

**Documentos Técnicos
de Saúde Pública
Serie A. Nº 16**

**PLAN DE ACCIÓN
ANTI VIH/SIDA EN GALICIA
2003-2006**



**Documentos Técnicos
de Saúde Pública**

Serie A. Nº 16



**PLAN DE ACCIÓN
ANTI VIH/SIDA EN GALICIA
(2003-2006)**

Edita

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública
Santiago de Compostela, 2003

Elabora

Servicio de Prevención e Control de Enfermedades Transmisibles

Coordinación

José A. Taboada Rodríguez

Redacción

Mª del Carmen Blanco Ramos
Javier Cereijo Fernández
Josefa Fernández da Silva
José A. Taboada Rodríguez

Achegas

Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais
Dirección Xeral de Servicios Comunitarios e Inclusión Social
Consellería de Educación e Ordenación Universitaria
Dirección Xeral de Formación Profesional e Ensinanzas Especiais
Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado
Dirección Xeral de Xuventude
Consellería de Sanidade
Comisionado do Plan de Saúde sobre Drogas
Programa de Atención Sociosanitaria
Servicio Galego de Saúde (SERGAS)
Dirección Xeral da División de Asistencia Sanitaria
Colexios Oficiais de Médicos de Galicia
Colexio Oficial de Diplomados en Traballo Social e Asistentes Sociais de Galicia
Colexio Oficial de Enfermería de Galicia
Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia
Sociedade Galega Interdisciplinaria de Sida (SOGAISIDA)
Comité Antisida de Lugo
Comité Antisida de Ferrolterra (LAZOS)
Comité Cidadán Antisida de Ourense
Comité Cidadán AntiVIH Arousán
Comité Cidadán Galego Antisida
Comité Ciudadano Antisida da Coruña (CASCO)

.... co recordo e agradecemento para tódalas persoas que en Galicia contribuíron co seu esforzo ós avances na loita contra esta infección, reafirmámo-lo noso compromiso de facer todo o posible para evitar que máis galegos/as se infecten hoxe, necesiten atención socio-sanitaria mañá e aumenten as estatísticas de mortalidade por SIDA nun futuro.

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	13
DEFINICIÓN E ANÁLISE DO PROBLEMA DE SAÚDE	19
SITUACIÓN ACTUAL DO PROBLEMA VIH/SIDA	21
A infección polo VIH e a sida	21
Situación mundial	21
A sida no Estado español	28
A sida en Galicia	32
A infección por VIH	39
FACTORES CONDICIONANTES	46
Infección polo virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	46
Bioloxía do VIH: clasificación e estrutura	46
Ciclo biolóxico	48
Dinámica viral	50
Estabilidade físico-química	50
Diagnóstico da infección por VIH	50
Historia natural da infección por VIH	52
Fase precoz	53
Fase intermedia ou crónica	54
Fase final ou de crise	55
Período de incubación	56
Estadía da infección por VIH. Definición de caso sida	56
Vías e mecanismos de transmisión	60
Vía sexual	60
Vía sanguínea	61
Vía perinatal	61
Outras vías	62
Factores que inflúen sobre a diseminación na poboación	62
Reservorio	63
Transmisibilidade	63
Susceptibilidade-resistencia	63
Outros factores asociados ó problema	64
Mortalidade	64
Vacina e tratamento	65
Impacto social	66
Custos	66

INTERVENCIÓN ANTI VIH/SIDA REALIZADAS EN GALICIA	68
Introducción	68
Sistema de vixilancia epidemiolóxica	69
Data de comezo.....	69
Obxectivo marcado	69
Estratexias	69
Proxectos e actividades realizadas.....	70
1. Rexistro Galego da Sida.....	70
2. Estudos de estimación de seroprevalencia de VIH en poboacións sentinela	70
3. Estudos de impacto. Estudos de mortalidade e anos potenciais de vida perdidos	70
4. Estudos de información, actitudes e comportamentos.....	70
5. Emisión de informes e publicacións	71
6. Investigación, formación e coordinación	72
Política de prevención e control	73
Data de comezo.....	73
Obxectivos xerais.....	73
Descrición	73
Estratexias	74
Proxectos e actividades realizados	74
1. Intervencións dirixidas á poboación xeral.....	74
2. Intervencións destinadas a colectivos específicos	76
– Programa educativo de prevención da sida nos centros de ensino	76
– Facilitación de medios preventivos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)	80
– Prevención primaria do VIH/sida e outras enfermidades transmisibles na prostitución	84
– Muller, embarazo e infección por VIH. Normas xerais de actuación	86
– Prevención primaria do VIH/sida e outros axentes na poboación de traballadores do mar	87
– Intervencións destinadas a traballadores de atención á saúde	89
Atención socio-sanitaria.....	90
Data de comezo.....	90
Obxectivos xerais.....	90
Obxectivos específicos.....	90
Descrición	90
Actividades	91
Ordenación de recursos	91
Formación e actualización do persoal socio-sanitario	92
Coordinación da acción anti VIH/sida.....	93
Actividades de coordinación e apoio a proxectos externos de investigación/acción	93
ELECCIÓN DA ESTRATEXIA	103
FACTORES CONDICIONANTES	105
ACTIVIDADES ANTI VIH/SIDA REALIZADAS EN GALICIA	106
Sistema de vixilancia epidemiolóxica e de información.....	106
Estudios sobre información, actitudes e comportamentos	107
Programas e actividades de prevención.....	108
Normalización social	109
Atención sanitaria e social	109
SITUACIÓN ACTUAL	110
Situación epidemiolóxica	110
Situación do nivel de información, actitudes e comportamentos	111

CONCLUSIÓNS	113
PLAN DE ACCIÓN ANTI VIH/SIDA EN GALICIA (2003-2006)	117
INTRODUCCIÓN	119
VALORES E FILOSOFÍA DESTA ESTRATEXIA	121
POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA	123
Sistema de vixilancia e información	123
– Vixilancia de casos sida	124
– Estudos de impacto (mortalidade e anos potenciais de vida perdidos -APVP-)	125
– Vixilancia da infección por VIH	125
– Información sobre coñecementos, actitudes e comportamentos	127
– Sistema de información microbiolóxica e molecular da infección polo VIH	128
Prevención e control	129
– Introducción	129
– Normalización social	130
– Detección precoz da infección por VIH	131
– Programas e actividades de prevención.....	134
– Liñas prioritarias e principais poboacións diana das intervencións preventivas	135
– Poboación xeral.....	135
– Adolescentes e persoas mozas.....	138
– Muller e embarazo.....	142
– Usuarios de drogas por vía parenteral.....	145
– Homes con prácticas homosexuais-bisexuais	149
– Persoas que exercen a prostitución	151
– Internos en institucións penitenciarias	153
– Inmigrantes e minorías étnicas.....	155
– Traballadores socio-sanitarios	157
ATENCIÓN SANITARIA E SOCIAL.....	161
– Asistencia sanitaria	162
– Atención social	164
FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	168
COORDINACIÓN E LIDERADO	170
BIBLIOGRAFÍA	173

PRESENTACIÓN

A epidemia da sida en Galicia está a evolucionar de xeito claramente favorable nos últimos anos, chegando ó comezo do século XXI cunha situación moito mellor que nas dúas décadas anteriores, aínda que, tal como se reflicte no actual *Plan de Saúde de Galicia 2002-2005*, a situación presentada pola infección do virus da inmunodeficiencia humana (VIH) segue a constituír un dos principais problemas de saúde na nosa comunidade.

A pesar da diminución no número de casos novos de sida, o descenso paralelo da mortalidade fai que a prevalencia da enfermidade siga elevándose, ó se sumaren as novas infeccións ós casos antigos. Ante esta situación de cronicidade e aumento de infeccións por prácticas de risco nas relacións sexuais, as medidas preventivas consolídanse como as de primeira magnitude, facéndose primordial a promoción da proba de detección do VIH entre as persoas con prácticas de risco.

A misión da Consellería de Sanidade é a de desenvolver unha política que mellore a saúde da poboación galega no campo do VIH/sida e doutras enfermidades relacionadas, diminuindo a carga da enfermidade, mortalidade e discapacidade, mediante a identificación de factores protectores e de risco, así como a atención sociosanitaria que corresponda.

Este *Plan de acción anti VIH/sida en Galicia 2003-2006*, que agora se presenta, será o referente estratéxico que defina as liñas que se deberán seguir neste tema, garantindo accións coordinadas e facilitándolles ós responsables da atención sociosanitaria, ós axentes sociais e á cidadanía galega, a información, os criterios e os medios específicos que, en función do coñecemento científico e a realidade de cada momento, proporcionen unha mellora na saúde da comunidade e respondan ás necesidades e demandas das persoas afectadas.

As estratexias que se sigan articularanse con todos aqueles programas e actividades que aborden a problemática derivada das prácticas de risco compartidas e coas estratexias de acción para afronta-las enfermidades de transmisión sexual, sanguínea, drogodependencias, etc., de tal xeito que unha acción coordinada e sinérxica comporte unha maior efectividade e eficiencia. Tamén se lles dá prioridade e apoio decidido a todos aqueles programas que afronten os factores que fan particularmente vulnerables ante o VIH ás persoas e colectivos máis desfavorecidos.

A intención última deste plan é a de proporcionar unha ferramenta flexible que axude na toma de decisións para adaptarse ás novas esixencias da epidemia durante o quadrienio 2003-2006, respondendo dunha maneira coordinada e multidisciplinar a este problema de tan grande complexidade sociosanitaria. Afortunadamente, moitos logros xa están asentados na nosa sociedade e esperamos ser capaces de establecer medidas innovadoras e específicas para afronta-los novos retos que a infección polo VIH nos presente.

José M^a Hernández Cochón
Conselleiro de Sanidade

INTRODUCCIÓN

Pouco tempo tardou a humanidade en darse conta da enorme importancia sanitaria da infección polo VIH. No ano 1981 o Centers for Diseases Control (CDC) chamou a atención sobre algúns casos de Sarcoma de Kaposi e linfomas non-hodgkianos diagnosticados na área de Nova York e California, con características epidemiolóxicas distintas ó seu patrón xeral. Só pasan dous anos ata que se illa e identifica este retrovirus como axente causal (1983) e se definen as características principais desta infección.

Este **período de descubrimento**, que rematou co período de **pandemia silenciosa** na que o VIH se diseminou sen ser advertido, culmina simbolicamente na “I Conferencia Internacional sobre a sida (1985)” con logros tan importantes como o descubrimento do propio virus, a definición das vías de transmisión, a súa patoxénese, o coñecemento das diferencias entre infección e enfermidade manifesta, ou os tests diagnósticos a partir da detección de anticorpos anti-VIH que nos permitiron acercarnos á magnitude do problema. Estes coñecementos básicos facilitaron a construción dunha visión realista da infección VIH/sida, alertaron sobre a súa importancia e posibilitaron que científicos e profesionais da saúde fixeran un chamamento conxunto para unha mobilización global contra o VIH/sida, abrindo a porta ó terceiro período, **o período de mobilización**, no que aínda estamos pero ó que se incorpora un compoñente de esperanza realista froito dos avances logrados e das investigacións en marcha e pendentes de resultados.

A OMS, coa responsabilidade de dirixir e coordina-lo traballo de saúde internacional, asumiu a importancia do problema así como a urxencia de enfrontalo mediante unha **estratexia global e concertada** cos obxectivos prioritarios de prever a súa transmisión e reduci-lo seu impacto social. En 1987 ponse en marcha o PLAN GLOBAL a nivel mundial que marca unhas directrices xerais coa recomendación de que estas sexan concretadas tendo en conta situacións particulares. Pártese de que tódalas políticas desenvolvidas identifican como factor importante para o seu éxito a necesidade de deseñar plans específicos para cada nivel de actuación (estatal, rexional, local).

En Galicia seguiu-se esta liña de actuación e, xustificado polo alcance, consecuencias e previsións da infección por VIH/sida, valórase como urxente a necesidade de enfrontala e créase o **Plan Autonómico para a prevención e control da sida e das infeccións relacionadas co VIH** (Orde do 19 de setembro 1988, DOG 195, 10 outubro 1988) co fin de “... ordenar, coordinar e promover tódalas accións relacionadas coa prevención e control das infeccións producidas polo VIH, coa redución da mortalidade e morbilidade...”. Con anterioridade xa se creara a Comisión de Seguimento e Control da Sida en Galicia (Orde do 10 de marzo 1987) e desde a Consellería de Sanidade xa se realizaban actividades nos campos da vixilancia epidemiolóxica, información-prevención e formación do persoal sanitario.

A asunción de competencias pola Comunidade Autónoma, en concreto en sanidade, comportou o cambio de estruturas e organigramas que afectou os recursos destinados a este problema. No ano 1994 na Dirección Xeral de Saúde Pública créase o Servicio de Prevención e Control da Infección por VIH/sida (DOG. N° 123, 29 de xuño

de 1994) co obxectivo de reforza-la estrutura destinada a este fin nos servicios centrais. Nestes momentos estas funcións son realizadas polo Servicio de Prevención e Control de Enfermedades Transmisibles. Con esta estrutura preténdese por parte da Dirección Xeral de Saúde Pública asumir-lo liderado necesario na solución deste problema asumindo, ó mesmo tempo, que para o seu éxito é necesario a participación na elaboración desta estratexia, así como consensuar-los seus contidos entre tódalas institucións con responsabilidades relacionadas con algún aspecto deste problema e con aquelas que, non estando neste caso, están dispostas a asumilas.

Os esforzos dedicados ó obxectivo xeral de enfrontar este problema foron múltiples e importantes. A nivel mundial e tamén en Galicia.

Os logros conseguidos tamén son de gran relevancia. Coñecemos máis sobre o VIH que da inmensa maioría dos outros axentes patóxenos, constatamos que a prevención pode ter éxito; os servicios de saúde e de asistencia social habilitados demostraron a súa necesidade e utilidade dentro dos programas globais; a defensa dos afectados contra a discriminación social mostrouse como decisiva. Experiencias positivas, entre outras, que son froito do traballo levado a cabo pero que non deben impedirnos unha visión obxectiva da realidade.

A pesar de todo iso a pandemia estase estendendo e intensificando nos países con menos recursos. No noso medio, os países industrializados, enlentece o seu avance pero aínda se está lonxe de romper-la súa cadea de transmisión.

Por iso, non é hora de compracencias, senón dunha reflexión e estudio de situación, que nos indiquen acertadamente o camiño a seguir, sabendo que o noso obxectivo último de eliminar esta infección aínda está lonxe, pero que son posibles avances que nos acerquen a esa meta.

É necesario definir unha nova estratexia de saúde contra o VIH/sida, que asegure un progreso continuo cara ós seus obxectivos, e reforce a nosa capacidade colectiva de resposta ante este problema. Para iso, debe estar baseada nos seguintes piares:

- Estudio dos novos coñecementos bio-médicos, incorporando aqueles que sexan útiles cara ó futuro.
- Avaliación das accións levadas a cabo durante estes anos que nos permita aumenta-la súa efectividade e eficiencia.
- Identifica-las lagoas existentes na nosa acción pasada para dar paso e estimular novas iniciativas.
- Partir da realidade galega e adapta-la estratexia ás nosas circunstancias epidemiolóxicas e ás características socioculturais e económicas de Galicia.
- Colaboración entre institucións gobernamentais, organizacións non gobernamentais, agrupacións de afectados e todas aquelas persoas ou grupos que desenvolvan actividades neste campo.
- Incorporación da filosofía de satisfacción do cliente-usuario mediante a introducción de métodos e principios de calidade total no quefacer diario das unidades que xestionen as actividades recollidas nesta estratexia.

Froito do traballo realizado neste sentido e do consenso entre institucións, ONG e profesionais de variadas disciplinas, estase a presentar este documento que ten por propósito:

- Dar a coñecer e impulsa-las principais liñas de actuación, a medio prazo, contra a infección polo VIH/sida en Galicia.
- Actualizar obxectivos, definir prioridades de actuación e estratexias para a súa posta en marcha.
- Achegar indicadores de avaliación das distintas actuacións levadas a cabo.
- Identifica-los responsables da posta en práctica das diversas liñas de actuación.
- Consensuar, aunar e homoxeneiza-las actuacións dos distintos niveis institucionais, ONG e voluntarios que teñen responsabilidades ou traballan neste campo.

As institucións e demais organizacións que participaron na súa elaboración esperamos que constitúa unha ferramenta útil para poder diminuí-las consecuencias negativas desta epidemia, contribuíndo así a mellora-la saúde da poboación galega.

Manuel Barral Castro
Director xeral de Saúde Pública

DEFINICIÓN E ANÁLISE DO PROBLEMA DE SAÚDE

SITUACIÓN ACTUAL DO PROBLEMA VIH/SIDA

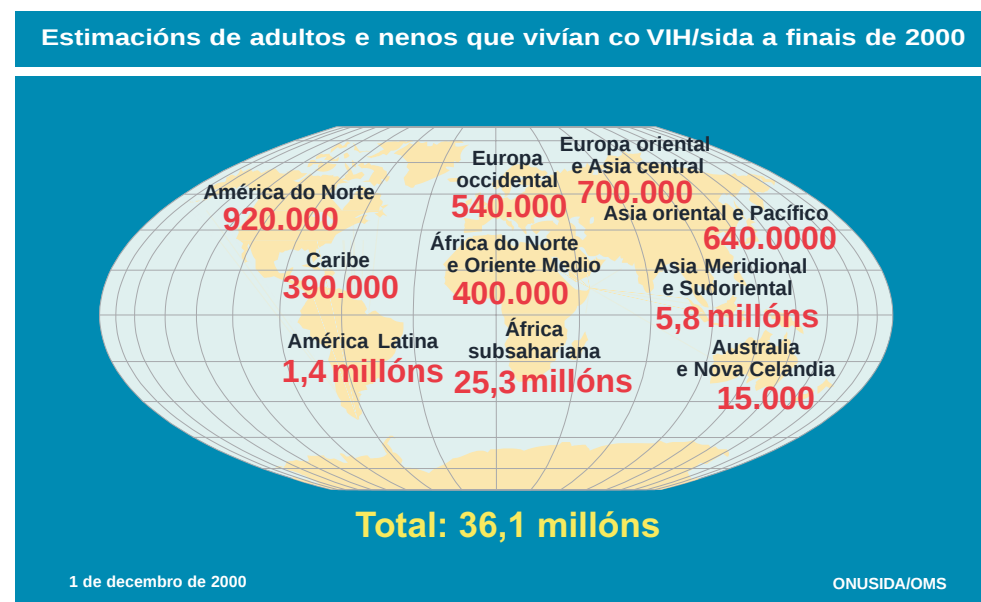
A infección polo VIH e a sida

Situación mundial

O primeiro sinal de alarma sobre o que hoxe coñecemos como a sida deuse no ano 1981. Naquel momento ninguén sospeitaba que o cadro de inmunodeficiencia presentado por un pequeno número de pacientes era debido a unha infección causada polo virus da inmunodeficiencia humana (VIH), nome que se lle daría dous anos máis tarde.

A infección converteuse en epidemia en pouco tempo. Os primeiros casos descritos son de orixe estadounidense, pero axiña comezaron a aparecer máis, distribuídos por moi distintos países, tanto de Europa Occidental, como da África Subsahariana ou América Latina e o Caribe. Considérase que nestes lugares o inicio da epidemia tivo lugar a finais dos 70 e principios dos 80. En menos dunha década a infección estendeuse a tódolos continentes e á maioría dos países do mundo. A finais dos 80 chega ó sur e sureste asiático e ás costas do Pacífico, África do Norte e Oriente Medio. E xa nos 90 ó leste de Europa e Asia Central.

Tendo en conta os datos do Programa Conxunto das Nacións Unidas sobre o VIH/sida (ONUSIDA) e a OMS, a situación a finais do ano 2000, con 36,1 millóns de persoas afectadas polo VIH/sida, é moito peor que o esperado no ano 1991 para finais do século, pois a situación actual supera nun 50% o estimado.



As defuncións causadas pola sida desde o comezo da epidemia xa ascenden a 21,8 millóns, das cales 4,3 millóns se produciron en menores de 15 anos. Por outra parte, os mortos que se produciron no ano 2000 foron 500.000 menores de 15 anos dun total de 3 millóns.

Os problemas que suscita o VIH varían moito dun lugar a outro, dependendo da magnitude e rapidez da propagación do virus e da existencia dun gran número de persoas infectadas que comecen a enfermarse ou falecer.

O continente africano é o máis afectado polo problema pois nel viven o 70% dos adultos e o 80% dos nenos afectados polo VIH no mundo, e soterrou as tres cuartas partes dos máis de 20 millóns de persoas que morreron en todo o mundo a causa da sida desde o comezo da epidemia.

Estatísticas e características rexionais do VIH/sida, Decembro de 2000 (ONUSIDA)						
Rexión	Inicio da epidemia	Adultos e nenos que viven co VIH/sida	Adultos e nenos infectados polo VIH durante o 2000	Prevalencia entre adultos (15-49 anos)	% de adultos VIH+ que son mulleres	Principais modalidades de transmisión*
África Subsahariana	Finais dos 70 comezos dos 80	25,3 millóns	3,8 millóns	8,8%	55%	Heterosexuais
Norte de África e Oriente Medio	Finais dos 80	400.000	80.000	0,2%	40%	Heterosexuais, CDI
Sur e Sueste Asiático	Finais dos 80	5,8 millóns	780.000	0,56%	35%	Heterosexuais, CDI
Asia do Leste e Pacífico	Finais dos 80	640.000	130.000	0,07%	13%	CDI, Heterosexuais, HSH
América Latina	Finais dos 70 comezos dos 80	1,4 millóns	150.000	0,5%	25%	HSH, CDI, Heterosexuais
Caribe	Finais dos 70 comezos dos 80	390.000	60.000	2,3%	35%	Heterosexuais, HSH
Europa do Leste e Asia Central	Comezos dos 90	700.000	250.000	0,35%	25%	CDI
Europa Occidental	Finais dos 70 comezos dos 80	540.000	30.000	0,24%	25%	HSH, CDI
América do Norte	Finais dos 70 comezos dos 80	920.000	45.000	0,6%	20%	HSH, CDI, Heterosexuais
Australia e Nova Celandia	Finais dos 70 comezos dos 80	15.000	500	0,13%	10%	HSH
TOTAL		36,1 millóns	5,3 millóns	1,1%	47%	

* HSH: homes que teñen relacións sexuais con outros homes; CDI: a través do consumo de drogas inxectables.

Excepto na África Subsahariana, en tódalas partes do mundo hai máis homes que mulleres infectados polo VIH e que morren a causa da sida. En total, estímase que durante o ano 2000 se infectaron 2,5 millóns de homes de 15 a 49 anos de idade (ós que consideraremos adultos neste documento), o que eleva a 18,2 millóns o número de homes adultos que, a finais de ano, viven co VIH. O comportamento masculino tamén contribúe á infección polo VIH nas mulleres, que a miúdo teñen menos

poder para determinar ónde, cando e cómo se levan a cabo as relacións sexuais. “Os homes marcan a diferenza” —o lema da Campaña Mundial contra a sida do ano 2000— recoñece eses factores e fai fincapé no enorme potencial dos homes para marcar diferenzas cando se trata de frear a transmisión do VIH, coida-los familiares infectados e ocuparse dos orfos e outros superviventes da epidemia.

Durante o ano 2000, na Federación de Rusia producíronse máis novas infeccións polo VIH que no conxunto de tódolos anos previos da epidemia. Tendo en conta tamén a expansión ininterrompida da epidemia en Ucraína, unha estimación conservadora sitúa en 700.000 o número de adultos e nenos que viven co VIH ou coa sida en Europa Oriental e Asia Central para finais do ano 2000, en comparación cos 420.000 de hai tan só un ano. As prácticas perigosas de inxección de drogas intravenosas segue a se-lo principal factor impulsor.

Por primeira vez, hai indicios de que a incidencia do VIH puido estabilizarse na África Subsahariana. Estímase que no ano 2000 as novas infeccións totalizaron 3,8 millóns, en contraposición cun total de 4 millóns en 1999. Sen embargo, se as infeccións por VIH comezan a dispararse en países que tiveron taxas relativamente baixas ata o de agora, coma Nixeria, a incidencia rexional podería comezar a elevarse de novo.

O lixeiro descenso das novas infeccións en África é probablemente o resultado de dous factores. Por unha parte, en moitos países a epidemia chegou tan lonxe que xa afectou a unha parte importante da poboación sexualmente activa, deixando a un número cada vez menor de persoas por contraer-la infección. Ó mesmo tempo, o éxito dos programas de prevención nalgúns países de África, especialmente Uganda, reduciu as taxas nacionais de infección e contribuíu ó descenso rexional.

ÁFRICA SUBSAHARIANA

En África, ó sur do deserto do Sáhara, estímase que 3,8 millóns de adultos e nenos se infectaron durante o 2000, o que a finais de ano eleva a 25,3 millóns o número total de persoas que viven co VIH/sida na rexión. Durante o mesmo período, millóns de africanos infectados en anos previos empezan a experimentar problemas de saúde, e 2,4 millóns, nunha etapa máis avanzada da infección, morreron a causa de enfermidades relacionadas co VIH.

Aínda que a África Subsahariana volve a encabeza-la lista de rexións co maior número anual de novas infeccións, tal vez se albisque unha tendencia no horizonte: aparentemente, a incidencia rexional do VIH estase estabilizando.

En África Subsahariana, as taxas nacionais de prevalencia do VIH seguen variando amplamente entre os distintos países. Oscilan desde menos do 2% da poboación adulta nalgúns países de África Occidental ata cerca do 20% ou máis na zona meridional do continente, con taxas intermedias nos países da rexión central e oriental de África. En oito países africanos con taxas de infección en adultos iguais ou superiores ó 15%, algunhas análises conservadoras sinalan que a sida se cobrará a vida dun tercio dos rapaces que actualmente teñen 15 anos.

EUROPA DO LESTE E ASIA CENTRAL

A finais de 1999, a cifra estimada de adultos e nenos que vivían co VIH e coa sida en Europa do Leste e nos países da antiga Unión Soviética era de 420.000. Xusto un ano despois, unha estimación conservadora sitúa esa cifra en 700.000. A maioría do cuarto de millón de adultos infectados no 2000 son homes, na súa maior parte a través do consumo de drogas inxectables. Ó longo do ano apareceron novas epidemias en persoas usuarias de drogas inxectables de Estonia e Usbekistán, países que comunicaron moitos máis casos de VIH que en calquera ano anterior.

O VIH non mostra sinais de frea-lo seu crecemento exponencial na Federación de Rusia. A xulgar polo número de casos comunicados ó longo dos nove primeiros meses do ano 2000, as novas infeccións estimadas para este ano poden acadar perfectamente a cifra de 50.000, que é moi superior ó total de 29.000 infeccións producidas no país entre 1987 e 1999. Sen embargo, incluso este incremento masivo subestima o crecemento real da epidemia: segundo estimacións rusas, o sistema nacional de rexistro capta soamente unha parte das infeccións. As prácticas perigosas de inxección de drogas seguen constituíndo o principal factor da transmisión do VIH neste enorme país.

Aínda que o número anual de novos casos rexistrados en Ucraína parece que diminuíu desde 1997, o virus podería estar introducíndose na poboación xeral, a xulgar polos datos da infección polo VIH constatados recentemente en mulleres xestantes. Ucraína puxo en práctica un sistema de vixilancia sentinela que esperamos que proporcione unha panorámica máis clara das tendencias da infección no futuro.

SUR E SUESTE ASIÁTICO

Estímase que ó longo do ano 2000 se infectaron uns 700.000 adultos, 450.000 deles homes. Esas estimacións están en consonancia cos coñecidos comportamentos de risco na rexión, na que os homes non só constitúen a maioría das persoas que se inxectan drogas senón que, ademais, están contribuíndo á primeira vaga de transmisión sexual do VIH, en gran parte a través do comercio sexual, pero tamén, en menor medida, dos homes que teñen relacións sexuais con outros homes. En conxunto, as estimacións para finais do 2000 sinalan que na rexión hai 5,8 millóns de adultos e nenos que viven co VIH e coa sida.

ASIA DO LESTE E PACÍFICO

A rexión de Asia do Leste e Pacífico segue mantendo a raia ó VIH na maior parte da súa enorme poboación. Ó longo do ano infectáronse uns 130.000 adultos e nenos. Isto sitúa en 640.000 o número de persoas que viven co VIH ou coa sida a finais do ano 2000, o que representa tan só un 0,07% da poboación adulta da rexión, en comparación cunha taxa de prevalencia do 0,56% no Sur e Sueste Asiático.

Sen embargo, a epidemia en Asia do Leste dispón de moito espacio para o crecemento. O comercio sexual e a inxección de drogas ilegais son prácticas extendidas, o mesmo que a migración e a mobilidade entre fronteiras e dentro dos propios países.

Con máis de 100 millóns de persoas implicadas, China, en concreto, está experimentando movementos de poboación maiores que calquera outro producido na historia. Así mesmo, despois de erradicar as infeccións de transmisión sexual durante os anos sesenta, China asiste na actualidade a un aumento repentino destas taxas que, en último termo, podería traducirse nunha maior propagación do VIH.

NORTE DE ÁFRICA E ORIENTE MEDIO

Debido á insuficiencia de datos, entre 1994 e 1999 realizáronse poucas estimacións novas da infección polo VIH nos países desta rexión. Algúns datos recentes, sen embargo, sinalan que as novas infeccións están aumentando. Por exemplo, os estudos realizados no sur de Alxeria revelan taxas dun 1% en mulleres embarazadas que van ós dispensarios prenatais, e os centros de vixilancia no norte e o sur do Sudán sinalan que o VIH se está a propagar entre a poboación xeral.

Cunha estimación de 80.000 novas infeccións na rexión durante o 2000, a finais de ano o número de adultos e nenos que viven co VIH ou coa sida acadará os 400.000.

AMÉRICA LATINA E O CARIBE

A epidemia en América Latina é un mosaico complexo de patróns de transmisión no que o VIH continúa propagándose a través das relacións sexuais entre homes, as relacións sexuais entre homes e mulleres e a inxección de drogas intravenosas. Estímase que nesa rexión 150.000 adultos e nenos contraeron a infección ó longo do 2000. En moitos países, gracias á terapia antirretrovírica, as persoas VIH(+) viven máis tempo e en condicións máis saudables. Estímase que, a finais do 2000, 1,4 millóns de adultos e nenos da rexión viven co VIH e coa sida, en comparación cos 1,3 millóns de finais de 1999.

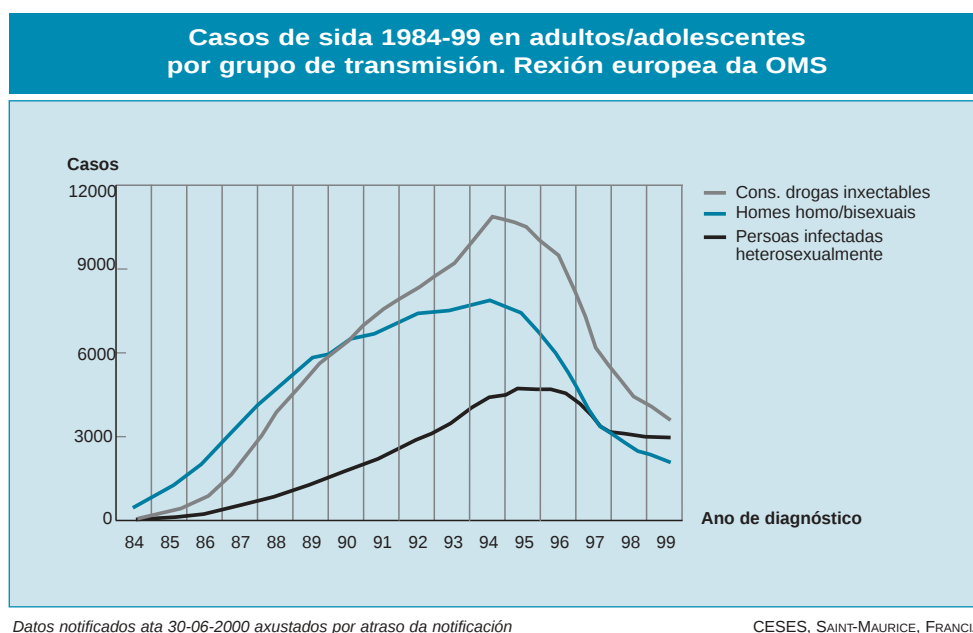
Cando o VIH se propaga principalmente dentro dun pequeno grupo de poboación, como os homes que teñen relacións sexuais con outros homes, existe un límite provisional no número de persoas expostas (aínda que a bisexualidade e a inxección de drogas poden establecer pontes coa poboación xeral). Sen embargo, nos lugares onde o VIH se transmite por medio de relacións sexuais entre homes e mulleres, existe un risco inmediato de infección para unha proporción moito máis grande da poboación total. Ese é o patrón de transmisión vixente no Caribe, onde as taxas do VIH son as máis altas do mundo fóra de África.

EUROPA OCCIDENTAL E AMÉRICA DO NORTE

Parece ser que nos países máis ricos do mundo os esforzos de prevención están estancados. Aínda que a incidencia do VIH non se segue mediante vixilancia sentinela nacional, a información dispoñible sinala que o número de persoas infectadas *de novo* non é menor este ano que o pasado. En conxunto, ó longo do 2000, estímase que contraeron o VIH 30.000 adultos e nenos en Europa Occidental e 45.000 en

América do Norte. A prevalencia total do VIH aumentou lixeiramente en ámbalas dúas rexións, debido sobre todo a que a terapia antirretrovírica está prolongando a vida das persoas VIH-positivas.

Aínda se están producindo miles de infeccións a través das prácticas sexuais perigosas entre homes. Algúns consideran erroneamente que os antirretrovirais teñen poder curativo definitivo, existindo unha compracencia crecente acerca dos riscos do VIH a vulgar por algúns informes de comportamentos de maior risco sexual, principalmente entre homes novos.



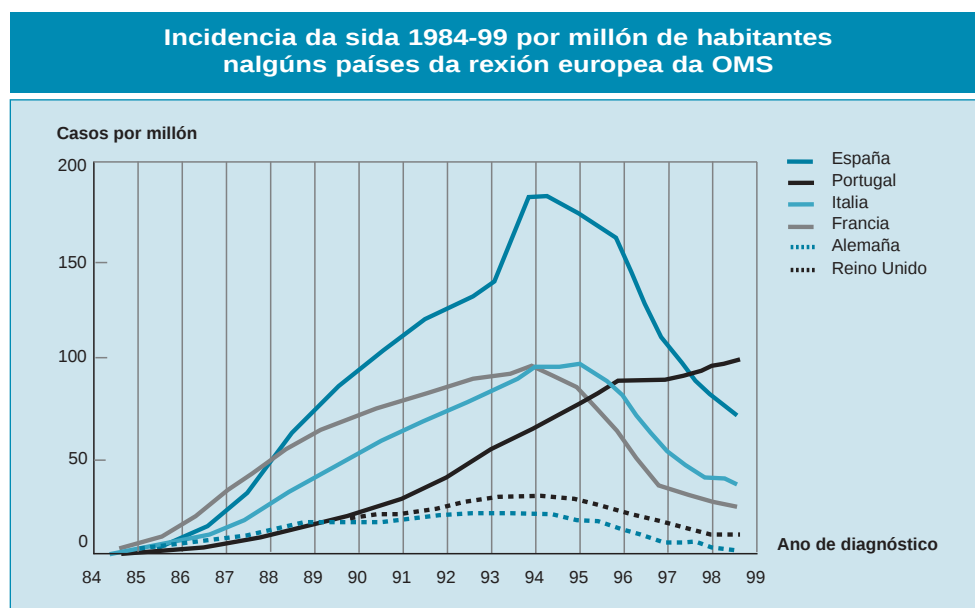
En calquera caso, as deficiencias de prevención están repercutindo por riba de todo nos que se inxectan drogas intravenosas e as súas familias, que se cree que representan o groso das novas infeccións en moitos dos países. A maioría desas infeccións poderíanse ter evitado. Os programas de prevención consistentes en educación sobre a sida, fomento do preservativo, intercambio de xiringas e tratamento farmacolóxico (que inclúe a subministración de metadona, unha substancia que non se inxecta) demostran a súa eficacia non só en países altamente industrializados senón tamén en economías en fase de transición.

Pese a iso o descenso no número de novos casos da sida produciuse en tódolos grupos de transmisión entre o 97 e o 99. As prácticas heterosexuais de risco representan cada vez unha maior proporción de casos (22% en 1996 a un 31% no ano 1999), sendo a categoría de transmisión máis importante nalgúns países como Suecia.

Os cambios na proporción das categorías de transmisión asociadas ós casos de sida reflicten fundamentalmente a evolución dos patróns de transmisión do pasado.

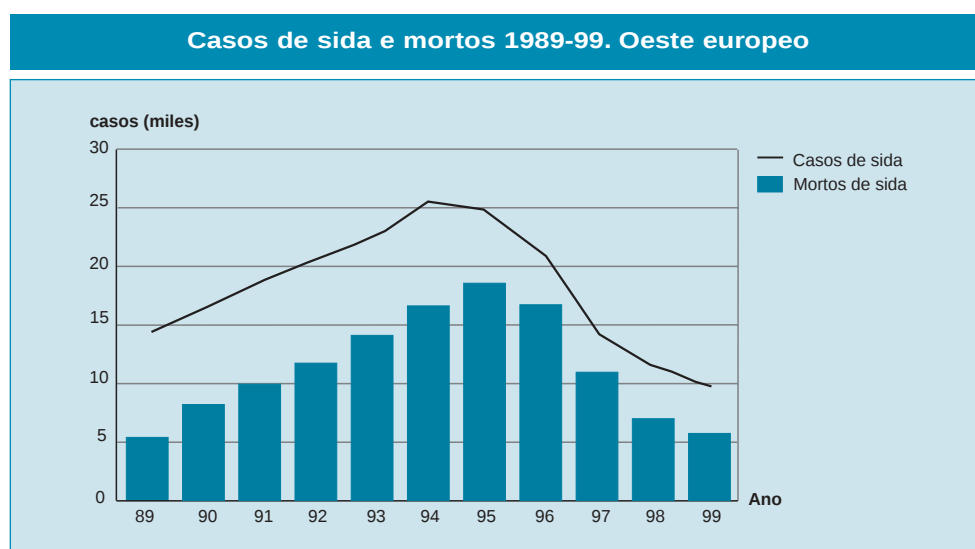
Así mesmo, o número de casos de sida en nenos infectados verticalmente vai diminuindo progresivamente, reflectindo o éxito das intervencións preventivas nas mulleres embarazadas.

Aínda que a incidencia da sida diminuíu en elevadas porcentaxes nos últimos anos, en Portugal continúa en lixeiro aumento con tendencia á estabilización.



Datos notificados ata 30-06-2000 axustados por atraso da notificación

CESES, SAINT-MAURICE, FRANCIA

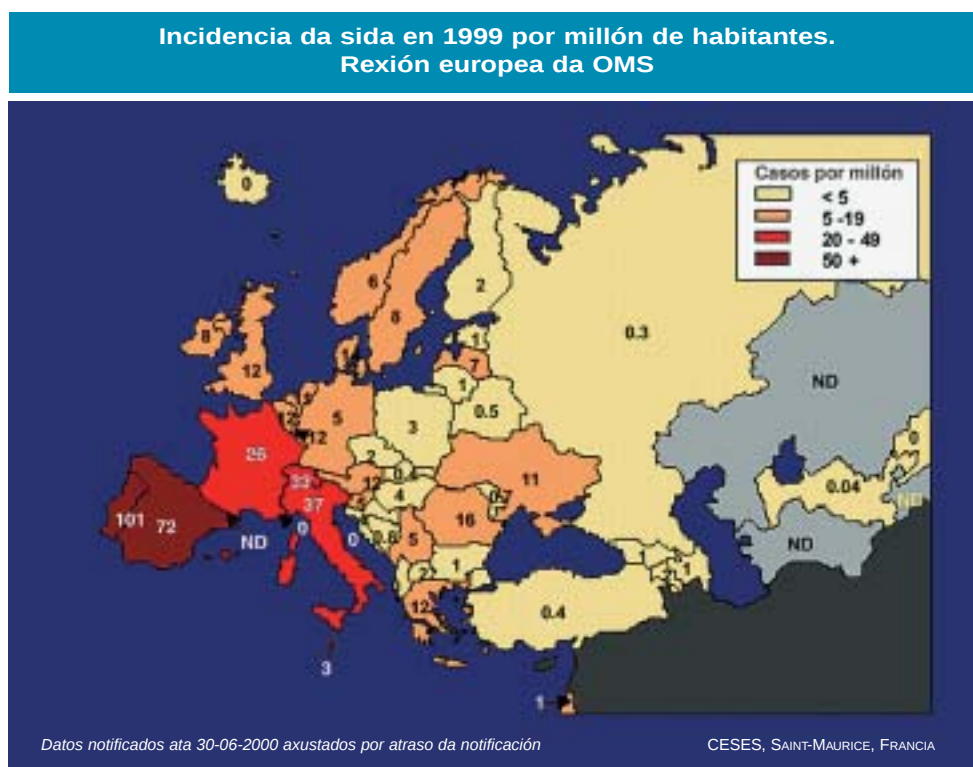


Datos notificados ata 30-06-2000 axustados por atraso da notificación

CESES, SAINT-MAURICE, FRANCIA

A sida no Estado español

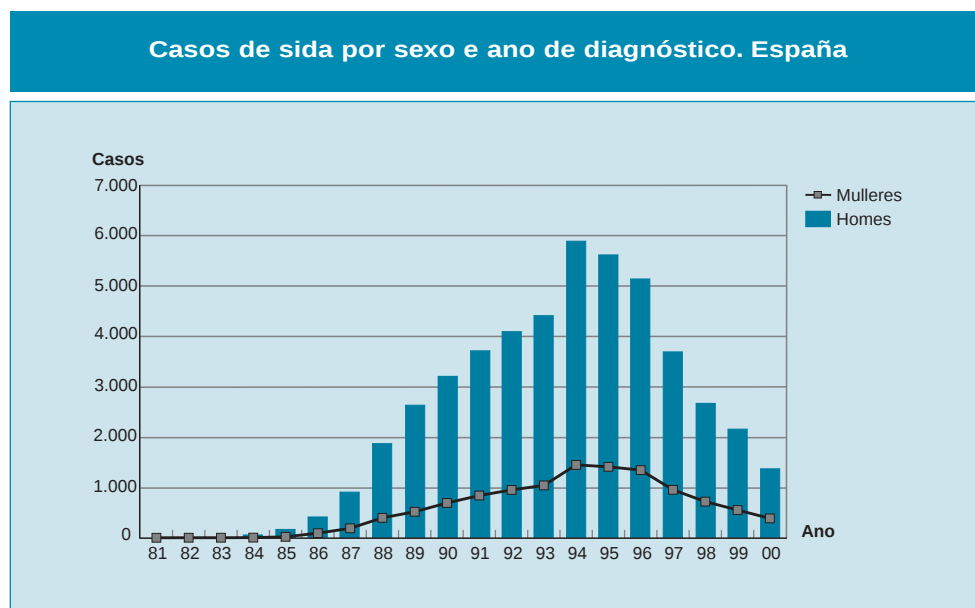
España é o país de Europa con maiores taxas de incidencia da sida desde finais dos anos 80. A vía de transmisión máis frecuente no resto dos países está asociada ás relacións homo/bisexuais; en España, é a asociada ó uso de drogas inxectables. O número total de casos experimenta un progresivo aumento dende o ano 1981, en que se diagnostica o primeiro caso, ata o ano 1994, en que se estabiliza ou comeza a diminuír. É preciso sinalar que en xaneiro deste ano 94, se amplía o espectro de patoloxías definitorias da síndrome, con tres novas entidades: a tuberculose pulmonar, a pneumonía bacteriana recorrente e o cancro invasivo de colo de útero. Por esta razón obsérvase un aumento no número de casos, que a medida que pasa o tempo se vai atenuando.



Durante o ano 2000 diagnosticáronse en España 2.745 casos novos de sida, segundo datos corrixidos polo atraso de notificación. O número de novos diagnósticos diminuíu un 7% respecto ó ano anterior, continuando polo tanto a tendencia iniciada en 1995. O número de casos novos de sida diminuíu un 61% nos últimos cinco anos debido ó conxunto dos avances na loita contra a sida, tanto na prevención coma na asistencia sanitaria, pero fundamentalmente é atribuíble ós novos tratamentos anti-retrovirais. A maior caída rexistrouse entre 1996 e 1997, mentres que nos últimos anos o descenso se foi suavizando.

Dende que comezou a epidemia, en 1981, acumuláronse un total de 59.466 casos de sida, dos que xa se notificou o falecemento no 53,3%.

O sexo predominante segue sendo o masculino (77,9%). A proporción de sexos queda reflectida na gráfica seguinte:

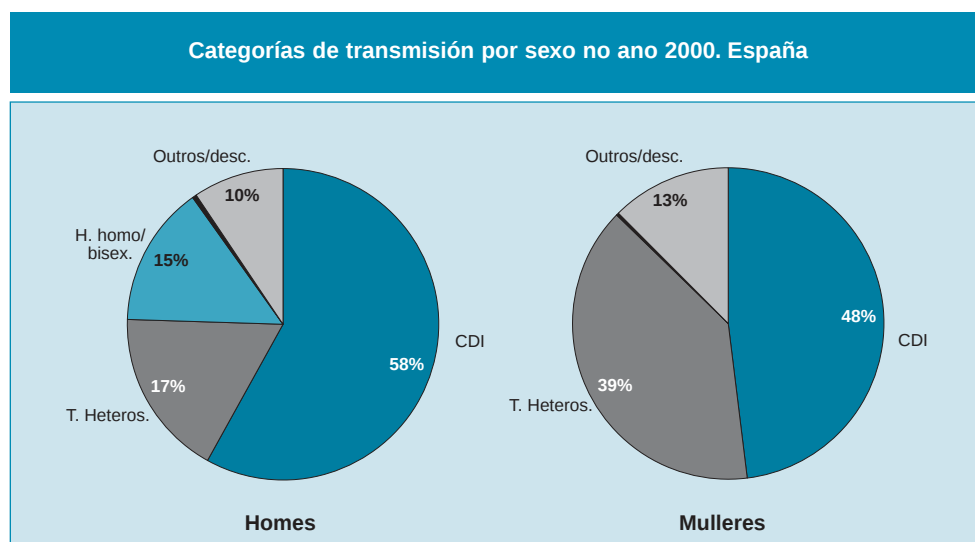


Datos a 31 de decembro de 2000

REXISTRO NACIONAL DA SIDA

A media de idade no momento do diagnóstico mantén a tendencia crecente dos últimos anos, sendo de 37,4 anos no ano 2000.

As prácticas de risco máis frecuentes seguen estando asociadas a compartir material de inxección para administración parenteral de drogas (56%), o que se confirma tanto en homes (59%) coma en mulleres (48%). A transmisión por relacións heterosexuais non protexidas ascende ó 22%, adquirindo especial importancia nas mulleres, onde representa o 39% dos casos.

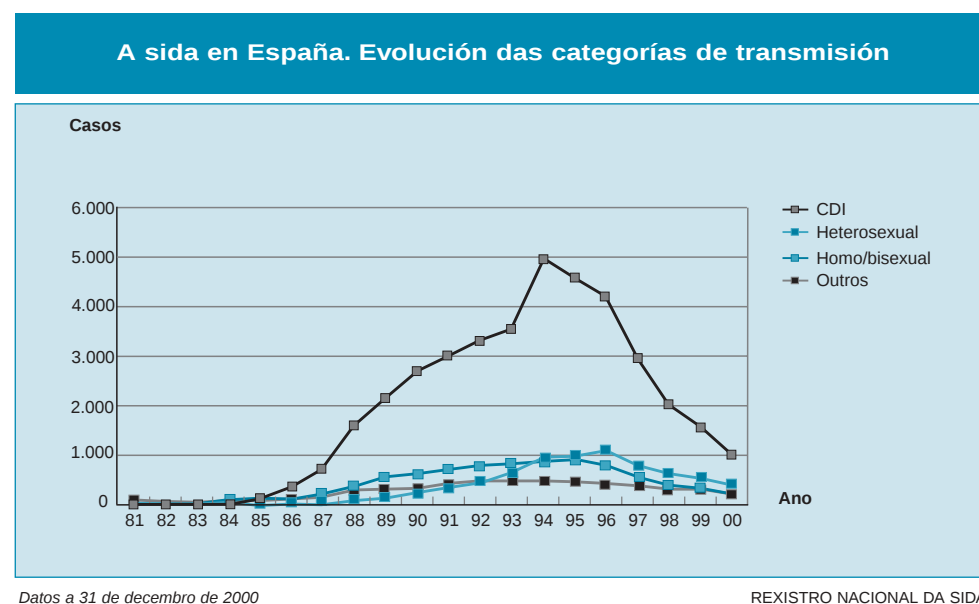


Datos a 31 de decembro de 2000

REXISTRO NACIONAL DA SIDA

EVOLUCIÓN TEMPORAL DAS CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN

O primeiro caso notificado no Estado español data do ano 1981, e a transmisión foi a través de relacións homo/bisexuais de risco. No ano 1982 aparece o primeiro caso relacionado co uso de drogas inxectables, e os dous primeiros casos en receptores de hemoderivados. En 1984 a categoría predominante pasa a se-la relacionada co uso de drogas por vía parenteral, e mantense ata a actualidade. As prácticas homo/bisexuais de risco presentan unha tendencia decrecente, pero dende o ano 93 oscila entre o 10 e o 15%. A categoría que presenta un crecemento porcentual claramente ascendente é a transmisión a través das relacións heterosexuais de risco, acadando no ano 1998 o 18%. Os receptores de hemoderivados e transfusións, así como as transmisións verticais diminúen ata representar, respectivamente, o 1,3, 0,6 e 1,4% do total.



A sida é unha consecuencia tardía da infección polo VIH, e polo tanto, non reflicte necesariamente a incidencia actual de novas infeccións. En calquera caso, o descenso na incidencia de sida é un dato positivo que sinala unha melloría importante no prognóstico e calidade de vida das persoas infectadas polo VIH.

Aproximadamente unha terceira parte dos casos de sida diagnosticados en 2000 non coñecían a súa infección polo VIH ata que foron diagnosticados de sida, e esta porcentaxe superou o 50% entre os casos que adquiriron a infección por transmisión sexual. Isto demostra a necesidade de melloralo diagnóstico precoz da infección polo VIH.

A taxa de incidencia para o conxunto de España e para o ano 2000 (datos a 31-XII-2000) calculouse en arredor de 44 novos casos por millón de habitantes. En tódalas comunidades autónomas se observan reducións importantes, aínda que persisten grandes diferencias xeográficas. As taxas máis elevadas preséntanse en Baleares, País Vasco, Madrid, A Ríoxa e Cataluña.

DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA

A sida afecta a tódalas provincias e comunidades autónomas. Respondendo ás características socio-demográficas, á prevalencia das condutas de risco e ó momento da irrupción da epidemia, as diferencias xeográficas son enormes.

As comunidades autónomas con maior número de casos son:

Madrid: 14.174

Cataluña: 13.038

Andalucía: 8.064

As que representan maiores taxas por millón de habitantes son:

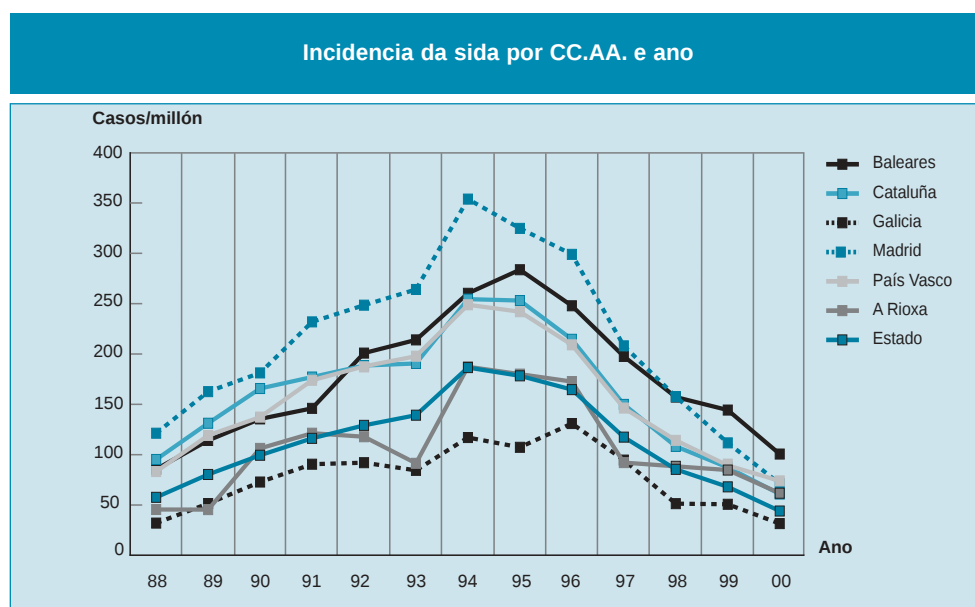
Baleares: 100,8

País Vasco: 74,1

Madrid: 71,4

As diferencias entre provincias tamén son moi notorias. Dos 13.038 casos de Cataluña, 11.106 corresponden á provincia de Barcelona. Na Comunidade Valenciana, 3.132 casos dun total de 4.835, corresponden á provincia de Valencia. Dos 4.386 do País Vasco, 2.495 corresponden a Biscaia.

No conxunto do Estado, Galicia ocupa no ano 2000 o lugar décimo terceiro no conxunto das 19 comunidades autónomas, cunha taxa de incidencia situada por debaixo da do total do Estado, e moi distanciada das comunidades máis afectadas.



Datos a 31 de decembro de 2000

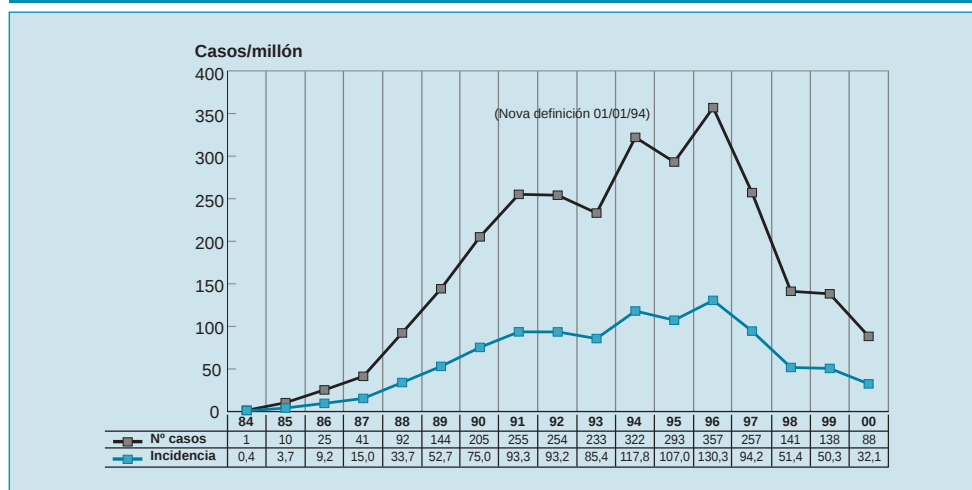
REXISTRO NACIONAL DA SIDA

A sida en Galicia

O primeiro caso de sida diagnosticado en Galicia data do ano 1984, e trátase dun varón que corresponde á categoría de consumo de drogas inxectables (CDI). A partir desta data o número de casos aumenta, e tamén se incorporan novas vías de transmisión. Xa no ano 85 aparecen os primeiros casos en persoas que recibiran hemoderivados, en varóns homo ou bisexuais e en consumidores de drogas inxectables. Aínda que ó longo dos anos van variando as proporcións correspondentes a cada categoría de transmisión, a predominante é sempre a asociada ó consumo de drogas inxectables.

A incidencia aumenta de forma constante, nun periodo de menos de 10 anos, entre os anos 86 e 94, multiplícase por 10.

Nº de casos e incidencia da sida por ano de diagnóstico. Galicia



Datos a 31 de decembro de 2000

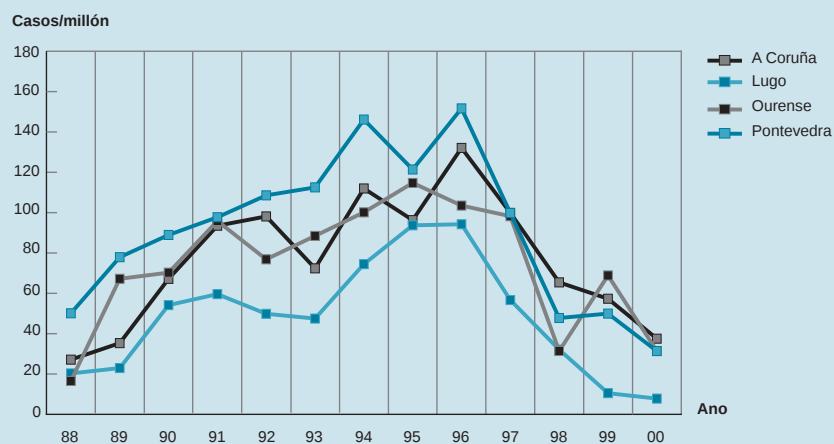
DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA

A distribución do número e incidencia de casos non é homoxénea. As provincias da Coruña e Pontevedra acumulan unha porcentaxe maior. Aínda que Ourense soporta un número moito menor de casos, a taxa de incidencia actual é coma a das provincias anteriores. A de Lugo ten un número e unha taxa máis baixos.

Se temos en conta as diferentes áreas de saúde a distribución tamén é moi variable, pero as máximas incidencias preséntanse en tódalas áreas entre os anos 93-96, momento a partir do cal diminúen, sobre todo na área do Salnés.

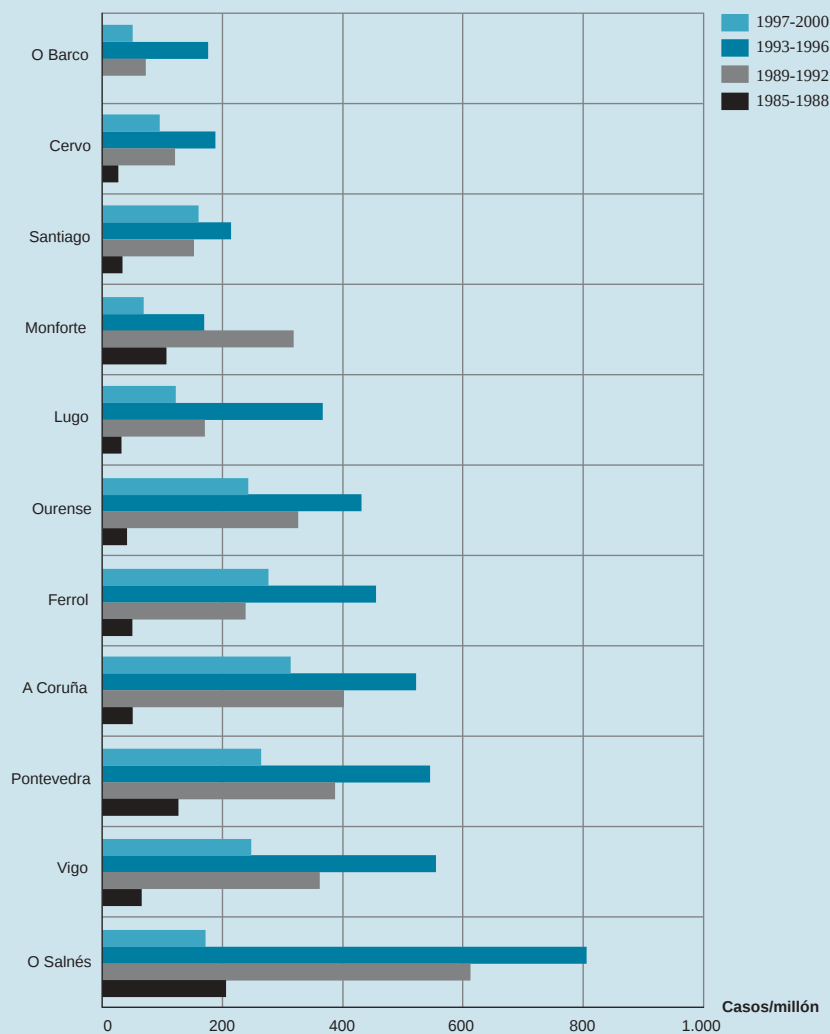
As áreas de saúde con maiores taxas de incidencia no ano 2000 son Ferrol, A Coruña e Vigo.

Incidencia da sida por provincia e ano. Galicia



Datos a 31 de decembro de 2000

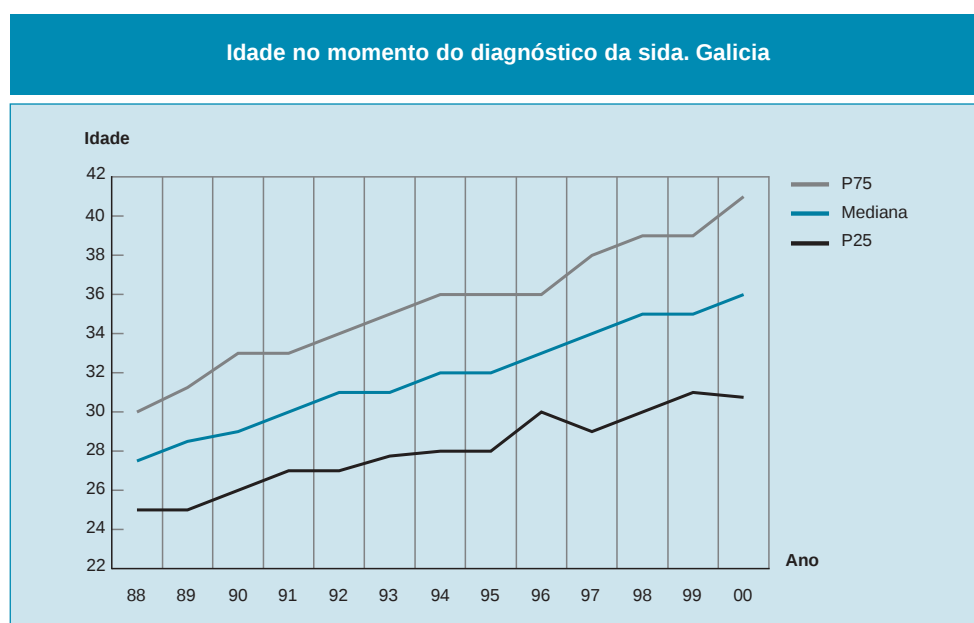
Taxas de incidencia por cuatrienios e área de saúde. Galicia



Datos a 31 de decembro de 2000

IDADE E SEXO

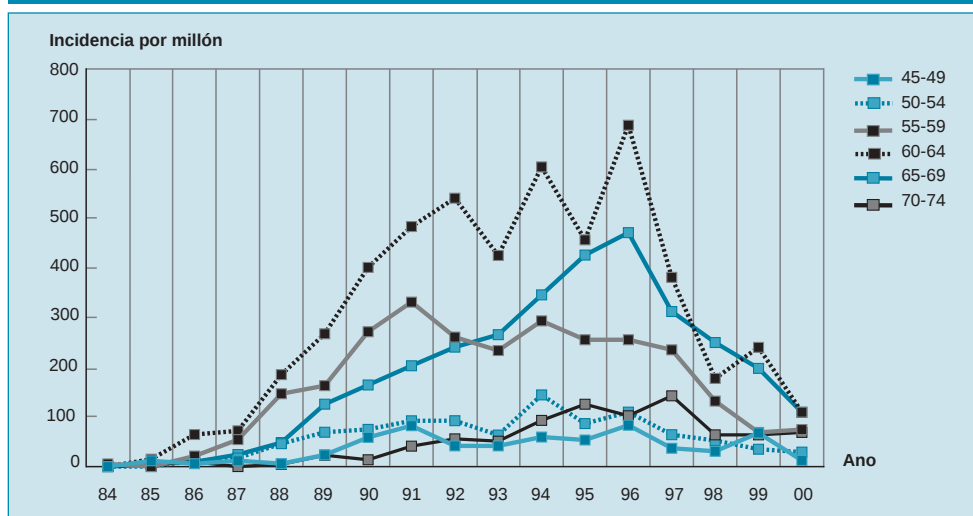
Esta patoloxía afecta fundamentalmente a persoas mozas. No ano 1988 o 50% dos casos estaban entre 25 e 31 anos. A media de idade aumenta de forma lenta e constante. No ano 2000 a mediana amosaba un valor de 36 anos, e o 75% dos casos tiñan menos de 41 anos. Como o período entre infección e enfermidade é longo, e a consecuencia dos tratamentos prolóngase, a adquisición da infección segue producíndose maioritariamente en adolescentes ou adultos mozos. O 80% do total de casos tiña no momento do diagnóstico entre 25 e 44 anos.



Datos a 31 de decembro de 2000

É sobre as persoas nacidas na década dos anos 60 sobre as que a sida tivo un maior impacto en número de casos, como se pode apreciar nas curvas que representan a incidencia nas persoas nacidas nos quinquenios sucesivos, dende 1945; aínda que nos tres últimos anos se observa unha diminución nas diferencias entre as diversas cohortes que era tan evidente ata ese momento.

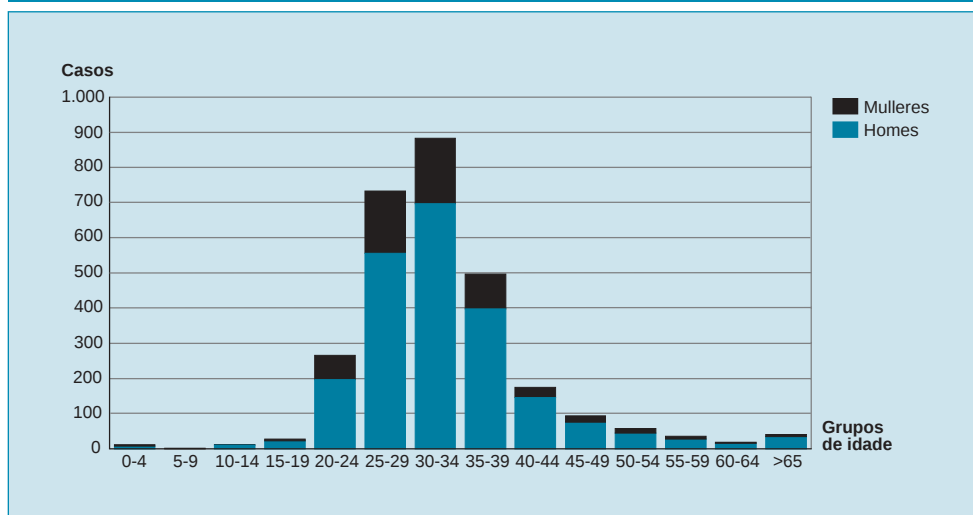
Incidencia por cohortes de nacemento. Galicia



Datos a 31 de decembro de 2000

A distribución por sexos é desigual. A finais dos 80 e comezo dos 90 a proporción de homes/mulleres rondaba os 5/1. Esta proporción foi diminuíndo e no ano 2000 sitúase nun 3/1.

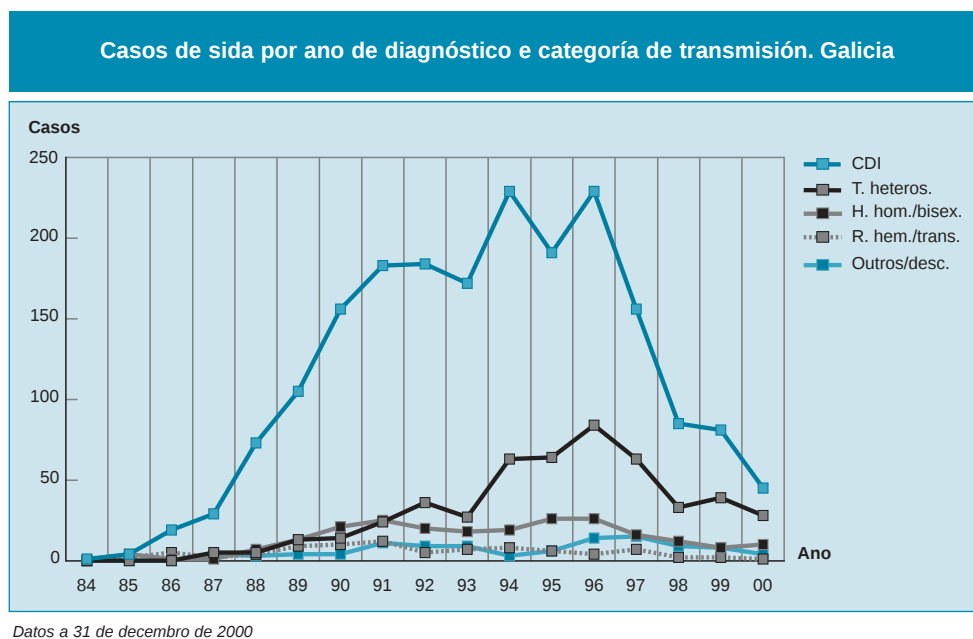
Casos de sida por grupo de idade e sexo. Galicia



Datos a 31 de decembro de 2000

CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN

As prácticas de risco máis frecuentes están asociadas ó uso inadecuado de material de inxección de drogas, aínda que porcentualmente diminúen ó longo dos últimos anos ata chegar ó 51,1% no ano 2000. Por outra parte, a transmisión heterossexual é a segunda categoría máis frecuente, chegando ó 31,8% no ano 2000.

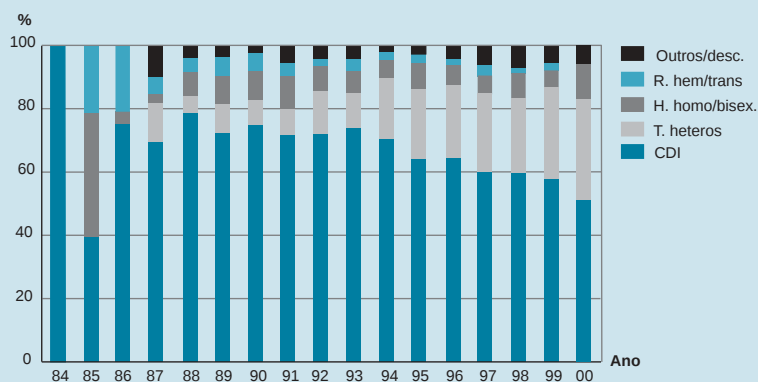


A partir do ano 1987 é obrigatorio o cribado de sangue de doadores, polo que a transmisión a través das transfusións sanguíneas e hemoderivados diminúe de forma permanente e tende a desaparecer.

A mediados/finais dos anos 80 pónense en marcha diferentes programas preventivos. As intervencións dirixidas a diminuír determinadas prácticas de risco en colectivos concretos regularízanse nos anos 90, polo que ata mediados desta década non se comezan a observa-los efectos das mesmas. Aínda que o número de casos diminúe en tódalas categorías de transmisión, os efectos non son homoxéneos. A proporción de casos asociados ó consumo de drogas inxectables diminúe, pero a dos asociados á transmisión por prácticas sexuais de risco mantense ou aumenta, como é o caso das relacións heterossexuais de risco. Dende o ano 1997 non se rexistra ningún caso de transmisión nai-fillo.

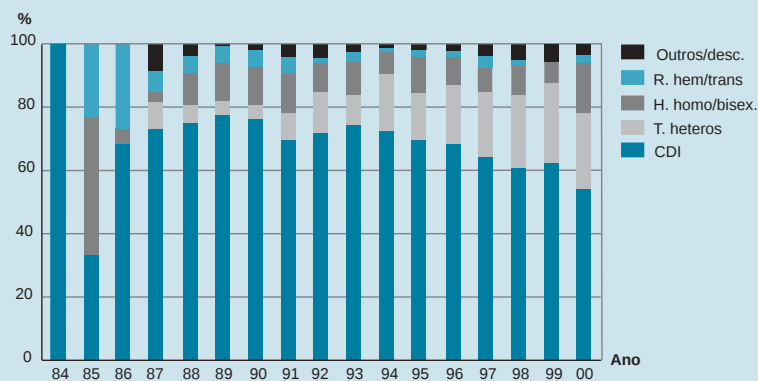
Se estudiámo-la distribución das categorías de transmisión por sexos, observamos que existen diferencias notorias. Aínda que as prácticas de risco asociadas ó consumo de drogas inxectadas son as máis frecuentes en ámbolos dous sexos, no ano 2000 representan un 54% para os homes, e o 44% para as mulleres. As prácticas heterossexuais de risco estiveron presentes no 52% das mulleres diagnosticadas de sida no ano 2000, e no 23,8% dos homes. O 15,9% dos homes presentan riscos relacionados con prácticas homo ou bisexuais no mesmo ano.

Porcentaxe de casos de sida por categoría de transmisión e ano. Galicia



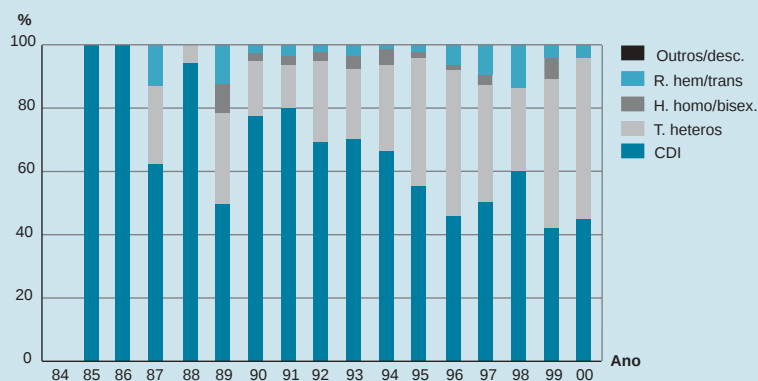
Datos a 31 de decembro de 2000

Porcentaxe de casos de sida por categoría de transmisión e ano. Sexo masculino. Galicia



Datos a 31 de decembro de 2000

Porcentaxe de casos de sida por categoría de transmisión e ano. Sexo feminino. Galicia

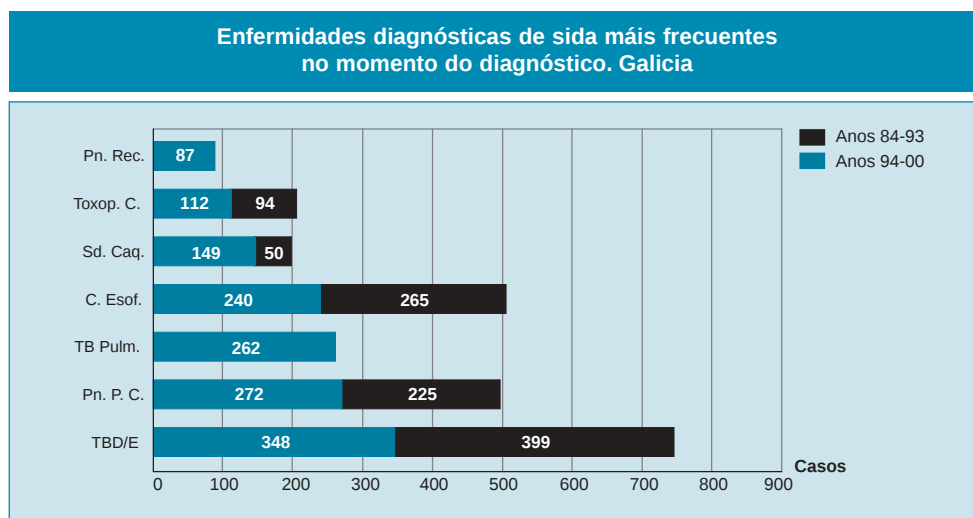


Datos a 31 de decembro de 2000

ENFERMIDADES DIAGNÓSTICAS

No ano 1994, ampliouse a definición de caso de sida para a vixilancia epidemiolóxica, engadindo tres novas entidades: a tuberculose pulmonar, as pneumonías bacterianas recorrentes (dous ou máis episodios en 12 meses) e o cancro invasivo de colo uterino.

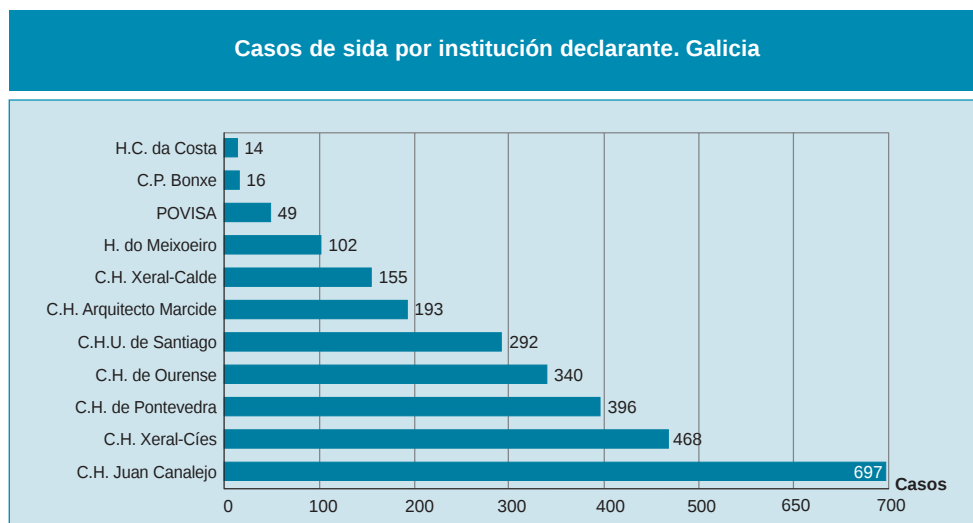
As enfermidades diagnósticas de sida máis frecuentes son a tuberculose diseminada ou extrapulmonar, a pneumonía por pneumocystis carinii e a candidiase esofáxica. Séguenas en frecuencia a síndrome caquética por VIH e a tuberculose pulmonar; esta última incorpórase como enfermidade indicativa de sida a partir do ano 1994. A toxoplasmore cerebral, a criptococose extrapulmonar e a encefalopatía por VIH son así mesmo enfermidades moi frecuentes.



Datos a 31 de decembro de 2000

INSTITUCIÓN DECLARANTE

Os casos de sida notificanse fundamentalmente dende os centros hospitalarios da rede pública galega onde son atendidos.



Datos a 31 de decembro de 2000

MORTALIDADE

Do total de casos notificados ó rexistro, temos constancia do falecemento do 55,8%. Como consecuencia da prolongación da esperanza de vida nos últimos anos, o impacto na mortalidade total variou sensiblemente. Entre 1993 e 1996 a sida representou a primeira causa de morte entre a poboación de entre 25 e 34 anos, e a segunda no grupo de 35 a 44 anos. No ano 97, tanto no grupo de 25 a 34 anos, como no seguinte, de 35 a 44 anos, representa a segunda causa, por detrás dos accidentes de tráfico, e no ano 98 é a segunda causa no grupo de 25 a 34 anos e a cuarta no grupo etario de 35 a 44 anos.

Ademais entre 1994 e 1996 foi a primeira causa de anos potenciais de vida perdidos (APVP) na poboación xeral, sendo a primeira causa nos homes e a segunda nas mulleres. Dende o ano 97 descende con respecto ás primeiras causas (colisión con vehículo de motor, tumor maligno de traquea/pulmón, infarto agudo de miocardio, ...).

A infección por VIH

ONUSIDA estima, a través do Programa Conxunto das Nacións Unidas sobre VIH/sida, que xa se superaron os 36 millóns de persoas que viven co VIH en todo o mundo e que a pandemia segue a súa propagación con gran celeridade e que se produciron 5,3 millóns de novas infeccións no último ano. Esta situación non é uniforme para todo o mundo existindo realidades heteroxéneas como a expansión clara que se está dando en Rusia e outros países do leste europeo, o estancamento en grandes zonas de Asia e Latinoamérica fronte ó descenso nos países avanzados durante os últimos anos.

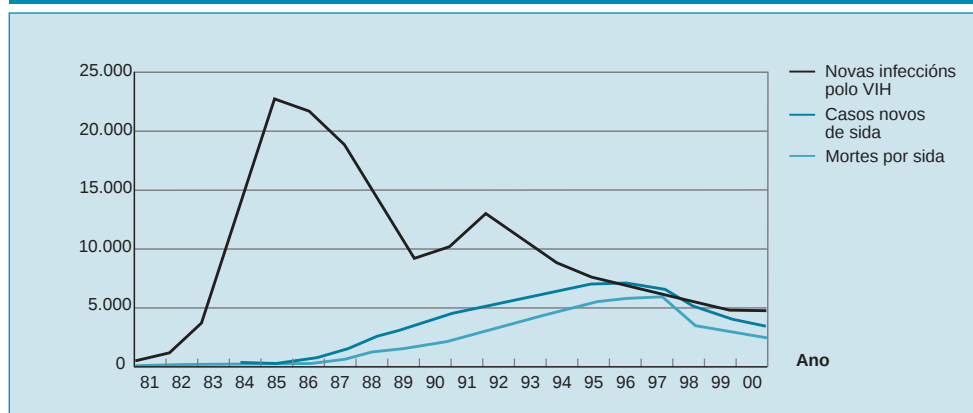
A SITUACIÓN NO ESTADO ESPAÑOL

A data da infección polo VIH adoita ser un dato descoñecido, incluso polo afectado, pero a través de modelizacións matemáticas estímase que o maior número de infeccións se produciron durante o cuatrienio 1985-1988, e dende entón o ritmo foi decrecendo paulatinamente. Aínda así temos que ter en conta que a maioría das persoas infectadas permanecen vivas e libres de sida actualmente.

A finais dos oitenta e comezos dos noventa, a transmisión do VIH era moi intensa polo que foron aumentando axiña as persoas vivas infectadas polo VIH ata supera-los 100.000 afectados en todo o Estado. Nese período o mecanismo de transmisión máis frecuente, con máis dos dous tercios dos casos, era o consumo de drogas inxectables (CDI) ó comparti-lo material de inxección. O atraso no comezo de programas de redución de danos asociados ó consumo de drogas inxectables situounos á cabeza de Europa en taxas de sida. O gran número de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) infectados polo VIH, a maioría adultos mozos e sexualmente activos, deu lugar á transmisión secundaria do VIH por vía heterosexual e perinatal. Posteriormente diminuíron as novas infeccións polo VIH, pero o número de persoas vivas infectadas quedou estabilizado entre 110.000 e 150.000 persoas o que supón unha prevalencia en torno ó 3‰.

A seroprevalencia do VIH en poboación española de 18 a 39 anos actualmente é de 5-6 cada 1.000 persoas, cun ratio homes-mulleres de 3, e un ratio de 7 entre o medio urbano-rural.

Evolución da epidemia do VIH e sida en España



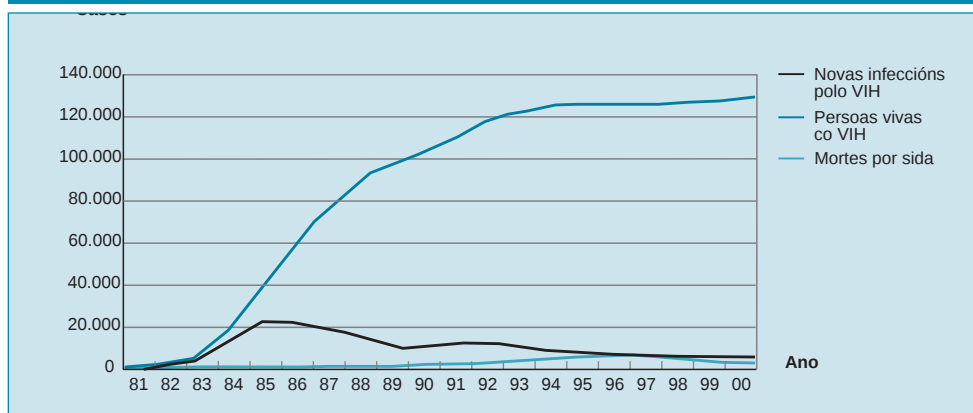
CASTILLA J. DE LA FUENTE. L. MED. CLIN (BARC) 2000

A práctica totalidade da bibliografía dispoñible no Estado, sobre todo dos datos procedentes dos sistemas de información de VIH existentes en Asturias, Navarra e A Rioxa, sinala que a transmisión do VIH experimenta un progresivo retroceso (descenso do 60% no número de novos diagnósticos de VIH dende comezos dos anos noventa). A pesar deste importante descenso, estímase que se diagnosticaron 103 novas infeccións por VIH de cada millón de habitantes no ano 2000, cifra aínda moi elevada en comparación con outros países europeos.

Outros dos datos que se poden extraer da bibliografía estatal e que marcan unha tendencia favorable da evolución da epidemia son:

- En poboación consumidora de heroína obsérvase un progresivo descenso na seroprevalencia do VIH, sobre todo nos que usan a vía inxectada.
- En homes con prácticas homosexuais, baixa a seroprevalencia, pero menos pronunciadamente que noutras categorías de transmisión (nalgún estudio fálase dun certo repunte asociado á relaxación nas medidas de prevención).
- En relación coa heterosexualidade:
 - As mulleres que deron a luz un nacido vivo presentan unha seroprevalencia de entre 0,5 e 2,6 por cada 1.000.
 - As parellas sexuais de persoas infectadas presentan unha taxa de 5-10% de infección.
 - As mulleres que exercen a prostitución presentan unha seroprevalencia por debaixo do 2%, e entre elas, o consumo de drogas inxectadas converteuse nunha práctica infrecuente.
 - A transmisión nai-fillo presenta unha redución moi marcada. En Galicia o último caso de sida rexistrado corresponde ó ano 1997.

Evolución da epidemia do VIH e sida en España



CASTILLA J. DE LA FUENTE. L. MED. CLIN (BARC) 2000

A SITUACIÓN EN GALICIA

Tendo en conta eses datos para o total do Estado, podemos supoñer que en Galicia viven entre 5.200 e 7.100 persoas vivas infectadas polo VIH o que representa unha prevalencia entre o 2-2,6 por mil, e polo menos un 25% deles descoñece que está infectado.

Ademais das análises de retroproxección utilizadas para estima-lo número e evolución da incidencia de infección por VIH a partir dos Rexistros de sida, a vixilancia epidemiolóxica baséase fundamentalmente en estudos de poboacións sentinela, grupos definidos polas súas características como poden se-la alta prevalencia de infección, fácil accesibilidade ou calquera outra que os fagan de interese na investigación epidemiolóxica. Esta información complementase coa adquirida a través de estudos de nivel de información e conductas.

Algúns datos que nos acercan á realidade en colectivos con distinto nivel de risco son os seguintes:

■ Doadores de sangue en Galicia

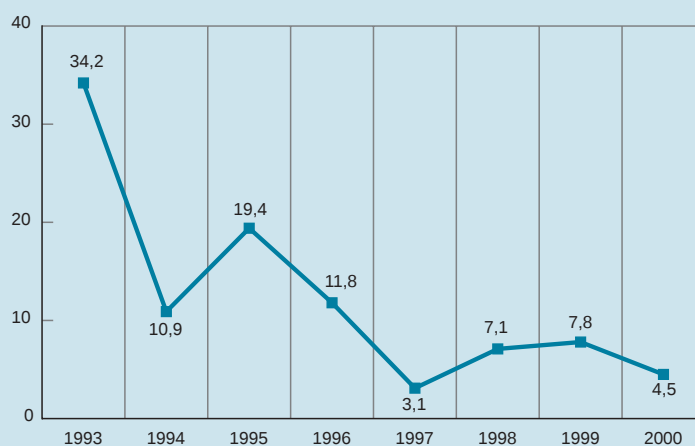
Na seguinte táboa quedan reflectidos os datos procedentes das doazóns de sangue entre 1993 e 2000. Os doadores de sangue poden considerarse como poboación xeral e de baixo risco polo que a OMS os propuxo como grupo sentinela.

O control serolóxico para VIH realízase de forma obrigatoria en España dende o ano 1987. A incidencia desta infección é baixa e diminúe de ano en ano ata situarse en 4,5 por 100.000 no último ano. Dende 1996 tódolos anos se detecta a presenza dalgunha seroconversión.

Ano	Unidades testadas	Positivas ELISA VIH	Confirmadas	Doadores seroconvertidos	%
1993	73.000	85	25	0	0,034
1994	82.662	149	9	0	0,011
1995	87.518	60	17	0	0,019
1996	93.228	187	11	6	0,012
1997	96.392	167	3	1	0,003
1998	98.378	128	7	1	0,007
1999	102.320	117	8	1	0,008
2000	112.322	93	5	3	0,004

FONTE: CENTRO DE TRANSFUSIÓN DE GALICIA

Seropositividade ó VIH por 100.000 en doadores de sangue en Galicia durante os anos 1993 a 2000



■ Prevalencia de anticorpos anti-VIH 1-2 en neonatos

Tódolos neonatos de nais infectadas polo VIH presentan anticorpos anti-VIH recibidos delas, pero moitos destes nenos non están infectados, desaparecendo os ditos anticorpos antes do primeiro ano de vida. Os programas de detección precoz de metabolopatías teñen unha cobertura dun 99% no noso país xunto cun gran nivel de implantación entre a poboación xeral, polo que as enquisas serolóxicas de VIH anónimas non relacionadas cuantifican a

prevalencia de anticorpos anti-VIH en neonatos, informándonos do nivel de infección nas súas nais. Por todo isto, son unha boa poboación sentinela para estimar e monitoriza-la taxa de infección polo VIH na poboación feminina sexualmente activa. As taxas de infección nesta subpoboación, ademais de constituír un bo indicador da penetración da epidemia de VIH na poboación xeral, son unha información valiosa para avalia-la efectividade das medidas de prevención destinadas a reduci-la transmisión sexual, e para estima-la evolución dos casos de transmisión vertical.

Na nosa comunidade realizouse un primeiro estudio, en colaboración co Hospital Universitario “La Fe” de Valencia, no marco dun proxecto do US National Institute of Child Health and Human Development e o Theobald Smith Research Institute. O período de recollida de mostras dos nacidos vivos abarcou desde decembro de 1991 a febreiro de 1994, analizándose un total de 36.066 mostras. A taxa de VIH(+)/1.000 nacidos vivos oscilou entre 1,610 para o ano 1992 e 0,961 para o ano 1994, sendo o valor medio deste período de 1,442.

Ano	Taxa VIH+/1.000 nacidos vivos
1992	1,610
1993	1,407
1994	0,961
Media	1,442

Total de mostras do período = 36.066

Dende 1996 véñse realizando un estudio anónimo non relacionado en varias comunidades autónomas entre as que se atopa Galicia.

A prevalencia de VIH en nais de neonatos do período en estudio está resumi-da na seguinte táboa:

G A L I C I A	Ano	Número de mostras	VIH+	Prevalencia/1.000	IC 95%
	1996	17.765	21	1,18	0,75-1,84
	1997	17.734	31 (*)	1,75	1,21-2,51
	1998	17.718	23	1,30	0,84-1,98
	1999	17.874	32	1,79	1,25-2,56
	Global	71.091	107	1,54	1,24-1,83

(*) Dous VIH-2 positivos.

A prevalencia para todo o período en estudio, segundo o tipo de VIH corresponde a unha situación endémica no caso do VIH-1, mentres que o VIH-2 presenta un patrón de casos esporádicos.

■ **Usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)**

É o colectivo sobre o que se fixeron máis estudos no noso contorno. Na primeira metade dos 80 a infección propagouse rapidamente por esta vía. Estudos realizados a mediados-finais desta década revelaron unha prevalencia superior ó 40%. En Galicia, entre 1988-92 realizouse un estudio en 1.040 pacientes, dos que 678 eran usuarios de drogas, encontrándose o 57,7% de infectados, porcentaxe superior naquel momento á media estatal (41%) proporcionada polo Plan Nacional sobre Drogas. A partir dese momento tódolos datos indican un continuo descenso na seroprevalencia neste colectivo así como unha importante diminución no número de novos diagnósticos de VIH por esta vía.

Segundo o Sistema de avaliación e análise do Plan de Galicia sobre Drogas a incorporación de mozos ó consumo de drogas inxectadas é menor nos últimos anos e tamén se observa unha consolidación na tendencia de cambio de vía de administración inxectada pola inhalada ou fumada.

A diminución das prácticas de risco conseguida coas primeiras actividades preventivas parece estancada nos últimos anos. Dous estudos realizados en Galicia de Avaliación do Programa de Facilitación de Medios Preventivos a UDVP (1994-2000) sitúan a porcentaxe de non compartidores estrictos do material de inxección nun entorno do 70% e a utilización sempre do preservativo aumenta dende o 33,8% ó 47,3%.

Entre os UDVP que participan no Programa de Intercambio en Galicia un estudio realizado (1998) detectou unha prevalencia de infección elevada, do 27,5% (21,4%-34,4%) e a existencia de prácticas de risco (o 16,7% compartían material de inxección e só o 44,7% utilizaba sempre o preservativo).

■ **Varóns homo-bisexuais**

Existen poucos estudos que investiguen o nivel de infección neste colectivo e os realizados teñen distintas metodoloxías, analizan distintos sectores desta poboación, e estudian unicamente a prevalencia en grandes cidades como Barcelona, Madrid ou Valencia.

Nos primeiros anos da década anterior a epidemia continuou a súa extensión entre os homo-bisexuais segundo se desprende dos datos existentes orixinando un aumento da prevalencia da infección que, nalgún caso, se acercaba ó 20%. Nos últimos anos a prevalencia parece estabilizada entre 10-15%.

A nivel de condutas, a utilización de medios preventivos foi en aumento pero nestes momentos existen datos indicativos de relaxación nas medidas preventivas e realización de prácticas de alto risco que se observan nalgúns estudos noutros países.

■ Persoas que exercen a prostitución

Constitúen unha boa poboación sentinela para a vixilancia da transmisión heterossexual, aínda que unha porcentaxe dos seus membros utilizan a prostitución como vía de financiamento para a adquisición da droga. Este feito orixina que a prevalencia sexa moi elevada nalgúns dos seus sectores.

A prevalencia en mulleres que exercen a prostitución non usuarias de drogas por vía parenteral mantense arredor do 2% e chega ata o 50% nos grupos que se inxectan. As mulleres atendidas en Galicia no Programa de Prevención Primaria de VIH/sida e outras ETS na prostitución teñen un nivel desta infección do 1,76%.

Os poucos datos en homes travestis e transexuais que exercen a prostitución na rúa mostran un nivel de infección máis alto, superior ó 15%, que ascende entre os UDVP ata o 58%.

A utilización do preservativo dista moito de ser habitual nas relacións cos clientes e aínda diminúe máis nas relacións privadas.

Estimadores da epidemia de VIH/sida a finais do ano 2000		
	ESPAÑA*	GALICIA**
Persoas que viven con infección polo VIH	110.000 – 150.000	5.200 – 7.100
Características de persoas que viven con VIH		
- Usuarios de drogas por vía parenteral	50% - 60%	45% - 55%
- Homes con prácticas homosexuais	15% - 25%	15% - 20%
- Risco heterosexual	20% - 30%	20% - 30%
- Mulleres	20% - 24%	20% - 24%
- Nenos menores de 13 anos	< 1%	< 1%
Persoas que se infectaron polo VIH dende o comezo da epidemia	160.000 – 200.000	7.600 – 9.500
Persoas afectadas pola sida dende o comezo da epidemia	65.000 – 75.000	3.100 – 3.600
Persoas vivas con diagnóstico de sida	18.000 – 22.000	850 – 1.050
Novos diagnósticos de sida no ano 2000	2.500 - 3.000	120 - 140
Mortes por VIH/sida dende o comezo da epidemia	40.000 – 50.000	1.900 – 2.400

* Plan Nacional sobre a sida

** Estimación segundo proporción de sida Estado-Galicia

FACTORES CONDICIONANTES

Infección polo virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Bioloxía do VIH: clasificación e estrutura

O VIH pertence á familia dos **retrovirus**, que teñen a característica fundamental, da que deriva o seu nome, de realiza-la súa replicación por un proceso de transcripción inversa mediante a encima do mesmo nome.

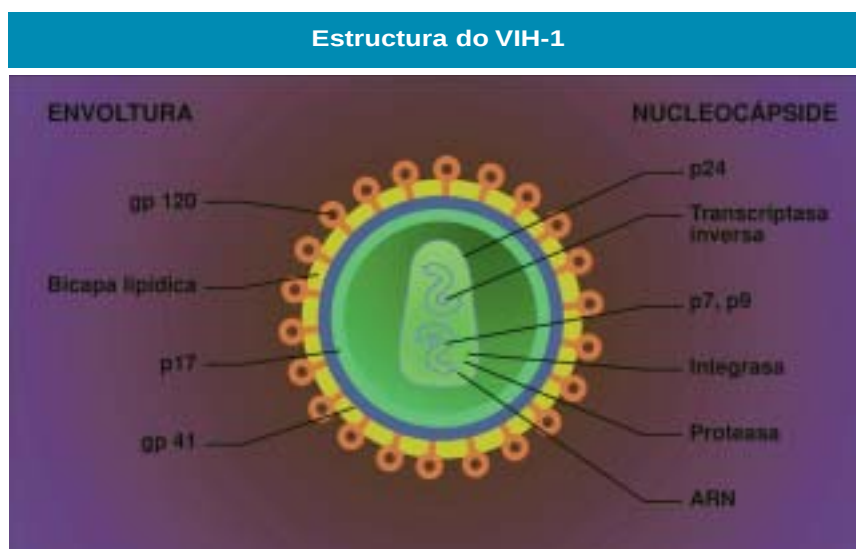
Máis especificamente encádranse dentro dos **lentivirus**, que teñen varias características en común:

- Longo período de incubación.
- Tropismo polo sistema nervioso e tecido hematopoiético.
- Asociación con supresión inmunolóxica.

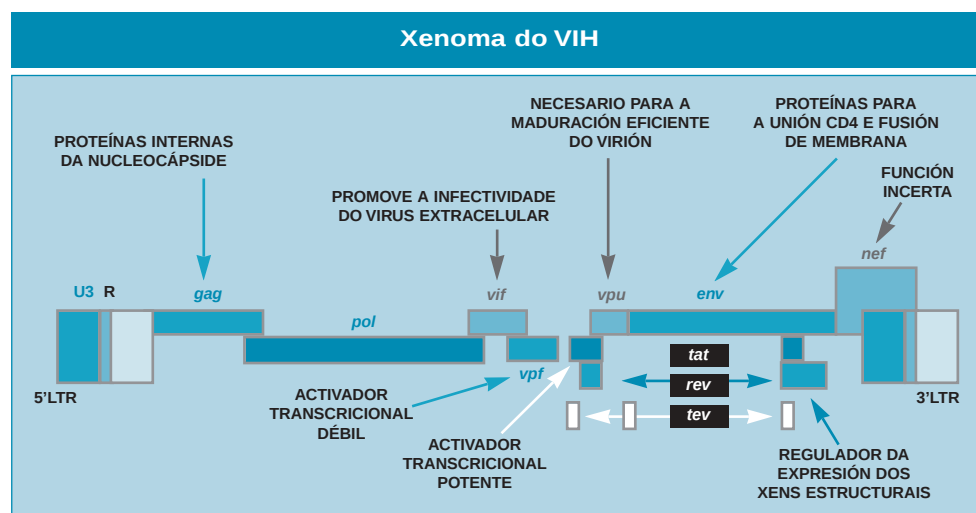
Illáronse dúas especies que poden causar sida en humanos: VIH-1 (1983) e VIH-2 (1986). Entre ámbolos dous existe unha homoloxía que varía entre o 35 e o 60%.

VIH-1

É o máis común. Preséntase como partículas esféricas de 80-110 nanómetros de diámetro. Cada virión está composto por unha *capa ou envoltura* derivada da célula hóspede, na que se insiren as glicoproteínas que coexisten con gran riqueza de proteínas celulares (b-2 microglobulina e cadeas a-b de antíxenos HLA DR); unha *estructura interna ou core* en forma de cono truncado que contén o xenoma viral formado por dúas copias monocatenarias lineais de ARN, nucleoproteína e encimas víricas como a transcriptasa inversa e a integrasa, necesarias para o ciclo viral, rodeada por unha *nucleocápside icosaédrica*.



Unha das súas principais características é a elevada variabilidade xenética con múltiples xenes e proteínas estruturais e reguladoras. Ademais dos tres xenes comúns a tódolos retrovirus (*gag*, *pol*, *env*), responsables de codificar as proteínas estruturais, os VIH posúen outro grupo de xenes reguladores (*rev*, *tat*, —esenciais para a replicación viral—, *vif*, *vpr*, *nef*, *vpa*, *vpt*).



Estas características, xunto coa dinámica vírica na historia da infección, orixinan unha gran variabilidade con mestura de variantes xenéticas que dificultan o subtipo e caracterización e que orixinan factores epidemiolóxicos de gran transcendencia con implicacións na transmisión, evolución da infección, resistencias, etc.

Por medio de análises filoxenéticas identificáronse distintos xenotipos que se clasifican en dous grandes denominadores: M (maior, principal) e O (outlier, extremo). No primeiro englobanse os subtipos denominados "A", "B", "C", "D", "E", "F₁", "F₂", "G", "H", "J" e "K", que son os maioritarios na circulación epidémica en todo o mundo pero distribuídos preponderantemente en distintas áreas xeográficas. Así, en Europa é maioritario o "B" mentres en África Central son o "A", "C" e "D". Do grupo "O", moi minoritario, descrito en Camerún, tamén foron relacionados algúns casos en Europa dos que se illaron varios no Estado español. Unha nova cepa illada en Camerún que diverxe tanto do grupo M como do O podería definir un terceiro grupo N (new, novo).

Ademais descríbense con maior frecuencia cada vez **recombinacións** entre eles e incluso se demostraron infeccións dobres por distintos subtipos. Este feito orixina graves problemas como a diminución da eficacia nos tratamentos, a aparición de resistencias, dificultades engadidas para a busca dunha vacina e posibles modificacións na transmisibilidade. Un recente estudio de epidemioloxía molecular realizado en Galicia detectou subtipos non-B e recombinantes nun 5,3% dos pacientes diagnosticados na nosa Comunidade.

VIH-2

A estrutura xenética é similar á do VIH-1. A homoloxía entre os dous varía entre un 60% e un 35%.

Descríbíronse seis subtipos (“A”, “B”, “C”, “D”, “E”, “F”) con propiedades biolóxicas distintas. O subtipo “A”, o máis frecuente no noso medio, é tamén o máis patoxénico, fronte ó “C”, “D” e “E”, que son moi pouco patoxénicos en humanos.

A súa infectividade, patoxenicidade e virulencia é moito menor que a do VIH-1.

É endémico en África Occidental, nas antigas colonias portuguesas, cun foco central en Guinea-Bissau, onde se notificaron casos de infección na década dos 60. En Europa tamén se contabilizaron máis de 1.000 infeccións, cunha elevada proporción en Portugal; 97 no Estado español. Aínda que a epidemia por VIH-2 se mantén estable e non existen indicios de aumento na súa magnitude, en Galicia segue tendo certa importancia debido ás nosas relacións sociais e comerciais cos países endémicos e con Portugal. Dos casos diagnosticados no Estado español en persoal autóctono, 10 son galegos.

Ciclo biolóxico

Como tódolos virus, os VIH necesitan introducirse nunha célula para poder replicarse e completa-lo seu ciclo vital. Está demostrado que o VIH presenta un tropismo especial polas células que expresan na súa superficie o **receptor CD₄**. As células con maior número de receptores CD₄ son os linfocitos T4, monocitos-macrófagos e células da microglia. Sen embargo, existen outras poboacións celulares con baixa proporción de receptores CD₄ ou incluso sen expresión destes que poden ser infectados polo VIH. Distintas células son susceptibles in vivo de hospeda-lo VIH sendo os linfocitos CD₄ e os macrófagos tisulares as súas dianas principais. Demostrouse tamén a infección en células dendríticas submucosas, de células de Langerhans, microglia... Nesta fase de interacción virus-célula é importante o papel desenvolto pola glicoproteína GP120 da envoltura viral ca molécula CD₄ expresada na superficie da célula diana.

Esta molécula **CD₄ é o receptor específico e común** a tódolos subtipos de VIH, condición necesaria pero non suficiente para a entrada do virus na célula. Recentemente descubríronse varios **correceptores** virais que confiren susceptibilidade de infección ás células que os expresan. Son receptores de quimiocinas que actúan como correceptores para o VIH. Identificáronse dous grupos principais: CXCR4, que corresponde a receptores de CXC quimiocinas, e outro de receptores de CC quimiocinas (CCR5, CCR2 e CCR3) que poden unirse ó VIH. Esta capacidade de unión dos correceptores varía segundo as cepas virais.

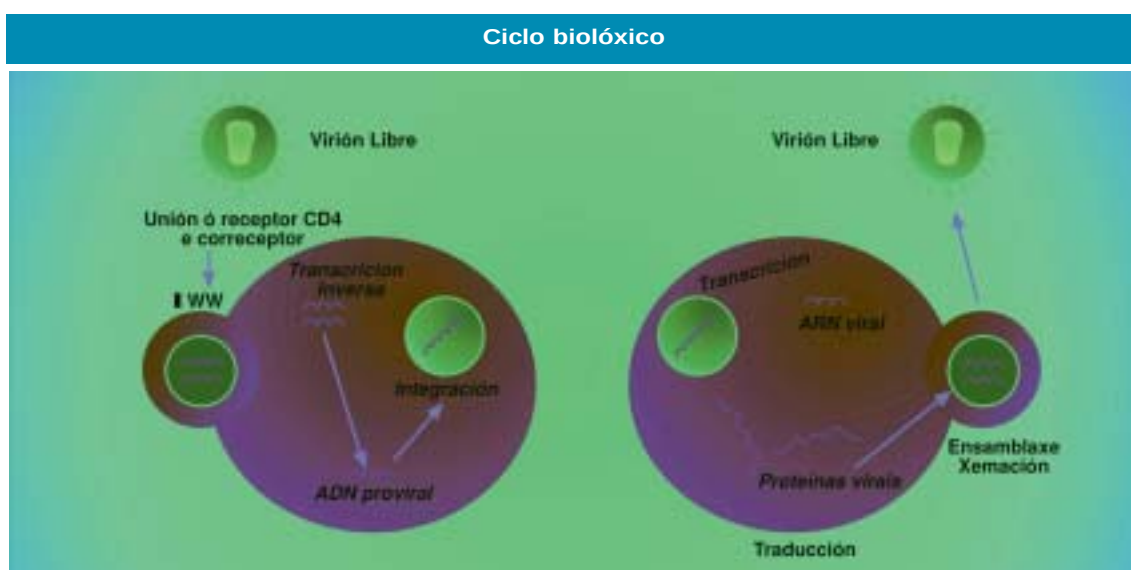
Cando o virus contacta a través da súa envoltura (GP120) cos receptores e correceptores expresados na superficie da célula diana lévase a cabo un **proceso de fusión** entre ambas dúas membranas, con participación activa da GP41, e entrada da nucleocápside viral.

Unha vez que o VIH penetra no citoplasma celular comeza a replicación por *retro-transcrición inversa*, mediada pola enzima do mesmo nome, dando lugar a unha

dobre cadea de ADN a partir do xenoma RNA do virus. Este DNA intégrase no cromosoma da célula hóspede gracias á *integrase viral*, aínda que parte do mesmo adoita persistir na célula sen se integrar.

A **replicación** do VIH depende da interacción complexa e coordinada dun gran número de factores do propio virus e da célula hóspede, polo que nesta fase se comporta de distintas formas, desde permanecer latente ata replicarse masivamente. No estímulo e aceleración da mesma inflúen xenes reguladores do propio virus, antíxenos, citoquinas e mitóxenos, e posiblemente outras coinfeccións.

Cando se produce a activación celular póñense en marcha factores de **transcrición**, sintetizándose as proteínas do virus (reguladoras e estruturais), cun papel central da **proteasa**, e ensámblase o VIH para forma-los virións maduros que saen da célula por xemación tomando parte da membrana celular para constituí-la cuberta externa viral. A célula destrúese e os virións están dispostos para infectar outra célula. Un feito preocupante desta infección é que os novos virións teñen unha marcada inestabilidade xenética, con variantes biolóxicas e xenéticas con respecto ó virus que entrou nesa célula. Este feito pode explicar algúns aspectos paradoxais na patoxénese, algunha das dificultades para encontrar unha vacina, a progresión da infección como resultado de reinfeccións ou as resistencias aparecidas nalgún tratamento.



A infección polo VIH implica unha destrución progresiva das células diana. Os **mecanismos de lise celular** aínda non son ben coñecidos, estando descritos a formación de sincitios (fusión de varias células que dá lugar a unha célula xigante plurinucleada que acaba por destruírse), altos títulos de DNA non integrado no núcleo celular, fenómenos autoinmunes, a presenza de cofactores como micoplasmas, a presenza de superantíxenos ou de fenómenos de apoptose como mecanismo de morte celular programada.

Os avances en bioloxía molecular, que permiten a cuantificación de carga viral, o papel dos órganos linfoides e os coñecementos da cinética de replicación viral resaltan o papel que esta ten como mecanismo de destrución directa dos linfocitos CD₄ e restan importancia ós mecanismos de destrución indirecta pero non descartándoos totalmente como causa da inmunosupresión.

Dinámica viral

Mediante novas técnicas de bioloxía molecular, hoxe sabemos que a **replicación do VIH é extraordinaria** incluso no período de incubación asintomático e que a carga viral en plasma se detecta en tódolos estadios de infección. Diariamente prodúcense entre 10^9 - 10^{10} partículas virais e destrúese 10^7 a 10^8 linfocitos CD₄ o cal implica que cada 2-3 días se produce unha renovación dos virus circulantes e dos linfocitos infectados (a vida media dun virión é de 0,3-2 días e de 1-2 a dos linfocitos infectados) estimándose que un 1% dos linfocitos totais son infectados de novo cada día.

Esta cinética viral orixina a substitución do virus salvaxe por unha **gran variabilidade** vírica en plasma, que contribúe de forma importante a feitos de gran transcendencia na transmisión, historia da infección, aparición de resistencias e dificultades para o desenvolvemento de vacinas.

Estabilidade físico-química

Os VIH **son virus fráxiles que se inactivan facilmente** por axentes físico-químicos como a auga oxixenada ó 10%, alcohol 70%, en exposición a pH >10 ou <6 ou calor a 56 °C durante 3 minutos.

En altas concentracións poden sobrevivir 15 días a 20 °C e case 11 a 37 °C.

Diagnóstico da infección por VIH

O diagnóstico de VIH **só pode realizarse a través de probas de laboratorio** xa que a clínica non é específica en ningunha fase da infección.

As probas de laboratorio poden demostra-la presenza do virus ou dalgunha parte del (**DIRECTAS**) ou ben a existencia dunha resposta inmune do organismo ante unha agresión externa como é a infección (**INDIRECTAS**). A presenza de anticorpos permite o diagnóstico serolóxico excepto no neonato, onde os de tipo IgG poden ser transferidos pasivamente pola nai. Estes anticorpos pasivos pérdense normalmente antes dos 12 meses aínda que poden permanecer durante 15-18 meses ou máis. Tamén debe terse presente que durante o “**período ventá**” non é posible a detección de anticorpos aínda que o paciente xa estea infectado.

Métodos diagnósticos da infección por VIH-1

■ Métodos directos

- Cultivo viral
- Detección de ácidos nucleicos: PCR, LCR, bDNA, NASBA, etc.
- Antixenemia

■ Métodos indirectos

- *Detección de anticorpos específicos*
 Probas de screening: EIA, aglutinación, etc.
 Probas de confirmación e suplementarias: WB, RIPA, IFI, LIA, etc.
- *Investigación celular específica*

PCR:	LCR:	bDNA:	NASBA:	WB:	RIPA:	IFI:	LIA:
Reacción en cadea da polimerasa	Reacción en cadea da ligasa	Branched: DNA	Amplificación baseada na transición de ácidos nucleicos	Western Blot	Análise por radioinmunoprecipitación	Inmunofluorescencia indirecta	Inmunoelectroblot

Entre os distintos métodos serolóxicos o máis utilizado na detección de anticorpos é o EIA ou Elisa (Enzyme-Linked-Immunosorbent-Assay). Está dentro dos utilizados en screening nos que prima a sensibilidade, polo que tódolos resultados positivos destes **deben ser confirmados** por outros máis específicos como o Western-blot.

Detección de anticorpos específicos: fases intermedia e tardía

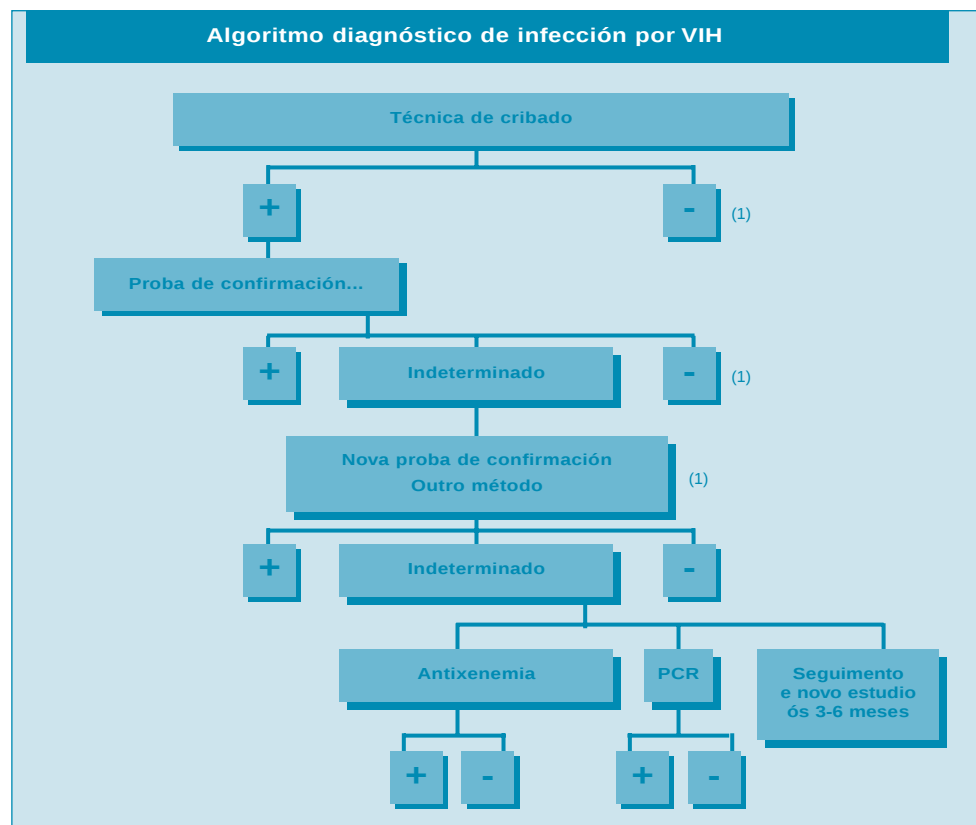
- Enzimoimunoanálise (EIA)
 - Lisado vírico (primeira xeración)
 - ADN recombinante (segunda xeración)
 - Péptidos sintéticos (terceira xeración)
- Inmunoanálises rápidas
 - Aglutinación látex
- Técnicas de confirmación
 - *Western blot* (WB)
 - Inmunofluorescencia indirecta (IFI)
 - Radioinmunoprecipitación (RIPA)

Detección do virus ou os seus antíxenos: fases precoz e tardía

- Illamento vírico
 - Cocultivo
- Detección das proteínas víricas
 - EIA: de captura de competición
- Radioinmunoanálise (RIA)

Detección de ácidos nucleicos: período ventá

- *Southern blot* (detección de ADN provírico)
- *Dot blot* (detección de ARN e/ou ADN provírico)
- Hibridación *in situ* (detección de ARN e/ou ADN provírico)
- Amplificación de ADN provírico (PCR)



(1) Debe valorarse a repetición deste estudo en base á historia de cada paciente.

A pesar de que entre as múltiples técnicas diagnósticas existentes hai algunhas cunha alta sensibilidade e especificidade a grande variabilidade destes virus implica un posible risco de falsos negativos como aconteceu en individuos infectados polo grupo O.

Historia natural da infección por VIH

A súa historia comeza trala exposición inicial ó axente infeccioso. A partir dese feito dáse un proceso patolóxico continuo e progresivo que remata nas formas avanzadas da inmunodeficiencia coa aparición de infeccións oportunistas e neoplasias.

Despois da exposición e en poucas semanas (normalmente 2-4 semanas nun rango de 5 días/3 meses) prodúcese unha inmunodeficiencia transitoria por destrución dos linfocitos CD₄. A esta fase asóciase un alto grao de replicación vírica co consecuente aumento da viremia que pode ser recoñecida mediante probas de detección de antixenemia e tamén unha alteración no número de células mononucleares de sangue periférico e, moitas veces, un descenso dos linfocitos CD₄. En poucas semanas desenvólvese a neutralización inmunitaria con diminución da viremia. A seroconversión, ou detección de anticorpos anti-VIH, tarda en aparecer entre 8 días e 14 semanas (en raras ocasións ata 6 meses e incluso máis). Neste **“período ventá”** non

é posible polo tanto o diagnóstico serolóxico da infección por técnicas de detección de anticorpos. Continúa unha fase de **latencia clínica** caracterizada pola ausencia de síntomas, descenso moderado de linfocitos T4 e baixos niveis ou ausencia de virus cultivables en sangue. Estudos recentes mostraron que a idea de latencia microbiolóxica e baixa replicación vírica era falsa, constatando que existe unha alta replicación vírica no tecido linfático (ganglios e intestinal) e células dendríticas dos centros xerminais. **O VIH replícase continuamente.**

En base a cultivos virais cuantitativos e en técnicas de alta sensibilidade (PCR) púidose demostrar que existe en sangue periférico máis cantidade de virus da que antes se pensaba. Dende o momento da infección o VIH prolifera de forma continua e os niveis de replicación vírica realízanse a velocidades diferentes incrementándose a medida que progresa o estadio evolutivo da infección.

Este proceso é multifactorial e os mecanismos inmuno-patoxénicos implicados son extremadamente complexos e, nalgúns casos, descoñecidos.

A evolución post-infección é relativamente independente do mecanismo de transmisión, o contrario que da dose infectante, da virulencia da cepa e da capacidade de resposta inmunitaria do hóspede, que poderían ter importancia.

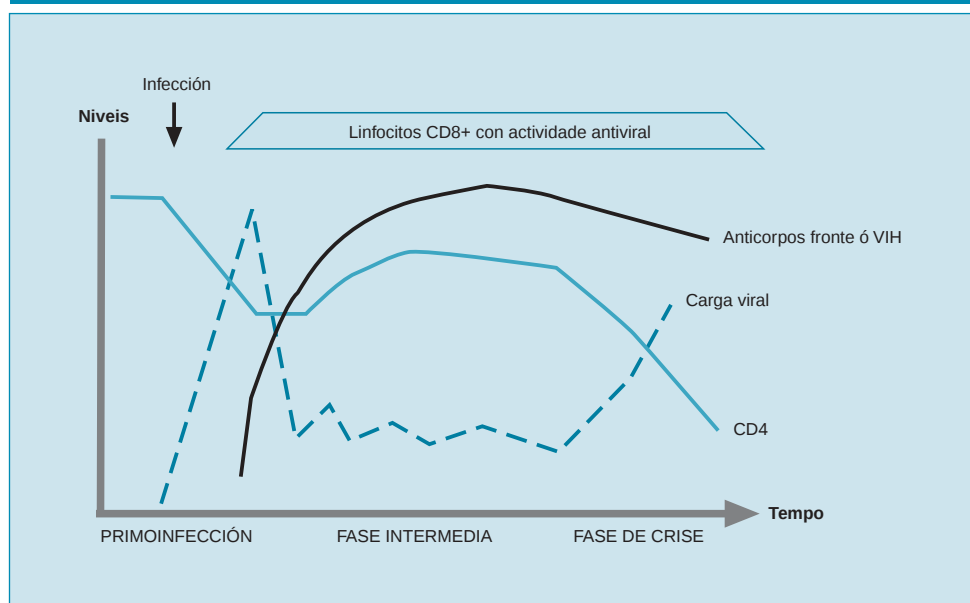
Na evolución desta **infección crónica**, na que **non existe un verdadeiro estado de latencia**, podemos distinguir varios estadios:

1. Fase **precoz ou aguda**, de varias semanas post-infección.
2. Fase **intermedia ou crónica**, normalmente de varios anos, asintomática pero con replicación viral activa.
3. Fase **final ou de crise**, con presenza de sintomatoloxía e que se corresponde clinicamente co complexo relacionado coa sida (CRS) e sida.

Fase precoz

Corresponde ó inicio da infección, cando o VIH penetra no organismo. O paciente infectado permanecerá asintomático ou presentará un cadro clínico parecido a unha síndrome mononucleósica (30-70% dos casos) ou, máis raro, neurolóxica aguda. Frecuentemente estes cadros pasan inadvertidos. Na maioría dos pacientes aparecerá progresivamente antíxeno p24 circulante ós 10-20 días do contaxio, durante 2-6 semanas, e a carga viral plasmática durante este período é moi alta ($>10^5$ partículas de ARN/ml). Sen embargo a detección de anticorpos anti-VIH tarda en aparecer entre 8 días a 14 semanas e, en casos raros, 6 meses e incluso máis. **Neste período ventá os test de anticorpos poden ser negativos en individuos infectados.** A aparición de anticorpos e inmunidade celular coincidirá coa desaparición de antixenemia, descenso dos virus circulantes e linfocitos CD₄ infectados. Durante a infección aguda pode haber unha inmunodepresión transitoria.

Carga viral e resposta inmune na infección polo VIH



Fase intermedia ou crónica

Despois da infección aguda a maioría dos pacientes quedan asintomáticos durante meses ou anos, ou maniféstanse con adenopatías ou mínimos transtornos neurolóxicos. Sen embargo, durante esta fase, que xeralmente dura varios anos, **a actividade proliferativa viral persiste**, aínda que en menor grao. Probablemente estea limitada por factores do hóspede (anticorpos neutralizantes, linfocitos T citotóxicos) e outros propios do virus. **Nunca existe un verdadeiro estado de latencia** e a carga viral é moi superior (entre 10 e 10.000 veces) nos órganos linfoides en comparación co sangue circulante.

Nesta fase asintomática os niveis de linfocitos CD₄ mantéñense estables por riba de 500/ml e detéctanse entre 10²-10⁶ copias de ARN/ml de plasma. Aínda que nunca exista un estado de latencia verdadeiro, chégase a un **estado de equilibrio**. Nesta situación prodúcese/destrúense diariamente 10¹² virións e estímase que cada 15 días se renova a totalidade dos linfocitos CD₄ circulantes.

En ausencia de tratamento a probabilidade de que a infección progrese cara a estadios máis avanzados, ós 7-10 anos da infección, sobrepasa o 50% nos adultos e o 80% nos nenos. A progresión é máis rápida cando a primoiñfección foi sintomática e a viremia alta ou cando os linfocitos CD₄ son baixos pouco despois da primoiñfección. O illamento do virus a partir do plasma, a súa concentración e a porcentaxe de linfocitos CD₄ infectados correlaciónanse coa progresión da infección.

Fase final ou de crise

Cando a eficacia de resposta inmune diminúe, rómpese o equilibrio anterior e orixínase a incapacidade do organismo para mante-lo control da infección. O sistema inmunolóxico esgotou a capacidade de eliminación de virus e de reposición de linfocitos CD₄. A carga viral é moi alta e as cifras de linfocitos CD₄ diminúen.

A **actividade replicativa do virus increméntase** coincidindo clinicamente coa **aparición de sintomatoloxía**.

A evolución individual da infección nas distintas fases dista moito de ser homoxénea. Existen grandes variacións individuais, describíndose casos de evolución a sida en 6 meses e outras que despois de 12 anos están asintomáticos e con inmunidade preservada.

Gradualmente podemos observar:

■ INFECCIÓN SINTOMÁTICA PRECOZ

O paciente presenta distintas manifestacións clínicas secundarias á inmunodepresión e/ou acción directa do VIH, como pneumonías bacterianas, candidiase vaginal, muguet, leucoplasia oral peluda, herpes, púrpura trombótica trombocitopénica...

As cifras CD₄ oscilan entre 100 e 300.

■ INFECCIÓN SINTOMÁTICA TARDÍA

Aparecen as infeccións oportunistas, neoplasias, trastornos neurolóxicos e/ou síndrome que constitúen as entidades definitorias de sida.

As cifras CD₄ adoitan oscilar entre 0 e 200.

■ INFECCIÓN AVANZADA

Nesta fase a esperanza de vida, en ausencia de tratamento, é limitada e xeralmente os pacientes falecen por complicacións relacionadas coa sida.

Diversos estudos agrupan en *tres patróns diferentes a casuística de evolución* cara á sida:

- Progresores rápidos (5%-10%), que evolucionan entre 1 e 5 anos despois da infección.
- Progresores típicos (80%-90%), onde se engloba a maioría, cunha mediana de progresión en torno ós 10 anos.
- Non progresores a longo prazo (5%-10%), pacientes que despois de 10 anos se manteñen asintomáticos e sen inmunosupresión celular (>500 CD₄/mm³) non sendo tratados con antirretrovirais.

As causas destes comportamentos diferentes no curso da infección foron e son investigadas, identificándose algúns *factores inmunolóxicos e virolóxicos* que caracterizan habitualmente a estes pacientes segundo o patrón no que se atopen. Así, os progresores rápidos teñen unha resposta inmunolóxica baixa, diminución

rápida de CD₄ e carga viral alta mentres que os non progresores presentan forte resposta inmunolóxica humoral e celular, cifras de CD₄ >500/mm³ e cargas virais baixas ou indetectables.

Existen ademais variados *cofactores* que contribúen a explica-las distintas velocidades de progresión, e que poden varia-lo curso natural da enfermidade. Podemos agrupalos naqueles que *dependen do hóspede* (idade, malnutrición, estrés, repertorio de receptores de quimiocinas...), *ambientais* (a activación do sistema inmunolóxico e do VIH por outros virus como CMV, virus Epstein-Barr, herpes simple tipo I-II, virus herpes tipo 6, virus da hepatite B e C, HTLV, ...; a infección con máis dunha cepa de VIH; infección por parasitos entéricos; infección por micoplasma sp; uso de drogas, etc...) ou *algunhas características do propio virus* (número e cantidade de partículas virais transmitidas e virulencia da cepa).

A historia natural da infección vese modificada substancialmente como consecuencia dos continuos avances que se foron introducindo no tratamento, coa incorporación de novos antirretrovirais, e co mellor manexo do paciente, alongando a fase crónica, prolongando a supervivencia e achegando calidade á vida dos afectados.

Período de incubación

Considérase como o tempo que pasa entre a infección e o diagnóstico de sida.

É moi variable. Existen grandes variacións individuais dependendo de múltiples factores do propio virus e/ou do hóspede e do ambiente. Están descritos casos de evolución en menos de 6 meses e outros que tras 10-12 anos permaneceron estables sen tratamento antirretroviral, estimándose que estes últimos representan en torno ó 5% do total de infectados. Estudos de cohortes indican que en ausencia de tratamento, entre un 15-20% progresan a sida nos cinco anos posteriores á infección e no transcurso de 7-10 anos progresan entre 50-70%.

A mediana do período de incubación sitúase **en adultos en torno ós 8 anos e en nenos ós 4,5-6**. De todas formas e debido a un mellor manexo destes pacientes e a aparición das novas terapias, este período de incubación **está aumentando**. Nestes momentos sitúase **por riba dos 10 anos de media**.

Estadiaxe da infección por VIH. Definición de caso sida

A definición de caso dunha enfermidade ou problema de saúde é un instrumento indispensable para a delimitación e cuantificación dun problema e, polo tanto, base para unha acertada intervención de saúde pública encamiñada á súa prevención e control.

Tendo en conta que os criterios de definición de caso deben ser ríxidos na súa aplicación, ante todo problema emerxente que está continuamente nun proceso de investigación, o cal comporta a aparición de novos coñecementos, estes deben ser

incorporados á definición co obxectivo de mellora-la súa sensibilidade e especificidade que nos permita unha medición máis certa do impacto dese problema. Este é o caso da infección por VIH/sida, na que se foron modificando as definicións ó longo da súa historia. Estes cambios debemos telos presentes porque, ó mesmo tempo que nos permitiron acercarnos ó problema con maior exactitude, tamén afectaron á consolidación dos datos no tempo, algo que hai que ter en conta na interpretación da evolución da epidemia e nas prediccións para o futuro desta. Neste momento, debemos ser conscientes das limitacións que os rexistros de sida teñen para reflecti-la totalidade do problema derivado da infección por VIH.

A primeira definición de caso sida foi publicada en setembro de 1982 polos CDC cando aínda se descoñecía o VIH como axente etiolóxico. Unha vez descuberto isto e dispoñendo de técnicas de detección do mesmo (1985) orixínase a *clasificación do CDC de 1986* da infección por VIH-1 en adultos, que incluía a estes pacientes en catro grupos excluíntes, baseándose na historia natural de infección.

- **GRUPO I** INFECCIÓN AGUDA, sintomática ou non.
- **GRUPO II** INFECCIÓN ASINTOMÁTICA.
- **GRUPO III** LINFADENOPATÍA XENERALIZADA PERSISTENTE. Inclúe os pacientes clinicamente asintomáticos, pero con adenopatías (>1 cm en máis de dúas rexións extrainguinais durante máis de 3 meses) en ausencia doutra enfermidade que poida explicalas.
- **GRUPO IV** OUTRAS ENFERMIDADES, que inclúen cinco subgrupos:

SUBGRUPO A: SÍNDROME CONSTITUCIONAL

Engloba os pacientes que cumpren os seguintes requisitos: febre persistente de máis dun mes, perda de peso involuntaria de máis do 10% do peso basal, ou diarrea crónica de máis dun mes de evolución, en ausencia doutra entidade que non sexa a propia infección por VIH.

SUBGRUPO B: ENFERMIDADE NEUROLÓXICA

Defínese como un ou máis dos seguintes procesos: demencia, mielopatía ou neuropatía periférica e ausencia doutra entidade distinta da infección por VIH.

SUBGRUPO C: ENFERMIDADES INFECCIOSAS SECUNDARIAS

Agrupa os pacientes que teñen unha enfermidade infecciosa asociada á infección por VIH. A maioría son reactivacións endóxenas e con frecuencia maniféstanse de forma diseminada. Subdivídense en dúas categorías:

C1. Inclúe os pacientes que presentan unha das doce enfermidades infecciosas listadas como definitorias de caso sida: pneumonía por *Pneumocystis carinii*, criptosporidiase crónica, toxoplasmoses, estronxiloidose extraintestinal, isosporidiase, candidiase esofágica bronquial ou pulmonar, criptococose, histoplasmoses extrapulmonar, infección por micobacterias atípicas ou enfermidade extrapulmonar causada por *M. tuberculosis*, infección diseminada por citomegalovirus (CMV), infección polo virus do herpes simple mucocutánea, crónica ou diseminada e leucoencefalopatía multifocal progresiva.

C2. Inclúe aqueles que presentan algunhas das seguintes enfermidades infecciosas secundarias: leucoplasia peluda oral, herpes zoster con afectación de múltiples dermatomas, bacteriemia recorrente por *Salmonella non typhi*, nocardiose, tuberculose pulmonar e candidiase oral (muguet).

SUBGRUPO D

Neoplasias asociadas.

Inclúe os pacientes diagnosticados de un ou máis cancros ós que se lles coñece a súa asociación á infección por VIH: sarcoma de Kaposi, linfoma non Hodgkin e linfoma primario do SNC.

SUBGRUPO E

Outros trastornos en infección por VIH.

Inclúe tódalas enfermidades ou trastornos clínicos non clasificables nos subgrupos anteriores que poden ser atribuídos á infección polo virus ou indicativos dun defecto da inmunidade celular.

Os catro grupos son mutuamente excluíntes e xerárquicos, de tal forma que cando un paciente se inclúe nun grupo non pode reclasificarse noutro inferior aínda que desaparecesen as probas.

Considerábase caso sida os pacientes que desenvolveron manifestacións clínicas incluídas no grupo IV e subgrupo A, B (só a encefalopatía), C1 e D.

As definicións de sida foron evolucionando e converténdose en máis sensibles e específicas. Na definición anterior, especificábase unha serie de enfermidades indicativas de inmunodeficiencia e outra nas que era necesario demostrar a evidencia da infección. En 1987 os CDC revisárona e esta nova definición, aceptada pola OMS, foi aplicada en Europa a partir de xaneiro 1988. As súas principais innovacións foron: inclusión de novas enfermidades indicativas, inclusión de diagnósticos presuntivos sempre que sexan VIH(+), eliminación doutras causas de inmunodeficiencia en ausencia de infección por VIH e diferencias na definición de caso entre nenos menores de 13 anos e adultos.

O CDC (MMWR, decembro 1992, v.41) propón unha nova clasificación da infección por VIH e criterios de definición de sida para adultos e adolescentes (>13 anos). O obxectivo fundamental desta nova clasificación era reflectir a importancia clínica do recuento de linfocitos CD₄. As variacións máis importantes consisten na ampliación da definición de caso sida para incluír a tódalas persoas VIH(+) que teñan <200 CD₄ /ml ou unha porcentaxe de CD₄ <14% do total.

Ademais, engadíronse tres novas categorías clínicas definitorias de sida á lista de 23 aceptadas na anterior clasificación (1987).

Esta clasificación con tres categorías de recontos CD₄ e outras tantas de situación clínica, represéntase por unha matriz de 9 categorías mutuamente excluíntes nas que o paciente debe incluírse na máis avanzada posible.

Os pacientes incluídos nas categorías C₁, C₂, C₃, A₃ e B₃ consideraríanse afectados de sida. **Sen embargo, o Centro Europeo para a Vixilancia Epidemiolóxica da Sida xunto coa oficina rexional da OMS para Europa non aceptaron incluí-lo criterio biolóxico a efectos de vixilancia epidemiolóxica restrinxindo a consideración de caso sida ós enfermos que presentan algunha das enfermidades da lista ampliada*.** Esta definición utilízase no Estado español dende xaneiro de 1994. Para nenos (menores de 13 anos) existe un sistema propio de clasificación da infección por VIH pediátrica [(MMWR 36, 1987) actualizada (MMWR, set. 1994)].

RESUMINDO

Categorías clínicas*				
Categorías CD4+**		A LXP Primoinfección Asintomático	B Sintomático Non A nin C	C Enfermidade indicativa de sida
	1. ≥500 (≥29%)	A1	B1	C1
	2. 200-499 (14-28%)	A2	B2	C2
	3. <200 (<14%)	A3	B3	C3

* Categorías clínicas

A. INFECCIÓN VIH ASINTOMÁTICA

Infección primaria asintomática.
Linfoadenopatía xeneralizada persistente (LXP). Historia de infección aguda VIH.
Infección aguda VIH documentada.

B. PATOLoxÍA NON INCLuíDA NA CATEGORÍA C PERO QUE O MÉDICO ATRIBÚE A INFECCIÓN POR VIH OU QUE SE COMPLICA CON ESA INFECCIÓN.

C. CONDICIÓN CLÍNICAS RELACIONADAS NA DEFINICIÓN DE CASO SIDA.

* situacións clínicas diagnósticas de sida a efectos de vixilancia epidemiolóxica.

- CANDIDIASE ESOFÁXICA
- CANDIDIASE TRAQEAL, BRONQUIAL OU PULMONAR
- CRIPOTOSPORIDIASE con diarrea persistente máis dun mes
- PNEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINII
- TOXOPLASMOSE CEREBRAL (idade<1 mes)
- COCCIDIOMICOSE DISEMINADA (pulmón, ganglios linfáticos cervicais ou hiliares)
- HISTOPLASMOSE DISEMINADA (pulmón ou ganglios linfáticos cervicais ou hiliares)
- ISOSPORIASE con diarrea persistindo máis dun mes
- CMV DE ÓRGANOS: fígado, bazo ou ganglios linfáticos (idade>1mes)

- RETINITE POR CMV CON PERDA DE VISIÓN
- HERPES SIMPLE MUCOCUTÁNEO CRÓNICO que persista máis de 1 mes. BRONQUIAL, PULMONAR OU ESOFÁXICO de calquera duración (idade>1 mes)
- LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA
- PNEUMONITE INTERSTICIAL LINFOIDE/HIPERPLASIA LINFOIDE PULMONAR (idade<13 anos)
- DÚAS OU MÁIS INFECCIÓNS BACTERIANAS RECORRENTES (idade <13 anos)
- M. AVIUM OU M. KANSASII DISEMINADA (pulmón, pel ou ganglios linfáticos cervicais ou hiliares)
- MICOBACTERIOSE NON TBC DISEMINADA (Idem anterior)
- TBC EXTRAPULMONAR
- SEPTICEMIA RECORRENTE POR SALMONELLA sp typhi
- SARCOMA DE KAPOSÍ
- LINFOMA PRIMARIO DE CEREBRO
- LINFOMA NON HODGKIN DE CÉLULAS B OU DE FENOTIPO INMUNOLÓXICO DESCOÑECIDO*
- LINFOMA CÉLULAS PEQUENAS NON FENDIDAS**
- SARCOMA INMUNOBLÁSTICO***

- ENCEFALOPATÍA POR VIH
- SÍNDROME CAQUÉTICA POR VIH
- TUBERCULOSE PULMONAR (idade >12 anos)
- PNEUMONÍAS BACTERIANAS RECORRENTES
- CANCRO INVASIVO DE COLO UTERINO

** Categorías segundo a cifra de linfocitos CD4 (T4)

1. ≥500 células/ml. (≥ 29%)
2. 200-499 células/ml. (14-28%)
3. <200 células/ml. (<14%)

- 1 Non se consideran indicativos de sida, os linfomas de fenotipo inmunolóxico T, os linfomas de tipo histolóxico non descrito e os que se describen como "linfocítico", "células pequenas fendidas" ou "linfocítico plasmóide".
- 2 Burkitt, tipo Burkitt ou non tipo Burkitt.
- 3 Linfoma inmunoblástico, linfoma de células grandes, linfoma histiocítico difuso, linfoma difuso indiferenciado, linfoma de alto grao.

Vías e mecanismos de transmisión

O VIH foi illado en practicamente tódolos fluídos corporais: sangue, seme, secrecións xenitais femininas, leite materno, líquido cerebro-espiñal, saliva, bágoas, ouriños, etc. Sen embargo, **na transmisión só están implicados sangue, secrecións sexuais do home e da muller e, en menor medida, o leite materno.**

Non existe evidencia de transmisión por outros elementos: saliva, bágoas, suor..., nin nos contactos persoais e sociais.

A súa transmisión, polo tanto, só pode ocorrer cando se dá a presenza dun fluído implicado na transmisión, limitando e definindo 3 vías para a mesma: **SEXUAL, SANGUÍNEA e PERINATAL.**

Vía sexual

É a **vía preponderante** a nivel mundial. Debemos ter presente que a infección por VIH/sida é por definición unha enfermidade de transmisión sexual (ETS).

En xeral, o risco de infectarse por esta vía depende da prevalencia da infección na poboación sexualmente activa xa que ó aumenta-la prevalencia é maior a posibilidade de que a parella estea infectada.

A transmisión heterosexual é bidireccional tanto de home a muller como de muller a home; sen embargo, o tipo de relación condiciona o grao de eficacia na transmisión. Esta eficacia é por orde xerárquica:

- Relación anal.
- Relación vaxinal.
- Relación oral.

As relacións ano-xenitais ofrecen un maior risco para o receptor. Na transmisión vaxinal a eficacia é maior de home a muller.

A probabilidade de transmisión e o risco de adquiri-la infección a través de contacto sexual cun portador vai depender de factores varios como:

- Características propias e tipo de VIH.
- Infectividade do caso. Maior risco ó inicio e en estadios finais da infección.
- A susceptibilidade.
- Tipo de práctica sexual.
- Presencia de cofactores facilitadores: presenza de ETS, lesións ulceradas, relacións no período menstrual, displasia cervical, utilización de anticonceptivos orais, etc.

Vía sanguínea

Transfusións e produtos hemoderivados. O risco de infección pola utilización de sangue e hemoderivados foi moi importante na década do 70 e primeiros anos do 80. Sen embargo a partir de 1983 xa se recomendou a exclusión de doadores con risco de infección e a utilización de factores de coagulación quentados. A partir de 1985-87 lexíslase a obrigatoriedade de cribado de doazóns, polo que, a partir desas datas, o risco de infección por utilización destes produtos tende a cero, persistindo un pequeno risco como consecuencia dos posibles falsos negativos e do período ventá.

No noso medio a gran práctica de risco para a transmisión nesta vía é a **utilización compartida de material de inxección** no colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), estimándose a principios da década anterior que a prevalencia de infección nel estaba entre o 40-70%. A transmisión por esta vía neste colectivo está relacionada coa prevalencia no mesmo, coa práctica de compartir agullas, xiringas e outro material e co número de inxeccións.

A **transmisión accidental** é moi baixa pero posible. Así, a exposición en persoal sanitario ten unha taxa de seroconversión ó redor do 0'3%, sendo aínda menor a través de mucosas ou erosións na pel.

Outros **obxectos cortantes ou punzantes** non esterilizados (agullas de acupuntura, de tatuaxes...) teñen demostrado a súa eficacia na transmisión do VIH.

Os **útiles de hixiene persoal** (coitelas de afeitar, cepillo dental...) compartidos constitúen unha forma teórica de transmisión.

Existen casos de infección por VIH como consecuencia de transplantes de órganos (ril, corazón, páncreas, medula ósea...). Nestes momentos tamén está regulado por normativa.

Vía perinatal

A transmisión de nai portadora a fillo sábese que pode levarse a cabo durante o **embarazo** por vía transplacentaria, no **parto** a través do contacto con sangue ou outros produtos maternos e no postparto, na **lactancia**, a través do leite materno. A proporción atribuíble a cada un destes mecanismos é descoñecida, atribuíndose-lle ó momento do parto unha maior probabilidade.

Varios factores poden favorecer-la transmisión por esta vía (viremia persistente, estadio da infección materna, porcentaxe de células infectadas, etc.); sen embargo, o seu papel non está ben determinado.

A taxa de transmisión por esta vía sitúase, en ausencia de tratamento, entre un 13-25% no noso medio. Un estudo recente (ACTG-076) móstranos que esta taxa diminuíu o 67% en embarazadas tratadas con AZT e que cumpren as condicións do protocolo do mesmo. Novos estudos parecen demostrar que a utilización doutros antirretrovirais e combinacións deles diminúen en gran medida a transmisión por esta vía, situando o risco nunha porcentaxe ó redor do 1%.

Debe terse presente que a presenza de anticorpos IgG nun neno nacido de nai VIH(+) pode non indicar infección senón transmisión pasiva transplacentaria de anticorpos de nai a fillo. Esta situación pode durar ata 15-18 meses.

Outras vías

Non existe evidencia epidemiolóxica que identifique outras vías de transmisión.

Non existe evidencia de transmisión por medio de alimentos, auga, insectos, servizos públicos, contacto social ou laboral nin no ámbito familiar.

Factores que inflúen sobre a diseminación na poboación

Múltiples variables poden influír na cadea de transmisión e na extensión desta infección a través dunha complexa interacción de factores de risco individuais ou sociais. Están descritas:

VARIABLES DE CONDUCTA

- Prevalencia de uso de drogas intravenosas.
- Taxa de troco de parella.
- Patróns de mestura sexual.
- Tamaño e taxa de contacto con grupos “centrais”.
- Prácticas sexuais (coito anal, coito durante a menstruación).
- Nivel de uso de preservativos.
- Conducta e taxa de infección das parellas.
- Actitudes cara ó sexo.

VARIABLES BIOLÓXICAS

- Nivel de viremia.
- Infectividade e virulencia das cepas de HIV (variación de cepa).
- Prevalencia doutras enfermidades de transmisión sexual.
- Circuncisión masculina.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

- Tamaño da poboación nos grupos etarios máis sexualmente activos.
- Relación home-muller.

FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS E POLÍTICOS

- Resposta á epidemia.
- Rendemento do sistema de asistencia da saúde.
- Pobreza, privación, falta de educación.
- Estatus das mulleres.

Reservorio

O VIH foi illado tanto en persoas asintomáticas como enfermas, polo que **calquera persoa infectada** pode transmiti-la infección a outra, considerándose como reservorio e fonte de infección ó mesmo tempo. Unha persoa infectada considérase, polo tanto, infectante para o resto da súa vida e pode transmiti-lo virus segundo as circunstancias e prácticas que realicen.

Transmisibilidade

A transmisibilidade nunha exposición á secreción ou fluídos corporais infectados pode variar dependendo de varios factores, entre os que se atopan: cantidade do virus infeccioso e espécime do mesmo, da cepa do virus, do estado da persoa infectada, do estadio da infección... Tamén se asocia unha maior transmisibilidade na vía sexual coa presenza de ETS e úlceras xenitais.

Debe terse presente que, á marxe de factores que faciliten a transmisibilidade, **toda persoa, dende que se infecta por VIH, pode transmiti-la infección** incluso no período ventá antes de poder ser diagnosticado por test de detección de anticorpos.

Susceptibilidade-resistencia

A susceptibilidade á infección é descoñecida en gran medida, pero dedúcese que é **universal**. Sábese que a raza non parece afecta-la susceptibilidade, aínda que deleccións ou variantes que afectan a algún correceptor orixinan resistencias in vitro á infección e protexen parcialmente na súa evolución cara á progresión á sida. Aínda que se descoñece qué factores do hóspede poden influír en que a infección non ocorra sempre trala exposición e con independencia da existencia de factores facilitadores ou inhibidores de tipo xenético, idiosincrático, etc., están descritos unha serie de factores que poden facilitar esta infección, favorecendo a penetración do VIH no hóspede ou debilitando o seu sistema inmunitario como:

- Presencia de ETS, ulceración, fisuras ou feridas no aparato xenital. A ectopía de cervix (nalgún caso debido ó uso dalgúns anticonceptivos orais), a realización do coito durante a menstruación.
- A falta de hixiene despois do coito, a non circuncisión.
- A presenza de infeccións pióxeas (prostatite, cervicite, vaxinite...) ou outras infeccións víricas.
- Déficit nutritivo.
- Consumo de opiáceos.
- Administración de medicamentos con efectos negativos sobre o sistema inmunitario.
- Estados emocionais negativos (ansiedade, depresión...).

Na maioría dos casos a posibilidade de transmisión dependerá da prevalencia da infección e de factores de conducta relacionados con comportamentos susceptibles de modificarse.

Outros factores asociados ó problema

Mortalidade

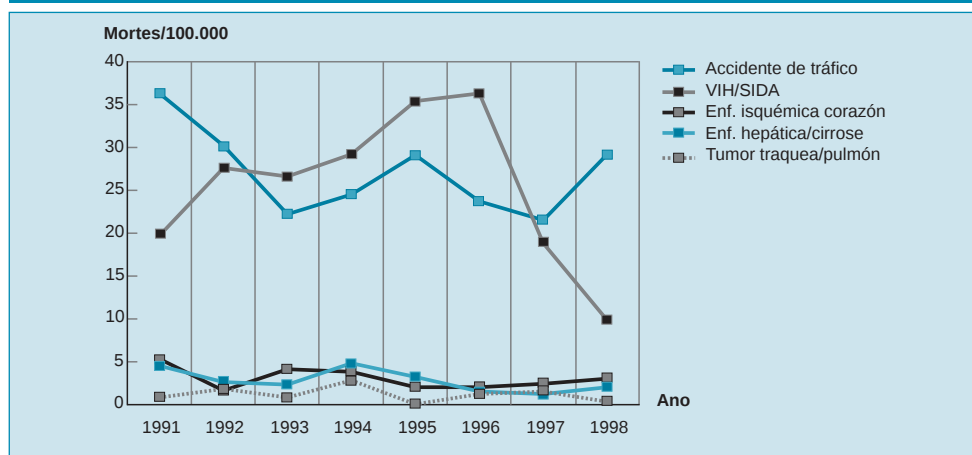
A sida é unha enfermidade infecciosa de curso crónico e progresivo que, en ausencia de tratamentos eficaces, ten un mal prognóstico.

A súa letalidade tende ó 100% dos casos non tratados. En anos anteriores a supervivencia global ós tres anos post-diagnóstico situábase, segundo estudos, nun 15-20%. Un importante estudio colaborativo europeo (1989) estima a probabilidade de supervivencia ós tres anos nun 16%. Sen embargo, as melloras no seguimento e tratamento dos pacientes VIH (+) lograron avances significativos, non só no aumento da esperanza de vida, senón tamén na calidade desta. Hai poucos anos a esperanza de vida non chegaba ó ano dende o diagnóstico. No estudio dos casos notificados ó Rexistro Galego da Sida ata 1997 apréciase que a supervivencia ós 1.000 días do diagnóstico supera o 40%. A mediana era de 817 días (IC 95% 731-903).

Nos case 3.000 casos notificados neste Rexistro constan como falecidos o 57,7% do total, porcentaxe moi similar ó do Rexistro Nacional e probablemente inferior ó real.

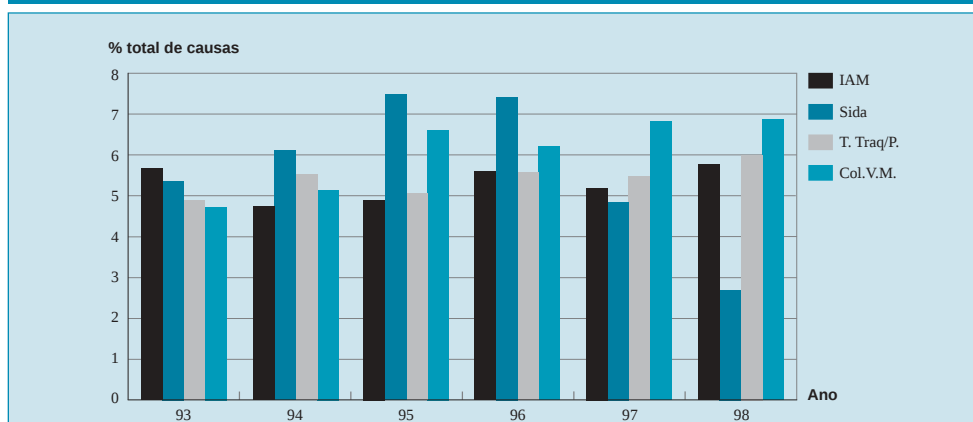
Segundo o Rexistro de Mortalidade de Galicia no ano 1992 a sida é a segunda causa de morte **entre a poboación galega en idade 25-34 anos**, por detrás pero case ó par dos accidentes de vehículos con motor. **Desde 1993 a 1996 representou a primeira causa de morte nesas idades e a segunda no grupo de 35 a 44 anos.** Ademais, **nos anos 94, 95 e 96 foi a primeira causa de anos potenciais de vida perdidos na poboación xeral**, sendo a primeira causa nos homes e a segunda nas mulleres. Coa introducción dos novos antirretrovirais (inhibidores de proteasa, ...) esta situación modificouse, descendendo substancialmente. No ano 1997, tanto no grupo de 25-34 anos, como no seguinte de 35-44, representa a segunda causa de morte, por detrás dos accidentes de tráfico. Tamén pasou a ocupa-lo quinto posto como causa de anos potenciais de vida perdidos.

Taxas de mortalidade por idade (25-34 anos). Galicia 91-98



ANÁLISE DA MORTALIDADE EN GALICIA. DXSP

Principais causas de APVP. Galicia 93-98



ANÁLISE DA MORTALIDADE EN GALICIA. DXSP

Vacina e tratamento

O importante esforzo mundial que se realizou nestes poucos anos logrou un cúmulo de coñecementos tan importante sobre o VIH, que se pode afirmar que é un dos axentes patóxicos sobre o que existe maior información. Tamén se conseguiron avances substanciais na atención dos afectados, que nos levaron ó aumento continuado da súa esperanza de vida, así como mellora-la calidade desta. Continuamente aparecen resultados de novos estudos que afondan nesta liña como son os máis recentes sobre os tratamentos antirretrovirais e a súa combinación.

A introducción da terapia antirretrovírica en 1996 foise perfeccionando nos anos posteriores coa introducción de máis e novas familias destes fármacos e mellorando a súa utilización. Nestes momentos existe un amplo arsenal que permite a súa utilización combinada. Paralelamente producíronse avances importantes no coñecemento do ciclo biolóxico do VIH e da súa dinámica de replicación, e elaboráronse técnicas que permiten a cuantificación da viremia plasmática. Todo isto modificou substancialmente a filosofía e enfoque do tratamento destes pacientes e permitiu mellora-lo seu pronóstico, alongando a súa evolución máis alá dos 10 anos coa esperanza de facer do VIH/sida unha infección crónica coa cal se poda convivir durante moitos anos.

Sen embargo, existen unha serie de factores que fan xurdir dúbidas sobre o futuro e cuestionan a súa eficacia de non apareceren novas alternativas terapéuticas. A aparición de resistencias, non por esperada menos preocupante, xa foi confirmada. En Galicia nun estudo representativo das persoas VIH (+) diagnosticadas demostrouse a existencia de mutacións de resistencia a inhibidores de transcriptasa inversa no 6,2% dos pacientes non tratados e no 75,9% dos que recibiran algún tratamento antirretroviral e a inhibidores de proteasa no 4,8% de non tratados e 43,7% dos tratados.

A pesar de todo, a realidade é que, como consecuencia das características víricas e do seu ciclo de acción, **a posibilidade do tratamento etiolóxico definitivo, así como dunha vacina útil na inmunización preventiva, aparecen máis lonxe do curto prazo.**

Debe terse presente que **aínda que estas previsións foran superadas satisfactoriamente e dispoñamos dun fármaco capaz de destruír ou inactiva-lo VIH e/ou dunha vacina útil na inmunoprofilaxe, iso non supón a resolución definitiva do problema,** xa que

existen outros parámetros que condicionan a súa utilidade real, como son a porcentaxe de protección na poboación tratada, o período de protección, as vías de administración, os custos, os efectos secundarios, a distribución, etc., polo que unha **política preventiva**, indispensable neste momento, parece tamén prioritaria nesa etapa futura na que dispoñamos dalgún destes elementos farmacolóxicos.

Impacto social

Na infección por VIH/sida están presentes elementos que conviviron coa historia da humanidade. A sexualidade e as drogas forman parte importante da vida dos pobos, sendo temas polémicos que se perciben de formas moi diferentes polos distintos colectivos en base a concepcións morais e éticas das persoas. Se a iso engadímola súa relación co sangue e a morte, ó ser ata hai pouco un diagnóstico de pronóstico fatal, **compréndese que orixinara temores e preocupacións profundas no ser humano e nas colectividades que formamos.**

Así foi sentido pola nosa poboación. Estudos feitos na Unión Europea mostran que os europeos situaron a sida como un dos seus principais problemas despois do paro. No Estado español, un estudio feito polo CIS en setembro de 1994 revela que os españois sentían o VIH/sida como un problema tan grave como o desemprego, a destrución do medio ambiente ou a inseguridade, e o 95% defíneno como un problema importante. Como consecuencia desta percepción social **orixináronse modificacións nas relacións humanas** e, ocasionalmente, **tensións e enfrontamentos sociais** entre algúns dos seus membros.

Noutras zonas do mundo onde a prevalencia da infección é máis elevada a sida orixinou modificacións decisivas na súa estrutura social.

En 1998 os cidadáns galegos sinalan a sida como o segundo dos problemas que necesitan de intervención sanitaria máis urxente, despois do cancro, e na actualidade continúan incluíndoa entre os problemas de saúde que máis lles preocupan.

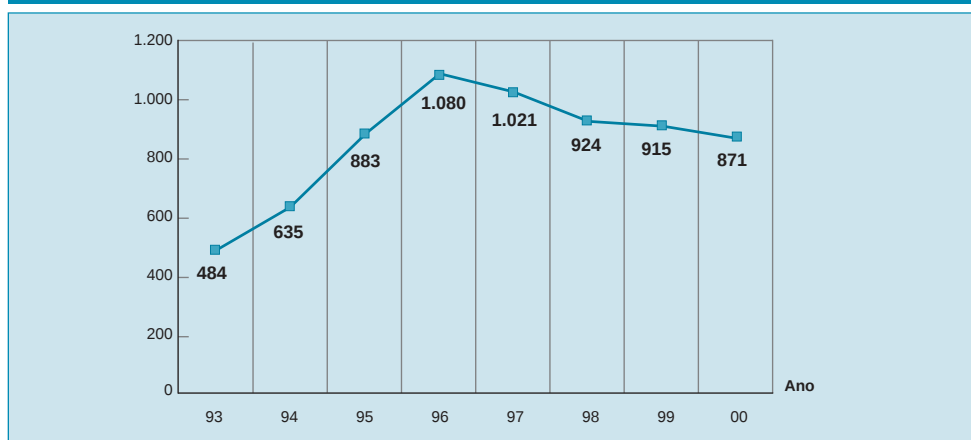
Custos

Existen toda unha serie de custos derivados do impacto social, **difícilmente cuantificables**, pero que se deben ter presentes en toda valoración xeral sobre o VIH.

Situándonos naqueles que son obxectivos, diversos estudos estimaron, a finais do século XX, o custo asistencial dun enfermo de sida entre os 54.000 € en EE.UU, os 12.000-18.000 € en Alemaña, Francia e Inglaterra, e no Estado español entre 8.000 e 18.000 €. O gasto da atención sanitaria ós pacientes VIH/sida en 1995 estimouse en 680 millóns de euros no Estado español.

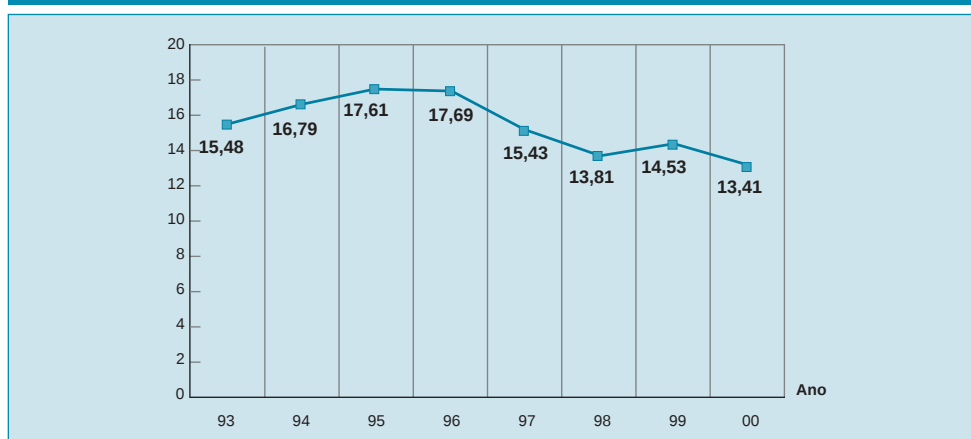
Algúns economistas da saúde estiman que no Estado o custo da asistencia sanitaria ós afectados de VIH/sida absorverá entre o 2-4% do orzamento sanitario nos próximos anos. Outros estudos estiman que coa introducción dos inhibidores da proteasa, a medicación anti-VIH representará o 17% do gasto total de farmacia hospitalaria pero, en oposición a este incremento de gasto en antirretrovirais de alta eficacia, hai que ter en conta que as estancias hospitalarias foron diminuindo progresivamente desde o ano 1997. En Galicia durante o ano 2000 os antirretrovirais representaron un gasto de 12,5 millóns de euros. Dentro destes **custos directos** habería que engadi-los derivados da política de saúde pública (información e prevención), de servizos sociais, de voluntariado, etc.

**Estadas(*) correspondentes ós GRD 700 a 716
nos hospitais do Sergas de 1993 a 2000**



(*) Estadas estimadas a partir do % de codificación anual

**Estada media(*) correspondente ós GRD 700 a 716
nos hospitais do Sergas de 1993 a 2000**



(*) Estada media estimada a partir do % de codificación anual

Estímase que os **custos indirectos** derivados da perda de produción, do impacto sobre o sistema productivo, ó enfermar ou desaparecer unha parte da poboación activa (a idade media dos casos sida en Galicia é de 35 anos) multiplican por cinco os custos directos. A todo iso deben sumarse os **custos intanxibles** derivados da dor e da ansiedade que a infección produce tanto nos afectados como nas persoas do seu contorno.

Os últimos avances, fundamentalmente no campo do coñecemento da patoxénese, a aparición de novos antirretrovíricos (inhibidores de proteasa,...) e un mellor manexo do VIH (+) lograron alongar continuamente o período de incubación así como a esperanza de vida do caso sida e seguramente esta tendencia continúe recortando o camiño cara á súa cronificación. Este feito, de indubidable importancia e esperanzador para os afectados, vai supoñer sen embargo un aumento nos custos de atención socio-sanitaria. Á hora de valora-lo custo/efecto deste importante esforzo social non deben esquecerse como contrapartida os **logros conseguidos** como son as melloras na calidade de vida xunto co aumento na supervivencia dos afectados.

INTERVENCIÓNS ANTI-VIH/SIDA REALIZADAS EN GALICIA

Introducción

Coa publicación de “Pneumocystis Carinii Pneumonía and mucosal candidiasis in previously homosexual men” por Gottlieb HS, SCHOFF, SCHANKER et al. (New England Journal of Medicine, 1981) o mundo sanitario púxose en alerta sobre un problema emergente que tivo un desenvolvemento espectacular. Os primeiros froitos das investigacións, co descubrimento do VIH así como dos elementos e vías de transmisión a principios da década dos 80, e o brusco diagnóstico de novos casos diseminados por toda a xeografía mundial empezaron a preocupar ás autoridades e organismos sanitarios.

Unha vez constatada a importancia do problema, distintos organismos sociais e sanitarios tomaron iniciativas a nivel mundial para enfrontalo:

- Resolución dos Estados membros do **Consello das Comunidades Europeas** (29 de maio de 1986), invitando a un programa coordinado.
- **Programa Especial de Loita contra a sida (OMS 1 de febreiro de 1987).**
- **40 Asemblea Mundial da Saúde, 1987**, recomendando un programa de sida en cada país.

Esta etapa coincide co desenvolvemento do proceso autonómico galego e xa dende un principio (1983-84) as estruturas de que se foi dotando o noso pobo dedicaron atención ó problema, encargándose da vixilancia epidemiolóxica e creando unha comisión técnica con funcións de asesoramento para as autoridades sanitarias.

En Galicia, seguindo as recomendacións internacionais, créase a **Comisión de Seguimento e Control da Sida** (Orde do 10 marzo de 1987, DOG 61, 31 de marzo de 1987) con funcións de asesoramento á Consellería de Sanidade, impulso da investigación e coordinación interior así como co Plan Nacional da Sida.

Esta situación supérase coa creación do **Plan Autonómico para a Prevención e Control da Sida** (Orde do 19 setembro de 1988, DOG 195, 10 de outubro de 1988) con obxectivos máis ambiciosos: ordenar, coordinar e promover as actividades de prevención, reducir a mortalidade e morbilidade derivadas desta infección, responsabilidades nos campos da vixilancia epidemiolóxica, formación de persoal, planificación e coordinación de servizos asistenciais e de avaliación xeral. Para realizar estas funcións dótase dunha comisión de coordinación, dous comités asesores técnicos e dun coordinador do plan.

As remodelacións orgánicas da Consellería de Sanidade e do Servicio Galego de Saúde (Sergas) derivadas das sucesivas asuncións de competencias en materia sanitaria fixeron que as responsabilidades en materia de VIH/sida foran asumidas por diferentes estruturas.

Sen embargo, mantense a filosofía da acción anti VIH/sida en Galicia durante estes anos entendendo que este esforzo debe ser un **todo único e coordinado** que englobe tódalas actividades dentro dun marco xeral con **tres grandes obxectivos**:

- **Establecer un sistema de vixilancia epidemiolóxica.**
- **Prevención e control da infección, como obxectivo prioritario.**
- **Diminuí-la morbilidade e mortalidade** e organizar eficientemente os recursos destinados á atención dos afectados.

O traballo realizado durante eses anos foi importante pero, con seguridade, necesita continuarse sen interrupción, adaptarse ás novas necesidades e perfeccionarse. Co fin de valora-la realidade actual do problema tendo en conta os medios que se utilizaron para enfrontalo recóllese a continuación unha relación das principais actividades realizadas con participación directa dos servizos centrais da Consellería de Sanidade e Servicio Galego de Saúde. Moitas outras actividades aquí non relacionadas, foron realizadas por outros servizos, institucións e movementos sociais, contribuíndo decisivamente nos logros alcanzados para atallar esta epidemia.

Preténdese con este capítulo oferta-los datos mínimos necesarios para valora-la efectividade das accións realizadas e a súa contribución ós logros conseguidos contra esta infección esperando que a súa avaliación achegue datos indispensables para definir as necesidades de futuro.

Sistema de Vixilancia Epidemiolóxica

Data de comezo

Comézase a vixilancia epidemiolóxica en 1985, coincidindo coa notificación dos primeiros casos de sida en Galicia. O primeiro diagnósticase no ano 1984 no Hospital Montecelo de Pontevedra. No ano 1986 créase o Rexistro Galego da Sida, paralelamente ó Rexistro Nacional.

Obxectivo marcado

Cóñece-las proporcións reais, a evolución e a tendencia da epidemia, das súas manifestacións e características (persoa, lugar, tempo...).

Estratexias

- Rexistro Galego da Sida.
- Estudos de seroprevalencia da infección por VIH.
- Estudos de impacto (mortalidade, etc.).
- Estudos de nivel de información, actitudes e comportamentos.
- Facilitación de información sistematicamente e por demanda.
- Investigación e formación.

Proxectos e actividades realizadas

1. REXISTRO GALEGO DA SIDA



Os casos recóllense dende a notificación do primeiro en 1985, ano en que se elabora unha base de datos. Automatízase en 1986. Dende a creación do Rexistro Nacional notifícase por medio dos impresos normalizados a nivel de Estado. Os datos introdúcense na base de datos elaborada para tal fin e remítense ó Rexistro Nacional.

O contacto cos declarantes é permanente así como o control de calidade da información. Toda a rede está suxeita a estritos criterios de confidencialidade, e os seus xestores reciben formación específica para o seu manexo.

2. ESTUDIOS DE ESTIMACIÓN DE SEROPREVALENCIA DE VIH EN POBOACIÓNS SENTINELA

- 2.1. Facilitación de datos para estudio de seroprevalencia e VIH en doazóns de sangue. 1988-1997. En anos posteriores estes datos facilítalos o Centro de Transfusións de Galicia.
- 2.2. Estudio sobre exposicións accidentais ó VIH en persoal sanitario en colaboración co Instituto Carlos III (1988-1993).
- 2.3. Estudio de seroprevalencia da infección por VIH e de prácticas de risco nunha poboación de mariñeiros. Sergas-ISM (1992).
- 2.4. Estudio de cribaxe anónima non ligada da infección por VIH en neonatos (1992-93-94).
- 2.5. Convenio co Ministerio de Sanidade e Consumo para a realización de actividades especificamente dirixidas a coñecer a seroprevalencia de VIH na poboación xeral a través das mostras de sangue sobrantes dos programas de detección precoz de metabolopatías en neonatos mediante o procedemento de anónimos non relacionados (1996-2000).
- 2.6. Estudio de seroprevalencia de VIH en usuarios de drogas inxectables que participan no subprograma de intercambio de material preventivo (1997-98).
- 2.7. Estudio de seroprevalencia de VIH en traballadoras do sexo (1998-2000).

3. ESTUDIOS DE IMPACTO. ESTUDIOS DE MORTALIDADE E ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS

Realízanse anualmente, dende 1991 ata a actualidade.

4. ESTUDIOS DE INFORMACIÓN, ACTITUDES E COMPORTAMENTOS

- 4.1. Estudio de seroprevalencia da infección por VIH e de prácticas de risco nunha poboación de mariñeiros. Sergas-ISM (1992).
- 4.2. Realización dunha enquisa a tódolos farmacéuticos de Galicia para obter información sobre a distribución e utilización de materiais preventivos entre o colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) (1993).

- 4.3. Estudio-avaliación do Programa Educativo de Prevención da Sida (1994-1995).
- 4.4. Estudio de actitudes e opinións dos profesionais sanitarios galegos en Atención Primaria sobre VIH/sida (1995).
- 4.5. Estudio en UDVP para determina-las súas prácticas de risco, así como o uso dos medios preventivos (1995).
- 4.6. Estudio en farmacéuticos titulares de oficina de farmacia para coñece-la súa valoración da distribución dos materiais preventivos para UDVP así como o grao de utilización (1995).
- 4.7. Estudio-avaliación do Programa Educativo de Prevención da Sida (1995-1996).
- 4.8. Estudio-avaliación dunha acción de Prevención Primaria do VIH/sida e outros axentes na poboación de mariñeiros galegos.
- 4.9. Estudio-avaliación do Programa Educativo de Prevención da Sida (2000).
- 4.10. Estudio de satisfacción co Programa de facilitación de medios preventivos en UDVP (2000).



5. EMISIÓN DE INFORMES E PUBLICACIÓNS

- 5.1. Informes trimestrais a través dos medios de comunicación e distribución directamente a profesionais socio-sanitarios. A partir de 1995 estes informes teñen periodicidade semestral.
- 5.2. Revisión da definición de caso de sida polo CDC (MMWR. Vol. 36 15) BEG, volume II/1987/Núm. 21, Consellería de Sanidade e Seguridade Social.
- 5.3. Revisión da definición de caso de sida polo CDC (MMWR., Vol. 36 15) BEG volume II/1987/Núm. 22, Consellería de Sanidade.
- 5.4. Situación da sida en Galicia. BEG, volume II/1987/Núm. 23, Consellería de Sanidade.
- 5.5. Actualización da situación da sida. BEG. volume II/1987/Núm. 33, Consellería de Sanidade.
- 5.6. Situación actual da sida en Galicia. BEG. volume III/1988/Núm. 10, Consellería de Sanidade.
- 5.7. Sida: Situación mundial. BEG. volume III/1988/Núm. 20, Consellería de Sanidade.
- 5.8. A síndrome de inmunodeficiencia adquirida I. BEG. volume IV/ 1990/Núm.11, Consellería de Sanidade.
- 5.9. A síndrome de inmunodeficiencia adquirida II. BEG, volume IV/1990/ Núm. 12, Consellería de Sanidade.
- 5.10. A síndrome de inmunodeficiencia adquirida III. BEG, volume IV/1990/ Núm. 13, Consellería de Sanidade.
- 5.11. A síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Posta ó día. Situación Mundial (I). BEG, volume V/1991/Núm. 12, Consellería de Sanidade.

- 5.12. A síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Situación en Galicia (e II). BEG, volume V/1991/Núm. 13, Consellería de Sanidade.
- 5.13. A síndrome de inmunodeficiencia adquirida. BEG, volume VI/1992/Núm. 8, Consellería de Sanidade.
- 5.14. A estimación do retraso na notificación de casos de sida e proxeccións para o período 92-95 en Galicia (I). BEG, volume VI/1992/Núm. 9, Consellería de Sanidade.
- 5.15. A estimación do retraso na notificación de casos de sida e proxeccións para o período 92-95 en Galicia (e II). BEG, volume VI/1992/Núm. 10, Consellería de Sanidade.
- 5.16. Definición de caso de sida en adolescentes e adultos. Ampliación da definición de 1987 do CDC/OMS. BEG, volume VII/1993/Núm. 11, Consellería de Sanidade.
- 5.17. 1984-1994, Unha década de sida en Galicia. Guías de Saúde Pública. Dirección Xeral de Saúde Pública.
- 5.18. Rexistro Galego da Sida. Situación epidemiolóxica. Guías de Saúde Pública (1998).
- 5.19. Rexistro Galego da Sida. Situación epidemiolóxica. Guías de Saúde Pública. Xaneiro (1999).
- 5.20. Rexistro Galego da Sida. Situación epidemiolóxica. Guías de Saúde Pública. Xullo (1999).
- 5.21. VIH/sida. Informe do Rexistro Galego da Sida. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie B-Nº 21. Xaneiro (2000).
- 5.22. Rexistro Galego da Sida. Situación epidemiolóxica. Guías de Saúde Pública. Novembro (2000).



6. INVESTIGACIÓN, FORMACIÓN E COORDINACIÓN

- 6.1. Curso de manexo da aplicación sida para xestores de redes locais 1990.
- 6.2. A estimación do retraso na notificación de casos de sida e proxeccións para o período 92-95 en Galicia (I). BEG, volume VI/1992/Núm. 9, Consellería de Sanidade.
- 6.3. A estimación do retraso na notificación de casos de sida e proxeccións para o período 92-95 en Galicia (e II). BEG, volume VI/1992/Núm. 10, Consellería de Sanidade.
- 6.4. Elaboración dun programa informático para a corrección do efecto producido polo retraso na notificación dos casos (1º premio de investigación no 2º Congreso Nacional de Sida) 1993.
- 6.5. Elaboración dunha aplicación informática propia para o Rexistro Galego da Sida (1993-94).
- 6.6. Elaboración da aplicación informática e manual RSIDA. SERGAS- OPS- 1995.
- 6.7. Grupo técnico de traballo para a vixilancia de casos VIH (+) diagnosticados en Galicia, 1988-89.

- 6.8. Reunións sobre a vixilancia de VIH entre administración sanitaria, movemento social e afectados, 1998-2000.
- 6.9. Actualización do soporte para a corrección do efecto causado polo atraso na notificación de casos. Moucho 1.0 (1999).



Política de prevención e control

Data de comezo

Cinco anos despois de darse a voz de alarma sobre a emerxencia dun novo problema, que se concretou dous anos despois no descubrimento do VIH, en Galicia realízanse no ano 1987 as primeiras actividades mediante unha campaña de información para a poboación xeral que foi pioneira destas actuacións no Estado español.

Obxectivos xerais

- Informar á poboación galega sobre vías de transmisión, formas de prevención e impacto da epidemia.
- Diminuí-las prácticas de risco na poboación xeral.
- Evita-la marxinação e discriminación da persoa VIH (+)/sida.
- Diminuí-la incidencia da infección por VIH e casos sida.

Descrición

- Intervencións dirixidas á poboación xeral.
- Intervencións para colectivos específicos.

Estratexias

- Edición e distribución continuada de material informativo.
- Campañas en medios de comunicación.
- Teléfono de información directa.
- Intervencións dirixidas á poboación xeral e específicas para outros colectivos.
- Convenios e subvencións a ONG e outras organizacións para desenvolvemento de actividades preventivas.

Proxectos e actividades realizados

1. INTERVENCIÓNS DIRIXIDAS Á POBOACIÓN XERAL

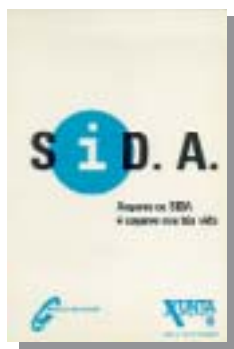
Data de comezo

Nos anos 86 e 87 iniciáronse as primeiras intervencións de tipo informativo-educativo con finalidade preventiva.

Obxectivos

- Os sinalados como xerais na política de prevención resaltando a importancia de diminuí-lo rexeitamento e marxinación social dos afectados e fomenta-las actitudes e conductas solidarias.

Actividades realizadas



- **Campañas informativas (TV, radio, prensa, valados).**

1987 Lema: “Sida. Infórmate, é necesario”

1989 Mensaxes: “A túa vida vale algo máis de dez pesos”,
“Compartindo xiringas acabas compartindo a sida”,
“Así dá gusto”, “Presérvate da sida”,
“Espérao con ilusión, sen risco de sida”

1990 Lema: “Xogares coa sida é xogares coa túa vida”

1991 Lema: “Ponlle casco á sida”



- **Edición e distribución de folletos informativos.**

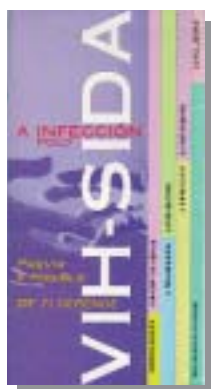
Edítanse e distribúense continuamente dende 1986-87.

Facilítanse gratuitamente a demanda individual e para actividades preventivas.

- **Teléfono de información directa:** Dende o ano 1988 ofértase información personalizada en horario laboral (8-15 horas). Tfno. 981 54 29 60.

- **Día Mundial da Sida.** Coincidindo co 1 de decembro.

Tódolos anos dende 1988 organízanse campañas en torno a este día centradas no lema proposto pola OMS a nivel mundial.



- **Convenios e subvencións con ONG e outras institucións**

Entre os anos 1992-2000 convócanse publicamente subvencións para actividades de investigación-acción neste campo (ver Coordinación da acción antiVIH/sida, páxinas 93-102).

Outras actividades puntuais:

- Apoio ás actividades de información e sensibilización dentro do proxecto “Santiago contra a sida”. 1992.
- Edición e envío dun folleto informativo a tódolos concellos de Galicia para a difusión entre os seus traballadores. 1992.
- Realización das xornadas “Biblioteca e VIH/sida”. 1994.
- Edición e distribución de material de prevención a tódalas bibliotecas de Galicia. 1994.
- Exposicións de carteis “Imaxes contra a sida” en Santiago. 1994.
- Celebración do “Seminario sobre a sida”. 1994.
- Adquisición da colección “Imaxes contra a sida” para a súa cesión a institucións que o soliciten para exposicións.
- Convenio co Consello da Xuventude de Galicia 1998-1999-2000.
- Xornadas de información xuvenil nos Concellos 1998-1999-2000.
- **Outras actividades que se realizan dunha forma continuada (charlas, mesas redondas, coloquios, entrevistas, etc.)**



2. INTERVENCIÓNS DESTINADAS A COLECTIVOS ESPECÍFICOS

PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DA SIDA NOS CENTROS DE ENSINO

Data de comezo: ano 1989

Obxectivos

Xerais:

- Contribuír ó desenvolvemento integral das persoas para unha vida satisfactoria.
- Facilita-la construción, por parte da mocidade, de actitudes e conductas saudables e solidarias en xeral, e en particular respecto da infección polo VIH/sida.
- Proporcionar información á mocidade sobre a infección polo VIH/sida e as medidas de protección fronte a ela.

Específicos:

- Fomentar nos centros de ensino as intervencións educativas centradas na educación de actitudes saudables cara á vida en xeral, e cara á problemática da infección polo VIH en particular.
- Proporcionar materiais de apoio destinados ó profesorado do segundo ciclo de ensino secundario obrigatorio (3º e 4º de ESO) e postobrigatorio (ESPO), ó alumnado destes niveis e ás nais e ós pais.
- Fomenta-lo adestramento específico do profesorado.
- Estimula-lo diálogo entre as nais e pais e as fillas e fillos, e proporcionar información ás nais e pais sobre a infección polo VIH e as medidas de protección fronte a ela.

Descrición

O programa realízase no marco dun convenio de colaboración entre a Consellería de Sanidade e a Consellería de Educación e Ordenación Universitaria, para promover a educación para a saúde na escola. A xestión directa das actividades recae na Dirección Xeral de Saúde Pública.

Na traxectoria do programa podemos distinguir dúas etapas:

- A primeira etapa abarcaría de 1989 a 1999 e caracterizaríase por uns materiais de apoio centrados na prevención da infección polo VIH: “O VIH/sida na comunidade escolar”. A poboación diana nesta etapa era o alumnado de 1º de BUP, 1º de FP1 e 3º de ESO.

No ano 1996 a Comisión Europea cofinanciou o desenvolvemento do programa en Galicia e rexión norte de Portugal, o que propiciou a revisión do programa, a introducción dalgunhas modificacións abordables naquel momento, e o establecemento das bases para a creación dunha proposta de intervención totalmente nova.

- A segunda etapa comezaría en 2000, coa nova proposta de intervención: “Temas transversais e educación de actitudes. Proposta para unha intervención integral, a propósito da prevención da infección polo VIH/sida”. Ofrece un modelo global

de intervención para tódalas áreas transversais desde o marco que as unifica, a educación das actitudes, en consonancia cos obxectivos educativos da reforma educativa, e tomando como fío conductor, neste caso, a prevención da infección polo VIH. Cos novos materiais o obxectivo da intervención amplíase para abarcala promoción da saúde, da solidariedade, da convivencia, e da igualdade de oportunidades. A poboación diana será a partir deste momento o alumnado do segundo ciclo de ensino secundario obrigatorio e postobrigatorio.

Estratexias

O eixe central do programa é unha **intervención educativa na clase**, dirixida polo profesorado de distintas materias con material de apoio. Para conseguir unha maior cobertura, este programa baséase na **facilitación gratuíta de material didáctico** que facilite a abordaxe desta problemática na comunidade educativa e nunha **política continuada de formación do profesorado e de avaliación do programa**.

Materiais de apoio

Cada novo curso actualízanse e éditanse materiais de apoio, ofertándoos a tódolos centros de ensino secundario.

1. “O VIH/sida na comunidade escolar”. 1992-1999.

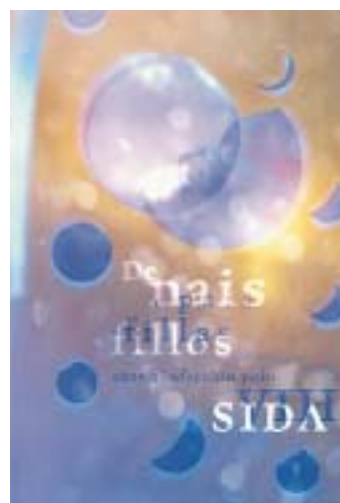
- Manual do profesorado.
- Caderno do alumnado.
- Carpeta de actividades para o alumnado.
- Folleto para pais e nais (distribuído a partir de 1996).
Intenta informalos sobre a importancia da actividade educativa na que participa o seu fillo ou filla, e animalos a tratar directamente a problemática desta infección con eles.
- Vídeo e diapositivas (distribuídos ata 1996).
- Marco Xeral (distribuído ata 1996). Trata diversos aspectos de cómo aborda-la infección polo VIH/sida en relación co medio escolar.





2. “Temas transversais e educación de actitudes. Proposta para unha intervención integral, a propósito da prevención da infección polo VIH/sida”. A partir de 2000.

- Materiais para o profesorado: guía, diario educativo e carpeta de fichas.
- Caderno do alumnado “Somos quen de construír a nosa historia”.
- Folleto para pais e nais “De nais e pais a fillas e fillos... ante a infección polo VIH/sida”.



Actividades realizadas

Ano 1989:

- Introducción teórica no Plan de Prevención VIH/sida.
- Asignación de recursos. Primeiro expediente.

Curso 1990-91:

- Deseño e cronograma dun **plan de actuación** (xaneiro 1990).
- Envío a tódolos centros públicos e privados dunha **carta informativa** (maio 1990).

- Edición e distribución a tódolos centros, públicos e privados, garderías, centros de acollida e adopción do manual **“A infección polo VIH/sida na escola”** (setembro 1990).

Curso 1991-92:

- **Validación dos materiais** en 50 centros que contaban coa figura do orientador pedagógico.
- Distribución e **implantación do programa**.
- Charlas a demanda nos centros escolares.

Curso 1992-93 e curso 1993-94:

- Actualización, edición e distribución dos materiais ós centros de ensino secundario.

Curso 1994-95:

- **Avaliación externa** do programa.
- Solicitud de cofinanciamento á Comisión Europea para o desenvolvemento do programa no curso 1995-96, en Galicia e norte de Portugal.
- Curso para profesores.

Curso 1995-96:

- **A Comisión Europea aproba e apoia o desenvolvemento do programa en Galicia e norte de Portugal.**
- Coordinación co Ministério de Educação de Portugal.
- **Actualización** e mellora notable dos materiais, co consenso do persoal técnico galego e portugués.
- Realización de seis **cursos de adestramento** no uso dos materiais para o profesorado.
- Realización de **cursos sobre VIH/sida nos centros de formación do profesorado**.
- Información por carta dos resultados da avaliación do curso 1994-95 a aqueles centros que participaran nela.
- **Avaliación externa** do programa.

Curso 1996-97:

- Informe final do proxecto para a Unión Europea.
- Distribución a tódolos centros de ensino secundario dos resultados da avaliación externa do programa no curso 95/96.
- Creación dun grupo técnico de traballo para a elaboración e deseño dos novos materiais de apoio.
- Realización de **4 cursos de adestramento** para o profesorado.
- Sinatura da carta de entendemento Sergas-Ministério de Educação de Portugal.
- Presentación do póster “Prevention of HIV/AIDS in the school” na XI Conferencia Internacional sobre a sida en Vancouver.
- Presentación do póster no I Congreso Galego-Cubano de Saúde Pública (Santiago de Compostela).

Curso 1997-98:

- Elaboración de proposta para a nova guía educativa
- Presentación “Resultados avaliación programa escolar”. XVI reunión científica da Sociedade Española de Epidemioloxía. Sevilla.

Curso 1998-99:

- Edición dos **Novos materiais de apoio**: “Temas transversais e educación de actitudes. Proposta para unha intervención integral, a propósito da prevención da infección por VIH/sida”.
- Relatorio sobre este programa no V Congreso Nacional de Sida. Santiago de Compostela.

Curso 1999-2000:



- Deseño da avaliación do programa en 2000, e recollida de información.
- Realización de catro cursos de adestramento para o profesorado.
- Presentación do póster “Creación dunha batería de instrumentos para valorar a eficacia dun programa educativo de prevención de sida”. I Congreso Luso-Galaico de doenzas infecciosas (Porto, 15-19 de outubro de 2000).
- Relatorio “Prevención del VIH/sida en los Centros Educativos” (Ministerio de Educación. Madrid, 23-24 de novembro de 2000).

Participación no programa 1995-2000					
Curso	Centros diana	Centros implicados	Alumnado implicado 3º ESO 4º ESO ESPO	Profesorado implicado	Profesorado adestrado
1995-1996	381	301 (79%)	34.361	1.900	116
1996-1997	391	304 (78%)	33.224	1.500	50
1997-1998	384	287 (75%)	32.329	1.100	–
1998-1999	301	222 (74%)	18.934	1.300	–
1999-2000	497	352 (71%)	25.729 12.000 3.000	1.038	88

FACILITACIÓN DE MEDIOS PREVENTIVOS PARA USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL (UDVP)

Realízase a través de dúas vías de actuación:

- Subprograma de facilitación de paquetes preventivos a **través de farmacias**
- Subprograma de **intercambio** de material preventivo

Obxectivos comúns ós dous subprogramas:

Xerais:

- Diminuí-la transmisión da infección por VIH nas persoas que utilizan drogas por vía parenteral.
- Diminuí-la transmisión da infección por VIH dos usuarios de drogas por vía parenteral a outras persoas non usuarias de drogas por vía parenteral.
- Diminución da morbilidade e mortalidade por procesos derivados da falta de hábitos hixiénicos no consumo de drogas.
- Reduci-los danos asociados ó uso de drogas.
- Achega-los UDVP ó sistema sanitario e rede social de apoio.
- Promove-la tolerancia e solidariedade coas persoas afectadas polo VIH.
- Diminuír ou evita-la presenza de xiringas usadas en lugares públicos.

Específicos:

- Mellora-la accesibilidade dos usuarios de drogas por vía parenteral ó material de inxección estéril.
- Diminuí-la práctica de compartir e/ou reutilizar xiringas e/ou material de inxección.
- Mellora-la accesibilidade dos usuarios de drogas por vía parenteral ós preservativos.
- Fomenta-lo uso dos preservativos nas relacións sexuais das persoas que usan drogas por vía parenteral.
- Facilita-lo contacto dos usuarios de drogas por vía parenteral coa rede sanitario-asistencial.

A. Subprograma de facilitación de paquetes preventivos a través de farmacias

Data de comezo: ano 1992

Descrición

Distribución de kits a través das oficinas de farmacia: comezouse a distribución en novembro de 1992, continuando nos anos seguintes ata a actualidade. O paquete contén unha **xiringa co seu contedor** para metela unha vez usada, un **envase de auga** estéril, unha **toallina impregnada en alcohol** isopropílico e un preservativo (ata 1996). O prezo de venda é de ±50 pesetas. A bolsa que o contén leva impresa unha mensaxe preventiva.



Actividades realizadas

Ano 1992:

- Elaboración do subprograma, determinación da forma de distribución e do contido do paquete preventivo.
- Presentación e consenso cos presidentes dos colexios farmacéuticos.
- En novembro deste ano **iníciase a distribución** dos paquetes a través das oficinas de farmacia.

Ano 1993:

- Modificación da mensaxe preventiva, que pasa de estar impresa nun folleto a imprimirse directamente na bolsa que contén o material.
- **Estudio entre os titulares de oficina de farmacia** para determina-la extensión e distribución dos paquetes preventivos, así como valora-la súa opinión sobre a utilidade dos paquetes.

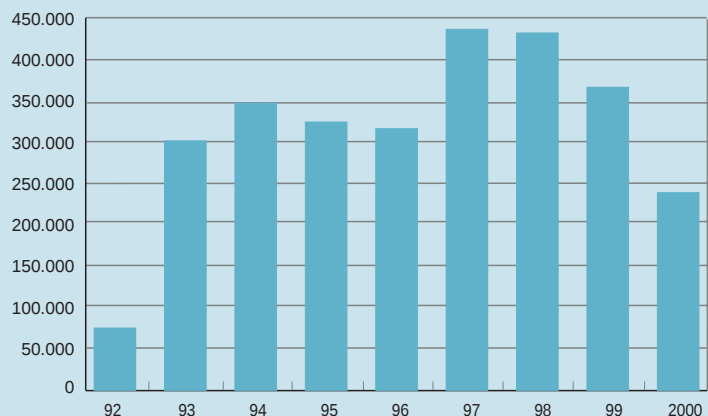
Ano 1995:

- **Estudio en usuarios de drogas por vía parenteral**, para valora-lo uso e accesibilidade dos paquetes preventivos.
- Estudio en titulares de oficinas de farmacia para valora-la súa opinión sobre a utilización dos paquetes preventivos para este colectivo.

Anos 1996-2000:

- Mantemento da actividade.
- **Avaliación externa** do programa (1999-2000).

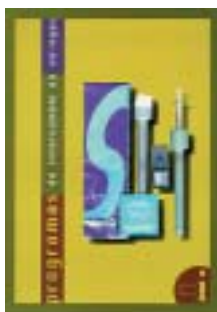
Número de paquetes preventivos para usuarios de drogas inyectables distribuídos a través das oficinas de farmacia 1992-2000



B. Subprograma de intercambio de material preventivo

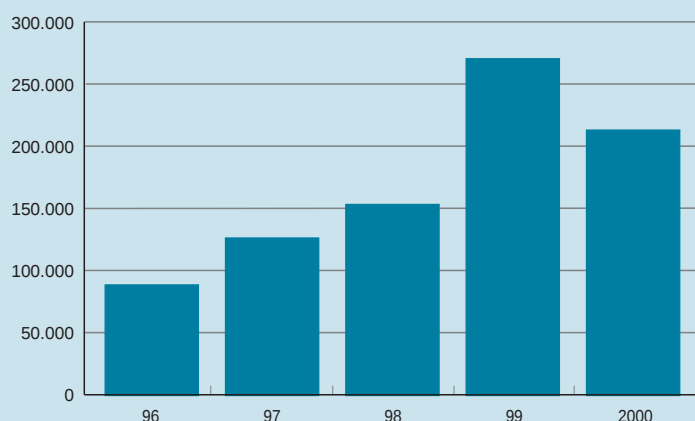
Data de comezo: xaneiro 1996

Descrición:

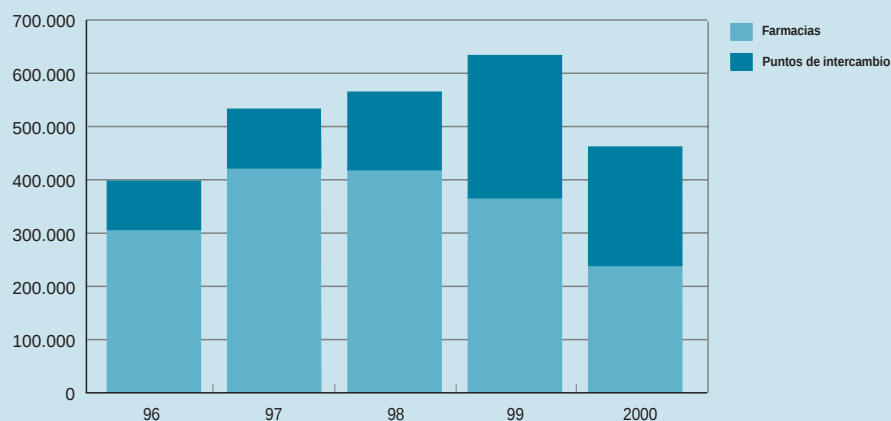


- Este programa enmárcase nunha **estratexia de redución ou minimización do dano**. Consiste no intercambio protocolizado de xiringas novas por usadas, facilitación doutro material preventivo (auga bidestilada, toallíñas con alcohol), e contedores para as xiringas usadas, ofertándose preservativos independentemente do paquete preventivo. Os lugares de intercambio, distribuídos pola xeografía galega intentando unha ampla cobertura da poboación diana, son: farmacias, ONG, unidades de atención ós drogodependentes, centros de saúde, etc. A participación é voluntaria. Cómpre destaca-la integración nesta actividade de tódalas institucións penitenciarias de Galicia (1999-2000).

Número de paquetes preventivos para usuarios de drogas inxectables distribuídos por ano a través dos puntos de intercambio 1996-2000



Número total de paquetes preventivos para usuarios de drogas inxectables distribuídos a través das oficinas de farmacia e dos puntos de intercambio 1996-2000



PREVENCIÓN PRIMARIA DO VIH/SIDA E OUTRAS ENFERMIDADES TRANSMISIBLES NA PROSTITUCIÓN

Data de comezo: ano 1997

Obxectivos

Xerais:

1. Estudio sobre as condicións de exercicio da prostitución nos lugares onde se desenvolve o programa.
2. Facilitar e promove-la atención social e sanitaria do colectivo de mulleres dedicadas á prostitución.
3. Prevención primaria e secundaria do VIH/sida nas prostitutas que traballan arredor da fronteira con Portugal.

Específicos:

1. Mantemento dunha base de datos con información epidemiolóxica sobre este grupo.
2. Describi-las condicións sociais, económicas e sanitarias das persoas dedicadas á prostitución.
3. Coñece-la prevalencia de enfermidades de transmisión sexual e as prácticas de risco neste colectivo.
4. Facilita-la adquisición de hábitos saudables nas mulleres destinatarias do programa para mellorar e/ou aumenta-lo seu nivel de vida.
5. Informa-la poboación destinataria dos servizos sociais e sanitarios dispoñibles e fomentar e potencia-la súa utilización.
6. Potenciar e consolida-la rede de atención sociosanitaria da comunidade como destinataria das demandas do colectivo de traballadoras do sexo.
7. Crear entre as mulleres do colectivo unha rede permanente de información sobre enfermidades transmisibles por vía sexual e sobre os servizos sociosanitarios.
8. Informar ás parellas sexuais sobre a prevención da sida e outras ETS.



Descrición do proxecto

O proxecto desenvólvese no marco dun convenio de colaboración entre a Consellería de Sanidade, a Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado (Servicio Galego de Promoción da Igualdade do Home e da Muller) e a Organización Non Governamental ALECRÍN para a integración das prostitutas na rede de atención socio-sanitaria. Da súa xestión encárgase o Servicio de Prevención e Control das Enfermidades Transmisibles (Dirección Xeral de Saúde Pública).

No ano 1998 a Comisión Europea selecciona este proxecto entre os de interese prioritario na loita contra o VIH/sida e cofinánciao. No ano 1999 intégrase na rede europea Umbrela de intervencións en prostitución.

Estratexias

1. Facilita-lo acceso destas mulleres ós recursos de atención sociosanitaria.
2. Coordinación cos servizos sanitarios e de asistencia social.
3. Derivación ó centro de día e ós centros de saúde correspondentes.
4. Establecemento dunha rede de axentes de saúde neste colectivo.
5. Facilitación de materiais informativos: dípticos, trípticos e adhesivos.
6. Facilitación de materiais preventivos e instrucións de uso.
7. Colaboración con organizacións que traballan neste ámbito e participación nunha rede europea de proxectos de intervención en prostitución.

Actividades

- Establecemento de contacto e acordo de colaboración coa Administración Rexional de Saúde do Norte de Portugal para a elaboración do Proxecto e petición de financiamento á Comisión Europea.
- Convenio de Colaboración con Alecrín.
- No Centro de Día Alecrín: formación e coordinación do equipo de traballo. Acondicionamento dunha unidade móbil para a adaptación ó programa. Deseño dos soportes publicitarios destinados ós usuarios do servizo do Centro de Día e destinados á difusión do programa. Elaboración do protocolo de recollida de datos.
- Recollida, informatización e procesamento de datos:
 - Entrevistas.
 - Reunións de grupos de discusión.
 - Observación sistemática en base a horarios e sectores para elaborar mapas de localización das actividades.
- Edición de material informativo.
- Intervención:

Unidade móbil:

Saídas semanais ós tres puntos de intervención: Vigo, Pontevedra e Ourense.

No ano 2000 amplíase a Lugo e Santiago de Compostela.

Facilitación de información, asesoramento e medios preventivos.

Entrevistas protocolizadas e recollida de datos. Historia clínica.

Extracción de mostras para a realización de VDRL, seroloxía VHB, VHC, VIH...

Entrega das mostras no centro de saúde de referencia.

Derivación ós centros de día e centros de saúde ou servizos sociais correspondentes.

Reunións de coordinación co centro de día e centros de saúde.



Centro de día:

Consello das mulleres que o solicitan dende a unidade móbil.

Prestación de servizos: lavadora, ducha, sala de estar.

Coordinación semanal e derivación ós centros de saúde e servizos sociais asignados.

Seguimento semanal da unidade móbil.

Procesamento dos datos recollidos na unidade móbil.

Coordinación coa Dirección Xeral de Saúde Pública.

- **Avaliación** e informe de resultados anual. Presentación ás autoridades sanitarias, Comisións Europeas e rede Umbrela (Berlín).

MULLER, EMBARAZO E INFECCIÓN POR VIH. NORMAS XERAIS DE ACTUACIÓN

Data de comezo: ano 1997

Obxectivos

Xerais:

1. Previ-la transmisión da infección polo VIH/sida nas mulleres de Galicia en idade fértil.
2. Previ-la transmisión da infección polo VIH/sida de nai a fillo.

Específicos:

1. Detección e captación de mulleres con prácticas de risco e intención de procrear para diminuí-lo risco de transmisión perinatal.
2. Seguimento e asistencia continuada na muller VIH(+) e do seu fillo/a.
3. Informar ós obstetras, médicos de atención primaria e pediatras das normas aprobadas internacionalmente para o seguimento e tratamento da muller embarazada respecto ó VIH/sida.

Descrición do proxecto

Estratexias

1. Informar a toda muller en idade fértil sobre as prácticas de risco da infección por VIH e das medidas de prevención.
2. Oferta-las probas analíticas a tódalas mulleres embarazadas, informándoas das características das mesmas. Solicitarase sempre o seu consentimento e oferta-ráselles consello antes da proba e despois cos resultados.
3. Planificación familiar axeitada, respectando sempre a vontade da afectada.
4. Seguimento e asistencia á muller VIH(+) e dos seus fillos.
5. Oferta de tratamento antirretroviral segundo protocolos aprobados internacionalmente.

Actividades

- Elaboración e difusión da carta explicativa do proxecto a tódolos servizos de xinecoloxía, obstetricia e pediatría de Galicia.

- Edición e difusión do folleto *Muller, embarazo e sida* a tódolos servizos de xinecoloxía, obstetricia e pediatría de Galicia (1997-2000).
- Elaboración e difusión a tódolos servizos de xinecoloxía, obstetricia e pediatría de Galicia dunhas recomendacións de “**normas xerais de actuación**” (1997).
- Elaboración e difusión a tódolos centros de Atención Primaria, hospitais, centros médicos privados e centro de planificación e orientación familiar da **circular 10/98: “Normas xerais de actuación ante a muller embarazada en relación coa infección por VIH”**. Dirección Xeral de Saúde Pública e División de Asistencia Sanitaria do Sergas.



PREVENCIÓN PRIMARIA DO VIH/SIDA E OUTROS AXENTES NA POBOACIÓN DE TRABALLADORES DO MAR

Data de comezo: ano 1993

Obxectivos

Xerais:

- Prevención primaria de VIH e outros axentes de transmisión sanguínea e/ou sexual no colectivo de mariñeiros.
- Contribuír á integración social da persoa VIH (+)/sida no seu ámbito laboral e social.

Específicos:

- Distribución de material informativo ó 100% dos centros do ISM, confrarías de pescadores e mariñeiros en activo.
- Impartir cursos e charlas para o 70% dos mandos intermedios e o 60% da tripulación en activo no tempo que dure a campaña.
- Proporcionar medios preventivos, fundamentalmente preservativos, ós traballadores en activo.

Descrición

- Este proxecto realizouse en colaboración co Instituto Social da Mariña, estivo cofinanciado pola Comisión Europea e estendeuse á zona norte de Portugal.
 - Nunha primeira fase realizouse o **diagnóstico da situación**, coa finalidade de coñecer os comportamentos de risco e actitudes con respecto á adquisición do VIH e outro tipo de enfermidades de transmisión sanguínea e/ou sexual entre mariñeiros. Para avalialo impacto dos materiais difundidos realizouse unha análise da documentación existente, organizáronse grupos de discusión, buscouse a opinión de expertos e realizáronse varias enquisas en diferentes localizacións da xeografía galega.
 - Deseño, elaboración e validación de materiais.
 - A **intervención** xirou en torno a tres eixes fundamentais: proporcionar información, educación sanitaria de mariñeiros, familiares e conviventes e facilitación de medios preventivos.
- A **avaliación** consta de dúas partes, a avaliación de proceso e a de resultados.

Principais actividades realizadas

Ano 1990:

- Deseño e planificación dun **estudio** para coñecer a seroprevalencia e implantación de prácticas de risco nunha poboación de mariñeiros que viaxaban con frecuencia a zonas de alta prevalencia para a infección por VIH. Cóntase coa colaboración do ISM e dos hospitais da SS de Vigo e Pontevedra.

Ano 1992:

- Realización do estudio anteriormente citado.

Ano 1993:

- Análise dos resultados do estudio e constatación da alta prevalencia de condutas de risco nesta poboación.

Ano 1994:

- Iníciáanse os contactos con Portugal, coa finalidade de que este país se sume ó proxecto e face-la solicitude conxunta á Comisión Europea.
- Elaboración dun proxecto para solicitar apoio e financiamento por parte da Comisión Europea.

Ano 1995:

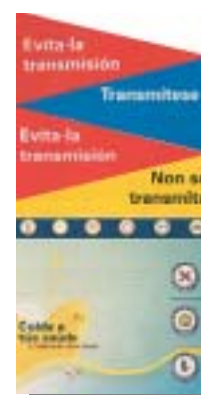
- **Notificación da Comisión Europea da concesión de apoio e financiamento (50% do custo) para a realización do proxecto en Galicia e Zona Norte de Portugal.**
- Posta en marcha do proxecto:
 - Diagnóstico de situación: 03-05-95.
 - Acordo de participación e colaboración entre o ISM e a Dirección Xeral de Saúde Pública (xuño 1995).
 - Deseño de materiais informativos e das intervencións educativas do proxecto.
 - Edición do material informativo.
 - Organización, xunto co ISM, do calendario das intervencións educativas.
- Toma de contacto con asociacións relacionadas co sector: armadores, confrarías, sindicatos, mulleres de traballadores...

Ano 1996:

- Programa de cursos-charlas de información-educación.
- Informe intermedio para a Comisión Europea.
- **Estudio-avaliación** da intervención.

Ano 1997:

- Publicación do estudio de avaliación do proxecto.
- **Informe final** para a Comisión Europea.



INTERVENCIÓNS DESTINADAS A TRABALLADORES DE ATENCIÓN Á SAÚDE

Data de comezo: ano 1987

Obxectivos

- Diminuír-las situacións de risco para traballadores e pacientes.
- Garantir unha correcta atención ó paciente e eliminar actitudes de marxina-
ción ou discriminación dos afectados.

Estratexias

- Edición e distribución de información a través de folletos, manuais, libros, etc.
- Discusión da problemática en reunións de traballo.
- Formación e actualización de coñecementos a través de talleres, xornadas,
cursos, etc.

Actividades realizadas

- Edición e distribución **“Sida, referencias bibliográficas. Prevención y Control de la infección con VIH”**. Marzo 1987.
- Edición e distribución masiva das **“Recomendaciones para la prevención del VIH en el medio sanitario”**. 1988.
- Introducción de módulos de prevención primaria nos **cursos de formación** que se realizaron en Galicia desde o ano 1987 para persoal socio-sanitario.
- Distribución de **“Bioseguridad frente al sida. Higiene y Salud del Paciente, del personal sanitario y la sociedad”**. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991.
- Distribución de **“Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del VIH y otros virus transmisibles por sangre, VHB y VHC”**. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998.
- Prevención de la infección por VIH en el marco asistencial. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.



Atención socio-sanitaria

Data de comezo

Un plan coordinado non podía esquecer a necesidade de prestacións de atención integral ós afectados polo que se establece dende un principio unha liña de actuación neste sentido. Os afectados, desde que se diagnostican os primeiros casos en Galicia nos anos 1983-84, reciben atención sanitaria na rede pública (Sergas) coas únicas limitacións existentes en medios terapéuticos e coñecementos científicos a nivel mundial.

Obxectivos xerais

- Diminuí-la morbilidade e mortalidade asociadas á infección por VIH.
- Aumento da calidade de vida dos afectados.

Obxectivos específicos

- Defini-lo papel a desenvolver polos niveis asistenciais de atención primaria e especializada.
- Dotación de recursos para atender-la demanda asistencial.
- Formación e actualización permanente do persoal socio-sanitario.

Descrición

- Defínese que a **atención debe ser integral** englobando aspectos de prevención, detección, seguimento continuado, tratamento e soporte social. Para iso esta liña de actuación concreouse en dúas grandes áreas de traballo:
 - **Formación e actualización permanente do persoal socio-sanitario.**
 - **Adecuación dos recursos existentes e creación doutros novos necesarios para unha correcta atención.**

Para avanzar neste camiño foi necesario vencer obstáculos importantes, resaltando nun principio a dificultade de coordinación entre a saúde pública e a asistencia sanitaria ó depender orgánica e competencialmente de estruturas distintas. A saúde pública estaba transferida á Comunidade Autónoma mentres que as competencias asistenciais dependían do INSALUD.

A propia inercia de desmantelamento das unidades existentes neses momentos para o diagnóstico e tratamento das patoloxías infecciosas orixinou esforzos importantes engadidos para poder ser compensada. Eses recursos dispoñibles tiveron que ser actualizados e mostráronse insuficientes, polo que foi necesario crear outros novos. Este esforzo de adaptación e creación de novos recursos recae fundamentalmente sobre o **sistema sanitario público** e maioritariamente sobre a rede hospitalaria.

Actividades

ORDENACIÓN DE RECURSOS

Atención especializada

As unidades hospitalarias para atender a estes pacientes definíronse en base ás necesidades asistenciais na súa área e dos distintos centros.

Nestes momentos existen **consultas externas** de VIH/sida, con dispoñibilidade segundo necesidades, nos hospitais da rede pública e **unidades específicas** no Complexo Hospitalario Juan Canalejo e Marítimo de Oza (A Coruña) e mais no Complexo Hospitalario Xeral-Cíes (Vigo). Nos demais centros as unidades de seguimento e/ou tratamento dependen de diferentes servicios, maioritariamente medicina interna.

A atención neste nivel apóiase e complementase a través das unidades de **atención domiciliaria** e/ou **hospitais de día** existentes. Paralelamente, poténciase a rede de unidades asistenciais de drogodependencias.



Atención primaria

A partir do ano 1988 priorízase a implicación deste nivel de atención con protagonismo nas actividades de **educación, consello e detección precoz** ademais de **seguimento** e tratamento nalgúñas fases e dispensación de **coidados terminais**. Para iso realízanse toda unha serie de actividades que culminan no estudo “Actitudes e opinións dos profesionais sanitarios galegos de atención primaria sobre VIH/sida” realizado en 1995 co obxectivo de que servira de base para a organización futura da planificación e dotación de recursos destinados a este cometido.

Atención socio-sanitaria

Entendendo que a coordinación dos recursos dispoñibles é fundamental para a calidade da atención, poténcianse entre os distintos niveis dos servicios de saúde e destes coa rede de recursos sociais, grupos de autoaxuda e voluntariado, ONG, asociacións de axuda ó drogodependente.

Cómpre destacar dentro dos logros neste campo a existencia de **dous fogares de acollida**, con acceso prioritario para os enfermos de sida en Galicia (Ourense, Vigo).

FORMACIÓN E ACTUALIZACIÓN DO PERSOAL SOCIO-SANITARIO

Data de comezo

O gran volume de novos coñecementos que continuamente apareceron fixo indispensable a formación e reciclaxe continuadas dos profesionais que traballaban neste eido. En Galicia realízase a primeira reunión científica internacional de todo o Estado español (1987).

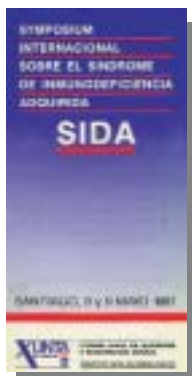
Obxectivos

- Garantir unha correcta atención ó paciente e eliminar actitudes de marxina-
ción ou discriminación dos afectados.
- Diminuí-las situacións de risco para traballadores e pacientes.

Estratexias

- Edición e distribución de información a través de folletos, manuais, libros, etc.
- Reunións de traballo.
- Realización de talleres, xornadas e cursos de formación e actualización de coñecementos.

Algunhas actividades realizadas



- Edición e distribución “Sida, referencias bibliográficas. Prevención y Control de la infección con VIH” (Marzo 1987).
- Realización do “Simposium internacional sobre a sida” (Maio 1987).
- Realización do “Taller sobre a sida pediátrica” (Xullo 1988).
- Curso de formación para persoal de Atención primaria. Pontevedra 1989.
- Edición e distribución de “Directrices para a asistencia de enfermería ás persoas infectadas polo VIH”. 1989.
- Realización das “Xornadas sobre o impacto da infección por VIH/sida no tratamento dos usuarios de drogas”. 1989.
- Xornadas sobre a infección por VIH. Aspectos clínicos e de enfermería. 1989.
- Curso de formación sobre a infección por VIH/sida para médicos de atención primaria. 1989.
- Edición e distribución do número monográfico de GALICIA CLÍNICA “II Simposium sobre a sida”. Novembro 1989.
- Curso de formación para persoal de Atención primaria. A Coruña 1990.
- Curso de formación para persoal de Atención primaria. Vigo 1990.
- 1º Taller de counselling e sida para profesionais da saúde. Santiago 1990.
- Programas de sesións científicas en hospitais para persoal sanitario 1990.
- Edición e distribución de “A infección por VIH/sida en Pediatría”. 1990.
- Elaboración e distribución de “Recomendacións sobre vacinación de nenos infectados polo VIH”. 1990.
- Curso de formación para persoal de atención primaria. Ferrol 1991.
- Curso de formación para persoal de atención primaria. Lugo 1991.
- Curso de formación para persoal de atención primaria. Ourense 1991.
- Realización de “Xornadas para persoal de enfermería”. 1991.
- Reunión científica para médicos de atención especializada. 1991.
- Realización de “Xornadas para persoal de enfermería”. 1992.
- Publicación de “Directrices para o labor de consello sobre a infección e as infeccións causadas polo VIH” OMS. 1992.
- Edición e distribución de “O VIH/sida-VHB en odontoestomatoloxía” 1992.
- Edición e distribución dun monográfico de GALICIA CLÍNICA sobre “A enfermía ante a infección”. 1992.
- Edición e distribución do manual “VIH/sida en atención primaria”. 1993.
- Realización do simposio “VIH/sida na atención bucodental”. 1993.
- Realización do simposio “Día Mundial da sida”. 1993.
- Coorganización do III Congreso Nacional sobre sida. 1993.
- 1º encontro “Biblioteca e VIH/sida”. 1994.
- Proposta de atención psicolóxica en Galicia en relación coa infección por VIH/sida. 1994.
- Participación na organización da II Reunión Nacional sobre el sida, en colaboración con SEISIDA. 1995.
- Edición e distribución do folleto “O coidado da boca na infección VIH/sida”. 1996.
- Convenio de colaboración para organiza-lo V Congreso Nacional de sida. 1999.
- Formación continuada para persoal sanitario a través de FEGAS. 1997-2000.



Coordinación da acción anti VIH/sida

Data de comezo: ano 1989

Obxectivos

Xerais

1. Coordina-las actividades realizadas en Galicia en relación con esta problemática de saúde, facilitando os medios de todo tipo para o desenvolvemento das accións prioritizadas neste campo.
2. Servir de punto de referencia para tódalas organizacións que traballan contra a infección polo VIH/sida.
3. Facilitar e xestionar axudas económicas para a realización de proxectos, segundo as prioridades marcadas anualmente.
4. Organización e xestión de actividades de formación, reciclaxe e apoio.

Específicos

1. Manter un contacto permanente coas organizacións gobernamentais e non gobernamentais.
2. Complementa-las intervencións das distintas organizacións ou institucións que traballan neste campo.
3. Realizar intervencións en grupos poboacionais ou colectivos de difícil acceso para a Administración.
4. Convocar axudas anualmente e xestionar convenios de colaboración.
5. Facilitar materiais de apoio ás actividades.

Descrición

Estratexias

1. Establecemento de **convenios de colaboración** con organizacións de diferente natureza, e **convocatorias públicas de subvención** a proxectos delas.
2. Formación e actualización do persoal e organización de actividades científicas.
3. Actualización da estratexia na acción anti-VIH en Galicia.

ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN E APOIO A PROXECTOS EXTERNOS DE INVESTIGACIÓN/ACCIÓN

Seguindo as recomendacións e directrices de Estratexia Mundial contra a sida, que insta a apoiar ás ONG, e tendo en conta a falta de recursos dalgunhas destas organizacións, potenciouse dende o ano 1992 unha **liña de financiamento para actividades de investigación-acción a través de convenios ou convocatorias públicas de subvencións**.

Cómpre destacar:

- Realización de estudos e implantación dun sistema de vixilancia molecular da infección por VIH en Galicia e estudo de subtipos non-B e recombinantes mediante convenio co Instituto Carlos III.
- Convocatoria de Premios de Innovación educativa coordinados pola Consellería de Educación.
- Participación activa no proceso de formación e actualización do persoal sanitario coordinado pola Fundación Escola Galega da Administración Sanitaria.

As principais accións subvencionadas foron:

Ano 1992

A Consellería de Sanidade convenia cos Comités Anti-sida de Galicia:

- Actividades de información e prevención levadas a cabo polos Comités Ciudadáns Anti-sida da Coruña, Lugo, Vigo e Santiago de Compostela.

Ano 1993

Convocatoria de subvencións a proxectos de investigación-acción, formación e reciclaxe, que teñan relación co esforzo global anti-sida en Galicia (DOG do 24 de setembro de 1993).

Proxectos subvencionados:



- | | | |
|--|---|--|
| ■ “Apoio psicosocial a enfermos portadores do VIH/sida”. Cruz Vermella Española de Ourense. | ■ “Creación dun grupo de autoapoio de persoas afectadas polo VIH/sida”. Comité Ciudadán Anti-sida de Lugo. | ■ “Proxecto de cooperativa-taller de manualidades para persoas enfermas da sida e persoas con grave desarraigo socioeconómico”. Comité Ciudadán Anti-sida da Coruña. |
| ■ “Formación-Información sobre VIH/sida”. Asociación Mencer-Comité Anti-sida da Barbanza. | ■ “Proxecto de prevención e apoio a afectados”. Comisión Ciudadán Anti-sida de Vigo. | ■ “Proxecto de grupo de autoapoio para enfermos e portadores do VIH/sida”. Comité Ciudadán Anti-sida da Coruña. |
| ■ “Proxecto de investigación sobre a influencia de variables psicolóxicas na evolución do VIH/sida en pacientes toxicómanos”. Asociación Cidadá de loita contra a droga en Vigo. | ■ “Proxecto de prevención e atención do VIH/sida”. Comité Ciudadán Anti-sida de Ourense. | ■ “Proxecto de grupo de autoapoio para enfermos e portadores do VIH/sida”. Comité Ciudadán Anti-sida da Coruña. |
| ■ “Aspectos odontostomatolóxicos da infección polo VIH”. Unidade de Pacientes Especiais, Facultade de Medicina e Odontoloxía de Santiago de Compostela. | ■ “Proxecto de prevención e apoio ó afectado”. Comité Ciudadán Galego Anti-sida de Santiago de Compostela. | ■ “Consello asistido a mozos: prevención e información do VIH/sida”. Centro Xove de Concepción e Sexualidade. |
| ■ “Actuacións e rendemento do hospital de día para infectados polo VIH”. Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario “Cristal Piñor”. Ourense. | ■ “Proxecto de dinamización e coordinación de dispositivos sanitarios, sociais e cidadáns”. Comité Ciudadán Galego Anti-sida de Santiago de Compostela. | ■ “Curso de asesoramento e sida para profesionais de atención primaria”. José María García Janeiro. |
| ■ “Prevención da infección por VIH e outras enfermidades infecciosas en UDVP”. Comité Ciudadán Anti-sida de Lugo. | ■ “Prevención por infección do VIH e outras enfermidades infecciosas en UDVP”. Comité Ciudadán Anti-sida da Coruña. | |
| ■ “Prevención de enfermidades en traballadoras/es da prostitución”. Comité Ciudadán Anti-sida de Lugo. | ■ “Prevención da infección por VIH e outras ETS en traballadores/as da prostitución”. Comité Ciudadán Anti-sida da Coruña. | |
| | ■ “Proxecto de prevención da infección por VIH na | |

Ano 1994

A Consellería de Sanidade convenía a realización de:

- Proxecto “A Prevención da infección por VIH e outras enfermidades infecciosas en U.D.V.P.”. Comité Cidadano Anti-sida (A Coruña).
- Proxecto de “Prevención do VIH e outras ETS en traballadores/as da prostitución”. Comité Cidadano Anti-sida (A Coruña).
- Proxecto de “Prevención do VIH en poboación xove e adolescente”. Comité Cidadano Anti-sida (A Coruña).
- Proxecto de “Cooperativa-Taller de manualidades en coiro para persoas enfermas de sida e con grave desarraigo socio-económico”. Comité Cidadano Anti-sida (A Coruña).
- Proxecto de “Grupo de autoapoio ós VIH/sida e familiares”. Comité Cidadano Anti-sida (A Coruña).
- Proxecto “Actividades preventivas e de apoio ós afectados”. Comité Cidadán Galego Anti-sida. Santiago de Compostela.
- Proxecto “Camiño do ioga”. Comité Cidadán Galego Anti-sida. Santiago de Compostela.
- Proxecto “Prostitución”. Comité Cidadán Galego Anti-sida. Santiago de Compostela.
- Proxecto “Curso sobre nutrición e VIH”. Comité Cidadán Galego Anti-sida. Santiago de Compostela.
- Proxecto “Actividades de prevención e apoio ós afectados”. Comité Anti-sida de Vigo.
- Proxecto “Sida e muller”. Comité Anti-sida de Vigo.
- Proxecto “Sida e prostitución”. Comité Anti-sida de Vigo.
- Proxecto “Servicio de información e consulta telefónica”. Comité Cidadán Anti-sida de Ourense.
- Proxecto “Servicio de atención personalizada”. Comité Cidadán Anti-sida de Ourense.
- Proxecto “Programa para mulleres que exercen a prostitución”. Comité Cidadán Anti-sida de Ourense.
- Proxecto “Programa de intervención en prisión”. Comité Cidadán Anti-sida de Ourense.
- Proxecto “Casa de acollida para enfermos de Sida”. Comité Cidadán Anti-sida de Ourense.



Ano 1995

Convocatoria pública de “Subvencións a proxectos de investigación/acción que teñan relación co esforzo global anti/sida en Galicia”. DOG. nº 110, venres, 9 de xuño de 1995.

Proxectos subvencionados:

- “Atención y Prevención del Sida en el Mundo de la Prostitución” Cáritas Interparroquial Santiago.
- “Prevención de la Infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras de la prostitución” Comité Ciudadano Anti-sida da Coruña “CASCO”.
- “Prevención de la Infección por VIH en la población joven y adolescente” Comité Ciudadano Anti-sida da Coruña “CASCO”.
- Taller “Sexo Seguro”. Programa de Prevención do VIH para adolescentes/mozos. Concello de Camariñas.
- “Causas de desnutrición en pacientes VIH positivos” Hospital Xeral-Cíes. Vigo.
- “Seropositividad del VIH: Factor de cambio psicosocial en población drogodependiente. Significatividad patogénica. Modificaciónes conductuales y relaciones del sujeto y su entorno familiar en el área sanitaria de Monforte”. Hospital Comarcal de Monforte.
- “Estudio de prevalencia de marcadores séricos de infección por VIH y otros agentes transmitidos por vía parenteral y/o sexual (Hepatitis B,D,HTLV-1 y sífilis) en grupos sociales de riesgo en el área sanitaria de Monforte y control-seguimiento de drogas de abuso en orina en población drogodependiente”. Hospital Comarcal de Monforte.
- “Campaña de Prevención VIH/sida y sexo seguro” Asociación Xurdir de Prevención y Ayuda al Toxicómano.
- “Programa de investigación y asistencia a pacientes toxicómanos portadores del VIH y enfermos de sida” Asociación Ciudadana de Lucha contral la Droga en Vigo.
- “Marcadores neuropsicológicos da Infección por VIH-1 en drogodependentes”. Universidade de Santiago de Compostela.
- “Actividades administrativas, informativas, preventivas e de xestión, habituais” Comité Cidadán Galego Anti-sida.
- “Intervención en Prostitución” Comité Cidadán Galego Anti-sida.
- “Poboación activa sexualmente” Comité Cidadán Galego Anti-sida.
- “Proyecto de investigación sobre la calidad de vida de enfermos VIH/sida” Concello de Santiago de Compostela.
- “Programa de prevención, información y atención de VIH/sida” Comité Ciudadano Anti-sida de Ourense.
- “Proxecto de educación sanitaria” Comité Ciudadano Anti-sida de Ourense.
- “Curso de formación de Mediadores Sociales —bloque formativo en infección VIH-AD Vilagarcía— Concello de Vilagarcía” Concello de Vilagarcía de Arousa.
- “Taller de Sexo Seguro” Concello de Vilagarcía de Arousa.
- “Proyecto de intervención con personas afectadas de VIH/sida: Grupos de afrontamiento a la muerte” Raquel González Fernández.
- “Taller de Sexo más Seguro. Programa para pacientes de la Unidad Asistencial de Drogodependencias del



- Concello de Pontevedra". U.A.D. Pontevedra.
- "Formación de Mediadores Xuvenís e saúde sexual e prevención do VIH/sida" Asociación Galega de Planeamento Familiar.
- "Información no rural contra a sida" Sindicato Labrego Galego.
- "Evaluación del impacto de un programa de reducción de daño en UAD" Nicolás López Melero.
- "Protocolo de abordaxe psicolóxica fronte á infección VIH/sida" Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia.
- "Grupos de Autoapoio" Cruz Roja Española-Ourense.
- "Prevención VIH y otras enfermedades infecciosas en UDVP y población general" Comité Ciudadano Anti-sida de Lugo.
- "Obradoiro" Comité Anti-sida de Pontevedra.
- "Primeiras Xornadas sobre o VIH/sida-Concello de Pontecesures" Concello de Pontecesures.
- "Programa de apoio psicosocial para afectados por VIH y sida en prisión" Cruz Roja Española-Lugo.
- "Consumo de drogas e infección VIH/sida en individuos de etnia gitana". UAD A Coruña.
- "Actividades de prevención e apoio ós afectados" Comisión Ciudadana Anti-sida de Vigo.
- "Proxecto de prevención: A sida e a vida" Concello de Cerdedo.
- "Estudio cualitativo sobre conocimientos, actitudes y creencias acerca del sida en Galicia. Implicaciones acerca de la prevención y la formación de profesionales" Cesáreo Barreiro Sorriveras.
- "Información e formación para a prevención da sida en colectivos marxinais" Mulleres Xóvenes-Área.

Ano 1996

Convocatoria pública de subvencións. DOG nº 88, 6 de maio de 1996

- "Prevención de la Infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras de la prostitución". Comité Ciudadano Anti-sida da Coruña "CASCO".
- "Prevención de la Infección por VIH en la población joven y adolescente". Comité Ciudadano Anti-sida da Coruña "CASCO".
- "Prevalencia e incidencia de la Infección por VIH en pacientes drogodependientes". Alborada.
- "Programa de actividades de prevención do VIH/sida na poboación activa sexualmente". Comité Cidadán Galego Anti-sida.
- "Programa de información sobre o VIH/sida". Comité Cidadán Galego Anti-sida.
- "Intervención en población de alto riesgo de Infección por hepatitis y VIH". Asociación Antidroga Antonio Noche López.
- "Epidemiología y Educación para la salud en el colectivo dedicado a la prostitución: Estudio realizado en la calle". Pilar Pérez Doposo.
- "Talleres "Sexo Seguro". Programa de Prevención del VIH para adolescentes/jóvenes". Concello de Camariñas.
- "Mantemento Programas VIH/sida". Comisión Ciudadana Anti-sida de Vigo.
- "Programa de Intercambio de xiringas". Asociación Ciudadana de Ayuda al Toxicómano (Mencer).
- "Formación de Axentes Sociosanitarios". Centro de Día "Alecrín".
- "Sexualidad y sida 'Cosa de todos'. Concello do Grove.
- "Obradoiro de Prevención do VIH/sida". Concello de Muros.
- "Programa de prevención, información y atención de VIH/sida". Comité Ciudadano Anti-sida de Ourense.
- "Intervención en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar ". Comité Ciudadano Anti-sida de Ourense.
- "Educación para la salud en la casa de acogida para enfermos de Sida . Intervención psicológica". Comité Ciudadano Anti-sida de Ourense.
- "Programa de intervención de enfermedades infecciosas relacionadas co consumo de drogas por vía parenteral e actividades de prevención do VIH/sida". Asociación "Xurdir" de Prevención e Axuda ós drogodependentes.
- "Formación de Mediadores Xuvenís e saúde sexual e prevención do VIH/sida". Asociación Galega de Planeamento Familiar.
- "Prevención de la Infección por VIH/sida en UDVP. Apoyo entre compañeros". Comité Ciudadano Anti-sida Lugo.
- "Campaña de prevención de la transmisión de VIH dirigida a mujeres". Comité Ciudadano Anti-sida Lugo.
- "En compañía de Lazos". Asociación Lazos pro Solidariedade.
- "Proxecto de accións preventivas en prostitución". Cruz Vermella Pontevedra.

Ano 1997

Convocatoria pública de Subvencións. DOG nº 93, 16 de maio de 1997

- "Asesoramiento psicosocial ás persoas afectadas polo VIH/sida". Comité Anti-Sida Santiago.
- "Prevención da Transmisión do VIH na poboación sexualmente activa". Comité Anti-Sida Santiago.
- "Programa prevención del Sida (Centro da Muller Vagalume)". Cáritas Interparroquial de Santiago.
- "Prevención, Control e Axuda na/da infección por VIH e outras enfermidades infectocontaxiosas en UDVP, as súas parellas e familiares". Asociación Xurdir.
- "Taller de consumo de menos riesgo y prevención de sobredosis". C. Anti-Sida A Coruña.
- "Prevención de la infección por VIH en la población joven y adolescente". C. Anti-Sida A Coruña.

- “Prevención del VIH y otras ETS en trabajadores/as de la prostitución”. C. Anti-Sida A Coruña.
- “Prevención de la infección por VIH y otras enfermedades infecciosas en UDVP”. C. Anti-Sida A Coruña.
- “Grupo de autoapoyo a los portadores de VIH, enfermos de sida y familiares”. C. Anti-Sida A Coruña.
- “Grupo de autoapoyo de padres y familiares de personas con VIH/sida”. C. Anti-Sida A Coruña.
- “Programa de prevención de VIH/sida dirixido a adolescentes ; Taller sexo seguro”. Concello de Santiago.
- “Programa de prevención y asistencia del VIH/sida en pacientes drogodependientes y población general”. Asociación Renacer.
- “Espacio de Encontro”. Obradoiro de aprendizaxe e convivencia”. C. Anti-Sida Pontevedra.
- “Programa redución de danos en toxicomanías por vía parenteral”. C. Anti-Sida Pontevedra.
- “Programa de prevención do VIH/sida en prostitución roteira”. C. Anti-Sida Pontevedra.
- “Intervención en población con conducta de alto riesgo para la infección por hepatitis y VIH”. Asoc. Antonio Noche.
- “Sexualidade e Sida. Cousa de todos”. Concello do Grove.
- “Prevención de la Infección por VIH/sida en UDVP. Apoyo entre compañeros”. Comité Anti-Sida Lugo.
- “Campaña de Prevención de la transmisión del VIH dirigida a mujeres”. Comité Anti-Sida Lugo.
- “Eficacia de la quimioprofilaxis y del tratamiento supervisado de la T.B. en pacientes con VIH/sida”. C.Hospitala. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.
- “Formación de mediadores/as xuvenís en Saúde sexual e prevención do VIH/sida”. Asociación Galega de Planeamento Familiar.
- “Proxecto de accións preventivas en prostitución”. Cruz Roja Pontevedra.
- “Evaluación de conocimientos, actitudes y comportamientos de los adolescentes gallegos en relación a la infección VIH/sida”. Universidade Vigo.
- “Grupos de apoyo para personas afectadas por el VIH/sida”. Cruz Roja Ourense.
- “Enlaza con títeres”. Comité Anti-Sida Ferrol.
- “Mejorando en compañía de Lazos. La enfermedad y el tratamiento”. Comité Anti-Sida Ferrol.
- “Programa de información, prevención y atención del VIH/sida”. Comité Anti-Sida Ourense.
- “Intervención Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar”. Comité Anti-Sida Ourense.
- “Programa de Educación para la salud dirigido a colectivos toxicómanos y personas que ejercen la prostitución”. Comité Anti-Sida Ourense.
- “Fundamentación”. Comité Anti-Sida Ourense.
- “Día Mundial del Sida. 1 decembro 1997”. Comité Anti-Sida Monforte.
- “Apoyo Hospitalario a personas afectadas por VIH/sida y familias”. Cruz Roja Lugo.
- “Programa de Prevención y Apoyo psicosocial para afectados por VIH y sida en prisión”. Cruz Roja Lugo.
- “2ª Fase del estudio epidemiológico sobre la infección por VIH en pacientes drogodependientes”. Alborada.
- “Programa de intervención psicosocial en drogodependientes afectados por VIH : afrontamiento y cambio de conductas de riesgo (salud y sexualidad)”. Alborada.
- “Obradoiros de axentes sociais en VIH/sida”. Teresa Castro Iglesias.
- “Actuación de soporte psíquico del afectado y su entorno”. Fase de encontro.
- “Disminución de daños y riesgos en población consumidora de opiáceos”. Asociación MADRO.
- “Obradoiros de Prevención da VIH/sida”. Concello de Muros.



Ano 1998

Convocatoria pública de subvencions. DOG nº 146, 10 de setembro de 1998

- “Intervención en poboación con conductas de alto risco por hepatite e VIH”. Asociación Antonio López.
- “Grupo de apoio emocional para persoas que viven co VIH/sida e do seu contorno”. Comité Anti-Sida da Coruña “Casco”.
- “Taller de consumo de menor risco e prevención de sobredoses”. Comité Anti-Sida da Coruña “Casco”.
- “Prevención do VIH e outras ETS en traballadoras/es da prostitución”. Comité Anti-Sida da Coruña “Casco”.
- “Prevención da infección por VIH e outras enfermidades infecciosas en UDVP”. Comité Anti-Sida da Coruña “Casco”.
- “Taller de cerámica dirixido ós portadores VIH e enfermos de Sida”. Comité Anti-Sida da Coruña “Casco”.
- “Taller de manualidades en coiro para enfermos de Sida e con desarraigo socioeconómico”. Comité Anti-Sida da Coruña “Casco”.
- “Prevención da infección por VIH na poboación xove e adolescente”. Comité Anti-Sida da Coruña “Casco”.
- “Programa de prevención da transmisión do VIH/sida na mocidade”. Consello da Xuventude de Galicia.
- “Programa de persoas que viven con VIH/sida”. Concello de Vigo-IMAN.
- “Apertura do local, taller de nutrición, grupos de autoapoio, etc”. Comité Cidadán Anti VIH Arousán.
- “Influencia da calidade de vida sobre a adhesión ó tratamento en pacientes con VIH”. Carmen María Cadarso Suárez.
- “Marcadores neuropsicológicos da infección por VIH en drogodependentes”. Marina Rodríguez Álvarez (Facultade de Psicoloxía U. de Santiago).
- “Aceptación, cumprimento e tolerancia do tratamento antirretroviral en pacientes con VIH”. Fundación “Profesor Novoa Santos”.
- “Novo preservativo feminino: opinións. Actitudes e viabilidade de uso en mulleres de alto risco”. Universidade de Vigo.
- “Programa de intercambio de xiringas (continuación)”. UAD de Noia.
- “Programa de prevención de VIH/sida dirixido a adolescentes: taller de sexo seguro. Concello de Santiago.
- “Programa de prevención dirixido á prostitución: AIS”. Concello de Santiago.

- “Proxecto piloto *Queremos contarvos*”. Concello de Santiago.
- “Programa de prevención da Sida. Asociación *Vagalume*”. Cáritas Interparroquial de Santiago.
- “Prevención da infección por VIH/sida en UDVP apoio entre compañeiros”. Comité Anti-Sida de Lugo.
- “Estratexias de intervención no ámbito da prostitución, dirixidas a asociacións de mulleres”. Comité Anti-Sida de Lugo.
- “Programa de atención a persoas con VIH+ e as súas familias”. Comité Anti-Sida de Lugo.
- “Grupos de autapoio emocional (GAE)”. Comité Anti-Sida de Lugo.
- “Programa de axuda a domicilio para persoas infectadas por sida”. Cáritas Interparroquial de Santiago.
- “Prevención da infección polo VIH e outras enfermidades infectocontaxiosas”. Asociación antidrogas “Xurdir”.
- “Programa de prevención de VIH/sida”. Concello de Cangas.
- “Programa de prevención e asistencia en pacientes drogodependentes VIH/sida e poboación xeral”. Asociación antidroga “Renacer” de Ribeira.
- “Estudio descritivo das/os profesionais do sexo no concello de Ferrol”. Lazos (Ferrol).
- “Mellorando en compañía de Lazos: a enfermidade, o tratamento e os cambios”. Lazos (Ferrol).
- “Coñecer e previr: intervención socioeducativa para a prevención de VIH/sida na xuventude”. Asociación Mulleres Xóvenes-Area.
- “Obradoiro de sexo seguro”. Plan Comunitario “Casco Vello” de Vigo.
- “Formación de mediadores en VIH”. Plan Comunitario “Casco Vello” de Vigo.
- “Estudio acerca do nivel de coñecemento”. Plan Comunitario “Casco Vello” de Vigo.
- “Posta en funcionamento de estratexias individuais e colectivas e vías de información específicas”. Plan Comunitario “Casco Vello” de Vigo.
- “Programa xove de intervención continuada en educación afectivo-sexual, prevención da infección polo VIH/sida e embarazos non desexados”. Asociación Galega de Planeamento Familiar.
- “Programa de prevención VIH/sida en prostitución roteira”. Comité Antisida Pontevedra “Abrigadoiro”.
- “Obradoiro de afectividade e sexo seguro en usuarios da U.A.D.”. Comité Antisida Pontevedra “Abrigadoiro”.
- “Xornadas de saúde e dereitos civís en VIH/sida”. Comité Antisida Pontevedra “Abrigadoiro”.
- “Programa de acción sobre o VIH/sida *Sexualidade e Sida, cousa de todos*”. Concello do Grove, Serv. de Prev. Asist. Drogodependentes.
- “Plan integral de Acción VIH/sida Miñor”. Mancomunidade do Val Miñor.
- “Programa de intercambio de xiringas”. Cruz Roja Pontevedra.
- “Programa de información, prevención e atención do VIH/sida”. Comité Anti-Sida de Ourense.
- “Programa educación para a saúde e prevención en sida para toxicómanos e prostitutas/os”. Comité Anti-Sida de Ourense.
- “Programa de intervención no centro penitenciario do Pereiro de Aguiar”. Comité Anti-Sida de Ourense.
- “Programa de formación do voluntariado”. Comité Anti-Sida de Ourense.
- “Programa de inserción sociofamiliar na casa de acollida para enfermos de Sida”. Comité Anti-Sida de Ourense.
- “Programa de ocio e tempo libre na casa de acollida para enfermos de Sida”. Comité Anti-Sida de Ourense.
- “3ª fase do estudio epidemiolóxico sobre a infección por VIH en pacientes drogodependentes”. Asociación antidroga en Vigo “Alborada”.
- “Programa de redución de riscos en UD: prevención da transmisión de VIH desde Alborada”. Asociación antidroga en Vigo “Alborada”.
- “Prevención da transmisión do VIH/sida na poboación sexualmente activa”. Comité Cidadán Antisida de Santiago.
- “Programa de educación afectivo-sexual”. ASETIL.
- “Escola de saúde”. Asociación Madro.
- “Diminución de danos e risco en poboación consumidora de opiáceos”. Asociación Madro.



Ano 1999

Convocatoria pública de subvencións. DOG nº 150, 5 de agosto de 1999

- “Servicio de apoio a domicilio para enfermos VIH/sida y familiares”. Cáritas Interparroquial de Santiago.
- “Proxecto de prevención da Sida 1999. Centro da muller *Vagalume*”. Cáritas Interparroquial de Santiago (*Vagalume*).
- “Programa dirixido a mozos non escolarizados. Talleres e actividades nun centro de encontro de mozos”. Cáritas Interparroquial de Santiago (*Vagalume*).
- “Adherencia al tratamiento en la infección VIH”. Asociación Instituto Ourensano de Estudios de Medicina Interna.
- “Prevención da transmisión do VIH/sida na poboación sexualmente activa. Promoción de prácticas seguras”. Comité Cidadán Galego Anti-Sida.
- “Programa Xove de intervención continuada en educación Afectivo Sexual, Prevención da infección polo VIH/sida e embarazos non desexados”. Asociación Galega de Planeamento Familiar.
- “Programa de Atención Integral a persoas en situación de riesgo de contagio de VIH”. Xerencia de Atención Primaria (COF Novoa Santos-Ourense).



- “Mantemento da sede social do canviñar”. Comité Cidadán Anti VIH Arousán (CCANVIHAR).
- “Mantemento da sede social do canviñar”. Comité Cidadán Anti VIH Arousán (CCANVIHAR).
- “Realización dos Obradoiros Artesanais”. Comité Cidadán Anti VIH Arousán (CCANVIHAR).
- “Grupo de apoio emocional para persoas VIH+ e familiares”. Comité Cidadán Anti VIH Arousán (CCANVIHAR).
- “Edición da revista O Troco”. Comité Cidadán Anti VIH Arousán (CCANVIHAR).
- “Programa de reinserción e autoapoio: Piso tutelado”. Federación “Acougo”.
- “El preservativo femenino. Viabilidad de uso en mujeres en situación de riesgo y con VIH/sida” (Fase II). Universidade de Vigo Dpto. de Análisis e intervención Psicosocioeducativa.
- “Obradoiro sexo seguro”. Concello de Vilagarcía de Arousa.
- “Programa *Ofrécese serenidade*”. Plan Comunitario Casco Vello de Vigo.
- “Estudio de actitudes y hábitos sexuales en jóvenes estudiantes de 14 a 18 años en las comarcas de Noia y Muros”. Concello de Noia.
- “Programa de intercambio jeringuillas (continuación)”. Concello de Noia.
- “Programa *Entérate*”. Comité Anti-Sida de Ferrol “Lazos”.
- “Una trabajadora social en Lazos”. Comité Anti-Sida de Ferrol “Lazos”.
- “Acompáñame”. Comité Anti-Sida de Ferrol “Lazos”.
- “Programa de persoas vivindo co VIH/sida máis profesionais. Traballo entre iguais”. Concello de Vigo - El Imán.
- “Programa de prevención del VIH/sida *Preservativos en el entorno familiar*” (continuación). Concello de Vigo - El Imán.
- “Obradoiros de prevención do VIH/sida”. Concello de Muros.
- “Integración social de minusválidos hemofílicos VIH seropositivos”. Asociación Galega de Hemofilia.
- “Encuentros para la formación en tratamientos no convencionales para personas infectadas por VIH e investigación para terapeutas y profesionales de la salud”. Plataforma NACT.
- “Prevención VIH en adolescentes (Taller sexo seguro)”. Concello de Santiago de Compostela (UMAD).
- “Programa de educación para a saúde dos/as profesionais do sexo (A.I.S.)”. Concello de Santiago de Compostela (UMAD).
- “Programa de prevención de transmisión de VIH/sida dirixido a usuarios e ex usuarios de drogas: obradoiro de sexo máis seguro e obradoiro de consumo de menos risco”. Concello de Santiago de Compostela (UMAD).
- “Programas de rúa *Bola de neve*”. Concello de Santiago de Compostela (UMAD).
- “Kamelamos guinar (Queremos contar)”. Concello de Santiago de Compostela (UMAD).
- “Programa de ocio y tiempo libre”. Fase de Encuentro.
- “Intervención en población con conductas de alto riesgo para la intervención por hepatitis y VIH”. Asociación Antonio Noche.
- “Prevención da infección por VIH e outras enfermidades infectocontaxiosas”. Asociación Antidroga “Xurdir”.
- “Grupo de apoyo emocional para personas que vivan con el VIH/sida y personas de su entorno”. Comité Ciudadano Anti-Sida de A Coruña “Casco”.
- “Prevención de la infección por VIH en la población joven y adolescente”. Comité Ciudadano Anti-Sida de A Coruña “Casco”.
- “Prevención del VIH y otras E.T.S. en trabajadores de la prostitución”. Comité Ciudadano Anti-Sida de A Coruña “Casco”.
- “Taller de consumo de menos riesgo y prevención de sobredosis”. Comité Ciudadano Anti-Sida de A Coruña “Casco”.
- “Prevención de la Infección por VIH y otras Enfermedades infecciosas en UDVP”. Comité Ciudadano Anti-Sida de A Coruña “Casco”.
- “Taller de iniciación a la cerámica dirigido a portadores de VIH y enfermos de sida”. Comité Ciudadano Anti-Sida de A Coruña “Casco”.
- “Taller de de manualidades en cuero para personas portadores de VIH y personas con desarraigo socioeconómico”. Comité Ciudadano Anti-Sida de A Coruña “Casco”.
- “Salud integral para personas infectadas por VIH/sida”. Comité Ciudadano Anti-Sida de A Coruña “Casco”.
- “Grupos de autoapoyi de iguales para personas afectadas por el VIH/sida”. Asociación de Autoapoyo VIH/sida “Unión Estrela”.
- “Prevención de la infección en UDVP: Apoyo entre compañeros”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Lugo.
- “Estrategias de intervención en el ámbito de la prostitución y dirigidas a asociaciones-colectivos de mujeres. Campaña anual de prevención del VIH y otras E.T.S.”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Lugo.
- “Programa de atención a personas VIH+ y sus familias”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Lugo.
- “INTRO (Grupos de Apoyo Emocional)”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Lugo.
- “Programa de prevención dirigido a jóvenes estudiantes de Lugo y provincia”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Lugo.
- “4ª Fase del estudio epidemiológico sobre la infección por VIH en pacientes drogodependientes”. Asociación Alborada.
- “Programa de reducción de riesgos en usuarios de drogas: prevención de la transmisión sexual del VIH desde el Centro de Atención a Drogodependientes *Alborada ACLAD*. (Taller de sexo seguro)”. Asociación Alborada.
- “Reducir los riesgos para disminuir los daños: Proyecto de Educación para la Salud realizado con la participación de usuarios de drogas y profesionales”. César Pereiro Gómez.
- “Programa de Educación afectivo-sexual”. Asociación “Asetil”.
- “Anexos al PIJ”. Asociación “Rexurdir provincial”.
- “Proyecto de investigación acción para la prevención del VIH/sida. Información, prevención y sensibilización social en colectivos vulnerables y población general”. Cruz Roja Ourense.
- “Programa de Formación do voluntariado”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Ourense.
- “Casa de acogida (Proyecto Educación para la salud)”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Ourense.
- “Casa de acogida (Proyecto de Ocio y tiempo libre)”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Ourense.
- “Casa de acogida (Proyecto Inserción socio-laboral)”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Ourense.
- “Programa Educación para a saúde e prevención VIH/sida (P.I.X.O.U.)”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Ourense.
- “Programa de Intervención no Centro Penitenciario Pereiro de Aguiar”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Ourense.
- “Programa de Investigación e intervención en VIH/sida”. Comité Ciudadán Anti-Sida de Ourense.
- “Programa de Prevención y asistencia del VIH/sida en pacientes drogodependientes y población en general”. Asociación Antidroga “Renacer”.
- “Disminución de daños y riesgos en población consumidora de opiáceos”. Asociación “Madro”.
- “Acciones preventivas sobre el colectivo de internos en instituciones penitenciarias”. Asociación Orensana de Ayuda al Toxicómano (ATOX).

- “Ampliación del Programa de prevención del VIH/sida dirigido a usuarios/as de drogas por vía parenteral y a personas que ejercen la prostitución con educación socio-sanitaria”. Médicos del Mundo-Galicia.
- “Conocimiento de las actitudes y comportamientos sexuales de riesgo en población joven e intervención mediante la educación para la salud sexual”. Universidad de Vigo.
- “Programa de prevención VIH/sida”. Concello de Cangas.
- “Proyecto de ampliación del Programa provincial de Educación para la Salud de Cruz Roja Juventud”. Cruz Roja A Coruña.
- “Plan integral de acción VIH/sida”. Concello de Nigrán.
- “Sexualidade e Sida *cousa de todos*”. Concello de O Grove.
- “Obradoiro Sexo seguro”. Asociación “Neira”.
- “III Xornadas de Prevención de VIH/sida”. Asociación “Neira”.
- “Influencia de la calidad de vida sobre la adhesión al tratamiento en pacientes con VIH”. Universidade de Santiago de Compostela.



Ano 2000

Convocatoria pública de subvencións a proxectos ou accións de investigación-acción. DOG nº 54 do 17 de marzo de 2000

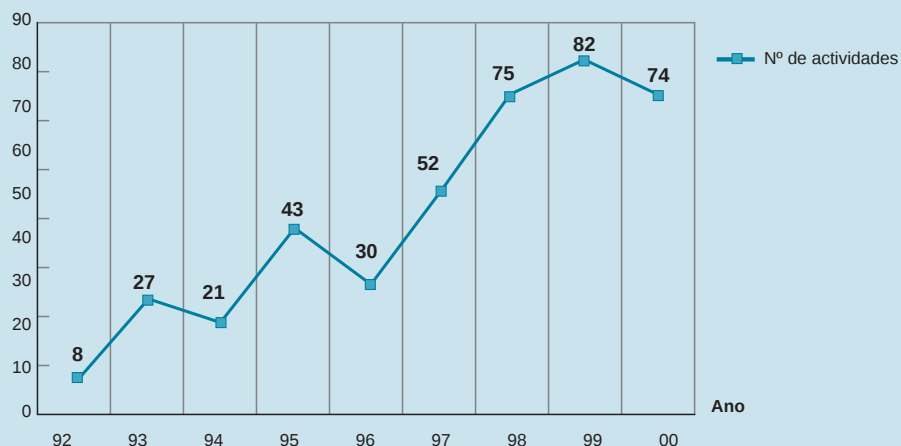
- “Grupo de autoapoio entre iguais para persoas infectadas e afectadas polo VIH/Sida”. Asociación autoapoio VIH/Sida e Unión Estrela.
- “Programa de redución de riscos en usuarios de drogas: prevención da transmisión para a prevención da transmisión do VIH”. Asociación Alborada.
- “Programa de formación de axentes de saúde entre pacientes drogodependentes, para a prevención da transmisión do VIH”. Asociación Alborada.
- “5ª fase do estudio epidemiolóxico sobre a infección por VIH en pacientes drogodependentes e outros factores asociados á infección”. Asociación Alborada.
- “Prevención dos problemas de saúde entre UDVP”. Asociación Antidroga Renacer.
- “Programa de educación sanitaria para traballadoras do sexo”. Asociación Antidroga Renacer.
- “Intervención en poboación con condutas de alto risco para a infección por hepatite e VIH”. Asociación Antonio Noche.
- “Programa de educación e orientación afectivo-sexual para a mocidade 2000”. Asociación Asetil.
- “Programa para a mocidade de intervención continuada en educación afectivo-sexual, prevención da infección polo VIH/Sida e embarazos non desexados”. Asociación Galega de Planeamento Familiar.
- “Proxecto de integración social de minusválidos hemofílicos VIH seropositivos”. Asociación Galega de Hemofilia.
- “Diminución de danos e riscos en poboación consumidora de opiáceos 2000”. Asociación Madros.
- “Obradoiros *Sexo Seguro*. Programa de prevención do VIH para adolescentes/mozos”. Asociación Neria.
- “Anexos ó PIX: o enfoque profesional. Curso de prácticas de risco”. Asociación Rexurdir Provincial.
- “Autoapoio VIH/Sida e adicións. Preservativos no contorno familiar”. Grupo Autoapoio *El Imán*. Federación AA.VV. *Eduardo Chao*.
- “Servicio de apoio psicosocial a enfermos VIH/Sida *Agarimo*”. Cáritas Vilagarcía.
- “*Lareira* ano 2000”. Cáritas Interparroquial Santiago.
- “Programa dirixido a mozos non escolarizados. Talleres e actividades nun centro de encontro da mocidade”. Cáritas Diocesana Santiago-Centro Vagalume.
- “Proxecto de prevención da Sida”. Cáritas Diocesana Santiago-Centro Vagalume.
- “Apoio psicolóxico e grupo de apoio emocional. *Axuda*”. Cáritas Tui-Vigo.
- “Proxecto de inserción sociofamiliar”. Comité Antisida de Ourense.
- “Proxecto de educación para a saúde”. Comité Antisida de Ourense.
- “Programa de formación do voluntariado”. Comité Antisida de Ourense.
- “Programa de intervención no centro penitenciario de Pereiro de Aguiar”. Comité Antisida de Ourense.
- “Programa de ocio e tempo libre”. Comité Antisida de Ourense.
- “Programa de educación para a saúde e prevención de VIH/Sida. PIXOU”. Comité Antisida de Ourense.
- “Programa de investigación e intervención de VIH/Sida”. Comité Antisida de Ourense.
- “Proxecto de integración e intervencións no Comité Antisida *Lazos*”. Comité Antisida Ferrol *Lazos*.
- “Proxecto sobre VIH e Sida *Entérate otra vez*”. Comité Antisida Ferrol *Lazos*.
- “Proxecto de prevención de sobredoses e consumo de menor risco en usuarios de drogas”. Comité Antisida Ferrol *Lazos*.
- “Campaña anual de prevención do VIH e outras ETS dirixida a mulleres”. Comité Anti Sida de Lugo.
- “Prevención da infección por VIH en UDVP. Apoio entre compañeiros”. Comité Anti Sida de Lugo.
- “Prevención da infección por VIH dirixida a mozos estudantes de Lugo e provincia”. Comité Anti Sida de Lugo.
- “Programa de atención a persoas VIH (+) e ós seus familiares”. Comité Anti Sida de Lugo.
- “Intro-Gae”. Comité Anti Sida de Lugo.
- “Actividades dunha ONG de loita co VIH/Sida na comarca de Arousa/O Salnés”. Asociación Comité cidadán anti-VIH arousán.
- “Intervención en positivo. Prevención e intervencións en: xuventude, muller, UDVP, e poboación homosexual, grupo de autoapoio”. Comité Cidadán Galego Anti-Sida.
- “Prevención por infección de VIH en poboación nova e adolescente”. Comité Ciudadano AntiSida A Coruña *Casco*.
- “Prevención por infección de VIH en poboación nova e adolescente”. Comité Ciudadano Anti Sida A Coruña *Casco*.

- “Prevención do VIH e outras ETS en traballadores da prostitución”. Comité Cidadano Anti Sida A Coruña Casco.
- “Grupo de autoapoio emocional para persoas que vivan con VIH Sida e persoas do seu contorno”. Comité Cidadano AntiSida A Coruña Casco.
- “Taller consumo de menos risco e prevención de sobredoses”. Comité Cidadano AntiSida A Coruña Casco.
- “Prevención da infección por VIH e outras enfermidades infecciosas en UDVP”. Comité Cidadano AntiSida A Coruña Casco.
- “Taller de iniciación dirixido a portadores de VIH e enfermos de Sida”. Comité Cidadano AntiSida A Coruña Casco.
- “Programa de redución do dano con intercambio de xiringas”. Cruz Vermella de Pontevedra.
- “Proxecto de investigación/acción para a prevención de VIH/Sida. Información, prevención e sensibilización social en colectivos vulnerables e poboación xeral”. Cruz Vermella Ourense.
- “Unidade móbil de educación sanitaria, intercambio de xiringas, primeiros auxilios e reparto de preservativos en UDVP”. Cruz Vermella Ourense.
- “Programa de intercambio de xiringas (PIX)”. Cruz Vermella Lugo.
- “Atención e soporte psíquico dos afectados do VIH/Sida no centro penitenciario de Bonxe”. Cruz Vermella Lugo.
- “Prevención/información para a mocidade sobre VIH/Sida e outras ETS. Taller sexo seguro”. Cruz Vermella Lugo.
- “Ocio e tempo libre”. Fase de Encuentro.
- “Programa de Reinserción de Autoapoio: piso tutelado”. Federación Acougo.
- “Formación como axentes sociais en VIH/Sida”. Plan Comunitario Casco Vello.
- “Información e prevención a nivel comunitario da Sida”. Asociación Erguete.
- “Prevención de transmisión sexual do VIH entre o colectivo de exdrogodependentes: obradoiro sexo seguro”. Asociación Currículum Vitae.
- “Talleres de sexo máis seguro con estudantes de institutos como estratexia de información e prevención”. Lorena Casete Fernández.
- “Estudio das condicións dos lugares públicos de consumo dos usuarios de drogas inxectables (UDI)”. Colectivo Moucho.
- “Proxecto de prevención de sobredoses e consumo de menor risco en usuarios de drogas”. Colectivo Moucho.
- “Estudio de recursos sociais relacionados con VIH/Sida na Comunidade Autónoma galega”. Asociación grupal Asoc. Gallega Integr. Grupos Sociales en Situación de Necesidad.
- “Programa de prevención de VIH/Sida”. Concello de Cangas.
- “Plan integral de acción VIH/Sida Nigrán”. Concello de Nigrán.
- “Sexualidade e Sida *Cousa de todos*”. Concello do Grove SPAD.
- “Programa de prevención de VIH/Sida dirixido a adolescentes: taller de sexo máis seguro”. Concello de Santiago de Compostela (UMAD).
- “Kamelamos guinar (queremos contar)”. Concello de Santiago de Compostela (UMAD).
- “Programa de prevención de transmisión de VIH/Sida dirixido a usuarios e ex-usuarios de drogas. *Obradoiro de sexo máis seguro. Obradoiro de consumo de menos risco*”. Concello de Santiago de Compostela (UMAD).
- “Programa de rúa ou de achegamento con participación de usuarios e ex-usuarios de drogas: *Bola de neve*”. Concello de Santiago de Compostela (UMAD).
- “Obradoiros sexo seguro”. Concello de Vilagarcía de Arousa.
- “Campaña de prevención e sensibilización VIH/Sida para a mocidade”. Concello de Ponteareas.
- “Obradoiros de redución de riscos en poboación drogodependente”. Concello de Pontevedra.
- “Talleres de *Sexo seguro*”. Concello de Padrón.
- “Programa de intercambio de xiringas *Nas túas mans*”. Concello de Poio.

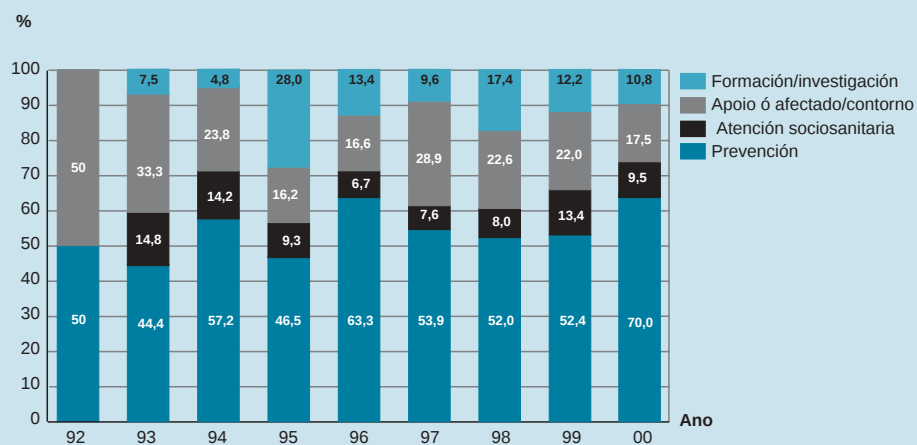


- “Campaña municipal contra a Sida”. Concello de Marín.
- “Programa de intercambio de xiringas e distribución de preservativos”. Unidade de Atención ós drogodependentes Monforte de Lemos (Concello).
- “Proxectos de investigación sobre viabilidade de uso do preservativo feminino”. Universidade de Vigo (Facultade Humanidades).
- “Redución de riscos sexuais en centros de encontro de mozos/as”. Universidade de Vigo (Facultade Humanidades).
- “Investigación-acción sobre VIH en poboación escolarizada de alta montaña”. Universidade de Vigo (Facultade Humanidades).

Número de actividades subvencionadas por ano en Galicia (1992-2000)



Tipo e porcentaxe⁽¹⁾ anual de actividades subvencionadas/financiadas (1992-2000)



(1) Algunhas actividades integran actuacións de varios tipos

Esta información non exhaustiva pode ser ampliada na Dirección Xeral de Saúde Pública (Servicio de Prevención e Control de Enfermedades Transmisibles) ou nas Memorias de Xestión (1995-2000) da DXSP.

ELECCIÓN DA ESTRATEXIA

A continuación expóñense en tres bloques as principais conclusións obtidas do estudo e análise deste problema de saúde a través da actualización dos coñecementos sobre os seus factores condicionantes (1), dos resultados e avaliacións das intervencións realizadas para afrontalo en Galicia (2), así como da situación epidemiolóxica que atopamos nestes momentos (3):

Factores condicionantes

■ O VIH-1 subtipo B confírmase como o maioritariamente circulante en Galicia.

Sen embargo, estudos representativos dos pacientes VIH-1 seguidos nos nosos hospitais mostran un **5,1% de subtipos non B**, porcentaxe superior á descrita en estudos multicéntricos anteriores, e descríbense **formas recombinantes**.

Este feito pode ter algunhas **implicacións na transmisibilidade**, así como na **resposta terapéutica** dos fármacos antirretrovirais.

■ Os coñecementos actuais do ciclo biolóxico posibilitan o avance cara a novas esperanzas de tratamento (máis fármacos das familias existentes, outros que actúen impedindo a fusión virus-célula diana...). As novas técnicas de bioloxía molecular e de seguimento da infección móstrano-la **replicación extraordinaria e continua do VIH desbotando anteriores conceptos de latencia microbiolóxica** e asocian as etapas de alta viremia cunha maior transmisibilidade.

■ A historia natural da infección viuse modificada sustancialmente polos avances no seguimento destes pacientes e na incorporación de novos tratamentos, moi especialmente os chamados de alta eficacia.

Este feito ten o seu reflexo práctico no cambio, orixinando o **alongamento do período de incubación**, atrasando ou evitando a evolución da sida, **prolongando a supervivencia** nesta fase e achegando **maior calidade á vida** dos afectados.

■ As vías de transmisión (sanguínea, sexual e nai-fillo) confirmáronse e non se identifican outras novas.

A **combinación de fármacos antirretrovirais** demostrou a súa eficacia na diminución do risco de transmisión da infección por vía vertical ata porcentaxes moi baixas próximas ó 1%, converténdose polo tanto nunha **arma útil na prevención primaria da infección** por esta vía de transmisión.

■ Os tratamentos de alta eficacia orixinaron avances importantes no camiño da cronificación desta infección, no aumento da supervivencia e achegaron maior calidade á vida das persoas infectadas por este virus.

Sen embargo, **estes tratamentos non eliminan definitivamente a infección, e existen dúbidas sen resolver sobre a súa eficacia no futuro**. A elevada proporción de **resistencias** —feito biolóxico común na patoloxía infecciosa— a fármacos antirretrovirais en pacientes tratados e a detección tamén en pacientes non tratados é de enorme **relevancia clínica e**, potencialmente, **para a saúde pública** pola posibilidade de circulación destas cepas resistentes e que se integren na cadea de transmisión.

Tamén a **adherencia ó tratamento**, indispensable para conseguila eficacia desexada destes fármacos e evita-la aparición de resistencias, se mostrou difícil de conseguir.

- Para lograr maior eficacia dos tratamentos existentes parece moi importante o inicio en moitos casos nas primeiras etapas da infección. A **detección precoz da infección** achega polo tanto grandes beneficios para o paciente VIH(+).
- A pesar dos avances e das novas liñas de investigación **no mundo das vacinas anti VIH, a posibilidade de conseguir unha arma útil na inmunoprofilaxe como elemento preventivo nun medio como o noso, de prevalencia baixa, parece estar máis lonxe do medio prazo.**
- **O impacto da sida na mortalidade** foi indubidable, instaurándose a mediados dos anos noventa como primeira causa de morte en poboación moza (25-34 anos) e como primeira causa de anos potenciais de vida perdidos. **Nos últimos anos esta tendencia modificouse substancialmente, diminuindo a mortalidade por esta causa e manténdose a tendencia decrecente.**
- Os **custos de atención socio-sanitario mantéñense elevados** con modificacións compensatorias entre as distintas partidas que os conforman. O uso da farmacopea antirretroviral (12,5 millóns de euros en Galicia no ano 2000) e a incorporación das novas técnicas diagnósticas e de seguimento orixinan a maior parte do gasto para o sistema asistencial. Sen embargo, **a relación custo-efectividade é similar á de múltiples intervencións comúns no noso sistema.**
- **O impacto social desta infección segue sendo alto**, manténdose **entre as principais preocupacións da poboación galega**, aínda que en niveis máis baixos que hai uns anos. **A aceptación dos afectados e os avances na normalización social, sendo relevantes, son aínda insuficientes.**

Actividades anti VIH/sida realizadas en Galicia

Sistema de vixilancia epidemiolóxica e de información

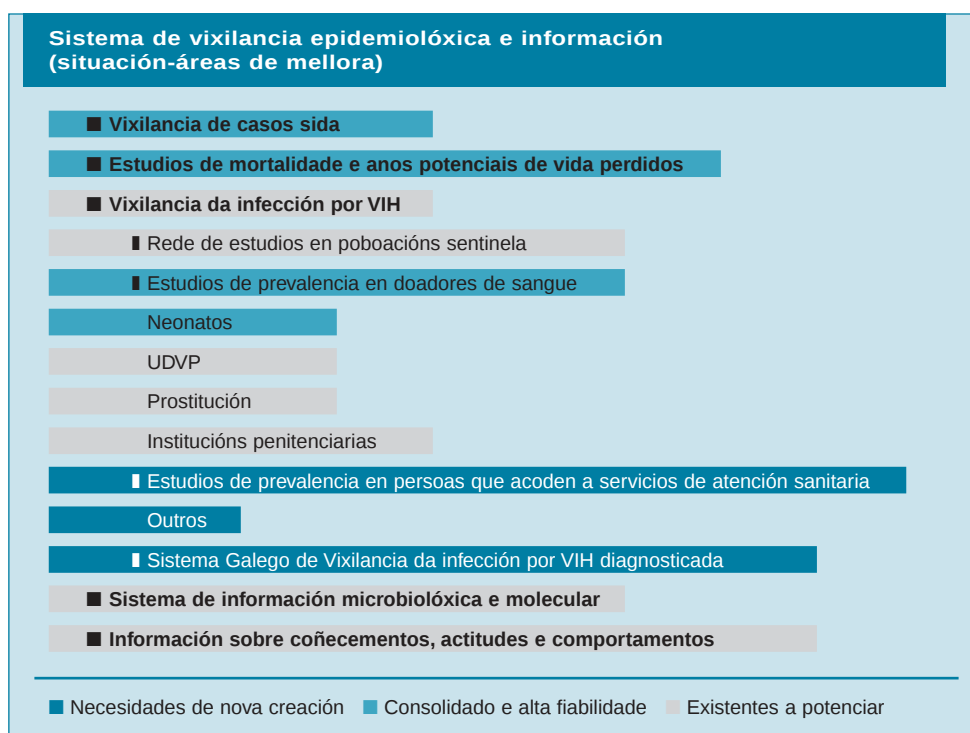
O sistema de información instaurado para monitoriza-lo problema en Galicia segue os patróns dos países desenvolvidos e xira en torno ó **Rexistro Galego da Sida**. A realidade actual da infección e os obxectivos da Dirección Xeral de Saúde Pública de adapta-los distintos programas á filosofía e normas da xestión tendente á calidade total definen **necesidades de afondar na vixilancia da infección por VIH mantendo o rexistro da sida, no estudio dos coñecementos, actitudes e comportamentos da poboación galega e dos colectivos diana para intervencións específicas, así como do grao de aceptación e satisfacción destas poboacións coas actividades realizadas.**

Resumindo, podemos falar de:

- A vixilancia de casos de sida a través do **Rexistro Galego da Sida**, así como os **estudios de impacto na mortalidade e anos potenciais de vida perdidos (APVP)**, está **consolidada cun alto nivel de fiabilidade**.
- Na **vixilancia da infección por VIH** existen estudos realizados nos últimos anos nalgúns colectivos (doadores, neonatos...) e puntuais noutros (UDVP, mariñeiros...). Nestes momentos detéctanse **necesidades de ampliar estes estudos a outras poboacións sentinela e crear un sistema de vixilancia da infección por VIH diagnosticada**, así como outro de **información microbiolóxica e molecular** que nos achegue datos sobre resistencias, tipos, subtipos e cepas circulantes deste virus.

Estudios sobre información, actitudes e comportamentos

- A **información sobre coñecementos, actitudes e comportamentos** nutriuse de información externa e de estudos propios ligados ás avaliacións de actividades e intervencións nos principais colectivos específicos (mozos e mozas escolarizados, UDVP, prostitución...) e **debe ser impulsada no futuro**.



Programas e actividades de prevención

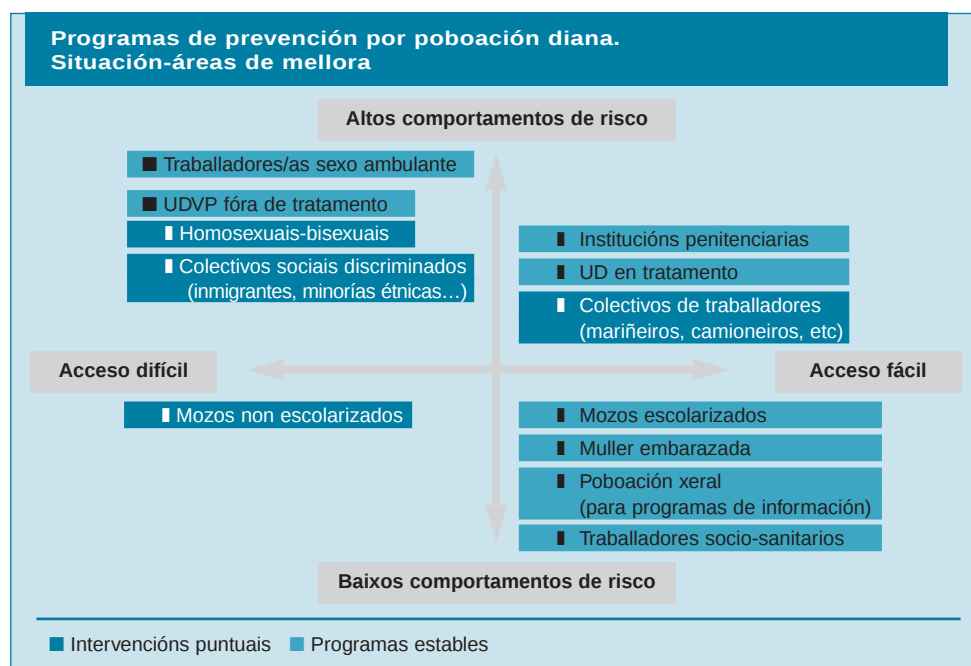
A política de prevención **foi priorizada** dentro da estratexia contra a infección por VIH/sida en Galicia e **interrelacionouse directamente coa loita contra a discriminación e/ou marxinação dos afectados** como dous piares que se apoian mutuamente para lograr unha maior efectividade.

Os seus resultados principais son os seguintes:

- As **intervencións dirixidas á poboación xeral**, de contido fundamentalmente informativo, mantéñense ininterrompidamente dende os anos 86-87 en que se realizaron as primeiras campañas a través dos medios de comunicación. Sen dúbida contribuíron a logralo **alto nivel de información** que hoxe en día ten a poboación galega sobre os principais parámetros desta infección.
- Os **programas específicos** destinados ós colectivos con características propias que os definen como poboación diana de especial interese para as actividades preventivas, levan **varios anos implantados e con avaliacións positivas** en:
 - **Mozos e mozas escolarizados**
 - **Usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)**
 - **Persoas que exercen a prostitución**
 - **Persoal de atención á saúde**
 - **Muller embarazada**

E realizáronse actividades puntuais en:

- **Homes homo-bisexuais**
- **Inmigrantes e minorías étnicas**
- **Traballadores do mar e o seu contorno**
- **Mozos e mozas non escolarizados**



Normalización social

Os problemas derivados da estigmatización, marxinación ou discriminación foron descendendo en número e gravidade de ano en ano en tódolos eidos (ensino, laboral, social...). **O proceso de normalización social está avanzado pero aínda non se completou** na súa totalidade. A presenza de **actitudes e feitos discriminatorios cara á persoa VIH(+)** interfere negativamente co avance na detección precoz e na efectividade da política preventiva.

Atención sanitaria e social

- É de salientar que **recae case no 100% sobre o sistema sanitario e social público.**
- **A asistencia médica foi prestada polo Servicio Galego de Saúde (Sergas)** principalmente en **Atención Especializada**. Os nosos hospitais tiveron a axilidade necesaria para dotarse a adapta-los recursos apropiados para responder á demanda asistencial e incorporaron continuadamente os últimos avances en técnicas diagnósticas e de seguimento. Os novos fármacos fóronse incorporando e estiveron dispoñibles na medida en que o permitiu a normativa legal vixente no campo da farmacia. **Pode afirmarse que a atención prestada garantiu a equidade e logrou altas cotas de calidade.** Os obxectivos marcados para a **Atención Primaria**, quizais por demasiado ambiciosos, principalmente nos apartados de tratamento e seguimento, non poideron ser asumidos na totalidade. É necesario redifinilos e **impulsar neste nivel a preocupación polo VIH, potenciando en especial a detección precoz, as actividades preventivas e o apoio ambulatorio e de integración das persoas afectadas.**
- En canto á atención social, as características sociais dun elevado número de afectados fai desta enfermidade un problema socio-sanitario que **esixe unha abordaxe integral**, no seu conxunto, partindo da concepción da saúde *coma un todo*. Tamén neste campo **se conseguiron metas significativas**, aínda que con seguridade queda moito camiño por percorrer.

No campo dos logros hai que resalta-la creación de **dúas casas de acollida específicas** para estes enfermos e a utilización de **medidas paliativas**, coma as rendas mínimas de subsistencia, pensións non contributivas, renda de integración social, situacións de emerxencia social, que axudaron ás persoas máis necesitadas.

- En canto ás **medidas de reinserción social**, poucas veces lograron o éxito desexado polo que **é necesario a súa potenciación**, toda vez que a historia natural da infección e a evolución dos afectados, gañando cada vez máis anos de vida e calidade a esta, posibilita e demanda a integración destes enfermos no mecanismo social normalizado, garantindo a igualdade de dereitos.

Situación actual

Situación epidemiolóxica

- **A pandemia continúa estendéndose**, superando a nivel mundial nun 50% as previsións realizadas para comezo deste novo século. Sen embargo, esta situación é heteroxénea, coexistindo zonas de grande actividade epidémica con outras nas que a transmisión descende en incidencia, **como é o caso da nosa zona, no occidente europeo, onde as novas infeccións se estabilizan con tendencia a diminuír.**
- A situación en Galicia é moi similar na súa evolución e características á media en todo o Estado, aínda que as taxas de incidencia se sitúan por debaixo.
- **A sida en Galicia diminúe significativamente nos últimos anos** ata taxas de **incidencia con 50 casos por millón de habitantes.** Este descenso débese en gran medida á introducción dos tratamentos antirretrovirais de alta eficacia e ó efecto sinérxico da política de prevención levada a cabo. Sen embargo, o descenso paralelo na mortalidade orixina unha **estabilidade ou lixeiro aumento da prevalencia.** Nesta epidemia da sida son de resaltar algúns aspectos:
 - Afecta fundamentalmente a **persoas novas** e ten a cota de impacto máis alta sobre a cohorte dos nados na década dos 60. Por sexos a **ratio homes-mulleres é de 3/1.**
 - O **número de casos diminúe en tódalas vías de transmisión**, pero **proporcionalmente os casos asociados á transmisión heterosexual aumentan**, chegando no último ano a supera-lo 50% entre as mulleres, e **os de transmisión por prácticas homosexuais non protexidas estabilízanse.**
 - En cifras absolutas o colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral segue sendo o máis numeroso.
 - **Dende 1997, non se rexistraron casos de transmisión nai-fillo.**
- En canto á **infección por VIH**, que non necesariamente se ten que comportar de forma similar á sida, estímase que **ó redor de 7.000 persoas** viven con esta infección en Galicia, o que representa unha **taxa de prevalencia en torno ó 2,5 por mil habitantes**, que pode duplicarse entre persoas novas de 18 a 40 anos.

Aspectos relevantes desta situación son:

- Estímase que a **incidencia de novas infeccións diminúe** pero sen embargo ó alongarse o período de incubación e aumenta-la supervivencia, **a prevalencia aumenta**, o que é un factor de maior risco para outras novas infeccións.
- Obsérvase un **descenso con tendencia favorable entre consumidores de heroína e/ou outras drogas por vía inxectable**, aínda que **a prevalencia de infección se mantén en taxas altas neste colectivo.**
- En homes con prácticas **homosexuais** os estudos non son concluíntes pero parecen indicar unha **estabilización ou lixeiro descenso.** Esta tendencia tamén se observa entre mulleres que exercen a **prostitución** e non consumen drogas inxectables, colectivo que se mantén en **porcentaxes de infección inferiores ó 2%.**

- **A transmisión heterosexual é o gran risco como vía de extensión desta epidemia no futuro.** Sabemos que as parellas sexuais de persoas infectadas presentan taxas altas de infección.
- **Un 25% das persoas portadoras-infectadas deste virus descoñecen este feito,** o que impide que se poidan beneficiar dos logros terapéuticos, e facilita o traslado da infección a novas persoas.

Situación do nivel de información, actitudes e comportamentos

- **O nivel de información xeral da poboación galega é alto en canto ós principais parámetros desta infección,** como son as vías de transmisión e as formas de prevención. Ó redor do 95% dos adolescentes, mozos e membros dos colectivos máis afectados, como usuarios de drogas e homosexuais, posúen esta información. Sen embargo, é ben coñecido que **a información non vai necesariamente acompañada de prácticas saudables.**
- **A utilización dos medios preventivos aumenta progresivamente e as prácticas de risco modifícanse positivamente** pero sen embargo **unha porcentaxe significativa mantén conductas pouco saudables.** Así:
 - En **poboación consumidora de drogas** diminúe a vía inxectada e aumenta a inhalada e esnifada, non comparten o material de inxección o 70% e utilizan sempre preservativo ó redor do 50%. **O resto mantén prácticas de risco.**
 - Entre **os homo-bisexuais** algúns estudos alertan sobre a relaxación nas medidas preventivas e a existencia de prácticas de alto risco.
 - Nas relacións de **prostitución** a utilización do preservativo dista moito de darse sempre.

CONCLUSIÓN

- **A infección por VIH/sida continúa sendo un dos principais problemas de saúde** a nivel mundial e tamén en Galicia, e así é sentido e percibido pola nosa poboación. Ó compoñente sanitario xúntanse connotacións e implicacións sociais e económicas de gran calado que seguen contribuíndo a axiganta-lo problema.
- **Os factores condicionantes a ter en conta para afrontalo, como son aqueles que inflúen na transmisión e susceptibilidade, non se modificaron durante estes anos e os avances na investigación básica e tecnolóxicos no campo biomédico, con ser moi importantes, non ofertan solucións definitivas. A prevención primaria mediante inmunización cunha vacina non vai ser factible no noso medio a curto prazo e tampouco se albisca a posibilidade do tratamento etiolóxico definitivo. A prevención confírmase como a única posibilidade para evitar novas infeccións e durante estes anos demostrou sobradamente a súa efectividade.**

Partindo desta realidade **toda alternativa a este problema ten que estar nucleada e xirar en torno á prevención**, cunha política que dende a información, a educación e a promoción da saúde **incorpore os novos coñecementos e medios materiais para afrontalo**, como son as técnicas diagnósticas, a utilización dos tratamentos no control da carga viral e na diminución do risco por vía materno-fetal nas mulleres VIH(+) embarazadas.

- O obxectivo de previr novas infeccións non pode esquecer que **paralelamente é necesario diminuí-la morbimortalidade asociada e garanti-la atención dos xa afectados**. O noso sistema sanitario foi capaz de responder ó reto que orixinou a presenza súbita desta infección dunha forma efectiva pero **esa capacidade de resposta debe manterse no futuro, garantindo a mesma equidade** e partindo do coñecemento de que é previble un aumento na prevalencia, tanto de VIH como de sida, durante os próximos anos. Este feito orixinará probablemente un aumento do número de persoas a tratamento e un alongamento temporal da demanda froito da maior esperanza de vida. **É imprescindible que a resposta social acompañe á asistencia sanitaria co fin de garanti-lo obxectivo de ofertar unha atención integral para estas persoas.**
- **O Plan Global anti Sida a nivel mundial demostrou a súa efectividade**, principalmente naquelas áreas onde se implantou abarcando tódalas súas liñas e áreas de actuación. No noso contorno, e en concreto **en Galicia, a política anti VIH foi, se cabe, máis exitosa no seu conxunto**. E por iso, e tendo en conta que os grandes obxectivos de previr novas infeccións e reduci-lo impacto da epidemia sobre as persoas e a sociedade da epidemia seguen vixentes, **toda nova liña de traballo ou estratexia debe basearse no xa construído**, os seus piares teñen que se-las actividades que xa se demostraron efectivas na experiencia acumulada durante estes anos. **Manter e potenciar estes programas incorporándolle-las principais conclusións das avaliacións realizadas, actualizándoos e perfeccionándoos con base nos novos coñecementos é a base do futuro.**

- Tamén **é necesario corrixi-los déficits existentes** ata agora e **incorpora-las demandas da realidade presente**, orixinadas polos cambios na historia natural da infección e na propia epidemia. **Novas respostas son necesarias** en:
 - **Vixilancia epidemiolóxica e sistema de información.**
 - Fomento da **detección precoz** desta infección.
 - Implantación de **novos programas preventivos** entre inmigrantes, persoas infectadas e as súas parellas, e outros colectivos de especial interese.
 - Garantía de **acceso ós fármacos dispoñibles** paralela á **adherencia terapéutica.**
 - Protección e **integración socio-laboral dos afectados.**

**PLAN DE ACCIÓN
ANTI VIH/SIDA EN GALICIA
(2003-2006)**

INTRODUCCIÓN

Os grandes obxectivos do Plan anti VIH/sida en Galicia seguen sendo os marcados en 1987 pola Asemblea Mundial da Saúde:

- **Previr e controla-la extensión da infección.**
- **Reduci-los efectos negativos da epidemia para as persoas e para a sociedade.**

Neste empeño foise avanzando durante estes anos con múltiples esforzos e non sempre en liña recta, xa que os aspectos descoñecidos desta infección, así como a urxencia de intervención non facilitaban a elección das intervencións máis efectivas. Sen embargo, os logros e avances conseguidos son verdadeiramente importantes en tódolos campos. Pero aínda non son suficientes. Trátase agora de **actualiza-la estratexia a seguir, marcando obxectivos concretos, definindo liñas prioritarias de actuación**, partindo da situación da epidemia, da experiencia acumulada, dos resultados das avaliacións das actividades realizadas así como dos avances na investigación biomédica e social. Ademais, a estratexia deberase adaptar á realidade político-administrativa da que Galicia se dotou co desenvolvemento autonómico do Estado e a asunción de múltiples competencias en campos que afectan directamente a este problema.

Esta é unha **estratexia global e multisectorial** que, ó mesmo tempo que **define os obxectivos e as principais liñas de actuación** a seguir, **programas e actividades prioritarias, identifica organismos e institucións responsables** da súa posta en práctica e **fomenta a colaboración** doutros centros de responsabilidade, do sector privado e das organizacións sen ánimo de lucro. Todo isto **coordinadamente** para conseguir unha óptima utilización dos recursos, sen duplicar esforzos e asegurando un máximo rendemento dos fondos e traballos investidos.

Esta política de saúde fronte á infección polo VIH/sida en Galicia parte dunha determinación de necesidades mostradas durante os anos de historia deste problema, así como das previsións a medio prazo e pretende enfrontala cunha planificación racional das actividades a levar a cabo, tendo en conta as necesidades e os recursos dispoñibles. Todo isto co consenso entre as distintas institucións implicadas, outros actores sociais que desenvolven actividades neste campo así como coas persoas que viven co problema, facilitando a súa participación nas decisións que lles afectan en materia de coidados de saúde.

Todo isto cos **OBXECTIVOS ESPECÍFICOS** de

- **Estabilizar/diminuí-la incidencia anual de infección diagnosticada por VIH <50/10⁶.**
- **Estabilizar/diminuí-la incidencia da sida <50/10⁶.**
- **Garanti-la adecuada atención sociosanitaria para o paciente VIH/sida.**
- **Diminuí-la mortalidade por sida (<10 mortes/10⁵ en persoas entre 25-34 anos) e o impacto como causa de anos potenciais de vida perdidos.**

Esta acción anti VIH/sida debe ser un **todo interrelacionado** e desenvolverase ó redor de tres grandes eixes dentro dunha estratexia xeral de coordinación:

POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA

Sistema de vixilancia e información

Prevención:

- Normalización social
- Detección precoz
- Actividades e programas

ATENCIÓN SANITARIA E SOCIAL

ACCIÓN COMUNITARIA. COORDINACIÓN E LIDERADO

VALORES E FILOSOFÍA DESTA ESTRATEXIA

Como resultado da análise realizada deste problema conclúese que para lograr un futuro exitoso debe construírse sobre a base actual das actividades xa implantadas fronte a esta infección en Galicia, potenciándoas, mellorándoas e incorporando esas necesidades que se detectaron.

Sen embargo, isto non é suficiente para alcanza-lo éxito desexado. Durante estes anos as institucións galegas, e en concreto as responsables da sanidade, definiron e actualizaron a súa misión e incorporaron novas técnicas de xestión que sen dúbida deben impregnar todo este Plan.

Así:

- **A misión** da estratexia elixida é desenvolver unha política que mellore a saúde da poboación galega no campo do VIH/sida e doutras enfermidades relacionadas, diminuindo a carga de enfermidade, mortalidade, morbilidade e discapacidade, mediante a identificación de factores protectores e de risco e a actuación directa.
- Este Plan ten que ser **punto de referencia** na toma de decisións neste tema para garantir unha liña de acción común e facilitar ós responsables da atención sociosanitaria, axentes sociais e cidadáns de Galicia a información, os criterios e os medios específicos que, en función do coñecemento científico e a realidade presente, mellor promociónen a saúde individual da comunidade e respondan ás demandas dos afectados.
- Na medida do posible busca o **consenso** entre tódolos axentes implicados de calquera forma na súa execución e define os puntos de **dirección e liderado** a nivel institucional e social.
- Esta estratexia ligarase con todos aqueles programas ou actividades que aborden problemas ou patoloxías derivadas de prácticas de risco comúns ou que na súa actuación compartan necesidades e estratexia de acción para enfrontalos —enfermidades de transmisión sexual e sanguínea, drogodependencias e tuberculose— de forma que unha **acción coordinada e sinérxica** orixine un maior nivel de efectividade e eficiencia. Tamén se **priorizarán e apoiarán decididamente todos aqueles programas que enfrontan os factores que fan particularmente vulnerables ante estas patoloxías ás persoas e colectivos máis desfavorecidos**. Na medida en que se avance en reduci-las bolsas de pobreza, a exclusión social, a discriminación, a explotación sexual, a desinformación, o consumo de drogas, e todos aqueles factores que contribúen á propagación destes problemas, teremos dado outro gran paso cara ós obxectivos que nos propoñemos. Paralelamente, o apoio á igualdade de xénero, ós colectivos de inmigrantes e tódalas medidas favorables á igualdade de oportunidades e á equidade achégannos ás metas propostas.
- Para lograr unha maior efectividade deste esforzo tódalas novas actividades deben incorpora-las técnicas de xestión orientadas cara á **CALIDADE TOTAL** de forma que:

- Os servicios e actividades que se realicen deben estar sempre orientados ó cliente-**usuario**.
- É necesaria a **participación** das poboacións destinatarias e grupos implicados na súa implantación.
- Tódalas actividades deben incorporar indicadores de **avaliación**, non só de resultados ou impacto senón tamén do grao de satisfacción dos usuarios.
- Os criterios de **efectividade-eficiencia** deben estar sempre presentes.

Indicadores

- N° de casos e taxas de incidencia de sida por millón de habitantes e ano (*).
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Incidencia de VIH diagnosticado/ano (*).
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- N° de pacientes VIH/sida atendidos en hospitais Sergas/ano (*).
Fonte: División de Asistencia Sanitaria.
- Orzamentos destinados por ano ás actividades anti VIH/sida.
Fonte: achegas das distintas institucións.
Coordinación: Dirección Xeral de Saúde Pública
- Taxas de mortalidade anual por VIH/sida (*).
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Comparación anual dos anos potenciais de vida perdidos por sida en relación con outras causas (*).
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

(*) Indicadores clave

Sistema de vixilancia e información

Realizar aquelas actividades que nos facilitan a información obxectiva para a posta en marcha de medidas efectivas de cara á prevención e control da epidemia sobre bases seguras é indispensable. É necesario coñecer en cada momento a magnitude do problema, a súa distribución xeográfica e temporal e a propagación nos colectivos sociais afectados, así como os factores que determinan a súa frecuencia e distribución. Se ademais podemos detectar cambios na historia natural da infección estaremos en condicións de poder realizar ou recomendar medidas efectivas e oportunas nos eidos da prevención e control, así como na atención dos afectados.

A través da vixilancia garantírase a información necesaria, a súa análise e interpretación, a facilitación periódica de resultados, a emisión de recomendacións pertinentes para a planificación e avaliación das accións de prevención e control.

As características específicas da infección por VIH/sida ocasionan problemas para a realización desta vixilancia. Ten especial importancia o longo tempo de incubación, período que como consecuencia dun mellor manexo dos afectados e dos avances terapéuticos se vai alongando de ano en ano.

Este longo período de incubación comporta, na práctica, que á hora de deseñar unha estratexia da vixilancia teñamos que partir da realidade de dúas etapas que necesitan a súa monitorización, o que algúns autores definen como dúas epidemias: a infección por VIH e a sida. A infección polo VIH antecede en 10-12 anos á sida e na maioría dos casos, tendo en conta que os individuos asintomáticos poden transmitir-lo virus, fívorécese a diseminación da infección antes do seu diagnóstico, descoñecendo nalgúns casos o propio afectado a súa situación de portador. Pero ademais os datos obtidos na vixilancia da sida sobre frecuencia e distribución non se poden trasladar mimeticamente á infección por VIH xa que esta pode estar comportándose de forma diferente a como o fixo anos atrás, que é a situación que verdadeiramente reflicte a vixilancia da sida.

Estes feitos engaden complexidade á súa vixilancia, esixindo complementa-la información que nos achegan os rexistros de sida coa monitorización da infección por VIH, onde se sitúa a maior parte da dimensión real do problema no momento actual, co obxectivo de coñecer-la súa frecuencia e comportamento espacial e temporal na poboación xeral, nos colectivos que están máis afectados así como noutros nos que poida estar introducándose.

A transmisión da infección polo VIH/sida está condicionada por determinadas prácticas de risco que a converten nunha enfermidade conductual, polo que para a implantación da estratexia de prevención e control é necesario coñecer-los comportamentos de risco, as actitudes e o nivel de información da poboación e de colectivos específicos.

En conclusión, defínese como necesario potencia-lo sistema de vixilancia e información mediante o establecemento dos subsistemas:

Vixilancia de casos de sida.

Estudios de impacto (mortalidade e anos potenciais de vida perdidos).

Vixilancia da infección polo VIH.

Información sobre coñecementos, actitudes e comportamentos.

Sistema de información microbiolóxica e molecular da infección polo VIH.

Vixilancia de casos de sida

A vixilancia dos casos de sida significa segui-lo comportamento da síndrome segundo acontece na poboación mediante a notificación, rexistro, análise e divulgación de resultados.

Tendo en conta o longo período de tempo que transcorre entre que a persoa se infecta polo VIH e a manifestación de síntomas da enfermidade a utilidade deste rexistro para segui-la infección é moi limitado. Sen embargo, existen razóns válidas para mantelo xa que a través del podemos:

- **Coñece-la distribución da síndrome no espacio e no tempo.**
- **Identificar grupos afectados e campos nos que esa información se debe completar con outras investigacións epidemiolóxicas.**
- **Realizar proxeccións sobre o seu impacto no futuro.**
- **Avalia-las medidas de prevención e control.**
- **Servir de referencia para os xestores dos servicios de saúde na planificación dos servicios.**

A vixilancia dos casos de sida realízase en Galicia desde os primeiros anos da infección e, paralelamente á implantación do Rexistro Nacional da Sida, créase no ano 1986 o **Rexistro Galego da Sida**.

Esta vixilancia realízase a través do Rexistro Galego da Sida, que é específico e canle normal de notificación.

A infección por VIH/sida é unha enfermidade crónica con incidencia baixa. A probabilidade de observar cambios importantes no seu patrón nun curto intervalo de tempo é moi baixa. Por iso, **os informes e actualizacións** deste Rexistro de casos de sida faranse **semestralmente**:

Obxectivos

- Mante-lo sistema de vixilancia de sida.
- Mellora-lo Rexistro Galego de Sida.
- Mante-lo sistema de vixilancia mixta co fin de diminuí-la subnotificación.
- Análise, interpretación e difusión da información.
- Mellora-la difusión e mante-la súa periodicidade con dous informes semestrais.

- Aumenta-la calidade da información colaborando co Rexistro Nacional da Sida.
 - Intercambio de información actualizada semestralmente.

Indicadores

- Número de informes sobre sida realizados por ano.

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

Estudios de impacto (mortalidade e anos potenciais de vida perdidos –APVP–)

Cómpre cuantifica-lo impacto na esperanza de vida e dispoñer dunha visión panorámica da evolución da mortalidade, por grupos de idade e sexo como contribución complementaria do sistema de vixilancia para medi-la importancia do problema, e así marcar prioridades e avalia-las actividades de promoción da saúde pública así como os resultados asistenciais.

Obxectivos

- **Compara-la sida coas principais causas de morte.**
- **Compara-la sida coas principais causas de APVP.**
- Incluir nos informes datos actualizados das principais causas de mortalidade, por sexos e grupos de idade.
 - Incluir nos informes relación das principais causas de anos potenciais de vida perdidos.

Indicadores

- Número de informes sobre mortalidade e APVP por sida/ano (≥ 1 /ano).

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

Vixilancia da infección por VIH

A infección por VIH/sida como enfermidade crónica, de incubación longa e cun gran número de portadores asintomáticos, factor favorecedor para o aumento de transmisión, reflicte en gran medida a súa magnitude como problema a través das taxas de prevalencia na poboación xeral ou en determinados grupos dela.

Xa se comentaron as limitacións da información obtida dos Rexistros de Sida derivados das características desta infección, principalmente do longo período de incubación e dos cambios continuos que sofre. Con eses datos non podemos concluír con certeza sobre a incidencia do VIH nunha poboación en tempo e espazo e non se pode facer un paralelismo VIH/sida xa que a infección non ten por qué comportarse necesariamente de forma similar en todo momento.

A información sobre a infección por VIH é necesario que estea presente nas tomas de decisións para planificar e programar recursos e actividades de prevención e asistenciais se queremos realizar unha política efectiva de saúde pública e como garantía de atención adecuada ós afectados.

Para acercarse á realidade desta infección requírese levar a cabo estudos de prevalencia/incidencia e realízalos periodicamente co fin de observa-lo comportamento da infección. Neste momento existe un consenso nos países con máis recursos de que esta información debe conseguirse a través de **estudios en grupos sentinela** e complementariamente por un **sistema de vixilancia dos novos diagnósticos de VIH**.

Facer estudos de prevalencia **na poboación xeral** non é útil xa que só nos achegarían información sobre prevalencia nun momento dado, esixen moitos recursos (grandes mostras, probas analíticas sofisticadas,...) e non proporcionan a información necesaria para implantar programas específicos de saúde pública que sexan efectivos. Recoméndase obter estimacións a través de estudos parciais que dependerán na súa selección dos obxectivos que se marquen.

A metodoloxía a utilizar debe partir do estudio e recolección sistemática de datos de grupos seleccionados elixidos con base en variables esenciais nos patróns da epidemia, os modos de transmisión, a prevalencia e os comportamentos de risco. Para vixiala magnitude e a tendencia da infección nestes colectivos sociais, é necesario **unha vixilancia sobre grupos sentinela** definidos polo seu interese como poboación diana para as actividades de prevención, sobre a base de que teñan unha alta prevalencia da infección ou que, polos seus comportamentos, esta está ou podería estar estendéndose neles e tamén por criterios de accesibilidade operativa.

Os resultados desta vixilancia sentinela teñen algunhas limitacións e só poden aplicarse con confianza ós colectivos estudados pero, analizados no seu conxunto, son útiles para estima-la situación epidemiolóxica xeral e serven para avalia-los efectos das actividades e intervencións realizadas.

Este subsistema ten un desenvolvemento escaso no Estado español como consecuencia de que a vixilancia epidemiolóxica se realizou historicamente a través da sida. En Galicia existen algúns estudos en poboacións sentinela que nos facilitan información neste campo, pero sen dúbida deben ser ampliados e consolidados.

A **vixilancia dos casos diagnosticados** complementa a información obtida a través dos estudos sentinela dende o momento en que capta tódalas infeccións aínda que afecten a persoas fóra dos grupos anteriormente estudados. Permítenos cuantifica-la súa incidencia e as características de interese epidemiolóxica da infección, achegando datos básicos na planificación de futuro.

Coma todo sistema de vixilancia no campo da saúde, este ten a súa base e xustificación no interese colectivo da saúde pública, na medida en que achega datos imprescindibles para conseguir políticas de prevención exitosas e garantir unha asistencia socio-sanitaria de alto nivel, e teñen que preservar en todo momento os dereitos individuais das persoas, aténdose á legalidade actual e ás normas que a regulan.

Obxectivos xerais

- Cuantificar/estima-la incidencia, a prevalencia e a distribución da infección por VIH na poboación xeral e en grupos ou colectivos de especial interese para a planificación sanitaria.
- Coñece-las tendencias da infección no tempo.

- Identifica-los factores de risco na transmisión de VIH e a súa distribución na poboación.
- Facer proxeccións relacionando infección e manifestacións patolóxicas.
- Avaliar e establecer prioridades nos programas de intervención.

Obxectivos específicos

Para conseguir-los obxectivos anteriores, priorízase a vixilancia da infección por VIH dentro do sistema de vixilancia realizándose os seguintes proxectos:

- **REDE DE ESTUDIOS EN POBOACIÓNS SENTINELA:**
 - Monitorización anual de seroprevalencia ó VIH en **neonatos** mediante o procedemento de estudio anónimo non relacionado.
 - Estudio anual do número e porcentaxe de **doazóns de sangue** VIH(+). A División de Asistencia Sanitaria, a través da Fundación Pública Centro de Transfusión de Galicia, facilitará información anual á Dirección Xeral de Saúde Pública.
 - Estudos de prevalencia en persoas usuarias dos **centros de atención ás drogodependencias**.
 - Estudos de prevalencia en **persoas usuarias dos programas de redución de dano**.
 - Estudos de prevalencia en **persoas que exercen a prostitución**.
 - Estudos de prevalencia en **poboación reclusa**.
 - Estudos de prevalencia **noutros colectivos** de interese.
 - Estudos de prevalencia en persoas que acudan ós **servicios de atención sanitaria**.
- Creación do **SISTEMA DE INFORMACIÓN GALEGO SOBRE A INFECCIÓN POLO VIH (SIGIVIH)**

Indicadores

- Número de estudos en poboacións centinela/ano.
 - Número de informes sobre infección por VIH diagnosticada/ano (≥ 1 /ano).
- Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

Información sobre coñecementos, actitudes e comportamentos

A definición da infección por VIH/sida como **“enfermidade fundamentalmente conductual”** implica que en gran medida depende dos comportamentos individuais das persoas. Este feito é básico á hora de incluíla nas prioridades de saúde pública tendo en conta que conseguir comportamentos saudables é posible e polo tanto a implantación dunha política de prevención pode ser exitosa. Para isto debe partir do coñecemento do nivel de información, das actitudes e dos comportamentos de risco das poboacións diana das actividades preventivas. Esta liña de investigación é hoxe prioritaria para avaliar-los resultados dos programas implantados así como para a súa modificación e mellora.

Este tipo de investigación está moi pouco desenvolvido. En Galicia, desde a Dirección Xeral de Saúde Pública, realizáronse algúns estudos en colectivos de especial interese para implantar actividades e programas, tales como adolescentes, persoas usuarias de drogas inxectables e persoas que exercen a prostitución.

A realización de estudos sobre información, actitudes e comportamentos en poboación xeral é un compromiso asumido polo Plan Nacional da Sida. Así, en Galicia os esforzos centráronse na monitorización desta información en colectivos poboacionais con prácticas de risco ou en colectivos de especial importancia para os programas implantados ou ben de interese emerxente.

Obxectivos

- Potencia-los sistemas de información sobre niveis de información, actitudes e comportamentos en colectivos de especial interese.
- Estudio de coñecementos e actitudes en adolescentes escolarizados.
- Estudio de coñecementos, actitudes e comportamentos en usuarios de drogas por vía parenteral.
- Estudio de coñecementos, actitudes e comportamentos en persoas que exercen a prostitución.
- Priorización destes estudos nas convocatorias públicas de subvencións a proxectos de investigación acción.

Indicadores

- Número de estudos sobre coñecementos, actitudes e comportamentos en relación coa infección por VIH realizados/ano (≥ 1 /ano).

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

Sistema de información microbiolóxica e molecular da infección polo VIH

Como acontece noutras enfermidades infecciosas, a aparición e selección de resistencias supón o factor máis importante no fracaso dos tratamentos antirretrovirais e diminúe os beneficios conseguidos en canto a supervivencia e aumento da calidade de vida. O coñecemento das mutacións de resistencia pode ser un indicador da terapia a seguir mellorando a efectividade dos tratamentos e evitando efectos secundarios innecesarios.

Tamén a gran variabilidade e complexidade molecular do VIH pode implicar un cambio no modelo patoxénico e na historia natural da infección así como na capacidade de transmisión, adaptabilidade e replicación.

Obxectivos

- Coñece-la prevalencia de resistencias e circulación de cepas resistentes.
- Vixia-la aparición de subtipos non B e outras formas recombinantes.

Indicadores

- Informes sobre resistencias, subtipos non B e formas recombinantes (≥ 1 /ano).

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública

División de Asistencia Sanitaria

Prevención e control

Introducción

Os sistemas de vixilancia e información puxeron de manifesto nos últimos anos dous feitos de enorme importancia na historia desta infección: unha diminución importante na incidencia dos diagnósticos de sida, e unha redución significativa nas defuncións por esta causa como consecuencia da efectividade mostrada pola utilización combinada dos novos fármacos antirretrovirais e complementada polos logros da política de prevención realizada no decorrer destes anos. Logros importantes sen dúbida, pero potencialmente enganosos na medida en que poden trasladar á sociedade unha falsa sensación de que o problema está solucionado. Nada máis lonxe da realidade.

Como continúan producíndose novas infeccións, as taxas de prevalencia da infección por VIH na poboación cando menos non diminúen. Ante a falta de datos exhaustivos sobre incidencia e prevalencia de VIH, a información de que dispoñemos e as estimacións realizadas indican que a epidemia non se detivo, que **aínda existen colectivos con taxas altas de infección e que esta tende a concentrarse naqueles sectores sociais con menor capacidade de autoprotección.**

Nesta situación, cunha prevalencia baixa de infección en poboación xeral pero con tendencia a aumentar e aínda alta nos colectivos máis afectados, en ausencia dunha vacina eficaz a curto prazo, con interrogantes sobre o futuro dalgúns aspectos dos tratamentos existentes e sen dispoñer de tratamento etiolóxico curativo **é previsible que o impacto social e sobre os servicios sanitarios non diminúa.** A prevención primaria continúa sendo o principal instrumento do que dispoñemos para continuar enfrontando este problema. Trala eficacia demostrada en distintos programas, podemos afirmar que **a prevención é o medio máis eficiente de diminuí-lo impacto desta epidemia a medio prazo.** Continúa a ser, polo tanto, unha actividade **prioritaria** no marco da estratexia de acción antiVIH en Galicia.

A estratexia de prevención e control incardínase dentro dun todo único e interrelacionado coa acción global anti VIH/sida en Galicia formando o seu núcleo esencial e prioritario. Este enfoque parte da información facilitada polos sistemas de vixilancia e das avaliacións realizadas, da experiencia acumulada e das posibilidades bio-médicas, e vai máis alá do que son as propias actividades preventivas, ligando estas cos servicios de saúde e de asistencia social e un contorno de normalización social.

A prevención constitúe a base da resposta necesaria contra esta epidemia e, xunto coa atención e apoio ós afectados, é elemento inseparable dunha resposta efectiva, polo que deben reforzarse entre si e integrarse no enfoque xeral para abordar este problema.

Establécense así **tres campos interligados de actuación:**

- **Normalización social**
- **Detección precoz da infección polo VIH**
- **Programas e actividades de prevención**

Normalización social

Os estudos realizados sobre esta epidemia demostraron que a propagación entre a poboación está influída por un factor social de risco, **existindo unha relación crítica entre a discriminación social e a vulnerabilidade ó VIH** e tamén que **a discriminación contra as persoas xa infectadas é perniciosa e contraproducente, debilita e interfere os programas de prevención e atención.**

Todo avance que incida positivamente sobre os determinantes socio-económicos e culturais permite diminuí-la vulnerabilidade das persoas e repercute positivamente nos nosos obxectivos. Este plan, ademais de garanti-lo acceso igualitario a tódolos servizos, deseñará intervencións específicas para os colectivos máis vulnerables, partindo do respecto ós dereitos individuais, á súa cultura e ós estilos de vida.

As reaccións de rexeitamento e marxinación relacionada co diagnóstico de infección por VIH nalgunha das súas fases inciden negativamente na efectividade dos esforzos preventivos que a sociedade realiza.

As consecuencias deste feito repercuten gravemente, poñendo en perigo a saúde doutras persoas por posibles contactos de risco con este caso que, de estar correctamente informado e asesorado, poderían evitarse.

Cando os coñecementos científicos non deixan dúbida sobre a inexistencia de risco na convivencia con persoas portadoras desta infección non existen argumentos para defender nin xustificar actuacións discriminatorias ou marxinadoras.

Se ben é certo que dende o comezo da epidemia a estigmatización e discriminación diminuíu de forma importante e, como contrapartida, a comprensión e solidariedade aumentaron significativamente non é menos certo que aínda persisten algúns sectores sociais ancorados nesas inxustificadas posturas. Por iso, dentro da loita contra este problema e das medidas de prevención e control a política de integración social e anti-marxinación é un **piar básico**, sen o que o edificio preventivo se tambalea. É indispensable salvagarda-los dereitos e a dignidade da persoa infectada por VIH garantindo a súa integración no medio familiar, social, escolar, laboral e outros.

A creación dun **clima de confianza e tolerancia** así como a promoción da solidariedade entre as persoas, portadoras ou non, seguen a ser piares indispensables para o éxito da prevención e control da epidemia.

Dende o Plan de Prevención e Control da Infección por VIH/sida en Galicia, garantirase en tódalas actuacións o respecto á intimidade, á confidencialidade e á non discriminación das persoas e combaterase toda actuación en sentido contrario que lesione os dereitos e a dignidade da persoa afectada.

Obxectivos xerais

- **Reduci-la vulnerabilidade promovendo o respecto polos dereitos humanos.**
- **Diminuír/elimina-la discriminación social cara á persoa VIH(+).**

Obxectivos específicos

- Manter como pilar fundamental do Plan de Prevención e Control da Infección por VIH/sida a defensa dos dereitos individuais das persoas e a loita contra calquera discriminación dos afectados.
- Potenciar intervencións integrais nos colectivos máis vulnerables.
- Manter en tódalas actividades integradas neste Plan as mensaxes de tolerancia e respecto tendentes a crear un espacio social favorable.
- Garanti-lo cumprimento da lexislación vixente en todo aquilo que afecte ós dereitos individuais ou colectivos das persoas.
- Promove-la creación e favorece-la continuidade de asociacións de afectados e ONG, como vía de defensa dos seus dereitos e de apoio social.

Indicadores

- Número de queixas-reclamacións/ano en relación con calquera tipo de discriminación-marxinación por VIH (Nº/ano <ano anterior).

Fonte: Institucións implicadas.

Coordinación: Dirección Xeral de Saúde Pública.

Detección precoz da infección por VIH

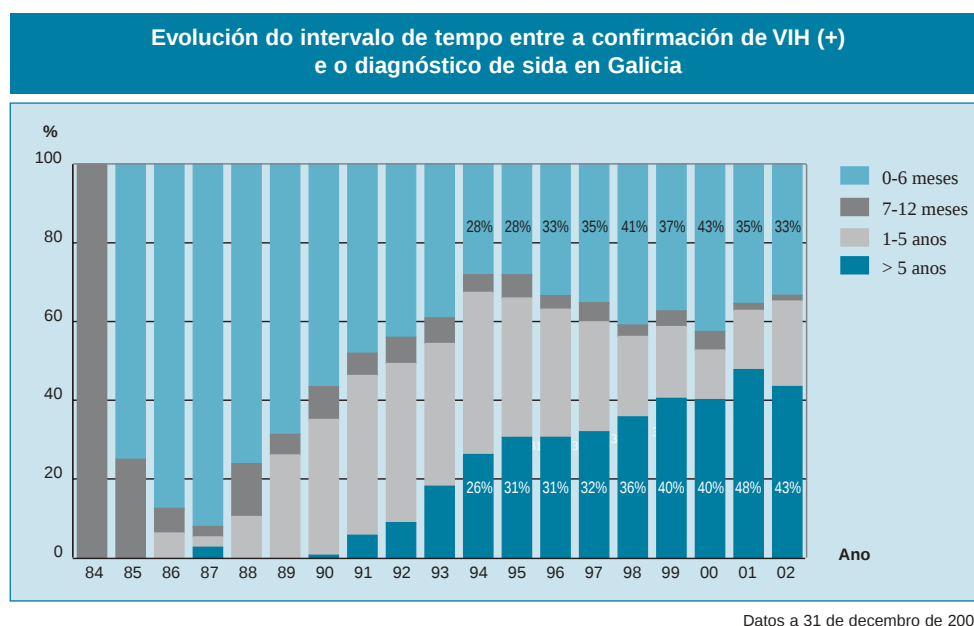
Durante estes anos o diagnóstico precoz demostrou sobradamente amplos beneficios terapéuticos para o infectado e efectividade preventiva cara ós demais.

O paciente diagnosticado rapidamente trala adquisición da infección recibe grandes **beneficios individuais** derivados das posibilidades terapéuticas actuais xa que a instauración dos protocolos de tratamento e dun adecuado seguimento médico serán tanto máis eficaces canto antes se instauren. A detección na primeira fase da infección posibilita a intervención e proporciona beneficios prognósticos para a persoa afectada, logrando maior supervivencia e melloras na calidade de vida.

Tamén o diagnóstico precoz favorece a propia protección ante reinfeccións, así coma a do seu contorno na medida en que posibilita unha prevención eficaz ó mante-las persoas que viven co VIH/sida e os grupos vulnerables en estreito contacto cos sistemas de atención socio-sanitaria, facilitándolle-lo acceso á información, á educación sanitaria, ós medios de prevención, ó tratamento e ó apoio. O consello sanitario tense demostrado como unha das medidas máis efectivas para que as persoas portadoras tomen conciencia da súa responsabilidade para impedi-la transmisión a outros membros da nosa sociedade.

O rexeitamento e marxinación diminúen a efectividade dos esforzos preventivos e dificultan o acceso voluntario ós centros sanitarios para fins de diagnóstico naquelas persoas que estiveron en situación de risco. Como consecuencia non só se impide que a persoa afectada poida beneficiarse dos tratamentos senón que tamén se pon en perigo a saúde doutras persoas por posibles contactos de risco con este caso, que de estar correctamente informado e asesorado, poderían evitarse.

Estímase que o 25% das persoas infectadas descoñece este feito e moitas delas posiblemente nin o sospeitan, o que impide gozar a nivel individual e colectivo dos beneficios comentados. O mesmo acontece cando se estudia a diferenza temporal entre infección por VIH nos casos incluídos no Rexistro Galego da Sida, onde nos últimos anos máis da metade dos pacientes evolucionaron a sida en menos dun ano dende o diagnóstico de infección por VIH e sabemos que nun número cada vez máis numeroso os dous diagnósticos coinciden temporalmente. Esta situación reflicte un atraso moi importante na súa detección.



O diagnóstico precoz é hoxe obxectivo prioritario de saúde polos beneficios individuais e colectivos que posibilita. A promoción da proba é un elemento clave.

As actividades de promoción da detección precoz estarán dirixidas ás poboacións ou persoas con prácticas de risco, tanto entre os que acoden a consulta coma nas poboacións ocultas en situación de risco (UDVP, inmigrantes,...) a través dunha busca activa, mediante programas de achegamento con participación de mediadores e asociacións propias.

Nesta liña de actuación ante un diagnóstico de infección por VIH debe investigarse sobre a posibilidade de **CONTACTOS CON RISCO** razoable e oferta-lo estudio para eles a través do propio paciente ou directamente (sempre co seu consentimento).

En todo caso a detección da infección por VIH/sida debe ser sempre **INDIVIDUAL, VOLUNTARIA e INFORMADA**, xa sexa a proposta do profesional sanitario ou ante unha práctica de risco ou sospeita patolóxica ou por propia iniciativa, e os dereitos á **CONFIDENCIALIDADE** de toda información de carácter médico no que concirne á situación de VIH/sida debe ser estritamente mantida. A entrega de resultados debe acompañarse sempre do necesario consello.

As intervencións a escala comunitaria deben promover a comprensión, sobre a base dunha información rigorosa e obxectiva, dun problema que debe afrontarse por toda a sociedade, e o sistema sanitario debe posibilitar e favorecer o diagnóstico precoz con medidas e recursos encamiñados a ese fin.

Obxectivos

- Incluir coma **liña estratéxica prioritaria** nas actividades e programas de prevención a detección precoz da infección.
- Garanti-lo cumprimento da lexislación vixente en todo aquilo que afecte ós dereitos individuais ou colectivos das persoas.
- Mante-los recursos diagnósticos necesarios no Servicio Galego de Saúde para cubri-las demandas de forma confidencial e gratuíta.
- Mante-las posibilidades de **acceso ó diagnóstico anónimo** para aquelas persoas que o solicitan nos centros hospitalarios do Sergas con unidade de atención para esta infección.
- Mante-los programas vixentes de detección precoz (embarazadas, pacientes de Unidades Asistenciais de Drogodependencias, UTB...).
- Promove-la detección precoz e mellora-la accesibilidade ó diagnóstico a través de:
 - Atención Primaria (pacientes con prácticas de risco, ETS, parellas sexuais de infectados, ...).
 - Centros de Orientación Familiar (COF).
- Promove-la oferta protocolizada de test diagnóstico na atención de colectivos especialmente vulnerables:
 - Unidades Asistenciais de Drogodependencias (UAD).
 - Programas de diminución do dano (intercambio, metadona, ...)
 - Programas *outreach* ou de achegamento con participación de membros das poboacións diana.
 - Programas de prevención de VIH/sida, hepatite B-C e ETS en prostitución.
 - Programas destinados a inmigrantes e minorías étnicas.
 - Programas de prevención destinados a outras poboacións con alta prevalencia de infeccións e/ou práctica de risco.

Indicadores

- Intervalo temporal <1 ano entre diagnóstico VIH e sida/ano.
(Diminución porcentual $\geq 5\%$ /ano).
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de probas VIH realizadas/ano.
Fonte: División de Asistencia Sanitaria.
- Número de actividades con oferta protocolizada de estudo VIH/ano.
Fonte: Institucións implicadas.
Coordinación: Dirección Xeral de Saúde Pública.

Programas e actividades de prevención

Os programas e actividades de prevención forman **a parte esencial desta estratexia** ata o grao de que esta non tería sentido sen eles. A parte básica deste plan de actuación está orientada a diminuí-la diseminación do VIH, aumentando a capacidade de autoprotección das persoas a través da adquisición de actitudes saudables e potencia-la modificación daquelas que as poñen en perigo. Sempre deben partir de medidas e actividades que protexan positivamente ás poboacións diana, ós individuos pertencentes a eses grupos e, moi especialmente, ós máis marxinados.

Esta estratexia preventiva deséñase dentro dun todo pero con obxectivos específicos diferentes segundo as poboacións diana e seguindo **varios niveis de actuación**:

- **Información.** A información é indispensable para calquera logro en prevención. Os esforzos realizados durante estes anos acadaron algúns obxectivos como é o elevado nivel de información sobre os aspectos máis salientables desta infección. Mantelo e se cabe aumentalo é un labor permanente que non pode esquecerse.
- **Educación sanitaria.** Promovendo actitudes positivas que favorezan a adopción de comportamentos saudables no futuro e a modificación daqueles que comporten situacións de risco, nun marco de respecto polas opcións individuais.
- **Facilitación de medios preventivos.** Favorece-lo acceso ós medios de prevención para que ante situacións de risco se poidan adoptar comportamentos máis seguros, tanto no eido sexual coma no caso de uso de drogas.
Garantindo a oferta de acceso ós axentes terapéuticos dispoñibles (antirretrovirais) naquelas situacións en que estea indicado por reduci-lo risco de transmisión (embarazadas...)

Obxectivos xerais

- Diminuí-las prácticas de risco para a infección por VIH.
- Aumenta-la utilización das medidas preventivas.
- Diminuí-la incidencia de infección por VIH.

Obxectivos específicos

- Defini-las prioridades para as intervencións preventivas, potenciando e favorecendo o seu desenvolvemento.
- Identifica-los responsables de cada actividade, corresponsabilizando ás distintas unidades administrativas.
- Coordinar tódalas intervencións a través da Comisión Galega de Coordinación e Seguimento da Actividade fronte a infección polo VIH/sida.
- Instaurar un sistema de avaliación tanto da globalidade da estratexia como individual de cada intervención ou programa.

Liñas prioritarias e principais poboacións diana das intervencións preventivas

POBOACIÓN XERAL

A política de prevención entre a poboación xeral ten uns límites dos que hai que ser conscientes á hora de deseñar obxectivos. A través destas actuacións pódense **lograr niveis de información necesarios e indispensables, pero moitas veces insuficientes**, para lograr conductas saudables e climas de opinión favorables cara ás intervencións preventivas e ás persoas afectadas. Hai sectores de poboación ós que só se accede por esta vía e outros que quedan fóra desta intervención. Estas actividades teñen que completarse con outras dirixidas a colectivos de maior risco nas que aumenta a eficiencia destas intervencións.

O **nivel de información** conseguido ata agora na poboación xeral sobre a infección polo VIH/sida **é elevado**. Os elementos básicos desta infección como son os principais mecanismos e vías de transmisión e os medios de protección son coñecidos por unha porcentaxe elevada que distintos estudos sitúan entre un 80-90%. Sen embargo, esta porcentaxe diminúe entre un 10% e un 30% cando se trata de modos de transmisión menos eficaces. Tamén se manteñen crenzas erróneas sobre certos vehículos de transmisión que xeran confusión sobre o risco de infección, coma os bicos, saliva, doazón de sangue, etc.

A aceptación dos medios preventivos tamén é moi elevada e as actitudes positivas cara a eles avanza entre a nosa poboación. Así, a prevención da transmisión sexual mediante o uso do preservativo ou os programas de diminución de dano entre os usuarios de drogas son aceptados e defendidos amplamente. Sen embargo, persiste unha pequena proporción de persoas que os rexeita por razóns morais ou ideolóxicas, a pesar de que as avaliacións destas intervencións demostraron que a súa implantación non creou unha atmosfera de permisividade sexual que levara os mozos a experiencias sexuais máis precoces, nin un aumento da frecuencia das relacións sexuais, nin do número de parellas sexuais, así como tampouco orixinaron aumento dos usuarios de drogas nin do consumo destas substancias.

En canto ós **comportamentos de risco constátanse que están presentes** aínda que nalgún campo como o sexual o seu número sexa menor que noutros países do noso contorno. No ano 1996 unha enquisa do Plan Nacional sobre Drogas amosaba que só un 6,1% (9,8% en homes e 2,6% en mulleres) tivera máis dunha parella sexual nos doce meses anteriores. Sen embargo, a utilización do preservativo como medio de prevención, aínda que aumenta en tódalas idades e especialmente entre os mozos, segue sendo baixa.

Debe terse presente que a publicación periódica dos datos epidemiolóxicos sobre a importante diminución nos casos de sida, xunto cos continuos avances no seguimento e tratamento desta infección, transmitidos a través dos medios de comunica-

ción, poden orixinar unha **percepción equívoca de ausencia de risco**, de problema solucionado, fundamentalmente naquelas persoas con información insuficiente que non distinguen entre persoas portadoras e caso de sida. Aínda que a incidencia da infección diminúa, en certos colectivos a prevalencia aumenta. **Esa sensación de ausencia de risco pode facer retroceder los avances logrados en anos anteriores, no caso de que non sexa contrarrestada eficazmente a través da información obxectiva e rigorosa.**

É necesario aumentar ou, cando menos, mante-lo nivel de información da poboación a través dunha actividade continuada. Por razóns de eficiencia realizáronse acordos entre Ministerio de Sanidade e CC.AA. polos que as grandes campañas de información a través dos medios de comunicación asume o Plan Nacional da Sida. Correspóndenos na nosa comunidade complementalas mediante as actividades diarias de facilitación de información a demanda, presenza nos medios de comunicación, Día Mundial da Sida e todas aquelas actividades puntuais útiles para este fin.

Obxectivos

- Potenciar unha conciencia obxectiva sobre o risco real da infección.
- Manter/aumenta-lo nivel de información da poboación sobre vías de transmisión e prácticas de risco, así como das condutas e formas/medios para evita-la infección.
- Impulsa-la aceptación cidadá das medidas de prevención, partindo dunha perspectiva sanitario-científica.
- Promove-lo apoio cidadán das intervencións preventivas, en especial das dirixidas ós colectivos máis vulnerables, coordinando a prevención desta infección co esforzo antiestigmatización e discriminación dos afectados.

Actividades que se realizarán

- Potenciación en Galicia das campañas informativas realizadas no ámbito do Estado.
- Concrección e organización na nosa comunidade das campañas promovidas por ONUSIDA en torno ó 1 de decembro, Día Mundial da Sida.
- Edición e distribución permanente e a demanda de material divulgativo co obxectivo de lograr un mellor coñecemento da infección e da sida entre a poboación galega.
- Mante-los teléfonos de información sobre VIH/sida, potenciando a súa difusión, co obxectivo de garantir unha información personalizada que dea resposta ás dúbidas e preguntas particulares dos cidadáns e sirva de medio para favorecer nestes condutas saudables.
- Manter un circuíto de información para transmitir-la realidade do problema, obxectivamente, tanto nos aspectos epidemiolóxicos, como no referente a avances científicos e terapéuticos de forma que esta información actualizada e científica permita elaborar unha percepción real do propio risco.

Indicadores

- Actividades de prevención sobre VIH para poboación xeral realizadas e orzamento utilizado/ano.

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública

- Estudos de información, coñecementos e actitudes sobre VIH en poboación xeral e resultados obtidos/ano.

Fonte: Institucións implicadas

Coordinación: Dirección Xeral de Saúde Pública

- Prevalencia/incidencia VIH en doadores de sangue/ano $\leq 2/10^5$

Fonte: Fundación Pública Centro de Transfusión de Galicia

ADOLESCENTES E PERSOAS MOZAS

Sen dúbida, as persoas mozas son as máis afectadas por esta infección así como polas súas consecuencias máis graves. No ano 2000 en Galicia o 75% dos casos de sida teñen menos de 41 anos no momento do diagnóstico e a mediana de idade pasou dos 27 anos, ó comezo da epidemia, ata os 36 anos ó final do século XX. Tendo en conta os coñecementos sobre a historia natural da infección, cun período longo de incubación que agora se sitúa en torno ós 10-12 anos, dedúcese que moitas destas persoas contactaron co VIH e adquiriron a infección na adolescencia e primeiros anos da xuventude.

Tamén as prácticas de risco son indicativas do risco existente na medida en que teñen incidencia elevada nestas idades. Así, no ano 2000, o 51,1% dos casos de sida están relacionados co uso de drogas inxectables e no 43,1% a vía de transmisión declarada son as prácticas sexuais de risco (31,8% heterosexuais e 11,3% homosexuais).

Os datos do sistema de información do Plan de Drogas de Galicia indican que o uso das drogas por vía intravenosa se produce maioritariamente nesas mesmas idades. Algunhas enquisas sociolóxicas indícanos que as relacións sexuais con parellas ocasionais son máis frecuentes entre os mozos, que só utilizan preservativo neses contactos en porcentaxes en torno ó 60%.

Polos datos epidemiolóxicos dispoñibles parece claro que son unha poboación diana prioritaria para as intervencións preventivas.

O nivel de coñecementos básicos sobre esta infección, vías de transmisión e medidas de prevención é bastante elevado nestas idades (segundo estudos realizados en Galicia un 76% na adolescencia e máis do 90% en universitarios). As actitudes cara á utilización dos medios preventivos así como para os afectados son maioritariamente positivas. Sen embargo, a percepción do propio risco é moi baixa e a falla de habilidades para afrontar unha situación tradúcese en non utiliza-lo preservativo ante relacións sexuais imprevistas.

A maior vulnerabilidade dos mozos radica nas ACTITUDES propias desta idade, caracterizadas pola curiosidade, o gusto pola experimentación e a busca de novidades. Se a isto sumamos que están frecuentemente sometidos a informacións confusas ou contradictorias, a que os seus dereitos non sempre son respectados e a que a maioría das veces sómo-los adultos os que tomamos as decisións e manexámo-los os recursos, podemos facilmente entende-lo porqué desta situación.

Por outra parte, a enerxía, o idealismo e a capacidade de compromiso dentro dunha sociedade residen fundamentalmente nas mozas e mozos. Se potenciámo-la súa formación e aprendizaxe, o seu poder para eliminar ou diminuí-la estigmatización, a marxinação e a insolidariedade, evitaremos que moitos se infecten e ademais favoreceremos que sexan solidarios coas persoas afectadas.

Ademais da necesidade de intervención, a accesibilidade ós rapaces a través do sistema educativo está garantida porque nestas idades pódense realizar actividades de formación de condutas saudables ou para potencia-lo cambio cara a estas, sendo idades abertas ás mensaxes de educación para a saúde.

O nivel de información é alto e suficiente nestas idades pero sabemos que este é o primeiro paso para a adopción de condutas saudables pero non é suficiente. É nece-

sario potencia-la promoción e educación para a saúde na escola e integrar nela a educación sobre VIH/sida.

A escolaridade é obrigatoria ata os 16 anos e a Lei orgánica 1/1990, de Ordenación Xeral do Sistema Educativo, introduce a educación para a saúde como un contido de natureza transversal, nun marco aberto e flexible do currículo, con responsabilidade e autonomía de cada centro. En Galicia dende hai máis de 10 anos levamos traballando neste marco a través do Programa Educativo de Prevención de Sida nos centros de ensino, encadrado nun convenio de colaboración entre a Consellería de Sanidade e a Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Así, posibilitase e facilítase a intervención na comunidade escolar, sen esquecer intervencións específicas fóra deste ámbito e máis alá dos 16 anos e que acheguen a prevención ó seu propio medio.

Unha pequena porcentaxe de adolescentes/mozos abandonan a escolarización por distintos motivos e lévannos nalgúns casos a situacións de máxima vulnerabilidade. Necesitan que a estratexia anterior sexa adaptada ás súas circunstancias.

En todo este proceso educativo é desexable, de ser posible, a **incorporación dos pais**, pola súa responsabilidade ou pola capacidade de transmisión de valores que contribúan de forma eficaz ó proceso formativo de actitudes positivas e á adopción de comportamentos saudables.

Obxectivos

- Informar/educa-los mozos e mozas de forma continuada sobre a infección por VIH/sida e outras enfermidades coas mesmas vías de transmisión.
- Promover condutas saudables así como habilidades para a protección ante posibles situacións de risco.
- Fomenta-la formación de valores positivos nos que non teñan cabida a discriminación e si a solidariedade e integración dos afectados.

Actividades que se realizarán

- PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DE SIDA NOS CENTROS DE ENSINO.

Dende o comezo deste programa, a principios dos 90, desenvólvese curso tras curso e acada unha cobertura de arredor do 70% dos centros, polo que se converteu nunha das actividades básicas de prevención que permiten, a través da educación para a saúde dos nosos rapaces, mira-lo futuro con certo optimismo. Numerosos investigadores insisten na necesidade desta liña de traballo preventivo nos adolescentes a través da educación. O propio alumnado considera que a escola debe desempeñar este papel. Sen embargo, estes programas de educación na escola son frecuentemente inadecuados ou, cando menos, mellorables. As avaliacións deste programa na nosa comunidade mostran un alto nivel de coñecementos nos mozos galegos en temas de VIH/sida e foi efectivo para melloralos.

A adquisición de coñecementos é unha condición necesaria pero non suficiente para mellorar actitudes que posteriormente se traduzan en comportamentos

ausentes de risco. E neste campo as avaliacións indicáronnos que o programa exercía un impulso positivo pero insuficiente para modifica-las actitudes.

Nunha situación de partida de coñecementos elevados, os programas de educación na escola deben ir encamiñados a crear actitudes saudables ou modificar aquelas que poden comportar risco. Os factores determinantes na efectividade destes programas para mellorar actitudes son a adecuación dos materiais ás características socioculturais da poboación diana, o apoio e adestramento do profesorado que voluntariamente se implica na realización de intervencións nos centros de ensino, e a colaboración das nais e pais neste proceso.

Obxectivos específicos

- Promover no alumnado coñecementos, actitudes e comportamentos saudables en xeral e en relación coa infección polo VIH/sida. Conseguir unha cobertura do programa educativo superior ó 60% entre os alumnos e centros.
- Fomenta-lo adestramento específico do profesorado para realizar intervencións baseadas na educación das actitudes. Oferta anual de cursos de formación.
- Estimula-lo diálogo entre as nais e pais e as fillas e fillos, e proporcionar ás nais e pais información sobre a infección polo VIH e as medidas de protección fronte a ela.
- Lograr un grao de satisfacción co programa entre profesores e alumnos superior ó 70%.

Tarefas que se realizarán

- Elaboración e edición de materiais de apoio que terán como destinatarios: o profesorado, o alumnado e as nais e pais.
- Difusión de información sobre o programa ó 100% dos centros públicos e privados. Tódolos centros de ensino secundario recibirán a oferta de materiais de apoio e de cursos de adestramento para o profesorado. Tanto os materiais como os cursos son gratuítos.
- Distribución de materiais segundo a demanda e realización de cursos de adestramento.

Indicadores

- Número de materiais editados e distribuídos no programa educativo de prevención de VIH/sida/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Participación no programa educativo de prevención de VIH/sida/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Custos do programa educativo de prevención de VIH/sida/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Grao de satisfacción dos usuarios do programa educativo de prevención de VIH/sida.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

- Nivel de coñecementos, actitudes e comportamentos sobre VIH/sida en rapaces escolarizados.

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

ACTIVIDADES FÓRA DO ÁMBITO ESCOLAR

Aínda que a escolarización é obrigatoria ata os 16 anos existen bolsas de rapaces non escolarizados que con frecuencia pertencen a poboacións en situacións de especial risco pola súa baixa capacidade de autoprotección e maior prevalencia de infección próxima. Para estes rapaces son necesarias accións preventivas específicas que partindo da realidade estean deseñadas para as situacións concretas, que se acheguen ó seu medio e, idealmente, que contén coa súa participación.

Tamén é necesario reforza-la educación recibida na escola con actividades próximas á realidade propia do medio extraescolar, máis próximas ás posibles situacións de risco, a través de asociacións de mozos e mozas e doutros grupos de iguais.

Obxectivo específico

- Potencia-las accións preventivas fóra do ámbito escolar, interrelacionándoas coa promoción da autoestima e integración social das persoas ou colectivos discriminados.

Tarefas que se realizarán

- Inclusión destas actividades como prioritarias nas convocatorias públicas de subvencións a proxectos de investigación-acción anti VIH/sida.
- Complementa-las actividades anteriores con outras realizadas mediante convenio coas asociacións de mozos e mozas ou que traballan coa mocidade.

Indicadores

- Número de actividades extra-escolares entre adolescentes-mozos sobre VIH/sida/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Incidencia de infección por VIH e vías de transmisión en persoas de 15-29 anos/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

MULLER E EMBARAZO

Se esta epidemia é un dos maiores problemas socio-sanitarios para a nosa sociedade, sen dúbida representa unha **ameaza maior para as mulleres**.

Dende o inicio da epidemia estímase que faleceron por esta causa cerca de 5 millóns de mulleres en todo o mundo, que máis de 15 millóns se terán infectado no ano 2000, a un ritmo medio de 3.000 cada día. Se ben é certo que esta situación afecta maioritariamente ó mundo subdesenvolvido tamén nos países industrializados aumenta o número e a porcentaxe de mulleres afectadas.

En Galicia a razón de sexos era 5 homes/1 muller nos primeiros anos da epidemia e nos últimos anos os casos sida notificados móstranno-lo diagnóstico nunha muller por menos de tres homes.

Existen ademais datos preocupantes ó analiza-las vías de transmisión, onde observamos diferencias notorias entre sexos. Aínda que as prácticas de risco asociadas ó consumo de drogas inxectadas son as máis frecuentes en ámbolos sexos, as prácticas heterosexuais de risco foron a vía de infección no 52% das mulleres no ano 2000. Esta transmisión realízase en moitos casos a través de relacións non protexidas con UDVP portadores da infección. Por idades a transmisión heterosexual nas idades máis novas é maioritariamente feminina. Tendo en conta que estamos ante unha enfermidade fundamentalmente de transmisión sexual e que o seu gran risco de extensión futura está na vía heterosexual parece clara a xustificación de actuacións encamiñadas a cortar esta vía na que a muller está implicada en gran medida.

O impacto na mortalidade entre as mulleres xa foi importante. Dende o ano 94 ó 96, a sida era a segunda causa de anos potenciais de vida perdidos (APVP) en mulleres. Dende o ano 1997 diminúe significativamente a mortalidade pero continúa entre as principais causas entre as mulleres máis novas.

Distintos factores biolóxicos e sociais condicionan unha **maior vulnerabilidade para a muller**, moi especialmente na transmisión heterosexual, e non debemos esquecer que esta enfermidade é fundamentalmente unha infección de transmisión sexual.

As mulleres son máis vulnerables debido a unha maior susceptibilidade á infección por VIH/sida por:

- **Situación social:** As mulleres non se benefician do mesmo tratamento cós homes como colectivo incluso naqueles países, como o noso, onde a igualdade é un dereito. Estas desigualdades, que se observan no exercicio diario do poder e nos eidos socio-cultural e económico, acentúanse nos colectivos xa de por si máis marxinados e desfavorecidos.
- **Razóns biolóxicas:** Toda unha serie de feitos orixinan que a transmisión heterosexual home-muller é máis eficaz que á inversa. A maior extensión de mucosa xenital exposta, a non maduración fisiolóxica do colo uterino e as secrecións vexinais pouco abundantes nas mulleres novas, a maior concentración de virus no esperma, a presenza de enfermidades de transmisión sexual, entre outros, son feitos que fan que o seu risco biolóxico sexa máis grande.

As intervencións preventivas teñen que partir desta realidade e incluír na súa metodoloxía e deseño a influencia das relacións de xénero nas conductas das persoas, adaptándose ós seus valores.

Esta maior vulnerabilidade da muller implica tamén, na medida en que pode facer de ponte da infección nas idades reproductoras a través da vía vertical, un **risco engadido secundario**, polo que a prevención entre as mulleres en idade fértil adquire unha relevancia especial. Ata hai poucos anos nas mulleres VIH(+) o risco de transmisión vertical situábase no noso medio nun 17% e non existían medios profilácticos.

A transmisión perinatal é a responsable da maioría de infeccións por VIH diagnósticadas en nenos. No Estado diagnosticáronse 884 casos de sida por transmisión materna, dos que 13 son galegos. En Galicia dende o ano 97 non se notificaron casos de sida por esta vía. Sen embargo, o estudo de anticorpos en neonatos mostra unha prevalencia de infección das mulleres que dan a luz ó redor do 1 por mil.

As únicas medidas útiles dispoñibles ata hai pouco para evita-la transmisión da infección por esta vía eran a prevención primaria na muller e a planificación familiar, a interrupción voluntaria do embarazo e evita-la lactación materna. No momento actual a utilización de fármacos antirretrovirais, ofertados no noso sistema sanitario público, diminúen o risco de infección para o neno ata porcentaxes ó redor do 1% polo que o obxectivo de eliminar esta infección na infancia está case ó alcance das nosas mans.

Para iso, dende o ano 1998 **en Galicia é obrigatorio que todo médico/a oferte a toda embarazada no momento do diagnóstico a realización do estudo de VIH** e, no caso de estar infectada, tódalas posibilidades legais de atención e seguimento. Todo isto está regulado na **circular 10/98** “Normas xerais de actuación ante a muller embarazada en relación coa infección por VIH/sida”, da Dirección Xeral de Saúde Pública e División de Asistencia Sanitaria.

A **estratexia global a seguir en Galicia en relación coa muller** estará baseada en:

- Prevención primaria.
- Detección e captación das mulleres con prácticas de risco.
- Planificación familiar.
- Ante a muller embarazada:
 - Información sobre VIH.
 - Oferta de estudo diagnóstico: voluntario e confidencial.
- A muller embarazada VIH(+):
 - Información obxectiva.
 - Implicacións persoais.
 - Implicacións embarazo.
 - Risco de transmisión perinatal.
- Alternativas: continua-lo embarazo, interrupción voluntaria do embarazo (IVE).
- Tratamento e seguimento antirretrovírico persoal e do contorno.

Obxectivos

- Aumenta-lo nivel de información entre as mulleres sobre as prácticas de risco e medidas útiles para a súa prevención e mellora-la educación sanitaria sobre

a saúde sexual, dotando ás mulleres de habilidades encamiñadas a diminuí-la discriminación de xénero.

- Diminuí-la transmisión vertical (nai-fillo) ata situala por debaixo do 0,1 por mil dos nados cada ano.
- Potencia-la detección e captación de mulleres con prácticas de risco moi especialmente nas que exista intención de procrear, esencialmente mulleres UDVP, mulleres con parella UDVP e mulleres con ETS continuadas.
- Garanti-la adecuada planificación familiar para a muller infectada, respectando sempre a súa vontade.
- Garanti-lo acceso da muller ás probas diagnósticas e tratamento gratuíto para as VIH(+) así como para os seus fillos.
- Consegur que na rede do Sergas se oferte o test diagnóstico a máis do 95% das mulleres embarazadas.

Actividades específicas

- Potencia-las actividades preventivas específicas para a muller con prioridade especial para as destinadas a aquelas que formen parte de colectivos sociais marxinados e/ou con maior prevalencia de infección: mulleres UDVP, mulleres con parella UDVP, mulleres con ETS continuadas, prostitución, etc.
- Oferta gratuíta na rede sanitaria pública de estudos analíticos para tódalas mulleres nas que se detecten prácticas de risco, moi especialmente para as que teñan intención de procrear, sempre de forma voluntaria e consello pre-test.
- Oferta obrigatoria de estudio diagnóstico a toda muller embarazada no primeiro contacto coa rede sanitaria.
- Planificación familiar adecuada para as mulleres VIH (+).
- Oferta ás embarazadas VIH(+) de información e consello así como das alternativas legais posibles incluíndo o seguimento e tratamento da muller VIH(+) e dos seus fillos.

Indicadores

- Prevalencia de VIH en mulleres e vías de transmisión/ano
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Prevalencia de VIH en mulleres embarazadas/ano
Fonte: División Asistencia Sanitaria.
Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Prevalencia de infección por VIH en nais de neonatos/ano $\leq 2^0/_{00}$
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de probas de VIH realizadas en embarazadas/ano
Fonte: División de Asistencia Sanitaria.
- Número e porcentaxe de sida por vías de transmisión en mulleres/ano
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número e porcentaxe de sida por transmisión vertical/ano
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL

Dende mediados dos anos oitenta a infección por VIH, xunto con outras patoloxías como hepatite, tuberculose, enfermidades de transmisión sexual (ETS), etc. viñeron a sumarse ó xa de por si preocupante problema do consumo non terapéutico de drogas, moi especialmente das inxectadas.

Un número elevado de usuarios destas substancias psicoactivas tiñan o costume de compartilo material de inxección, un mecanismo moi eficaz para a transmisión das infeccións por vía sanguínea como os virus das hepatite B e C e o VIH. Desta maneira a infección por VIH propagouse rapidamente nos anos 80. Diversos estudos realizados a finais desta década e principios dos 90 encontraron taxas de infección neste colectivo do 40-70%. En Galicia realizouse un estudo entre 1988-1992 en 1.040 pacientes dos que 678 eran usuarios de drogas intravenosas, mostrando entre estes últimos unha proporción de infectados do 57,7%. Estas taxas tan elevadas converteron, no noso país, a práctica de compartilo material de inxección no principal factor de risco para a transmisión da infección por VIH.

Dende entón datos indirectos reflicten unha evolución positiva, un cambio que se está a producir cara a vías de consumo de menor risco utilizando a vía inhalada en detrimento da inxectada, de forma que o número de usuarios de drogas intravenosas poida estar diminuindo, así coma unha redución no uso compartido de xiringas. Tamén estudos de seroprevalencia neste colectivo en membros que acudiron ás UAD indican que a porcentaxe de infectados parece ir diminuindo. A través dos datos facilitados polo Observatorio de Galicia sobre Drogas obsérvase no período 1998-2000 que nos que tiñan tratamento previo a vía intravenosa era utilizada por unha porcentaxe en torno ó 39% mentres que nos que empezaban tratamento só era empregada por un 16-18%. En canto á prevalencia de infección por VIH no mesmo grupo e no mesmo período de tempo era dun 13,4-15,8% entre aqueles que tiñan tratamento anterior e de 5-6% nos que se incorporaban a estas unidades de atención ás drogas.

Sen embargo, esta redución nas taxas de infección non debe oculta-lo feito de que **a prevalencia de infección así como de prácticas de risco segue sendo elevada dentro do colectivo** e moi especialmente nalgúns dos subgrupos, como resaltou un estudo recente que foi realizado en Galicia entre usuarios do programa de intercambio de xiringas, que mostrou unha prevalencia da infección por VIH de 27,5% e comportamentos de risco no 16,7% por vía sanguínea e máis do 30% por vía sexual.

Como consecuencia deste nivel de infección, os UDVP convertéronse ata o momento no colectivo que achegou máis casos no noso medio ós rexistros de sida. Dende que no ano 1982 no Estado, e en Galicia en 1984, se diagnostica o primeiro caso relacionado co uso de drogas inxectables, esta pasa a se-la categoría predominante con arredor do 70% de tódolos casos acumulados, manténdose ata a actualidade.

A transcendencia deste problema aumenta se consideramos que a vía de transmisión sanguínea non é a única neste colectivo, participando na vía sexual e materno-fetal. Entre os casos de sida que presentan como factor de risco relacións heterosexuais, unha ampla porcentaxe adquiriu a infección por relacións cun/unha UDVP. A maioría dos nenos con sida infectáronse por vía vertical a partir dunha nai pertencente a este colectivo.

Debe terse presente que o risco de extensión desta infección non se limita a persoas consumidoras, xa que ó non ser un colectivo pechado a contactos externos a probabilidade de extensión ó resto da comunidade existe fundamentalmente a través da vía sexual cun risco engadido nas relacións de prostitución.

En conclusión, pódese afirmar que os usuarios de drogas por vía parenteral continúan sendo nestes momentos o sector da poboación máis afectado, mantendo unha porcentaxe elevada dos seus membros comportamentos e prácticas que implican risco de transmisión das patoloxías susceptibles de facelo por vía sanguínea e/ou sexual tanto dentro do propio colectivo como cara a outros sectores da sociedade.

A prevención da transmisión parenteral e sexual do VIH e outras ETS, a súa detección e tratamento precoz neste colectivo, segue a ser entón unha das liñas de intervención prioritarias para diminuí-lo impacto da epidemia na nosa comunidade.

Para afrontar con éxito este problema, que, ó mesmo tempo que orixina problemas individuais e sociais, tamén ameaza a saúde pública, é indispensable abordalo no seu conxunto, ligando a prevención do VIH á estratexia xeral deseñada para os Plans de Drogas, rexeitando as liñas de traballo que levaron ó fracaso dalgunhas políticas de actuación no pasado e incorporando pragmaticamente aquelas que se desmostraron exitosas.

A abordaxe do problema do consumo de drogas e de prevención de VIH debe ser feita dende un **enfoque integral e de saúde pública**, abarcando como achegas positivas todas aquelas actuacións comunitarias e individuais encamiñadas á prevención primaria do consumo de drogas e aquelas que, ante o fracaso parcial desta, afronten a realidade do uso e consumo con obxectivos complementarios e non excluíntes, enfocados ó abandono ou a minimiza-los efectos negativos sobre a saúde individual e colectiva diminuindo a morbilidade e mortalidade asociada.

Para conseguila maior efectividade, as actuacións implantadas deben partir dalgunhas premisas que a experiencia anterior demostrou como indispensables para un deseño acertado:

As circunstancias socio-culturais, a desestructuración social e a marxinación que afecta a gran parte dos usuarios de drogas dificultan o acceso a estes e complican as estratexias de prevención.

Sen embargo e a pesar desa dificultade múltiples estudos mostran que os usuarios de drogas, polo menos unha ampla porcentaxe, son capaces de adapta-los seus comportamentos á realidade imposta por esta epidemia, aínda que os avances obtidos deben consolidarse e necesítase avanzar aínda máis xa que non son aínda suficientes tendo en conta a prevalencia elevada da infección neste grupo. Se en toda intervención é necesario partir da realidade, toda estratexia preventiva neste colectivo necesita ademais adaptar minuciosamente o seu deseño ós obxectivos previstos dando resposta ás diferentes necesidades de múltiples subgrupos que conviven naquel.

As alternativas son múltiples e todas elas complementarias. Moitas non logran máis que avances parciais pero útiles para logralo obxectivo común de contribuir ó avance cara á solución definitiva deste problema. Todas son útiles e ningunha máis valiosa que as demais dentro dunha estratexia global de pre-

vención: dende os programas de prevención primaria que teñan como obxectivo o non inicio do consumo ata aqueles destinados ós subgrupos máis inaccesibles e que rexeitan o abandono, pasando por tódalas distintas alternativas que se ofertan para o tratamento da adicción ás drogas.

Todas estas intervencións deben incluír accións encamiñadas a eliminar a marxinación e estigmatización destas persoas, xa que tamén forman parte do dano ocasionado polo consumo de drogas.

Obxectivos

- Potencia-las actividades de prevención primaria encamiñadas a disuadir o consumo de drogas.
- Promove-lo acceso ós programas de atención nas primeiras fases do uso de drogas tanto con obxectivos de abandono como de impedir o seu uso inxectado.
- Aumenta-la accesibilidade ós programas de redución do risco diminuindo a demanda non cuberta: tratamento con agonistas opiáceos, facilitación de medios preventivos, etc.
- Fomenta-las intervencións de base comunitaria e de captación dos subgrupos máis inaccesibles.
- Aumenta-la coordinación entre os diferentes servicios de atención con actividades ou prestación de coidados para este colectivo abordando as situacións individuais de forma integral (VIH, ETS, hepatitis, tuberculose, problemática social...)

Actividades específicas

- Manter e/ou ampliar os convenios establecidos pola Consellería de Sanidade cos concellos e ONG que xestionan centros e programas asistenciais do Plan Galego de Drogas, así como a súa dotación de recursos materiais e humanos.
- Garanti-la atención ós drogodependentes, impulsando medidas que faciliten a accesibilidade ó sistema xeral de coidados de saúde, fundamentalmente para patoloxías asociadas como VIH/Sida, VHB, VHC e tuberculose.
- Normaliza-la oferta sanitaria integral incluíndo nas actividades destas unidades a prevención de VIH, hepatitis e tuberculose así como a súa detección precoz.
- Prioriza-las actividades de información e educación para a saúde no ámbito educativo, comunitario, centros de atención a consumidores, ONG que traballan neste campo e todas aquelas que captan poboacións de difícil acceso nas que o consumo poida ser alto.
- Estende-las actividades de formación de formadores, especialmente naqueles casos en que sexa posible incorporar exconsumidores ou adictos activos que sirvan como modelo e melloren a comunicación co seu grupo de iguais.
- Potencia-la prevención sexual a través de actividades para parellas serodiscordantes e entre persoas portadoras.
- Actualiza-los programas de tratamento con agonistas opiáceos co obxectivo de aumentar o acceso a eles así como para lograr aumentar a adherencia dos seus usuarios.

- Garanti-la subministración de material preventivo a través do Programa galego de facilitación de medios preventivos a UDVP.
- Manter/aumenta-los puntos de intercambio de material preventivo.
- Prioriza-los programas de achegamento ós subgrupos máis inaccesibles con participación de ex/usuarios.
- Estende-los protocolos de coordinación existentes entre UADs, UTBs e unidades de VIH a toda Galicia.

Indicadores

- Incidencia de infección por VIH en UDVP/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Prevalencia de VIH en usuarios de drogas/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Porcentaxe de usuarios de drogas que comparten material de inxección.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Porcentaxe de usuarios de drogas por vía sanguínea que utilizan preservativo nas relacións sexuais.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de usuarios de programas de metadona/ano.
Fonte: Plan de Galicia sobre Drogas.
- Tempo de espera para entrar en programas de metadona/ano.
Fonte: Plan de Galicia sobre drogas.
- Número de paquetes preventivos para UDVP distribuídos a través do subprograma de facilitación de medios preventivos a través das oficinas de farmacia/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de paquetes preventivos e preservativos distribuídos a través do subprograma de intercambio/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de puntos de intercambio/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Vía de administración de droga nos pacientes que acoden a tratamento por primeira vez nas UAD/ano.
Fonte: Plan de Galicia sobre drogas.
- Porcentaxe de satisfacción cos programas de prevención entre usuarios de drogas
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Orzamentos utilizados nas actividades de prevención e control do VIH entre UDVP/ano.
Fonte: Institucións implicadas.
Coordinador: Dirección Xeral de Saúde Pública.

HOMES CON PRÁCTICAS HOMOSEXUAIS-BISEXUAIS

O colectivo de persoas con prácticas homosexuais-bisexuais foi un dos máis afectados por esta epidemia como consecuencia das prácticas de risco que a gran maioría realizaba mentres a infección se estendía de forma silente e tamén nos primeiros anos en que xa eran coñecidas as vías de transmisión.

Como consecuencia, a prevalencia de infección era moi elevada e os casos de sida neste grupo representaron porcentaxes importantes dentro da totalidade. En Galicia achegaron anualmente entre o 8-10% do total de casos, porcentaxe que se mantén constantemente ata o último ano. A incidencia de casos de sida en Galicia tamén descendeu máis do 50% nos últimos 10 anos. Sen embargo no ano 2000 continúa sendo a terceira vía de infección dos casos de sida notificados e representa o 9,6% do total. Os estudos sobre prevalencia de infección realizados no Estado español son escasos e teñen limitacións importantes pero poden acercarnos á realidade. Os seus resultados mostran unha **prevalencia entre 10-20%**. Os poucos datos existentes sobre incidencia non son concluíntes pero parecen indicar un pequeno aumento nos últimos anos.

Os homosexuais foron o colectivo que primeiro modificou os seus comportamentos sexuais e no que se realizou un cambio máis notable cara a condutas saudables: diminución do número de parellas, de prácticas de risco e aumento do uso do preservativo. Isto foi debido ás características do colectivo, que potenciou e estendeu intervencións preventivas, participando activamente no seu deseño e implantación a través dalgunhas organizacións propias. Pero a investigación realizada pon de manifesto que estas modificacións das condutas non se realizaron homoxeneamente e foron asumidas en menor medida en perfís que se asemellan a algunhas características de parte desta poboación en Galicia (vivir en pequenas comunidades, negación da súa condición homo-bisexual, nivel educativo limitado, etc...)

Nos últimos anos algúns estudos realizados nestas comunidades en EEUU reflicten que se está a dar un **relaxamento nos seus comportamentos**. A pouca investigación efectuada no Estado español tamén detecta prácticas homosexuais de alto risco nunha porcentaxe moi elevada e non utilización do preservativo en contactos ocasionais nun 20-30%; tamén debe terse presente que unha alta proporción de homes con relacións homosexuais son bisexuais. Tendo en conta que estes estudos mostran unha prevalencia de infección elevada, **o risco de extensión da infección no propio colectivo e cara ás parellas femininas é tamén alto**.

Esta situación pon de manifesto a **necesidade de coñece-la súa realidade a través de estudo de coñecementos, actitudes e comportamentos así como de prevalencia e incidencia de infección e implantar programas de prevención** destinados a este colectivo. É preciso reforza-la información a través de mensaxes adaptadas ó seu estilo e formas de vida, elaboradas en colaboración con membros do colectivo e implicándoos na súa difusión nos seus espazos de encontro, e os programas deberán ter como diana non só aqueles que se autorrecoñecen como homosexuais senón tamén e moi especialmente aqueles que non o fan ou o negan.

En Galicia a escasa estruturación do colectivo, con pouco e limitado desenvolvemento do seu movemento asociativo, impediu realizar actividades de vixilancia da infección, de estudos de comportamentos, así como implantar actividades preventivas para toda a comunidade, quedando estas reducidas a intervencións puntuais e de ámbito xeográfico reducido.

Obxectivos

- Coñece-la realidade do colectivo tanto no que respecta ó nivel de infección, ás prácticas e comportamentos de risco como nos recursos que ten para protexerse dela.
- Prioriza-las intervencións preventivas específicas para este colectivo.
- Potencia-lo diagnóstico precoz entre as persoas con prácticas de risco non protexidas.
- Potencia-lo movemento asociativo e a coordinación coas súas asociacións, grupos ou líderes.

Indicadores

- Incidencia de VIH por relacións homosexuais-bisexuais/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Prevalencia de VIH entre homes con prácticas homosexuais-bisexuais.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número e porcentaxe de casos de sida por vía homosexual-bisexual/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Prácticas de risco e utilización de medidas de prevención entre persoas con relacións homosexuais/bisexuais.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

PERSOAS QUE EXERCEN A PROSTITUCIÓN

A prostitución como problema social é unha realidade presente na nosa sociedade. Tendo en conta as súas actividades, **as persoas que a exercen están expostas a un alto risco para as enfermidades de transmisión sexual (ETS), entre as que se inclúe a infección por VIH, e unha vez portadoras destas infeccións poden contribuír como axente transmisor cara a aquelas outras coas que manteñan contactos sexuais.**

As ETS teñen unha elevada prevalencia dentro do colectivo e representan un risco engadido que aumenta a transmisibilidade do VIH. Os estudos entre mulleres que se prostitúen mostran prevalencias de infección por VIH en torno ó 2%, coa excepción daqueles membros que paralelamente utilizaron as drogas inxectadas nos que se elevan ata taxas ó redor do 50%. En Galicia entre as usuarias do Programa Olimpia no ano 2000 atopouse unha porcentaxe de infección do 1,6% para VIH, e algo superior para hepatite B e C e outras ETS. Esta prevalencia varía en función de factores varios como pode se-lo tempo de exercicio, o lugar de traballo (rúa, club, bar de ruta...), etc. Algún estudio entre travestis e transexuais masculinos detectou niveis de infección máis elevados (16% nos que nunca utilizaron drogas, porcentaxe que se eleva ata o 58% nestes últimos).

A pesar deste elevado risco, **a información necesaria para poder protexerse é inferior á media que existe na poboación xeral e a utilización de elementos útiles na prevención é baixa.** Así, algúns estudos realizados nos últimos anos reflicten que menos do 50% utilizan sempre o preservativo con clientes, porcentaxe que diminúe ata un 10% na relación coas súas parellas. Factores engadidos agravan o problema: aqueles membros con maior necesidade económica ou menor preocupación pola súa saúde, como son os usuarios de drogas, ceden con máis facilidade ás presións que sectores de clientes realizan para non utiliza-lo preservativo.

A esta problemática de enfermidades infecciosas únese o resto de patoloxías e unha chea doutros conflitos sociais que, engadidos á **marxinalidade e discriminación na que viven, aumentan a súa vulnerabilidade e dificultan toda acción sanitaria.** Á situación histórica de marxinación legal e socio-económica deste colectivo engádese neste momento as propias de inmigrantes que se incorporan ó sexo comercial. A situación ilegal, as dificultades de linguaxe e as diferencias culturais e de costumes agravan a situación e, en moitos casos, dificultan enormemente o acceso ós programas esixindo **unha captación activa e que as intervencións aborden de forma integral** toda esta problemática adaptándose á súa realidade. Para iso é necesaria a **coordinación** entre tódalas institucións con competencias neste campo e o traballo en colaboración con ONG dispostas a implantar programas neste medio que ó mesmo tempo de informar e educar se impliquen na mellora do seu status de vida e en facilitarlles asesoramento e acceso ós recursos sanitarios e sociais.

Se en tódalas intervencións preventivas a súa **continuidade temporal** é básica para manter viva a conciencia e motivación necesarias para a adopción de comportamentos saudables, para as destinadas a este colectivo existen razóns engadidas. A incorporación de novos membros con novas e/ou diferentes necesidades e a súa circulación en redes e desprazamentos xeográficos fan desexable unha estrutura preventiva permanente que cubra toda a comunidade de forma que

sempre exista un punto posible de acceso ó sistema socio-sanitario, polo que **as intervencións de acercamento e busca no seu medio son en moitos casos indispensables**. O traballo de rúa, a captación e formación de axentes de saúde en (ex) membros do colectivo e a súa participación no deseño e desenvolvemento das actividades están demostradas como moi efectivas na práctica. A oferta dun estudo sanitario de cada situación debe integrarse en cada actuación dentro da estratexia de detección precoz.

Obxectivos

- Aumenta-lo nivel de información sobre riscos e métodos preventivos útiles.
- Aumenta-lo uso de preservativo nas relacións sexuais.
- Diminuí-las situacións de risco e o grao de vulnerabilidade destas persoas.
- Dotar estas persoas de habilidades sociais de autoprotección.

Actividades específicas

- Manter/estende-la rede de actividades preventivas que teñen este colectivo como poboación diana.
- Aumenta-la colaboración con outras institucións.
- Mellora-lo acceso ó sistema sanitario e social e potencia-la detección precoz.
- Prioriza-las intervencións con este colectivo como diana, a través das convocatorias públicas de subvencións.

Indicadores

- Incidencia de VIH, hepatite B-C e ETS en persoas que exercen a prostitución non usuarias de drogas inxectables/ano.
Fonte: Institucións implicadas.
Coordinación: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Prevalencia de VIH, Hepatite B-C e ETS en persoas que exercen a prostitución/ano.
Fonte: Institucións implicadas.
Coordinación: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número e porcentaxe de casos sida en prostitución/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de persoas que exercen a prostitución contactadas polo programa/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de analíticas realizadas/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de derivacións a asistencia sanitaria realizadas polo programa/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Orzamentos destinados ó programa de prostitución/ano.
Fonte: Institucións implicadas.
Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Nivel de satisfacción co programa entre as persoas atendidas/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

INTERNOS EN INSTITUCIÓN PENITENCIARIAS

As directrices internacionais recomendan e a lexislación española garante a **igualdade de dereitos dos reclusos** en relación co resto da poboación e polo tanto o seu acceso ás medidas de saúde pública e de atención sanitaria dispoñibles para toda a comunidade.

A prevalencia de infeccións transmisibles por vía sanguínea é elevada. Aínda que as taxas de infección por VIH foron descendendo progresivamente nos últimos anos **o nivel de infección nestes momentos é alto**, situándose ó redor do 20% dos reclusos. Tamén as taxas de infección polo virus de hepatite B e C teñen un nivel moi alto, moi especialmente entre os usuarios de drogas inxectadas onde alcanzan taxas superiores ó 75%. A tuberculose foi causa de diagnóstico de sida en case o 50% destes casos en prisións e alcanza neste medio taxas 30 veces máis altas que as da poboación xeral.

As prácticas de risco aínda que van evolucionando favorablemente continúan tamén en niveis preocupantes. O consumo de drogas é unha realidade, aínda que tamén se observa, igual ca no resto da sociedade, un cambio cara á vía inhalada e fumada en detrimento da inxectada. O uso do preservativo é moi baixo incluso entre os VIH(+).

Nos centros penitenciarios vense reflectidas as características máis preocupantes nos colectivos definidos como prioritarios para a actividade preventiva: baixo nivel de información, marxinación, discriminación e problemática biolóxica, social e psicolóxica engadida, que dificultan o éxito das intervencións educativas.

Esta **situación, que podemos definir de alto risco**, non pode deixar de ser prioritaria para as actividades de saúde pública de forma que os internos se beneficien dos dereitos en igualdade efectiva co resto da poboación recollidos no ordenamento xurídico e legal vixente.

As intervencións preventivas e de educación para a saúde, a transmisión de información e a motivación estimulando unha axeitada actitude cara á súa saúde deben ser potenciadas.

Tendo en conta esta situación e a oportunidade que a institución penitenciaria achega para a implantación de actividades preventivas, non podemos deixar pasa-la oportunidade de ofertalas en tódolos centros penitenciarios.

En Galicia existen cinco centros penitenciarios distribuídos polas catro provincias pero **as competencias neste campo aínda non foron transferidas á nosa comunidade**. Nos últimos anos, a través dun convenio subscrito entre a Consellería de Sanidade e a Dirección Xeral de Institucións Penitenciarias, puidéronse levar a cabo múltiples intervencións para garanti-la asistencia destas persoas, así como implantar diferentes actividades preventivas, entre as que cabe destaca-los programas de intercambio de material de inxección en tódolos centros.

A través deste convenio, mediante acordos puntuais e en colaboración con distintas ONG é necesario potenciar unha **política de intervención baseada** en:

- Programas de educación para a saúde.
- Programas de redución do dano (mantemento con metadona e de intercambio de material de inxección).

- Facilitación de medios preventivos (preservativos, xiringas, etc.).
- Detección precoz. Apoio e consello.

Tendo en conta que unha alta proporción das persoas que ingresan en prisión é como consecuencia do seu contacto coas drogas as accións anteriores teñen que ser necesariamente integradas, dentro dunha **estratexia global, que aborde o seu tempo de reclusión pero tamén a reintegración á sociedade aberta.**

Esta intervención nos centros penitenciarios non debe interromperse no momento de reintegra-las persoas reclusas ó seu medio social habitual con especial coidado a aqueles que se atopan en tratamento. A coordinación interinstitucional debe garantir-la **consolidación do vínculo terapéutico cos centros comunitarios** existentes, adecuando as actividades de reinserción, tanto en permisos coma en liberdade, ás necesidades individuais, normalizando a derivación a dispositivos terapéuticos extrapenitenciarios, non interrompéndose así un proceso terapéutico favorable que vai repercutir en importantes beneficios individuais e para a sociedade.

Obxectivos

- Diminuí-la incidencia de novas infeccións nestes centros.
- Diminuí-la morbi-mortalidade asociada.
- Garanti-los dereitos individuais e de acceso á atención asistencial.

Obxectivos específicos

- Intensifica-las actividades preventivas neste medio, favorecendo e potenciando a participación dos internos.
- Normaliza-lo funcionamento dos programas de intercambio.
- Integrar nun todo a abordaxe das patoloxías transmisibles, en especial VIH, hepatitis víricas e tuberculose.
- Aumenta-la colaboración e coordinación entre os programas de atención penitenciarios e comunitarios.

Indicadores

- Prevalencia de VIH entre internos en institucións penitenciarias/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública (D. X. de Institucións Penitenciarias).
- Número de programas de diminución do dano en institucións penitenciarias.
Fonte: Institucións Penitenciarias.
Plan de Galicia sobre Drogas.
Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de paquetes preventivos distribuídos en institucións penitenciarias en Galicia.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de actividades preventivas e de educación sanitaria sobre VIH/sida realizadas entre reclusos/ano.
Fonte: Institucións penitenciarias.
ONG.
Dirección Xeral de Saúde Pública.

INMIGRANTES E MINORÍAS ÉTNICAS

O desenvolvemento económico de Galicia nos últimos anos orixinou que a nosa comunidade se transformase en zona de acollida en vez de exportadora de emigrantes. Esta realidade da inmigración que se dá nos últimos anos continúa en aumento e previsiblemente manterá unha tendencia crecente.

A inmigración como colectivo é tremendamente heteroxénea na súa composición socio-cultural. A maioría destas persoas teñen importantes dificultades para a súa integración cultural, económica, social e incluso en moitos casos legal. **Estas condicións sociais poden conducir a parte destas persoas á prostitución e/ou ó consumo de drogas, situacións nas que o risco para a súa saúde aumenta moi especialmente no campo das enfermidades transmisibles, situándoos nunha vulnerabilidade extrema.**

Esta realidade emerxente demanda alternativas e solucións a novos problemas que sen dúbida suscitan importantes retos para o noso sistema, tanto no campo social coma sanitario.

A súa abordaxe ten que realizarse necesariamente de forma integral, atendendo a toda a realidade socio-cultural da persoa e do seu colectivo, e diversificando e individualizando cada resposta con base nesa heteroxeneidade e diversidade dos múltiples subgrupos que conforman o colectivo da emigración. Neste esforzo de prevención de VIH e outras enfermidades transmisibles non debe esquecerse que probablemente para moitas destas persoas esta problemática sanitaria está relegada na súa orde de prioridades, onde priman as de compoñente económico e social. Por iso **a súa abordaxe ten que realizarse globalmente, atendendo tódolos seus problemas e preocupacións.**

Os datos epidemiolóxicos desbotan ata o momento o temor inicial de que estas poboacións tivesen un nivel de infección alto que repercuta negativamente aumentando a transmisión na nosa sociedade. A epidemia de VIH/sida é autóctona e a emigración non aumentou significativamente os casos de sida. Tamén a prevalencia de infección polo VIH é similar ás dos nosos grupos de poboación de características similares.

As intervencións necesarias, partindo dese marco integrador que combine as actividades sanitarias, onde se garanta o seu dereito á saúde, as actividades preventivas e as intervencións sociais que aborden o seu déficit neste campo, teñen que realizarse **coordinadamente entre as institucións competentes en cada campo, en colaboración con ONG** que realizan as súas actividades neste colectivo e **impulsando a participación de axentes de saúde e mediadores socio-culturais propios de cada grupo.**

Obxectivos

- Impedi-la extensión da epidemia nestes grupos.
- Diminuí-la morbi-mortalidade asociada.
- Conseguí-lo acceso ós coidados sanitarios e á rede de atención social para os afectados.

Obxectivos específicos

- Coñece-la realidade epidemiolóxica a través de estudos de vixilancia en poboacións inmigrantes e minorías étnicas.

- Coñece-la súa realidade socio-cultural e moi especialmente dos factores que confiren maior vulnerabilidade.
- Implantar un programa de intervención que inclúa campañas de prevención adaptadas a cada colectivo.
- Priorizar unha liña de estímulo e apoio ás actividades que se realicen entre inmigrantes.

Indicadores

- Número de persoas non españolas diagnosticadas de VIH en Galicia/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de casos e porcentaxe de sida en persoas non españolas diagnosticadas en Galicia/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

TRABALLADORES SOCIO-SANITARIOS

Os profesionais do medio sanitario foron destinatarios de múltiples intervencións de formación nos primeiros anos de actividade dos plans de prevención e control da sida. Dende aqueles ata o momento, e unha vez conseguidos os obxectivos perseguidos naquel momento, priorizáronse estas intervencións noutros colectivos máis necesitados delas.

Neste momento, no que temos consolidada unha política preventiva e acadado un amplo nivel de información, sen dúbida é necesario manter e afondar as intervencións no persoal de saúde cara a obxectivos máis ambiciosos. **Os traballadores socio-sanitarios deben mante-lo protagonismo como axentes de educación sanitaria, de impulsores dunha estratexia de detección precoz e control**, non só do VIH senón tamén daquelas patoloxías asociadas ás mesmas vías de transmisión, sendo ó mesmo tempo **garantes dos inalienables dereitos individuais dos afectados**. Ademais, os traballadores socio-sanitarios deben ser informados e formados sobre as precaucións e medidas a adoptar para **evitar as exposicións ocupacionais así como as transmisións nosocomiais**. Tampouco podemos esquecer a necesidade de **ter definidas alternativas posibles para casos de accidentes laborais ou persoal propio afectado**.

Transmisión no medio sanitario

Na práctica diaria do persoal de atención de saúde (PAS) danse con certa frecuencia exposicións accidentais a fluídos orgánicos susceptibles de ser transmisores de axentes infecciosos, principalmente cando se utiliza material punzante ou se producen salpicaduras de sangue ou fluídos infectados. **A maioría destes accidentes poderían evitarse se se utilizan os materiais adecuados de forma correcta.**

Estímase o risco medio de infección por exposición accidental percutánea a sangue infectado por VIH nun **0,3-0,4%**, dependendo do tipo de exposición, dispositivo punzante ou cortante, infecciosidade da fonte, concentración e cantidade de VIH, etc. Este risco é maior no caso doutros axentes coma os virus das hepatites B e C.

Dentro das posibles alternativas para enfrontar este feito algunhas persoas defenden o estudio serolóxico previo dos posibles portadores co fin de identificar seropositivos como paso que permita a adopción de medidas preventivas nese caso. Os estudos prospectivos realizados mostran que no 53% dos accidentes con presenza de VIH recollidos en persoal sanitario este coñecía que o cliente ó que atendía era portador. Esta medida, de dificultosa aplicación práctica, comportaría un aumento do risco nos casos non detectados. Como non contribúe a conferir protección e crea falsa seguridade debe desbotarse.

A estratexia realmente eficaz baséase na política de formación e información dos traballadores sanitarios, no cumprimento das **PRECAUCIÓNES UNIVERSAIS** en conxunción dunha boa práctica profesional que impidan a exposición a sangue ou fluídos infectados de calquera cliente, **considerando toda mostra como potencialmente infecciosa** e complementase coa profilaxe post-exposición. A aplicación destas medidas demostrou alta eficacia preventiva polo que **non está xustificado negalo**

acceso a tratamentos (odontolóxico, cirúrxico...) a persoas VIH(+). A negativa de atención a estes pacientes é un acto de discriminación e agresión ós seus dereitos cívicos. **Cando se produce un accidente é necesario ofertarlle ó afectado tódalas medidas dispoñibles para previr as infeccións posibles** por esa vía. A utilización de antirretrovirais en caso de accidente debe posibilitarse ás persoas que o sufran, valorándoo de forma individualizada e informándoas do posible risco de infección, porcentaxe de eficacia e efectos secundarios dos fármacos, para tomar unha decisión fundamentada sobre a súa utilización.

Tamén é posible a **transmisión de persoal sanitario a paciente** pero toda a información epidemiolóxica existente mostra que o risco de transmisión de VIH durante a realización de procedementos médicos ou cirúrxicos é moi baixo. **A maioría das intervencións realizadas nos centros sanitarios non supoñen riscos para a transmisión por sangue limitándose a algún procedemento invasivo no que unha punción ou corte do profesional pode contaminar co seu sangue os tecidos abertos do paciente.**

Tendo en conta a posibilidade de que traballadores sanitarios VIH(+) realicen procedementos invasores de risco a comunidade autónoma debe dotarse dun **órgano que defina as medidas a tomar ante un caso concreto** co fin de compatibilizar os dereitos individuais dos traballadores cos de preservación da saúde dos clientes.

A infección nosocomial de cliente a cliente no centro sanitario é practicamente insignificante. As normas hixiénicas xerais, as precaucións universais e a normativa vixente de detección sistemática obrigatoria de anticorpos antiVIH na recepción de órganos, transfusións ou hemoderivados fan que **este risco sexa moi baixo en comparación cos beneficios que achega a asistencia.**

Atención á exposición que ten lugar fóra do medio sanitario. Os medios terapéuticos e profilácticos actuais non demostraron eficacia total na prevención da infección por VIH na maioría destas exposicións pero a profilaxe post-exposición pode contribuir á prevención primaria nalgúns casos. Os pacientes nesta situación deben ser informados dos beneficios, riscos e efectos secundarios e facilitarlle-lo acceso individualizado e voluntario, segundo protocolos técnicos vixentes, ós medios profilácticos que existan en cada momento, aproveitando esa consulta para recordarlle as mensaxes preventivas e de educación sanitaria.

Achega dende o medio sanitario á prevención xeral

Dende hai tempo parece claro que **a asistencia sanitaria ten que ir máis alá do que é o diagnóstico e instauración dun tratamento e necesariamente ten que abordar o contorno de cada paciente e asumir actividades e responsabilidades de prevención e saúde pública acercando e interrelacionando as asistenciais ás intervencións preventivas.** No marco asistencial de atención primaria especialmente pero tamén no hospitalario **debe existir tempo e espazo para a prevención.**

Múltiples estudos en todo o mundo demostraron que:

- A realización dunha **boa anamnese** detecta prácticas de risco para enfermidades transmisibles en persoas que acoden á consulta por outros motivos.

A oferta de estudos analíticos específicos pode detectar infeccións e patoloxías que nalgúns casos nin se sospeitan e posibilitan o acceso destas persoas ós beneficios derivados dos tratamentos que oferta o noso sistema sanitario.

- Os datos epidemiolóxicos indícanos que unha parte importante das novas infeccións ocorren a partir de persoas xa infectadas ou con prácticas de risco, que non coñecen a súa situación de VIH(+).
- O medio ou actuación que se demostrou máis eficaz dentro das actividades preventivas é o **consello-educación sanitaria realizado polo persoal sanitario nas consultas de diagnóstico e seguimento** destas patoloxías transmisibles ou noutras que dalgunha forma poidan estar relacionadas.

Con base niso este plan define **como prioritario e decisivo que o sistema sanitario ten que realizar unha política centrada, ademais de nos labores diagnósticos e terapéuticos, en:**

- **Detección precoz.** Oferta de estudo analítico para toda persoa con prácticas de risco susceptibles razoablemente de ocasionar unha infección por vía sanguínea e/ou sexual.
- En toda persoa VIH(+) diagnosticada, **busca de contactos de risco, oferta de información e de estudo diagnóstico.** Sempre coa aceptación do paciente.
- En toda consulta para VIH(+) ou na que se detecten condutas ou prácticas de risco debe existir un **espacio para a educación sanitaria e a prevención.**

Estes principios deben terse presentes en toda a rede sanitaria pero moi especialmente en:

- Atención primaria.
- Unidades de atención para VIH.
- Unidades Asistenciais de Drogodependencias (UAD).
- Unidades de tuberculose (UTB).
- Centros de orientación familiar (COF) e unidades específicas para mozos/as.
- Unidades de obstetricia e xinecoloxía.

Obxectivos

- Elimina-las infeccións nosocomiais por VIH.
- Normalizar na práctica asistencial a detección precoz, o estudo de contactos e as actividades de prevención e educación sanitaria.
- Garanti-la adecuada atención e profilaxe.

Obxectivos específicos

- Potencia-la formación dos traballadores sanitarios.
- Aumenta-la conciencia entre os profesionais da necesidade de adopta-las precaucións universais.
- Protocoliza-las actuacións en casos de posible risco.
- Conseguir un estado de colaboración e apoio para as actividades anteriores entre as organizacións profesionais e sociedades científicas dos diferentes colectivos de persoal sanitario.

Actividades que se realizarán

- Planificación/programación de actividades de formación-actualización para traballadores sanitarios.
- Creación dunha **Subcomisión de avaliación e asesoramento das autoridades** sanitarias, dependente da Comisión Galega de Coordinación e Seguimento da Actividade fronte a infección polo VIH/sida, ante posibles casos de VIH entre persoal sanitario.
- Axilizar e potencia-la investigación sobre posibles malas praxes.

Indicadores

- Número de accidentes con material biolóxico/ano.
Fonte: División Asistencia Sanitaria.
- Número de seroconversións ó VIH dividido polo número de accidentes con material biolóxico/ano.
Fonte: División Asistencia Sanitaria.
- Número de seroconversións ó VIH dividido polo número de profilaxe post-exposición tras accidente con material biolóxico/ano.
Fonte: División Asistencia Sanitaria.

ATENCIÓN SANITARIA E SOCIAL

A aparición da infección por VIH e o diagnóstico dos primeiros casos de sida en Galicia significaron un **gran reto para o sistema público de asistencia sanitaria e de servicios sociais, sobre os que recae practicamente o 100% do peso da atención** destes pacientes. A pesar de ser un problema emerxente e complexo que se manifestou cunha alta intensidade pódese afirmar que **a resposta dada en relación coa atención destes pacientes foi altamente eficaz** dentro das limitacións derivadas dos poucos coñecementos existentes e da necesidade inmediata de asistencia.

Nestes momentos a epidemia está variando moitas das súas características que modifican decisivamente as necesidades de recursos médicos e socio-sanitarios e polo tanto deben ser tidas en conta na planificación a curto e medio prazo, para manter e mellora-la atención dos afectados.

A introducción dos novos fármacos antirretrovirais e as intervencións preventivas orixinaron un descenso importante na incidencia da sida, aumento da esperanza de vida e mellora da súa calidade para os afectados. A utilización desas terapias de alta eficacia en etapas cada vez máis próximas á adquisición da infección están conseguindo alonga-lo período de incubación para a persoa VIH. Como consecuencia diminúe a mortalidade e tendo en conta que aínda non estamos en condicións de para-la epidemia a prevalencia da infección aumenta, o que esixe **adapta-los recursos asistenciais ás novas demandas que xorden: menos ingresos pero incremento dos recursos necesarios para o seguimento continuado durante longo período de tempo.**

A atención destes pacientes é especialmente complexa. Ás dificultades médicas engádense factores sociais derivados en gran medida da situación persoal e da discriminación e marxinación social dun gran número. A ausencia de recursos económicos, o paro, o abandono familiar e a falta de casa, a delincuencia, a prostitución, problemas legais e de reclusión, a toxicomanía, son realidades presentes nunha ampla porcentaxe de pacientes VIH(+) que complican unha situación xa difícil de por si. As actuacións a desenvolver superan en moitos casos o ámbito sanitario e esixen recursos sociais de diversa índole que tamén varían substancialmente con respecto a anos anteriores na medida en que non só aparece o aumento de supervivencia, senón que a calidade de vida mellora e posibilita á persoa para enfrontala con perspectivas de futuro.

Nesta situación, caracterizada por un elevado número de pacientes, que posiblemente aumenten nos próximos anos, demandando recursos sanitarios e sociais variados, complexos e custosos é a nosa intención facilitár-lle-la axeitada atención integral, para o que se necesita de tódolos medios dispoñibles e de medidas de coordinación entre eles que fagan máis eficaz a colaboración entre os distintos niveis que acheguen os recursos sociais e comunitarios.

A infección por VIH continúa representando un enorme desafío para o sistema sanitario e de servicios sociais ante o que **non existen solucións definitivas senón alternativas parciais, transitorias, cambiantes e custosas que é necesario adaptar sobre a base da realidade de cada momento**, dos cambios que presente a epidemia, das novas opcións técnicas e das posibilidades de atención que a investigación nos oferte.

Obxectivos xerais

- Proporcionar unha atención integral ás persoas infectadas por VIH así como orientación e apoio no seu contorno.
- Mellora-la súa calidade e garanti-la continuidade dos coidados adaptándoos ás distintas fases, dende as asintomáticas ata aquelas que necesitan asistencia paliativa.
- Potencia-la coordinación entre institucións públicas e profesionais que traballan neste campo e destes con organizacións e recursos alleos ó sistema socio-sanitario.
- Aumenta-la implicación dos traballadores en asistencia socio-sanitaria nas tarefas de saúde pública, moi especialmente na estratexia de prevención.
- Garanti-lo respecto ós dereitos dos pacientes, evitando calquera tipo de discriminación.

Asistencia sanitaria

A asistencia sanitaria do paciente VIH/sida **recae practicamente na súa totalidade sobre o sistema sanitario público**. Ó contrario do que acontece noutros países, incluso con máis recursos económicos, **o noso sistema foi capaz de garanti-la asistencia universal e lograr altas cotas de eficacia e calidade**. Este gran logro débese á incorporación e dispoñibilidade en todo momento dos medios e recursos tecnolóxicos máis avanzados, á formación continua, a elevada cualificación profesional e á dedicación dos seus traballadores.

A provisión de coidados para estes pacientes **recae fundamentalmente sobre a rede hospitalaria** e en Galicia moi especialmente sobre os centros públicos situados nas sete grandes cidades. En case vinte anos de historia esta infección variou en múltiples aspectos que melloraron afortunadamente o seu pronóstico pero que esixiron do sistema sanitario unha adaptación continua ás demandas e necesidades propias de cada momento. A dispoñibilidade de antirretrovirais e novas técnicas diagnósticas, os tests de carga viral e os estudos de resistencias están hoxe estendidos en toda a rede pública e son utilizados na práctica diaria a pesar do seu elevado custo. Na medida en que foron avanzando os coñecementos e medios terapéuticos para o manexo desta enfermidade tan complexa **a rede hospitalaria mantivo a axilidade necesaria de adaptación dos recursos de atención, o que redundou en beneficio do paciente e tamén na eficiencia necesaria de xestión**. O ingreso como única alternativa foi dando paso á idea de mante-lo paciente máis cerca do seu medio o maior tempo posible creando alternativas asistenciais complementarias como as consultas externas, hospitais de día, equipos de atención domiciliaria e de coidados terminais.

Nos últimos cinco anos, coa introducción dos tratamentos de alta eficacia, conseguiuase diminuír en gran medida os ingresos hospitalarios e reduci-lo tempo de estancia media. Datos da enquisa hospitalaria para coñecer-las características dos pacientes atendidos e das necesidades de recursos mostran que tamén a frecuentación de unidades de hospitalización de día é tres veces máis baixa e que as caracte-

rísticas do paciente VIH positivo melloraron clínica e analiticamente e paralelamente obsérvase unha redución importante das discapacidades asociadas. Pero tamén afloraron interrogantes sobre a eficacia no futuro destes tratamentos coma a aparición de efectos secundarios importantes, perda de eficacia nalgúns casos e presenza de resistencias en porcentaxes moi elevadas. Para minimizar estas complicacións **é necesario implementar unha política decidida de adherencia ós tratamentos.**

Este modelo de atención, centrado en atención especializada, foi capaz de dar resposta médica satisfactoriamente a esta infección pero puxo de manifesto **algúns déficits que é necesario reparar:**

- Baixa implicación nas actividades de prevención primaria, captación de individuos con prácticas de risco e detección precoz.
- Escasa dedicación ós aspectos de información, educación e apoio dos pacientes, contactos e contorno familiar.
- Problemas de coordinación con atención primaria, unidades asistenciais de drogodependencias (UAD), unidades de tuberculose (UTB) e centros penitenciarios.
- Infrautilización doutros recursos sociais e do potencial que oferta o movemento social (ONG, voluntariado, grupos de autoapoio).

A **atención primaria** quedou máis á marxe do desexable para a abordaxe desta infección debido en gran medida a unha planificación máis teórica que realista. Sen embargo, o nivel primario de atención reúne unha serie de características que o converte no máis axeitado para cubrir algunhas actividades indispensables para enfrontala con éxito. O tipo de relación atención primaria-poboación permite levar a cabo labores de educación sanitaria, captación de persoas con prácticas de risco, diagnóstico precoz e posibilita unha atención continuada dos problemas psicosociais dos afectados e do seu contorno.

Nun estudio realizado entre os profesionais de Atención Primaria galegos estes mostran unha actitude favorable para implicarse na solución deste problema e demandan maiores niveis de formación e coordinación.

A Atención Primaria debe ter presente esta infección na planificación das súas actividades e deberá potenciar:

- **O coñecemento da situación epidemiolóxica.**
- **Actividades preventivas.**
- **Diagnóstico precoz.** Oferta de test diagnóstico ás persoas con conductas de risco. Consello, apoio e asesoramento para o paciente VIH (+), a súa familia e contactos, garantindo estrictamente a confidencialidade. Ante un diagnóstico VIH (+) debe remitirse á unidade hospitalaria de referencia para a valoración inicial.
- **Atención ó paciente VIH/sida.** O seguimento, a profilaxe e o tratamento prescrito deben ser realizados **en coordinación cos profesionais de especializada.** Especial importancia ten o nivel primario na atención ó paciente terminal necesitado dunha atención a domicilio programada.

A formación de profesionais de primaria segue sendo unha prioridade non só pola necesidade de actualización senón tamén como medio de motivación e implicación nesta alternativa de atención conxunta.

Obxectivos

- Mante-la garantía de dispoñibilidade de recursos necesarios para a asistencia diagnóstica, de seguimento e tratamento para o 100% das persoas VIH(+).
- Potencia-la adherencia terapéutica coma factor clave para o éxito terapéutico.
- Interrelaciona-las redes de asistencia sanitaria (primaria, especializada, UAD, UTB, centros penitenciarios, ...) coas de asistencia social.
- Integrar na práctica da asistencia sanitaria as actividades de saúde pública.
- Potencia-la coordinación entre os dispositivos e recursos de atención socio-sanitaria.
- Facilitar ás persoas afectadas información sobre os recursos de atención socio-sanitaria.
- Lograr un nivel de satisfacción coa atención recibida polas persoas afectadas superior ó 70%.

Actividades que se realizarán

- Inclusión de representantes dos órganos de planificación e xestión da atención sanitaria na Comisión Galega de Coordinación e Seguimento da Actividade fronte a infección polo VIH/sida.
- Elaborar unha guía para o VIH(+) que recolla recomendacións e normas de conducta así coma os recursos que lles poidan ser de utilidade.
- Estende-los programas de coordinación entre unidades VIH, UAD e UTB.
- Manter unha liña de formación permanente para os profesionais socio-sanitarios.

Indicadores

- Estadas hospitalarias (Número de estada media) derivadas da infección por VIH-sida/ano.
Fonte: División Asistencia Sanitaria.
- Custo dos tratamentos antirretrovirais vía rede Sergas/ano.
Fonte: División de Farmacia.
- Número e porcentaxe de casos sida con tuberculose/ano.
Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Grao de satisfacción coa atención recibida: número de queixas, reclamacións/ano en relación co VIH/sida.
Fonte: División de Asistencia Sanitaria.

Atención social

As últimas definicións conceptúan a saúde como un todo, abordándoa dende todos aqueles factores que inciden sobre ela e non só dende o tratamento médico da enfermidade. **A maioría dos pacientes VIH/sida na nosa comunidade teñen, ademais da súa patoloxía, unha problemática social engadida froito da súa situación social anterior ou dos efectos derivados desta infección.** En gran medida esta situación débese, como reflicten os datos epidemiolóxicos, á súa relación coas drogas e outras situacións de marxinación como a prostitución. Como consecuencia, gran número de afectados están carentes de todo tipo de soporte social ou apoio familiar e económico. Á súa incapacidade para protexerse debida en gran medida a un baixo nivel cul-

tural, marxinación e pobreza engádense as situacións de desestructuración familiar, a falta de vivenda, o desemprego e a carencia de ingresos económicos.

En sintonía co encargo constitucional a atención destas persoas debe abordar coordinadamente a súa patoloxía médica e tamén social. Mentres o sistema sanitario público conseguiu garantir unha cobertura universal e alto nivel de calidade na atención, os servicios sociais, aínda menos desenvolvidos na nosa Comunidade, presentan algunhas lagoas ó lado tamén de grandes logros e avances nos últimos anos.

Cara ó futuro, no intento de mellora-la cobertura e calidade das prestacións ofertadas, debemos partir de que a infección por VIH/sida é unha enfermidade máis e a situación social descrita non é exclusiva destes pacientes senón que afecta a outras capas da sociedade. Por iso, **a filosofía axeitada de actuación debe basearse no impulso da infraestrutura xeral e comunitaria de servicios sociais, ofrecendo solucións normalizadas á problemática dunha persoa con VIH que se acompaña de problemas deste tipo igual que calquera outra en situación de exclusión social.** Así como se combate toda discriminación negativa tampouco se xustifica a positiva. Sen embargo, esta liña de abordaxe xeral para este problema non exclúe a utilización xustificada de recursos específicos nalgún momento.

Nalgúns casos, e en maior medida nestas poboacións, o problema radica no **descoñecemento da existencia deses recursos ou da vía de acceso** e non tanto na escasez ou déficit, o que dificulta ou impide o seu acceso ás axudas ou prestacións sociais que necesita e que a sociedade pon ó seu servizo. Por iso **é necesario potencia-los recursos públicos e en paralelo abrir unha liña de traballo encamiñada a facilita-la información dos existentes.**

Estes obxectivos non poden ser cubertos sempre na totalidade pola rede pública e necesitan de apoio e colaboración externa que os poidan complementar. Estes anos de experiencia puxeron de manifesto resultados enormemente positivos da colaboración realizada polas organizacións non gobernamentais e entidades privadas sen ánimo de lucro que realizaron actividades nun campo. A súa colaboración, e polo tanto o apoio que necesitan por parte da administración pública, segue sendo necesaria.

As características actuais das persoas portadoras da infección por VIH variaron substancialmente con respecto ós últimos anos, en xeral alongáronse os anos de esperanza de vida e engadiuse gran calidade a esta. Pero o grupo de persoas con esta infección non é homoxeneo senón que pola contra posúen perfís diferentes tanto na evolución da infección e pronóstico, como nas características sociais e necesidades que demandan cubrir.

Esta realidade heteroxénea pide solucións distintas para cada necesidade ás que os recursos sociais se deben adaptar en cada momento:

- Un grupo de afectados, en idade productiva e con boa calidade de vida necesita a súa **normalización social en tódolos campos.** A integración laboral no seu posto, a eliminación de toda barreira no acceso e combater todo tipo de discriminación son tarefas fundamentais que deben ser compartidas e asumidas pola sociedade a través das organizacións sindicais e empresariais.

- Un número elevado conseguiu melloras importantes na recuperación da súa saúde pero carece de apoio familiar e social, o que dificulta a súa autonomía persoal. Non podemos esquecer que a epidemia de VIH vai acompañada entre nós de problemas co uso de drogas, orixinando en moitos casos un gran deterioro físico e social engadido que dificulta a integración social destas persoas na sociedade. Necesitan de medidas substitutivas das súas carencias de afastamento, adaptadas ás súas posibilidades e expectativas e orientadas a empezar un proceso de inserción social. Neste sentido poden ser útiles os **pisos de acollida e tutelados dentro dunha alternativa máis ampla de integración social**.
- Unha porcentaxe destes pacientes, menos elevada que en anos anteriores, sofre discapacidades e ten unha situación clínica con prognóstico incerto ademais da problemática social engadida. Manteñen as necesidades de **casas de acollida dotadas con servicios máis especializados**.
- Para outra porcentaxe máis alta destas persoas afectadas polo VIH **é necesario complementa-las medidas anteriores con outras paliativas dos seus déficits sociais como as rendas mínimas de subsistencia para persoas sen recursos (pensións non contributivas, renda de integración social, axudas en situacións de emerxencia social,...)**.
- Outra serie de medidas demostraron a súa utilidade e serven de complemento ás medidas anteriores: **atención a domicilio, grupos de autoapoio, fomento do autocoidado e educación en habilidades para familiares e persoas do seu contorno, apoio psicolóxico, etc.**

Preténdese mellora-la calidade de vida destes pacientes fomentando a integración no seu contorno, incrementando os servicios sociais de apoio e acercándolle-los coidados socio-sanitarios.

Obxectivos

- Normaliza-la vida da persoa VIH(+) en tódalas actividades sociais.
- Potencia-la rede de servicios sociais necesarios para unha asistencia integral de calidade.
- Aumenta-la coordinación necesaria entre os diversos recursos sociais, os de atención sanitaria e aquelas ONG que colaboran no campo social.
- Favorece-la difusión de información sobre os recursos existentes na sociedade.

Actividades

- Inclusión dun representante da Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais na Comisión Galega de Coordinación e Seguimento da Actividade fronte a infección polo VIH/sida.
- Convocatoria pública anual de subvención a actividades de apoio social.
- Potenciación de protocolos de atención coordinados coa implicación dos recursos sociais.
- Información individualizada ós pacientes sobre recursos dispoñibles e vías de acceso. Facilitación da Guía de recursos para persoas VIH(+).
- Formación/actualización permanente dos profesionais de atención social.

Indicadores

- Número de prazas de acollida subvencionadas/ano para persoas VIH/sida.
Fonte: Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais.
- Número de afectados por VIH preceptores dalgunha renta de subsistencia/ano.
Fonte: Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais.
- Número de actividades de apoio social para persoas con VIH subvencionadas/ano.
Fonte: Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais.
Dirección Xeral de Saúde Pública.

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Os esforzos realizados en todo o mundo para coñecer e solucionar-lo problema da infección por VIH lograron en moi poucos anos resultados verdadeiramente salientables, traducidos nunha ampla bagaxe de coñecementos en tódalas áreas implicadas nas que sen embargo aínda quedan múltiples lagoas e incógnitas por resolver. Continuadamente seguen aparecendo novas achegas a través de distintas vías como publicacións e foros científicos. Nesta situación non cabe outra alternativa que unha **actividade de formación permanente** destinada a todas aquelas persoas, profesionais ou non, dos sectores que poden incidir sobre este problema, co obxectivo de achega-los coñecementos necesarios ás persoas que se incorporen ó traballo con estes pacientes para lograr unha alta calidade na realización das súas tarefas e unha política de actualización continua dos xa formados previamente, tentando dar solución ás demandas dos múltiples profesionais que traballan en relación cos afectados por esta infección e que lles permita enfronta-la actividade diaria dende unha situación de seguridade, propia da persoa que se sente adecuadamente preparada. A actualización en coñecementos científicos específicos de cada área debe ir acompañada da formación en habilidades necesarias para enfronta-la infección dende a óptica da prevención e os aspectos psico-sociais.

Mención especial merece o movemento social de colaboración a través de ONG, de gran transcendencia na historia da acción anti VIH/sida, non apoiado suficientemente ou, cando menos, na medida da relevancia da súa achega. Os voluntarios e compoñentes destas organizacións achegan o seu altruismo pero en múltiples ocasións carecen das ferramentas para poder rendibilizalo, polo que o **apoio económico** ás súas actividades debe complementarse coa **formación**, adecuada ás actividades que realicen así como en aspectos de planificación, deseño, xestión e avaliación de proxectos, co fin de mellora-la súa efectividade e eficiencia.

Segundo un estudio bibliométrico sobre a investigación científica realizado polo Ministerio de Sanidade e Consumo a investigación científica sobre VIH/sida no Estado español é limitada aínda que foi medrando nos últimos anos e centrouse maiormente en aspectos clínicos e en menor medida na investigación básica e nos campos sociais e de saúde pública.

Tendo en conta que nesta infección quedan múltiples temas por resolver aínda que a información e experiencia acumulada nestas dúas décadas é xa importante, a investigación na nosa comunidade necesita **apoio continuo, partindo da nosa realidade e con base nas nosas posibilidades, priorizando aqueles aspectos claves na estratexia de actuación global.**

A investigación como vía de acceso a coñecementos necesarios para avanzar cara á solución da problemática derivada desta infección segue sendo indispensable en tódolos campos, dende as áreas bio-médicas ata a saúde pública e as ciencias sociais. Partindo das nosas posibilidades e tamén limitacións, é necesario: **complementa-lo financiamento propio con outros fondos** —públicos ou do sector privado—, **informarse das vías de acceso ós recursos e integrarse e colaborar con outros grupos de investigación sobre VIH/sida.**

Obxectivos

- Ampliar e actualiza-los coñecementos dos profesionais socio-sanitarios, especialmente nas áreas de educación sanitaria e soporte psico-social.
- Fomenta-la formación do voluntariado.
- Potencia-la investigación sobre VIH/sida priorizando os campos de saúde pública, ciencias sociais e clínica aplicada.
- Fomenta-la presenza galega en foros científicos.

Actividades

- Organización anual de actividades de formación neste campo.
- Convocatoria pública anual de financiamento a actividades de investigación.
- Liña de apoio á presenza galega en foros científicos.
- Información continua sobre vías de acceso ó financiamento para actividades de investigación.

Indicadores

- Número de actividades de formación sobre VIH/sida/ano.
Fonte: Institucións implicadas.
Coordina: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de actividades en investigación/ano.
Fonte: Institucións implicadas.
Coordina: Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Número de participacións en foros científicos con temas sobre VIH/sida/ano.
Fonte: Institucións implicadas.
Coordina: Dirección Xeral de Saúde Pública.

COORDINACIÓN E LIDERADO

É ben sabido e así está recoñecido unanimemente que a infección por VIH/sida ten un amplo compoñente social ademais do sanitario. Este feito comporta que no camiño que conduce á súa solución necesariamente ten que implicarse toda a sociedade a través de distintas institucións públicas ou privadas, outras organizacións non gobernamentais e os grupos de afectados. As achegas realizadas ó longo destes anos por institucións, sindicatos, organizacións privadas, voluntariado e afectados contribuíron decisivamente ós avances na resposta social que se realizou en Galicia para afrontar esta epidemia.

Este forte carácter intersectorial fai **necesario establecer mecanismos de coordinación** entre todos eles co fin de non duplicar esforzos e conseguila máxima rendibilidade en termos de efectividade e eficiencia. Todo isto **dende a independencia de cada quen, que necesariamente debe ser preservada de forma que cada un achegue a súa visión, necesidades, demandas e posibles solucións, pero dentro da estratexia global definida na nosa Comunidade.**

En Galicia esta coordinación ten que facerse efectiva entre movemento cidadán, afectados e institucións. As organizacións cidadás reflicten unha parte da resposta ante un problema de saúde pública, sanitario e social ó que as institucións públicas por si soas non son capaces de ofertar solucións totais se non contan co apoio e colaboración social. A súa contribución demostrouse decisiva para paliar estes déficits e, polo seu contacto directo con individuos e grupos sociais de interese, para detectar precozmente variables que poden incidir decisivamente á hora de planificar e deseñala estratexia de acción anti VIH/sida.

Neste sentido, as súas achegas son necesarias no futuro a través das actividades de prevención, normalización da enfermidade, apoio sanitario e social e todas aquelas que diariamente realizan como axentes de saúde. Para aumenta-la súa eficacia necesitan de **formación técnica** para os seus membros e **apoio económico**, pero tamén é necesario mellora-la **coordinación entre eles e deles coas administracións públicas autonómica e local. O establecemento de redes** entre eles que favorezan a intercomunicación e permitan o intercambio de experiencias pode ser de gran utilidade. A creación de cauces que potencien o seu desenvolvemento e posibiliten **a súa representatividade e presenza nos órganos asesores da loita contra esta infección en Galicia é indispensable para o éxito desta estratexia.**

Tamén resulta indispensable **mellora-la coordinación entre as distintas institucións públicas implicadas reforzando a súa corresponsabilidade.** Dende a creación do Plan de Prevención e Control da Sida no ano 1987, o traspaso de competencias á nosa Comunidade Autónoma orixinou unha estrutura institucional máis desenvolvida que neste momento asume, a través de distintos órganos e departamentos que teñen adscritas as competencias en campos esenciais para afrontar este problema, a responsabilidade da súa solución ou alternativa. Dende a Consellería de Educación e Ordenación Universitaria nos programas de educación para a saúde en adolescentes e mozos escolarizados, da Consellería de Familia, Xuventude, Deporte

e Voluntariado, pasando pola de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais ata a Consellería de Sanidade, existen toda unha serie de institucións, como as Administracións Locais, con competencias nalgún campo relacionado con esta infección que deben **asumir coordinadamente as súas competencias e responsabilidades, definindo ademais dentro delas as estruturas concretas encargadas da execución das actividades para enfronta-lo problema e da súa avaliación**, como pode ser, dentro da Consellería de Sanidade, a atención sanitaria pola División de Asistencia Sanitaria, o problema das drogodependencias polo Plan de Galicia sobre Drogas, e a Dirección Xeral de Saúde Pública nos sistemas de vixilancia epidemio-lóxica e información e política de prevención.

Este nivel de coordinación, que permitirá mediante unha acción sinérxica entre todos rendibiliza-los esforzos que levemos a cabo, mellora-la eficacia das actividades preventivas e garanti-la atención socio-sanitaria ós afectados e á súa calidade, debe dispor **dun punto que integre tódalas achegas e coordine, lidere e impulse todo este movemento e sirva de referencia para toda a sociedade**. Este papel de liderado, tendo en conta as características desta infección que a definen como un problema fundamentalmente de saúde pública, **correspóndelle por natureza á Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade**, que tamén asume as relacións co resto do movemento anti-sida a nivel mundial e moi especialmente dentro do Estado, coas institucións competentes como o Ministerio de Sanidade, a través do Plan Nacional sobre a Sida, e as distintas comunidades autónomas.

Obxectivos

- Mellora-la coordinación entre o movemento cidadán, institucións e administración dotándose dos cauces e órganos necesarios para levala a cabo.
- Intensifica-la cooperación multidisciplinar e defini-las responsabilidades e compromisos de cada órgano ou departamento dentro deste esforzo global para diminuí-lo impacto desta infección en Galicia.

Actividades

- Impulso da autoorganización do movemento cidadán que realiza actividades neste campo.
- Convocatoria pública de subvencións a proxectos de investigación/acción relacionados coa infección por VIH/sida.
- Actualización da Comisión Galega de Coordinación e Seguimento da Actividade fronte a infección por VIH/sida.
- Integración na Comisión Galega de Coordinación e Seguimento da Actividade fronte a infección por VIH/sida de representación do movemento cidadán.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo, Ley General de Sanidad. Madrid, 1985.
- Antoñanzas, F. et al. Cálculo de los costes de sida en España mediante técnicas de simulación. Medicina Clínica 1995, 104.
- OMS, Unlinked anonymous screening for the public health surveillance of HIV infections, 1989.
- Chin J. et al. Estimation and projection of adult AIDS cases: a simple epidemiological model. Bulletin WHO, 69-1991.
- Universidad de Santiago de Compostela. Galicia. Informe Juventud-92.
- Manuel González Lorenzo. Adolescencia y sida. Universidade de Vigo. Galicia 1993. Documento non publicado.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones para el control de la infección por VIH, VHB y otros microorganismos de transmisión sanguínea en el medio laboral sanitario. 1994.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Control de la transmisión nosocomial de la tuberculosis. 1995.
- Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. A lei galega de medidas básicas para a inserción social. Galicia 1995.
- Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Pensións non contributivas de invalidez e xubilación. Galicia 1995.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Avaliación do Programa de Facilitación de medios preventivos a UDVP. Imaxe e percepción dos programas de facilitación de medios preventivos entre usuarios e farmaceuticos Galicia 1995. Documento interno.
- A Comisión Europea. Europa pola prevención da sida. Programa comunitario 1996-2000. 1996.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose. Galicia 1996.
- Universidade de Vigo. A prostitución no sur de Galicia. Galicia 1996. Documento informe.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otro virus transmisibles por sangre, virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC). 1996.
- Dirección Xeral de Saúde Pública, Facultade de Medicina de Santiago de Compostela. Informe Avaliación do Programa de prevención da sida na escola. Intervención en Galicia. Galicia 1996. Informe interno.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid, 1996.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Manual de vacinas. Galicia 1996.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Plan de Movilización Multisectorial frente al sida 1997-2000. Madrid, 1997.

- Plan Nacional sobre el Sida. La epidemiología molecular del VIH-1 en España: análisis de los subtipos circulantes mediante un estudio piloto. Documento 1997.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Resistencias a los fármacos antirretrovirales. 1997. Documento.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Mortalidade en Galicia 80-97. Documentos Técnicos de Saúde. Serie B. Nº 22. Galicia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario, 1998.
- Castilla J, Barrio G, De La Fuente L, Belza MJ. Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain, 1996. AIDS CARE 1998; 10:667-676.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del VIH y otros virus transmisibles por sangre, VHB y VHC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.
- ONUSIDA. Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/sida. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Ginebra, 1998.
- Dirección Xeral de Saúde Pública-Alecrín. Informe de investigación acerca da prostitución feminina en Vigo, Ourense e Pontevedra. Galicia. Informe interno.
- OMS-OIT. Statement from the Consultation on AIDS and the Workplace. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, 1998.
- OIT. HIV/AIDS and employment. N'Daba L y Hodges-Aeberhard J. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, 1998.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Vigilancia de VIH. Documento 1998.
- MMWR. Prevention and treatment of Tb among patients infected with HIV. Principles of therapy and revised recommendations. September 25, 1998/vol 47/RR-17.
- MMWR. Success in implementing public health service guidelines to reduce perinatal transmission on HIV. Morb Mortal Wkly Rep 1998 Aug 28, 47 (33).
- MMWR. Public health service guide line for the management of health care worker exposure to HIV and recommendation for post exposure prophylaxis. May 15, 1998/vol 47/nº RR-7.
- MMWR. Management of possible sexual injecting drug use or exposure to HIV including consideration related to antiretroviral therapy. September 25, 1998/vol 47/RR-17.
- MMWR. Prevention and treatment of Tb among patients infected with HIV. Principles of therapy and revised recommendations. October 30/1998/vol 47/nº RR-20.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual de grupos de apoyo emocional (GAE) para personas que viven con el VIH. 1998.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Prevención de la infección por VIH en el marco asistencial. Madrid, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Consejo Asesor Clínico. Control de la tuberculosis en relación con la epidemia de infección por VIH/sida, Madrid. 1999.

- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1998. 1999.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa de Calidade. Galicia 1999.
- Ministerio de Administraciones Públicas. Guía de autoevaluación para la administración pública. 1999.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Prevention of HIV/AIDS, STDS and other Transmissible Diseases in prostitutes working around the border, between Spain (Galicia) and the north of Portugal. Galicia 1999 (Documento Comisión Europea).
- Roques P. et al. An Unusual HIV Type 1 env Sequence Embedded in a Mosaic Virus from Cameroon: identification of a New env Clade. AIDS Res Human Retroviruses 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Epidemiología molecular del VIH-1 en España: análisis de los subtipos circulantes mediante un estudio piloto. 1999. Documento.
- ACLAD. Estudio Epidemiológico sobre la infección por VIH en pacientes drogodependientes (1982-1999). 1999. Documento informe.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. 1999.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan estatal del voluntariado 1997-2000. 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. El hospital de día en la atención de los pacientes con infección por VIH/sida. 1999. Documento.
- ONUSIDA. La epidemia de sida. Situación en diciembre de 2000. UNAIDS. Ginebra, 2000.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Monitoratge de la prevalença i del nivell de prevenció de la infecció per l'HIV en la comunitat d'homes homosexuals i en usuaris de drogues per via parenteral. Document tecnic nº 11. Barcelona, 2000.
- Castilla J, de la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el VIH y de los casos de sida. España, 1980-1998. Med Clin (Barc) 2000; 115:85-9.
- Moreno C, Huerta I, Lezaun ME, *et al.* Evolución del número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Asturias, Navarra y La Rioja. Med Clin (Barc) 2000; 114:653-5.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2000. 2000, nº 63.
- Noguer I, García-Saiz A, Castilla J *et al.* Evolución de la seroprevalencia de VIH en madres de recién nacidos entre 1996 y 1999. Med Clin (Barc) 2000; 115:772-774.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Informe trimestral nº 4. Registro Nacional de Casos de Sida, Madrid, 2000.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Plan de Movilización Multisectorial 1997-2000. Cuaderno de indicadores, 4ª edición revisada. Madrid, 2000.
- Cañellas S, Perez de la Paz J, Noguer I, Villaamil F, García Berrocal ML, de la Fuente L, Belza MJ, Castilla J. Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74:25-32.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de casos de sida. Madrid, 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo/Ministerio del Interior. Elementos para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas en prisiones. Madrid, 2000.
- Ministerio del Interior. La infección por VIH en instituciones penitenciarias: antecedentes, evolución y situación actual. Informe de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Madrid, 2000.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2000. 2000, nº 63.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de casos de sida. Madrid, 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Estudio ANR en recién nacidos. Madrid, 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta de consumo de recursos hospitalarios 1995-1998. Madrid, 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Las resistencias a los fármacos antirretrovirales: utilización de los tests en la práctica asistencial. Informe. Madrid, 2000.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Galicia. Memoria de Xestión 2000.
- Servicio Galego de Saúde. Galicia. Memoria 2000.
- Servicio Galego de Saúde. Dirección Xeral de Saúde Pública. Plan de minimización de riesgos microbiológicos en el medio hospitalario de Galicia. Galicia 2000.
- Grupo de trabajo de SEISIDA. X Reunión Nacional del Grupo Español para el Estudio del VIH-2 y HTLV-1/II. Junio 2000.
- Consellería de Sanidade e Servizos Sociais (Dirección Xeral de Saúde Pública). Estudio de investigación sobre la prevalencia de resistencias frente a inhibidores de la transcriptasa inversa y de la proteasa en Galicia y su utilidad clínica. Documento no publicado. 2000.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. VIH/sida. Informe do Rexistro Galego da Sida. Xaneiro 2000. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie B nº 21.
- Dirección Xeral de Saúde Pública-Instituto de Salud Carlos III. Estudio de investigación sobre la prevalencia de resistencias frente a inhibidores de la Transcriptasa inversa y de la Proteasa en Galicia y su utilidad clínica. Galicia 2000. Documento interno.

- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida-Galicia. Estudio anónimo y no relacionado sobre la prevalencia de anticuerpos anti-VIH 1-2 en recién nacidos de 7 Comunidades Autónomas. Años 1996-1999. 2000. Documento.
- J. Castilla et al. Casos de sida en España en personas de otros países. Boletín Epidemiológico 2000 vol. 8, nº 10.
- Pérez-Álvarez L., Thomson M., Taboada J., Group for antirretroviral studies in Galicia et al. Single and Multidrug Resistance Mutations to Reverse Transcriptase and Protease Inhibitors. Human Immunodeficiency Virus Type 1-infected patients from two geographical areas in Spain. Journal of Human Virology, vol. 3, nº 3, 2000.
- Ministerio del Interior. Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Memoria 1999. 2000. Documento.
- Dirección Xeral de Saúde Pública-Universidade de Santiago de Compostela. Avaliación do programa piloto de intercambio de xiringas (PIX) nas prisións galegas. Galicia 2000. Documento.
- Dirección Xeral de Saúde Pública-Universidade de Santiago de Compostela. Adherencia al tratamiento antirretroviral en una población de pacientes infectados por VIH-1. Grupo de trabajo. Galicia 2000. En vía de publicación.
- Dirección Xeral de Saúde Pública-Universidade de Santiago de Compostela. Calidade de vida relacionada coa saúde en pacientes infectados por VIH sometidos a tratamento antirretroviral. Grupo de Trabajo. 2000. En vía de publicación.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Plan de Movilización Multisectorial frente al sida, España 1997-2000: Evaluación. Madrid, 2001.
- CDC. HIV Prevention Strategic Plan Through 2005. Centers for Disease Control and Prevention. 2001.
- Real Decreto 592/1993, de 23 de abril, por el que se determina la composición y el funcionamiento de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de Sida.
- Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 31 de diciembre de 2000. Bol Epidemiol Semanal 2001; 9:33-36.
- Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 4. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior. Madrid, 2001. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 31 de diciembre de 2000. Bol Epidemiol Semanal 2001; 9:33-36.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Proyecto EPI-VIH. Madrid, 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas. Madrid, 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. CEESCAT/GESIDA/Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Guía de actuación para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. Madrid, 2001.

- Ministerio de Sanidad y Consumo Prevención y asistencia por VIH en atención primaria. 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Infección por VIH y sida España. Plan Multisectorial 2001-2005.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. VIH/sida. Informe do Rexistro Galego de Sida. Xaneiro 2001.
- Informe de resultados do Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose. Guías de Saúde Pública. Serie II-4. DXSP.
- Asamblea Xeral das Nacións Unidas Declaración S-26/2 de compromiso na loita contra o VIH/sida. 2001.
- I. Graña, J. Aboal, H. Lecour, F. Amaro, J. Monteagudo, A. Mota Miranda and J. Taboada. Evaluation of a Programme for the prevention of HIV/AIDS in the fishermen population of Galicia (Spain) and the North of Portugal 12th World AIDS Conference. Epidemiology and prevention. Monduzzi Editore.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta Hospitalaria de Pacientes VIH/sida. Análisis de la evolución 1995-2000. Documento 2001.
- Grupo especial de trabajo del GMC en materia de VIH/sida. Marco de principios rectores para la coordinación en materia de VIH/sida. Programa Mundial sobre el Sida.
- Association François-Xavier Bagnound. Hacia una nueva política de salud contra el sida. The Global AIDS Policy Coalition. Harvard School of Public Health.
- Guerra L. El tratamiento antirretroviral muestra una relación coste-efectividad similar a algunas intervenciones sanitarias comunes. Freedberg KA et al. NEJM 2001. Comentario. Gestión Clínica y Sanitaria 2001, Vol. 3, nº 3.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Avaliación do Programa de Facilitación de medios preventivos a UDVP. Actitudes e percepción dos usuarios de drogas por vía parenteral. Galicia 2001. Documento non publicado.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Avaliación do Programa de Facilitación de medios preventivos a UDVP. Imaxe e percepción dos programas de facilitación de medios preventivos entre profesionais socio-sanitarios e voluntariado e poboación galega en xeral. Galicia 2001. Documento non publicado.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Avaliación do Programa de Facilitación de medios preventivos a UDVP. Avaliación do PIX dende o punto de vista dos propios usuarios (reais ou potenciais). Galicia 2001. Documento non publicado.
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Avaliación do Programa de Facilitación de medios preventivos a UDVP. Valoración do PIX dende o colectivo farmacéutico galego. Galicia 2001. Documento non publicado.
- Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Plan de saúde de Galicia 1998-2001.
- Pérez-Álvarez L., Taboada Rodríguez J., Group for antirretroviral studies in Galicia et al. Subtypes and Recombinant forms of Human Immunodeficiency Virus Type 1 in infected individuals in Spain (Galicia). Journal of Human Virology. Vol. 4. Nº 1. 2001.

- Thomson M., Taboada Rodríguez J., Group for antirretroviral studies in Galicia et al. HIV-1 Genetic diversity in Galicia (Spain): BG intersubtype recombinant viruses circulating among injecting drug user AIDS 2001. Vol.15, nº 4.
- Consellería de Sanidade-SERGAS. A nosa saúde en cifras. Ano 2000. Galicia 2001.
- Galicia 2010. Ponencia de Sanidade. A medicina de Galicia en movemento: 2000-2010. Foro Salud 2010.
- Ministerio del Interior. Programa de Prevención y control de la infección por VIH en el medio penitenciario. 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas. 2001.
- Dirección Xeral de Saúde Pública-SERGAS. Guía de actuación clínica na realización de probas para a detección de resistencia a fármacos antirretrovirais na infección por VIH. Galicia 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Infección por VIH y sida en España. Plan Multisectorial 2001-2005. Madrid, 2001.
- Pérez-Álvarez L., Taboada Rodríguez J., Group for antirretroviral studies in Galicia et al. Prevalence of Drug Resistance Mutations in B, Non-B Subtypes, and Recombinant Forms of Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Infected Individuals in Spain (Galicia). Journal of Human Virology, V-4, N-1, 2001.
- Observatorio de Galicia sobre drogas. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Informe de situación 1986-2000. Galicia 2001. Documento interno.
- CDC. Revised Guidelines for HIV Counselling, Testing and Referral. MMWR 2001, V-50, No. RR-19.
- CDC Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. MMWR 2001, V-50, No. RR-19.
- CDC. Updated U.S. Public Health Guidelines for the management of occupational exposures to HBC, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR V-50, No. RR-11.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública