la Representación de la Lepra"**. Cadernos de Saude Pública. Río de Janeiro, Volúmen 11, No. 3.
- WEISS, Carol. (1980). "Investigación Evaluativa". Editorial Trillas. Madrid.
- WERTHEIN, L. (1972). **"Bases para un Programa de Control"**. La Habana. Ministerio de Salud Pública de Cuba, (Documento mimeográfico). La Habana.
- WHITE, Kerr L. (Editor). (1986). **"Investigaciones sobre Servicios de Salud: una Antología"**. Organización Panamericana de la Salud, s/c. (mimeo).