

Plan galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS). 2015-2018





XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

Plan galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS) 2015-2018

Edita:

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública
Santiago de Compostela, 2014

Título:

Plan galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS) 2015-2018

Autores:

Cristina Márquez Riveras¹
Manuel López Pereiras¹
Rogelio Lema Mougán¹
José Antonio Taboada Rodríguez¹
Javier Cereijo Fernández¹
Fernando Yáñez Pérez de Vargas¹
Xurxo Hervada Vidal²

Servizo de Control de Enfermedades Transmisibles¹
Subdirección Xeral de Información sobre Saúde e Epidemioloxía²

© da edición: Xunta de Galicia
Maquetación: Difux,S.L.

01.	Limiar	9
02.	Abreviaturas	11
03.	Introdución	13
04.	Situación actual	15
	Situación xeral	15
	Situación en Galicia	21
05.	Avaliación do Plan anti VIH/sida en Galicia (2000-2013)	31
06.	Obxectivos 2015-2018	41
	Obxectivos xerais	42
	Obxectivos específicos	42
07.	Indicadores	43
08.	Programas	45
	Sistemas de información e vixilancia epidemiolóxica	45
	A infección polo VIH e a sida	45
	Outras ITS	50
	Outras fontes de información	51
	Prevención	52
	Persoas vivindo co VIH/sida	54
	Homes que teñen sexo con homes (HSH)	57
	Persoas usuarias de drogas inxectadas (UDI)	60
	Persoas inmigrantes e minorías étnicas	62
	Persoas que exercen a prostitución (PEP)	64
	Persoas internas en institucións penitenciarias	67
	Mocidade	69
	As mulleres e a transmisión vertical	71
	Persoal sanitario	74
	Poboación xeral	76
	Diagnóstico precoz	79
	Atención sanitaria e social	83
	Integración social das persoas VIH+	86
	Investigación e formación	89
	Coordinación e liderado do plan	90
09.	Resumo	93
10.	Bibliografía	101

A epidemia polo virus da inmunodeficiencia humana (VIH) e a síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en Galicia iníciase co diagnóstico nun paciente, usuario de drogas inxectadas, da área sanitaria do Salnés. Este primeiro caso de sida detéctase en 1984, só tres anos despois de que os Centros de Control de Enfermidades (CDC) de Atlanta desen a coñecer ao mundo unha nova enfermidade observada polo Dr. Michael Gottlieb en cinco dos seus pacientes en San Francisco.

Nos últimos 30 anos a infección polo VIH converteuse nunha enorme pandemia que mantén arredor de 35 millóns de persoas no mundo vivindo co VIH e que ocasionou a morte de máis de 40 millóns de persoas.

No mesmo ano que se diagnostica o primeiro caso de sida en Galicia, os investigadores franceses Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montagnier descubren que o causante desta enfermidade é un retrovirus que foi posteriormente denominado virus da inmunodeficiencia humana.

Na década dos anos 90 a OMS cualifica a sida como enfermidade emerxente pero a orixe da pandemia, segundo os últimos datos achegados polo artigo “The early spread an epidemic ignition of HIV in human populations” publicado na revista Science do mes de outubro deste ano 2014, e do que é coautor o investigador David Posada da Universidade de Vigo, sitúa o inicio da infección polo VIH arredor de 1920 na cidade de Kinshasa na actual República Democrática do Congo. Desde ese inicio en África en menos de 100 anos o VIH diseminouse por todo o planeta causando un problema de saúde pública de primeira magnitude.

En resposta ao diagnóstico dos primeiros casos na nosa comunidade, créase a Comisión de Seguimento e Control da Sida en Galicia (Orde do 10 de marzo de 1987) e ao ano seguinte o Plan autonómico para a prevención e control da sida (Orde do 19 de setembro de 1988). No ano 2003 fíxose a última actualización do Plan de acción anti VIH/sida de Galicia que estivo en vigor os últimos 10 anos.

A epidemia na nosa contorna caracterízase nos primeiros tempos polo predominio da transmisión por vía sanguínea debido ao hábito de compartir os materiais para inxección das persoas usuarias de drogas inxectadas (UDI). Co paso dos anos a vía de transmisión heterosexual vai tendo máis protagonismo ao írense reducindo os casos de transmisión sanguínea en UDI. Actualmente a transmisión por vía sexual en homes que teñen sexo con homes (HSH) representa a maior porcentaxe de novos casos, sendo a transmisión en UDI moi reducida.

A sida xerou unha gran alarma na sociedade debido ao seu carácter transmisible e á falta de tratamento cando se iniciou a epidemia. Algúns colectivos como as persoas UDI e os HSH víronse dobremente discriminados xa que ao estigma que xa sufrían veuse a engadir o rexeitamento por estaren afectados polo VIH.

Neses primeiros anos persoas do mundo do deporte, do espectáculo e moitísimos outros activistas achegaron un traballo enorme para a difusión do coñecemento sobre a sida e para loitar contra a discriminación das persoas afectadas. Entre todas elas queremos destacar a figura de Tomás Luis Fábregas Boudín, que naceu na Coruña en 1958 e faleceu en Oakland (California) en 1994. El foi un activista galego que loitou contra a sida e na defensa dos dereitos das persoas lesbianas, gays, bisexuais e transexuais (LGBT). A súa implicación foi recoñecida pola UNESCO, o concello de San Francisco (a organización San Francisco AIDS Candlelight Vigil concede anualmente os “Tomás Fábregas

Awards” de loita contra a sida) e o Concello da Coruña que, en 2011, lle dedicou unha rúa na súa memoria.

A importante mobilización sanitaria e social que seguiu á aparición da sida permitiu mellorar a prevención, a diagnose e conseguir un tratamento altamente eficaz para frear a enfermidade 10 anos despois de iniciada a epidemia.

Na prevención do VIH en Galicia foi moi importante o traballo realizado na prevención do uso e a redución do dano por consumo de drogas. Os plans galegos de drogodependencias e de sida achegaron importantes melloras sobre todo cos programas de inxección hixiénica de drogas e cos programas substitutivos de opiáceos.

Importantes proxectos e campañas de prevención da transmisión por vía sexual foron levados a cabo nestes anos promocionando o uso do preservativo na poboación xeral e especialmente nas poboacións máis vulnerables. Entre outros o “Proxecto Olimpia”, a Campaña “Vai contigo” e a Campaña “Mírate” foron boa mostra destas actividades.

Os cambios epidemiolóxicos detectados nos últimos anos na epidemia de VIH en Galicia así como a elevación das taxas noutras infeccións de transmisión sexual (ITS) levou a realizar a actualización do plan antisida engadindo neste a loita contra as outras ITS aproveitando as sinerxías que se producen na prevención de todas elas.

Neste novo plan terá un lugar destacado a diminución do diagnóstico tardío da infección polo VIH coa implantación da realización rutineira da proba e o estudo de contactos en todas as ITS. O emprego das tecnoloxías da información e comunicación (TIC), sobre todo das redes sociais pódenos permitir mellorar o alcance e a eficiencia das campañas divulgativas.

Consolidar os importantes logros acadados en prevención e tratamento e sinalar novos retos nestes campos así como manter activa a loita contra o estigma e a discriminación serán piares fundamentais no desenvolvemento do Plan galego anti VIH/sida e outras ITS 2015-2018.

Rocío Mosquera Álvarez
Conselleira de Sanidade

02 | ABREVIATURAS

AP:	Atención Primaria.
HBSC:	Health Behavior in School-Aged-Children.
CCAA:	Comunidades autónomas.
CD4:	Linfocito T coa molécula CD4 na súa superficie.
CIAP:	Clasificación Internacional da Atención Primaria.
CMBD:	Conxunto Mínimo Básico de Datos.
CR:	Cambio relativo.
DT:	Diagnóstico tardío.
DXIXSP:	Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.
ECDC:	European Centre for Disease Prevention and Control.
ECS:	Estudo de contactos sexuais.
EDO:	Enfermidade de declaración obrigatoria.
ENSS:	Enquisa nacional de saúde sexual
FEGAS:	Fundación Pública da Escola Galega de Administración Sanitaria.
FIPSE:	Fundación para a Investigación e a Prevención da Sida en España.
GESIDA:	Grupo de Estudio da sida-SEIMC.
HSB:	Homes que teñen sexo con homes.
IGE:	Instituto Galego de Estatística.
IIPP:	Institucións Penitenciarias.
INE:	Instituto Nacional de Estatística.
INJUVE:	Instituto da Xuventude de España.
INSS:	Instituto Nacional da Seguridade Social.
ISC III:	Instituto de Saúde Carlos III.
ISM:	Instituto Social da Mariña.
ITS:	Infección de transmisión sexual.
LGBT:	Lesbianas, gays, bisexuais e transexuais.
LGV:	Linfogranuloma venéreo.
MSSSI:	Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade.
OIT:	Organización Internacional do Traballo.
OMS:	Organización Mundial da Saúde.
ONG:	Organización Non Governamental.
ONU:	Organización das Nacións Unidas.
ONUSIDA:	Programa Conxunto das Nacións Unidas sobre o VIH/sida.
OPS:	Organización Panamericana da Saúde.
PE:	Precaucións estándar.
PEP:	Persoas que exercen a prostitución.

PPENO:	Profilaxe post-exposición non ocupacional.
PPEO:	Profilaxe post-exposición ocupacional.
RGVSP:	Rede Galega de Vixilancia en Saúde Pública.
SICRI:	Sistema de información de condutas de risco de Galicia.
Sida:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIGIVIH:	Sistema de información galego sobre a infección polo VIH.
SIM:	Sistema de información microbiolóxica.
SINIVIH:	Sistema de información sobre novos diagnósticos de VIH.
SOGAISIDA:	Sociedade Galega Interdisciplinaria da Sida.
SPNS:	Secretaría do Plan Nacional sobre a Sida.
SPRL:	Servizo de Prevención de Riscos Laborais.
SXNOE:	Sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades.
TAR:	Tratamento antirretroviral.
TIC:	Tecnoloxías de información e comunicación.
TV:	Transmisión vertical.
UAD:	Unidades de atención a drogodependentes.
UDI:	Usuarios/as de drogas inxectadas.
UE:	Unión Europea.
UE/EEA:	Unión Europea/Área Económica Europea.
UNODC:	Oficina sobre drogas e o crime de Nacións Unidas.
UNWOMEN:	ONU Mulleres.
VHB:	Virus da hepatite B.
VHC:	Virus de hepatite C.
VHS:	Virus de herpes simple.
VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana.
VPH:	Virus do papiloma humano.

03 | INTRODUCCIÓN

Consideramos infeccións de transmisión sexual (ITS), non só aquelas infeccións nas que as relacións sexuais son o mecanismo case exclusivo de transmisión, senón tamén aquelas nas que estas relacións son un mecanismo importante de transmisión e/ou teñen relevancia dende o punto de vista epidemiolóxico.

Clasicamente só se consideraban ITS a sífilis, a blenorraxia ou gonococia, o linfogranuloma venéreo (LGV), o granuloma inguinal, o chancro brando ou chancroide, e demais infeccións bacterianas cuxa transmisión é case exclusivamente sexual. Pero a realidade é que están descritos máis de 30 microorganismos entre bacterias, virus, fungos e protozoos implicados en infeccións que se poden transmitir sexualmente. Ademais, tamén se poden producir infestacións como a pediculose púbica por piollos pato, “ladillas” ou a sarna.

As ITS constitúen un importante problema de saúde pública a nivel mundial. Son unha das principais causas de enfermidade aguda, infertilidade, discapacidade a longo prazo e morte, con graves consecuencias médicas e psicolóxicas para millóns de homes, mulleres e nenos/as e con importantes custos económicos e sociais.

Na década dos 80 fai a súa aparición unha nova infección que se vai engadir ás ITS. Esta enfermidade, a síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), manifestouse como unha pneumonía ocasionada por un microorganismo oportunista, o pneumocystis carinii. A primeira serie de 5 pacientes que dá lugar á sospeita desta nova enfermidade afectou a homes que tiñan sexo con outros homes (HSH). Catro anos despois descóbrese o axente causal, o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Nese momento xa se sabe que o mecanismo natural de transmisión deste virus é a vía sexual e que se transmite con moita facilidade polo sangue. Estamos pois ante unha nova ITS que debuta como unha pandemia mundial na que a elevada mortalidade vai ser a súa característica máis dramática ata mediados dos anos 90.

Debido ao rápido desenvolvemento da epidemia de VIH/sida e á virulencia coa que afectou á poboación mundial, mereceu un tratamento diferenciado a nivel internacional. A Organización das Nacións Unidas (ONU) desenvolveu un programa conxunto (ONUSIDA/UNAIDS) para dar unha resposta mundial a esta enfermidade e en case todos os países do mundo desenvolvéronse plans e mobilizáronse recursos específicos para loitar contra esta pandemia.

Os grandes obxectivos marcados pola Organización Mundial da Saúde (OMS) en 1987 aínda seguen vixentes nos países máis desenvolvidos xa que é necesario continuar traballando e afondando nestas mesmas liñas. Estes tres grandes obxectivos globais son: Previr novas infeccións, Minimizar o impacto negativo persoal e social da epidemia e Mobilizar e coordinar os esforzos anti VIH/sida. Hoxe en día, as políticas preventivas tamén teñen como referente a Declaración Política da ONU sobre o VIH/sida de 2011 (1).

Estas estratexias para deter a expansión da sida frearon tamén o avance da maioría das ITS. A medida que avanza a pandemia de sida, vese a necesidade de incorporar medidas para controlar as outras ITS, algunhas delas ben coñecidas, que se manifestan como excelentes compañeiras de viaxe da infección polo VIH/sida. Estas políticas recóllense nos plans antisida e tenden a incluír as outras ITS xa que comparten estratexias de prevención, grupos de intervención, a coinfección é frecuente, e especialmente, as que producen lesións ulcerativas favorecen a transmisión do VIH e este a transmisión doutras ITS. Polo tanto o plan integrado permítenos aproveitar sinerxías e compartir recursos, mellorando a eficiencia das intervencións.

Nos países desenvolvidos, a detección precoz e a terapia antibiótica conseguiron unha diminución de enfermidades como a sífilis e a gonococia. Non obstante, segundo a OMS, cada ano rexístranse, en todo o mundo, máis de 448 millóns de casos novos curables de ITS (bacterianas e protozoarias) entre homes e mulleres de idades comprendidas entre os 15 e os 49 anos. Tamén se producen todos os anos millóns de ITS atribuíbles principalmente ao VIH, herpesvirus humanos, ao virus do papiloma humano (VPH) e ao virus da hepatite B (VHB).

Con carácter xeral, as ITS, sobre todo o VIH, afectan máis a poboacións con baixos recursos, e as infeccións bacterianas afectan especialmente a poboación nova e mulleres. Se ben, como dicimos, a maioría das ITS e as súas consecuencias afectan máis ás persoas de países en vías de desenvolvemento, as rexións desenvolvidas non se libran desta epidemia mundial. Nestas últimas, a incidencia da gonococia e a sífilis diminuíu na década dos 80 grazas á mellora dos servizos sanitarios e aos cambios dos comportamentos debidos á aparición do VIH/sida. Nos últimos anos estase apreciando un incremento das ITS asociado a un aumento das prácticas de risco. Nos países desenvolvidos, as tendencias socioculturais e os movementos migratorios fan prever un aumento da morbilidade. Ademais, a aparición de resistencias fronte aos medicamentos de uso habitual, sobre todo para tratar o gonococo e a *Chlamydia Trachomatis*, pode empeorar esta situación.

Na nosa comunidade, a vía de transmisión sexual é a máis importante en enfermidades como a infección polo VIH/sida, infeccións polo VPH, o herpes xenital simple e a hepatite B. Algunhas destas infeccións teñen ademais especial importancia porque poden pasar da nai ao fillo durante o embarazo, parto ou lactación.

En Galicia, igual que sucede no resto de España ou de Europa Occidental, a infección polo VIH/sida e outras ITS afectan maioritariamente a homes. Se nos referimos á transmisión heterosexual, no período 2004-2013, a infección polo VIH en Galicia afecta case por igual homes e mulleres cunha razón home/muller de 1,4. Neste mesmo período, esta vía de transmisión supuxo o 76 % dos casos de VIH declarados en mulleres residentes en Galicia, o que nos orienta sobre onde centrar os esforzos na prevención (2).

Son varios os factores que aumentan a vulnerabilidade da muller na transmisión das ITS, entre eles podemos citar as características biolóxicas, que implican maior risco de transmisión nunha práctica sexual desprotexida que nun home; ou pola maior situación de desvantaxe económica e social na que aínda viven as mulleres. Este plan prestará atención a que os seus obxectivos se cumpran tanto en homes como en mulleres, baseándose na información desagregada por sexo dos seus indicadores, aínda que non se poña expresamente en cada frase para non facer repetitiva a redacción do texto. Este plan tamén atenderá ás características particulares de homes e mulleres na planificación das actividades preventivas, promoverá a transversalidade da perspectiva de xénero e implantará as accións positivas que sexan necesarias para facela efectiva.

04 | SITUACIÓN ACTUAL

SITUACIÓN XERAL

VIH/sida

O éxito da terapia antirretroviral (TAR) aumenta a supervivencia das persoas afectadas, e polo tanto cada ano, aumenta o número de persoas vivindo co VIH/sida. Segundo ONUSIDA, o número de persoas vivindo co VIH/sida en 2013 aumentou un 9% con respecto ao 2005 (32.100.000) (táboa 1) (3).

Táboa 1. Estatísticas rexionais de VIH e sida. Estimacións de ONUSIDA para 2013

	Persoas vivindo co VIH	Nº novas infeccións	Prevalencia (%) (15-49 anos)	Mortes por sida
Asia e o Pacífico	4.800.000	350.000	0,2	250.000
Caribe	250.000	12.000	1,1	11.000
Europa do leste e Asia central	1.100.000	110.000	0,6	53.000
América latina	1.600.000	94.000	0,4	47.000
Norte de África e do medio leste	2.230.000	25.000	0,1	15.000
África subsahariana	24.700.000	1.500.000	4,7	1.100.000
Norteamérica e Europa occidental e central	2.300.000	88.000	0,3	27.000
TOTAL	35.000.000	2.100.000	0,8	1.500.000

Fonte: ONUSIDA, 2014.

A situación da infección polo VIH no mundo é moi heteroxénea e a rexión subsahariana segue a ser a máis afectada. Ademais, o 71,4% das novas infeccións de todas as idades prodúcese na África subsahariana. Estímase que, en 2013, se reduciu o número de novas infeccións máis do 27% con respecto ao ano 2005 (2.900.000). Aínda que, globalmente, o número de novas infeccións foi diminuindo, este segue a ser moi elevado (táboa1) (3).

Segundo os datos do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), a infección polo VIH segue a ser un dos principais problemas de saúde pública nos países da Unión Europea/Área Económica Europea (UE/EEA). A incidencia anual provisional comunicada no ano 2012 foi de 0,58/10⁶ hab. cun total de 29.381 casos, e estímase que acadará arredor de 0,62 casos/10⁶ hab. despois de corrixir o atraso na comunicación. Estes datos parecen confirmar unha estabilización na incidencia. A infección polo VIH concéntrase en grupos clave como os HSH, as persoas orixinarias de países con

elevada prevalencia ou as persoas usuarias de drogas inxectadas (UDI) e as súas parellas. Os HSH representan un 40,4% dos novos diagnósticos e aumenta ano a ano. A transmisión heterosexual achega o 33,8% dos novos casos (4). *Neste plan, as unidades empregadas para expresar a incidencia de VIH son casos/10⁶ hab. mentres que nas demais ITS empregárase casos/10⁵ hab. porque son as unidades normalmente empregadas nestes eidos.

En España, notificáronse 83.171 casos de sida dende o comezo da epidemia. A maior incidencia deuse a mediados da década dos 90 cunha taxa de 190 casos/10⁶ hab. en 1994 (5). A xeneralización do uso dos fármacos antirretrovirais a partir de 1996, produciu un marcado e continuado descenso do número de casos chegando, no ano 2012, a unha taxa de 21,6 casos/10⁶ hab. (datos da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública (DXIXSP)). A pesar deste acusado descenso, España segue a ser un dos países de Europa Occidental con maior incidencia de sida. O patrón de transmisión mudou, e mentres que a porcentaxe de novos casos de sida diminuíu de forma importante nas persoas UDI (24% en 2012), a porcentaxe por vía sexual aumentou (66% en 2012; HSH: 31%, heterosexual: 35%) (6). Non obstante, a verdadeira dimensión da enfermidade está no número de persoas infectadas polo VIH.

O Sistema de información sobre novos diagnósticos de VIH (SINIVIH) en España informa de que, en 2012, se rexistraron 3.210 novos diagnósticos de VIH, o que supón unha taxa de 0,85 casos/10⁶ hab. Segundo os datos achegados por nove comunidades autónomas (CCAA), no período 2007-2012, obsérvase un descenso na porcentaxe de novos diagnósticos de VIH en persoas UDI (do 9% ao 5%), un aumento en HSH (do 45% ao 58%), e un descenso na vía heterosexual (do 39% ao 28%). Por tanto, a predominancia da transmisión sexual do VIH é clara así como a importancia que ten nos HSH. Obsérvase un descenso da porcentaxe que supoñen as mulleres (do 21% ao 14%) e, a partir do 2010, tamén nas persoas inmigrantes. O diagnóstico tardío é elevado (48% en 2012), o que nos indica de que se debe insistir no diagnóstico precoz (6). Actualmente, estímase que a prevalencia da infección polo VIH en España, se atopa entre 130.000 e 160.000 persoas e destas, calcúlase que máis dunha cuarta parte descoñece que está infectada (7).

Hepatitis víricas

O papel da transmisión sexual é importante para as hepatitis A (VHA) e B (VHB), e en moita menor medida para a hepatitis C (VHC). Nesta última, a inxección intravenosa de drogas é o principal mecanismo de transmisión, aínda que recentemente se notificaron abrochos por vía sexual en HSH VIH+ en varias cidades europeas.

A hepatitis A é unha enfermidade transmitida principalmente a través de alimentos ou augas contaminadas. Tamén se transmite por relacións sexuais ano-bucais e están descritos abrochos debidos a esta práctica de risco que afectaron principalmente a HSH.

A pesar da dispoñibilidade dunha vacina contra a hepatitis B, que diminuíu significativamente a incidencia nos países desenvolvidos, a infección segue a ser un problema de saúde pública mundial. A OMS calcula que, a comezos do século XXI, máis de 2.000 millóns de persoas se infectaron co VHB nalgún momento da súa vida; destas, sobre 350 millóns evolucionaron a hepatitis crónica. Cada ano prodúcese máis de catro millóns de casos clínicos agudos e anualmente un millón de persoas morren por causa da hepatitis crónica, a cirrose ou o cancro de fígado. En Europa, cada ano máis dun millón de cidadáns infécense co VHB e uns 14 millóns de persoas teñen infección crónica, das que cada ano falecen preto de 40.000 (8).

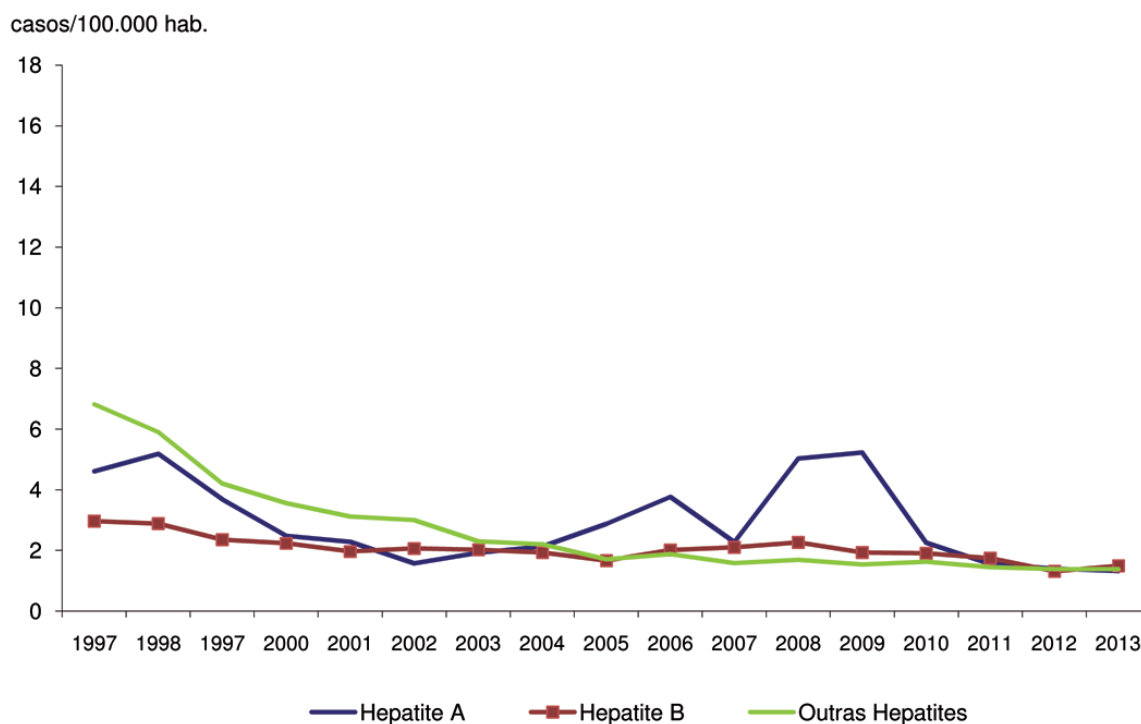
En España, a hepatite A, a hepatite B e outras hepatites víricas son enfermidades de declaración obri-gatoria (EDO) e temos datos de notificación agregada dende 1997. No 2005, sen abandonar a noti-ficación agregada, comeza a notificación individualizada incluíndo información demográfica, clínica e o estado da vacinación.

Actualmente existe un acordo entre as comunidades autónomas de declarar separadamente a hepatite C.

Con respecto á evolución na declaración de hepatite A, non hai un patrón homoxéneo, debido a que é unha infección de transmisión feco-oral. Segundo a información das EDO publicada polo Centro Na-cional de Epidemioloxía do ISC III, no período 1997-2013, obsérvase unha tendencia á diminución na declaración da hepatite B coa excepción dun incremento que se inicia no 2006 ata o 2008, a partir do cal, se inicia de novo unha diminución continuada ata alcanzar no 2012 o mínimo de toda a serie, 1,31 casos/10⁵ hab. (gráfica 1). No 2013 hai un pequeno incremento na notificación que eleva a taxa a 1,38 casos/10⁵ hab. (gráfica 1) (9).

O grupo doutras hepatites víricas, tamén sufriu un importante e continuado descenso dende o ano 1997. No caso concreto da hepatite C, a prevalencia estimada en España está entre o 1,6% e o 2,6% (gráfica 1).

Gráfica 1: Incidencia de hepatites víricas. España, 1997-2013.



Fonte: ISC III. Elaborado pola DXIXSP en 2014.

Virus do herpes simple

A principal causa de úlceras xenitais nos países en vías de desenvolvemento é a infección polo virus do herpes simple (VHS), principalmente polo virus do herpes simple tipo 2 (VHS-2). O VHS-1 adoita a presentarse nos beizos, boca ou cara e adquirese principalmente na infancia. Este virus tamén era responsable de úlceras xenitais en moita menor medida que o VHS-2 pero a incidencia está a aumentar, posiblemente debido á diminución das primoinfeccións na infancia e aos cambios no comportamento sexual oro-xenital que fan que a presentación da enfermidade na zona xenital aumente na idade adulta (10–12).

Tamén na nosa contorna, o VHS é a principal causa de úlceras anoxenitais e favorece a transmisión da infección polo VIH.

A incidencia e prevalencia desta infección é moi variable duns países a outros e tamén entre grupos de poboación. En todo o mundo, a infección aumenta coa idade, afecta máis ás mulleres e dáse máis en grupos con prácticas sexuais de risco.

Enquisas transversais serolóxicas realizadas en oito países europeos mostran unha prevalencia do 4% ao 24% en maiores de 12 anos (13). Con carácter xeral, a infección polo VHS-2 é máis frecuente no norte de Europa que no sur (12).

A nivel estatal, temos datos da infección xenital por herpes a través do Sistema de Información Microbiolóxica (SIM) que, aínda que son datos limitados polo número de laboratorios, CCAA participantes e polos factores que inflúen no número de mostras tomadas, informan dun aumento da notificación anual (198 casos en 2009 e 546 en 2013 /14).

Virus do papiloma humano (VPH)

Hai máis de 40 serotipos de VPH responsables de ITS en humanos, dos cales, uns 18 poden provocar cancro (15). Os tipos 16 e 18 son os causantes do 70% dos cancros de cervix (16).

Ao VPH atribúenselle anualmente, en todo o mundo, uns 500.000 casos de cancro de cervix e unhas 240.000 defuncións por este cancro. Tamén é responsable, en menor medida, de certos cancros en ano, vulva, vaxina, pene, cabeza e pescozo; así como das verrugas anoxenitais e da papilomatose respiratoria recorrente.

Máis de 58.000 cancros de cervix son diagnosticados anualmente en Europa. A prevalencia media da infección en mulleres con citoloxía normal estímase en torno ao 11%, sendo moi variable entre os diferentes países e rexións (9,8% no norte de Europa, 11,7% no sur, 9,5% no oeste e 14,2% na Europa do leste) (17).

En España, o Estudo Cleopatra, realizado nunha mostra de 3.261 mulleres de 18 a 65 anos, mostrou unha prevalencia da infección por VPH do 14,3% (12,2% de serotipos de alto risco), que aumenta ata o 28,8% nas mulleres de 18 a 25 anos. Os serotipos de alto risco máis frecuentes foron o 16 (prevalencia do 2,9%), o 52 (1,8%), o 51 (1,6%), o 31 (1,3%), e o 66 (1,2%). O serotipo 16 estaba presente no 16,9% das mostras positivas (18).

Os datos sobre a prevalencia da infección por VPH en España nos homes son parciais. Nun estudo obtivéronse mostras no pene dos maridos de mulleres con cancro cervical. A prevalencia de infección por VPH foi de 21,6% nos maridos de mulleres con carcinoma in situ, de 11,9% nos maridos de mulleres con cancro cervical invasivo e de 3,6% nos maridos de mulleres do grupo de control (19).

A incidencia de verrugas xenitais en España, na poboación de 14 a 64 anos, estímase en 118 casos/10⁵ hab (137 en homes e 100 en mulleres) e a prevalencia nese mesmo grupo de idade foi de 182 casos/10⁵ hab (203 en homes e 162 en mulleres) (20).

Sífilis

Segundo a OMS, infécense anualmente co *Treponema Pallidum* case 11 millóns de persoas. No ano 2011, 29 países da UE/EEA comunicaron 19.798 novos casos de sífilis, o que supuxo unha taxa de 4,9 casos/10⁵ hab.; dos cales o 63% dos casos foron comunicados por Alemaña, Reino Unido, España e Romanía. Os casos en homes foron case 4 veces máis frecuentes que nas mulleres e naqueles casos con información sobre a categoría da transmisión, o 42% foron en HSH. Un de cada 6 casos producíronse en mozos de 15 a 24 anos de idade. A evolución por países é diverxente, do 2007 ao 2011 os maiores aumentos déronse en Dinamarca, Malta, Eslovenia, Eslovaquia, Irlanda e Noruega (21).

A sífilis conxénita segue presente en Europa, aínda que o número de casos é baixo. Este feito debería ser inadmisíble nun país desenvolvido, xa que denota un acceso tardío ao sistema sanitario e un fracaso do sistema de prestación sanitaria de coidados prenatais e/ou dos servizos sociais.

En España, os casos de sífilis sofren un importante descenso dende o ano 1985 (3.976 casos) ata 1995 (1.010 casos) e continuou descendendo ata o ano 2001 no que se acadou unha taxa de 1,77 casos/10⁵ hab. (700 casos). A partir dese momento, empeza un ascenso con incrementos anuais continuados ata o ano 2013 no que se acadou unha taxa de 8 casos/10⁵ hab.

Por outra banda, a lacra da sífilis conxénita continúa. Na primeira década deste século, houbo unha media de case 14 casos declarados por ano; no comezo desta segunda década hai unha diminución con 7, 6 e 7 casos declarados no 2011, 2012 e 2013 respectivamente (datos do ISC III) (9).

Gonococia

A nivel mundial, a OMS calcula que se producen cada ano 106 millóns de novos casos de gonococia.

A incidencia anual de gonococia comunicada por 28 países da UE/EEA en 2011 foi de 12,6 casos/10⁵ hab. (39.179 casos) nos que o 33% dos casos notificados foron en HSH. Os homes representaron o 73% de todos os casos comunicados e máis do 40% dos casos danse en menores de 25 anos. A taxa anual incrementouse un 19% de 2007 ao 2011 (21).

En España, na década de 1985 a 1995 produciuse o descenso máis acusado pasando de 31.250 casos a 4.599. Os casos seguiron diminuindo ata o ano 2004 e dende ese ano comeza a aumentar continuamente ata o ano 2012; cunha incidencia anual de 11,69 casos/10⁵ hab. en 1995, de 2,47 casos/10⁵ hab. en 2004 e de 7,12 casos/10⁵ hab. en 2013 (datos do ISC III) (9).

A historia da infección gonocócica vén marcada por unha continua resistencia do gonococo aos antibióticos, aparecendo xa gonococos resistentes ás cefalosporinas de terceira xeración. A preocupación por esta capacidade do gonococo de facerse resistente aos antibióticos pode abocarnos a quedar sen arsenal terapéutico para combatermos a infección. Este feito levou á OMS a poñer en marcha no 2012 un plan co obxecto de controlar a propagación da enfermidade e minimizar a resistencia do gonococo aos antimicrobianos. O ECDC puxo en marcha o plan de resposta para controlar e xestionar a ameaza da gonorrea resistente a múltiples fármacos en Europa.

Clamidiase xenital

Unha das ITS máis comúns é a producida por uns serotipos determinados da *Chlamydia Tracomatis*, que presentan apetencia polas mucosas. O número de novas infeccións é cada vez maior en todo o mundo, das cales aproximadamente un 50-70% son asintomáticas. A OMS calcula que se producen anualmente en todo o mundo 105,7 millóns de novos casos.

En Europa, a clamidiase é a ITS máis declarada. En 2011, notificáronse 346.911 casos, o que representou unha taxa de 175 casos/10⁵ hab. Esta infección afecta principalmente á mocidade (o 73% dos casos danse en persoas de 15-24 anos) e a mulleres mozas nas que a taxa é de 1.748 casos/10⁵ hab.). A incidencia real posiblemente sexa moito maior debido á frecuencia das infeccións asintomáticas e a unha infradeclaración (21).

Como no caso do herpes xenital, a nivel estatal, temos datos da infección por *Chlamydia Tracomatis* a través do SIM do ISC III que, coas limitacións xa comentadas, informan dun aumento da notificación anual; así, a modo de exemplo, no ano 2000 notificáronse 91 casos, no ano 2009, 844 casos e no ano 2013, 1.404 casos. A maioría dos casos son en poboación de 15 a 34 anos (22).

Linfogranuloma venéreo (LGV)

O LGV producido por outros serotipos da *Chlamydia Tracomatis* que presentan trofismo polo sistema linfático, era moi pouco frecuente en Europa Occidental e os casos que había eran importados. Non obstante, dende 2003, rexistráronse abrochos de LGV nas principais cidades de Europa, América do Norte e Australia relacionados principalmente con prácticas sexuais de risco en HSH VIH positivos.

En España o primeiro caso identificado foi en Barcelona no ano 2005, e dende entón prodúcense varios abrochos en diversas rexións de España.

Tricomonas

A pesar de que a tricomoníase é posiblemente a ITS máis común, os datos sobre a súa prevalencia e incidencia son limitados. No ano 2008, a OMS calculaba que se producían anualmente en todo o mundo 276,4 millóns de casos novos, dos cales 22,6 millóns prodúcense en Europa (incluída Rusia). Tamén é a infección máis frecuentemente detectada en mulleres VIH positivas.

SITUACIÓN EN GALICIA

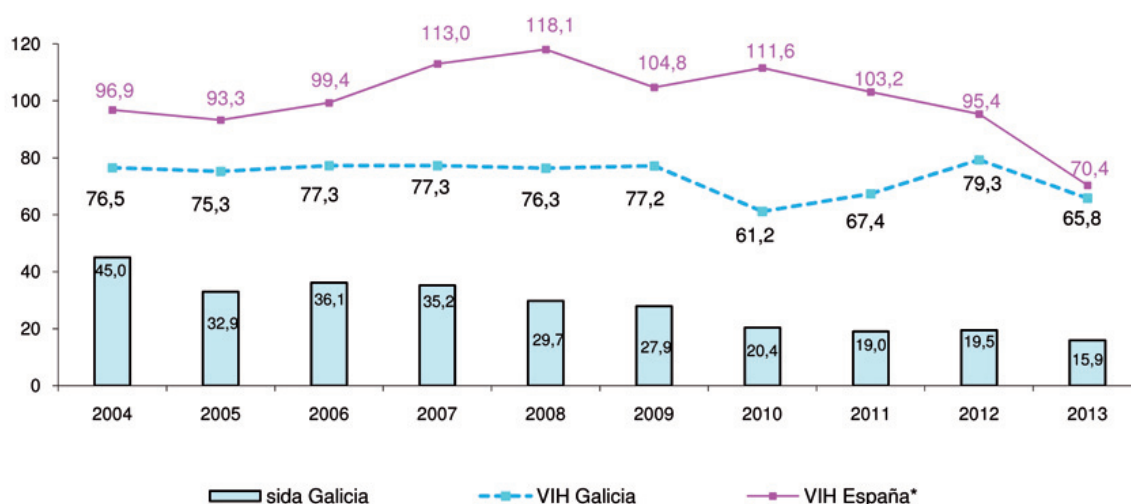
VIH/sida

Nos máis de 30 anos que pasaron dende que empezou a epidemia de VIH/sida, lograronse grandes avances en distintos eidos relacionados co diagnóstico, tratamento, prevención e atención das persoas afectadas.

A epidemia polo VIH/sida no noso medio caracterizouse durante a primeira década por un forte impacto, tanto en morbilidade como en mortalidade, no colectivo de persoas UDI. Estas persoas atopábanse nunha situación de elevada vulnerabilidade que condicionou que unha parte importante da epidemia recaera sobre eles. A elevada transmisibilidade por esta vía fixo que a extensión da epidemia fose rápida e afectase a un número importante de persoas que se atoparon indefensas ante o avance da infección. A sociedade e o sistema sanitario tampouco estaban preparados para unha resposta inmediata. O medo xerado polo desconcerto inicial ante a nova infección e a ignorancia sobre as vías de transmisión deron lugar a que se incrementase a estigmatización e a discriminación sobre estas persoas que xa tiñan problemas de exclusión social. Parte da sociedade responsabilizáboas do avance da epidemia, cando realmente eran vítimas do que estaba a acontecer.

Gráfica 2: Incidencia de VIH e sida por ano de diagnóstico. Galicia e España* 2004-2013.

casos/millón hab.



(*) Os datos de España son a data de 30 de xuño de 2014

Fonte: Informe VIH-sida en Galicia 2014.

Unha situación semellante aconteceu cos HSH. Estes homes foron estigmatizados e discriminados porque a infección polo VIH impactou fortemente sobre eles ao principio da epidemia. Os HSH engadiron o rexeitamento derivado da epidemia da sida ao estigma que xa estaban a sufrir. O movemento de lesbianas, gays, bisexuais e transexuais (LGBT) e persoas destacadas del constitúen o grupo social máis activo dende o primeiro momento para loitar contra esta epidemia emerxente, xerando conciencia na sociedade de loitar contra a sida e contra a estigmatización e discriminación das persoas afectadas.

A vía de transmisión sexual, principal vía pola que se transmite o VIH, mantívose semioculta polo maior impacto porcentual que representaban neses momentos as persoas UDI. Pero a porcentaxe da transmisión sexual sobre o total de novos diagnósticos de sida non deixou de medrar ininterrompidamente dende o inicio da epidemia ata hoxe en día.

A segunda década, nos anos 90, estivo caracterizada pola aparición da terapia antirretroviral de gran actividade (TARGA) e pola resposta social e institucional a través do plan antisida. Este plan diminuíu a mortalidade e a incidencia dos casos de sida, sobre todo a expensas das persoas UDI nas que as medidas desenvolvidas empezaron a dar os seus froitos.

Acadáronse notables éxitos fronte á transmisión vertical (TV) coas medidas de planificación familiar, diagnóstico precoz, tratamento antirretroviral e seguimento durante o embarazo, parto e lactación.

Na terceira década, os resultados do plan constatan a importancia do traballo realizado pero tamén a necesidade de mellora noutros obxectivos marcados. Entre os maiores avances neste período temos que destacar que o tratamento antirretroviral coas súas sucesivas actualizacións, aumentou moito a esperanza e calidade de vida das persoas infectadas; pero a cronicidade da infección unida aos efectos secundarios dos fármacos preséntannos novos problemas no seguimento destes pacientes que van ter implicacións nos dispositivos asistenciais, sobre todo na atención primaria de saúde.

A creación en 2004 do Sistema de Información Galego sobre a Infección polo VIH (SIGIVIH) mellorou a vixilancia epidemiolóxica do VIH en Galicia e supuxo un avance no coñecemento da evolución da epidemia, o que nos permite analizar o impacto que as políticas desenvolvidas polo plan teñen sobre a infección.

Segundo o SIGIVIH a incidencia de infección polo VIH está estabilizada a pesar do importante descenso de casos en UDI no período 2004-2013. Nesta mellora teñen un importante papel os programas de redución de dano que evitaron moitas novas infeccións de VIH nestas persoas. Os esforzos nos programas de prevención en UDI deben seguir sendo parte da estratexia de control nos próximos anos para consolidar os éxitos acadados.

Os casos atribuídos á transmisión heterosexual descendén tamén, aínda que máis lentamente que nos UDI. Polo tanto, o número total de novos diagnósticos ao ano mantense estable, a pesar das diminucións referidas en UDI e heterosexuais, debido ao aumento paulatino no número de novas infeccións ocasionadas pola transmisión por vía sexual en HSH. Este é un dos retos principais que terá que afrontar o novo plan para conseguir descender a epidemia en Galicia.

O diagnóstico tardío tamén mostra unha estabilización, en cifras ao redor do 50%, na serie rexistrada a partir de 2004, que tamén deberá ser mellorada con estratexias específicas dirixidas a promover o uso da proba de VIH tanto en centros sanitarios, especialmente na atención primaria, como en programas a desenvolver nas contornas comunitarias.

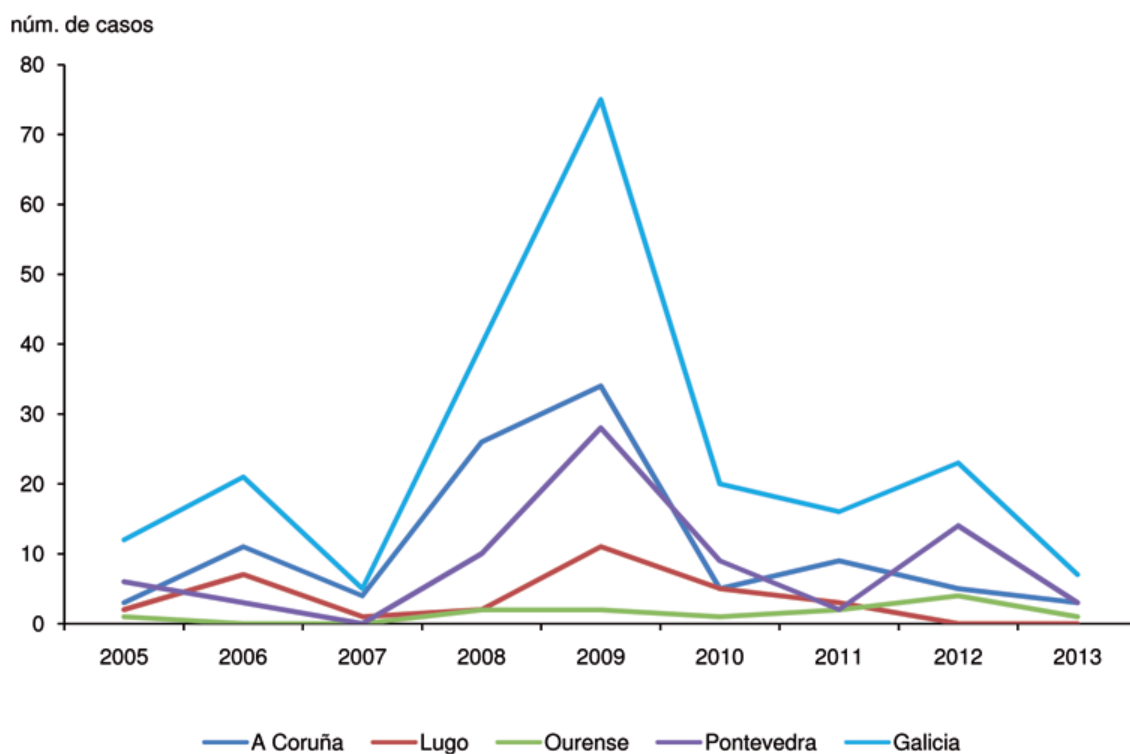
Os problemas de exclusión, estigma e vulneración dos dereitos das persoas afectadas melloraron significativamente nesta última década pero o plan debe persistir nas accións de mellora neste campo.

Non obstante, queda aínda un longo camiño e moitos obxectivos por acadar na loita contra esta infección que se converteu nun dos principais problemas de saúde pública a nivel mundial a finais do século XX e segue a selo a principios do XXI.

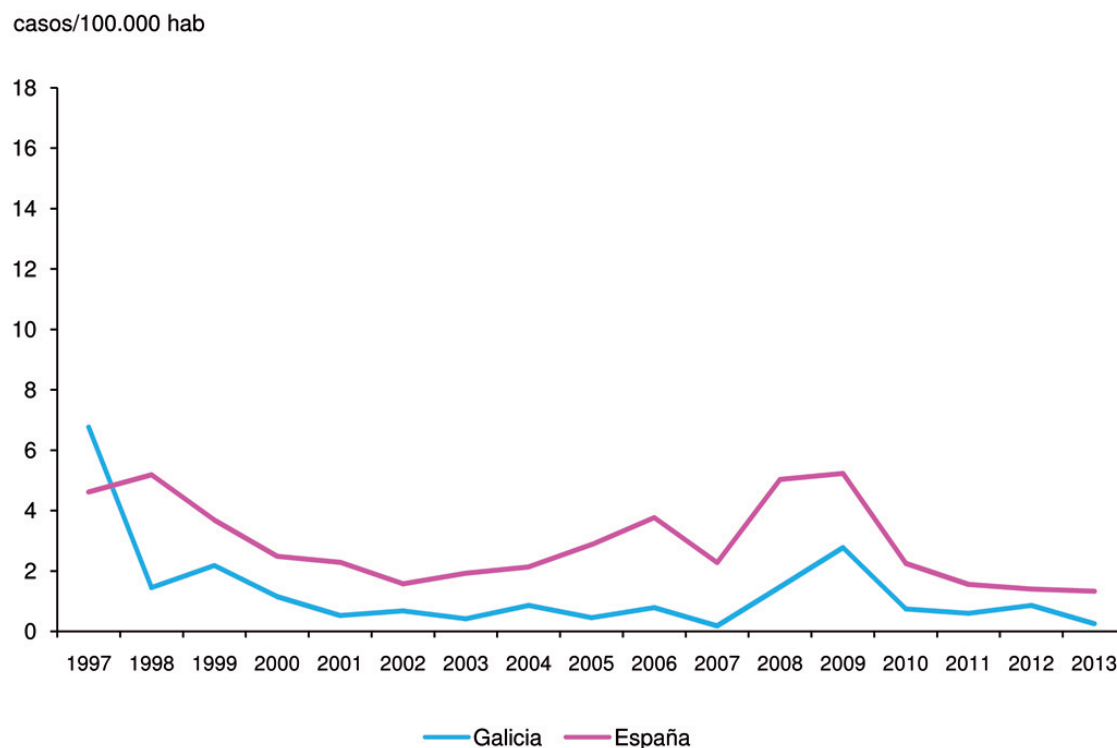
Hepatitis víricas

A evolución da incidencia da hepatitis A en Galicia presentaba unha tendencia continua ao descenso, con algúns abrochos nos anos 1994, 1997 e 1999, que estaban concentrados en lugares específicos da nosa xeografía, o que é típico das infeccións de orixe alimentaria. Non obstante, a finais de 2008, observouse un aumento do número de casos, que tivo continuidade nas 12 primeiras semanas de 2009 e que non estaba concentrado xeograficamente, afectando fundamentalmente a homes novos, cunha incidencia oito veces superior nos de 15 a 29 anos de idade. Os resultados da investigación que se realizou indican que neste aumento de casos houbo diversos modos de transmisión implicados, entre eles, a vía sexual.

Gráfica 3: Número de casos de hepatitis A. Galicia 2005-2013.

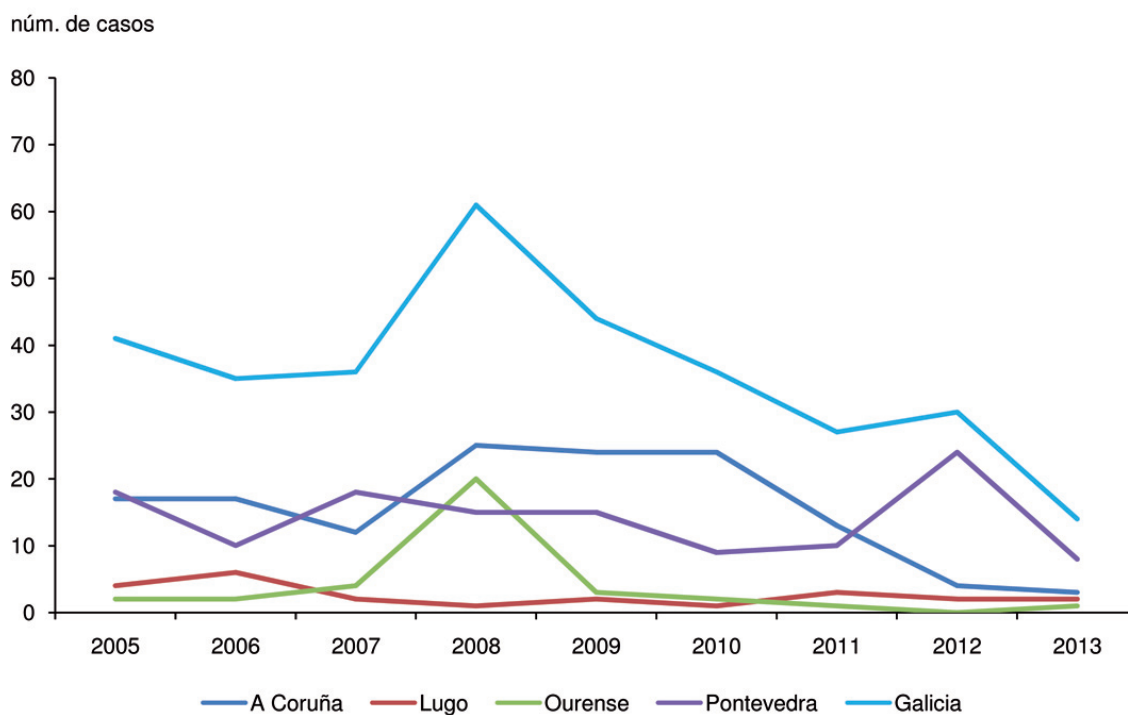


Fonte: DXIXSP, 2014

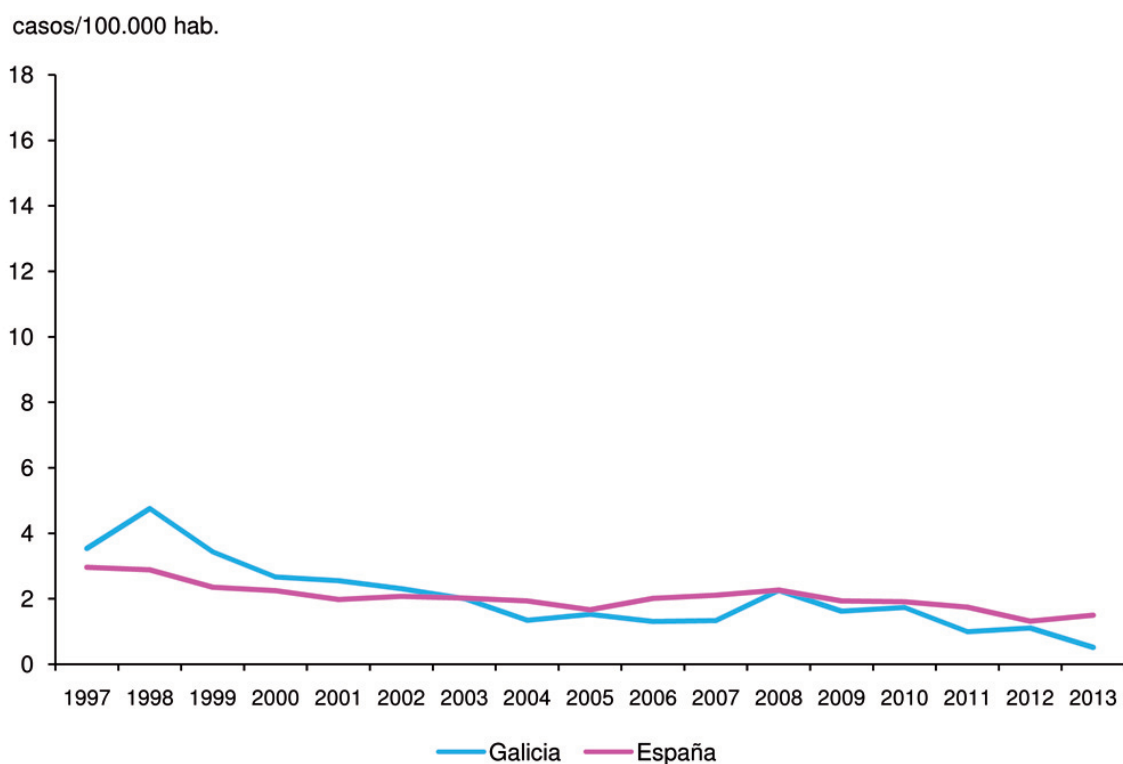
Gráfica 3 bis: Incidencia de hepatitis A. Galicia e España, 2005-2013.

Fonte: DXIXSP, 2014.

Analizando a evolución temporal da hepatitis B, vese que, igual que sucede a nivel estatal, se produce unha diminución anual continuada no número de casos e incidencia, coa excepción do ano 2008 (gráfica 5). A incidencia en Galicia é lixeiramente inferior á incidencia estatal e o número de casos diminuíu un 89% dende 1998 ata o 2013. No ano 2008 hai un incremento evidente onde case se duplican os casos declarados (61 casos) en relación co ano 2006 (35 casos) (gráfica 4). Ao examinar a distribución provincial este incremento, débese aos casos da provincia da Coruña (25 casos), que duplica o número con respecto ao ano anterior (12 casos), e principalmente aos casos de Ourense que quintuplican os casos declarados no ano 2007 (4-20 casos). Destes 20 casos declarados en Ourense en 2008, o 95% son varóns e o 80% deles tiñan entre 24 e 57 anos (rango: 24-83). A investigación que se desenvolveu, orienta a que unha boa parte do aumento de casos está relacionado coa transmisión heterosexual con antecedentes de contacto con prostitución.

Gráfica 4: Número de casos de hepatitis B. Galicia 2005-2013.

Fonte: DXIXSP, 2014.

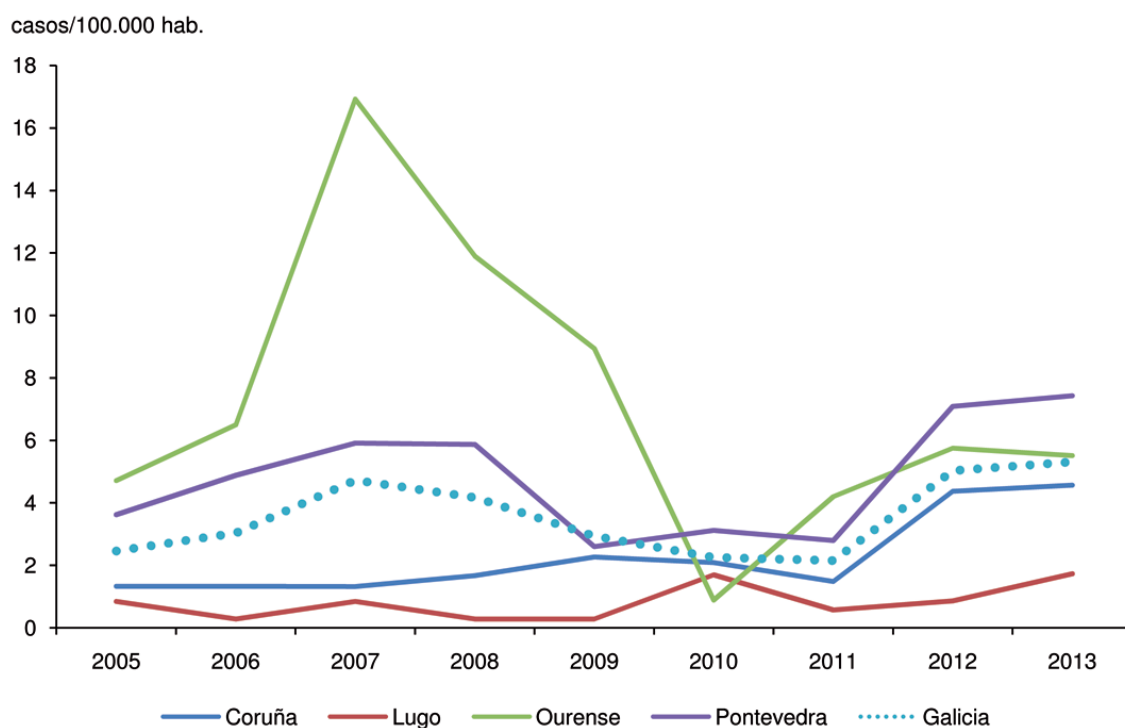
Gráfica 5: Incidencia de hepatitis B. Galicia 1997-2013

Fonte: DXIXSP, 2014

Sífilis

Dende comezos da década de 1980, o comportamento da sífilis declarada mostrou unha tendencia clara á diminución ata 1996. A partir dese ano foi medrando de xeito continuo ata acadar unha incidencia anual en 2007 de 4'72 casos/10⁵ hab., que se atopa preto da incidencia de 1988 (5,4 casos/10⁵ hab.). No ano 2008 comeza de novo unha tendencia decrecente que se mantén ata o ano 2011 (2,15 casos /10⁵ hab.), a partir do cal se produce un aumento ata acadar no 2013 unha taxa de 5,3 casos/10⁵ hab (gráfica 6).

Gráfica 6: Incidencia de sífilis. Galicia 2005-2013.



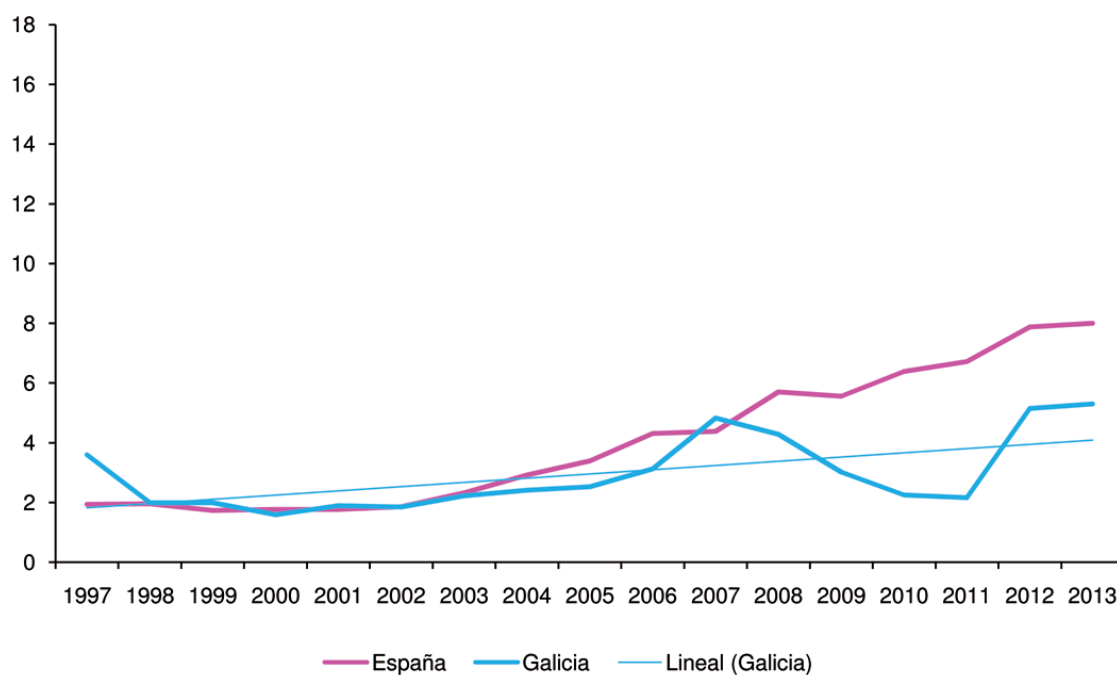
Fonte: DXIXSP, 2014.

Se nos comparamos coa situación estatal, a incidencia estatal é maior, sendo a evolución moi parecida (agás no descenso dos anos 2008-2011) (gráfica 7).

Como xa comentamos anteriormente, a sífilis conxénita evidencia un acceso tardío ao sistema sanitario e un fracaso do sistema de prestación sanitaria de coidados prenatais e/ou dos servizos sociais. En Galicia, isto vén corroborado polo feito de que a gran maioría dos casos da nosa comunidade autónoma danse en fillos de mulleres inmigrantes, que é un dos grupos onde máis se manifestan as desigualdades en canto ao acceso a estes sistemas. Dende o ano 2000 houbo 10 casos de sífilis conxénita, 4 deles no último quinquenio (2009-2013)

Gráfica 7: Incidencia de sífilis. España e Galicia 1997-2013.

casos/100.000 hab.



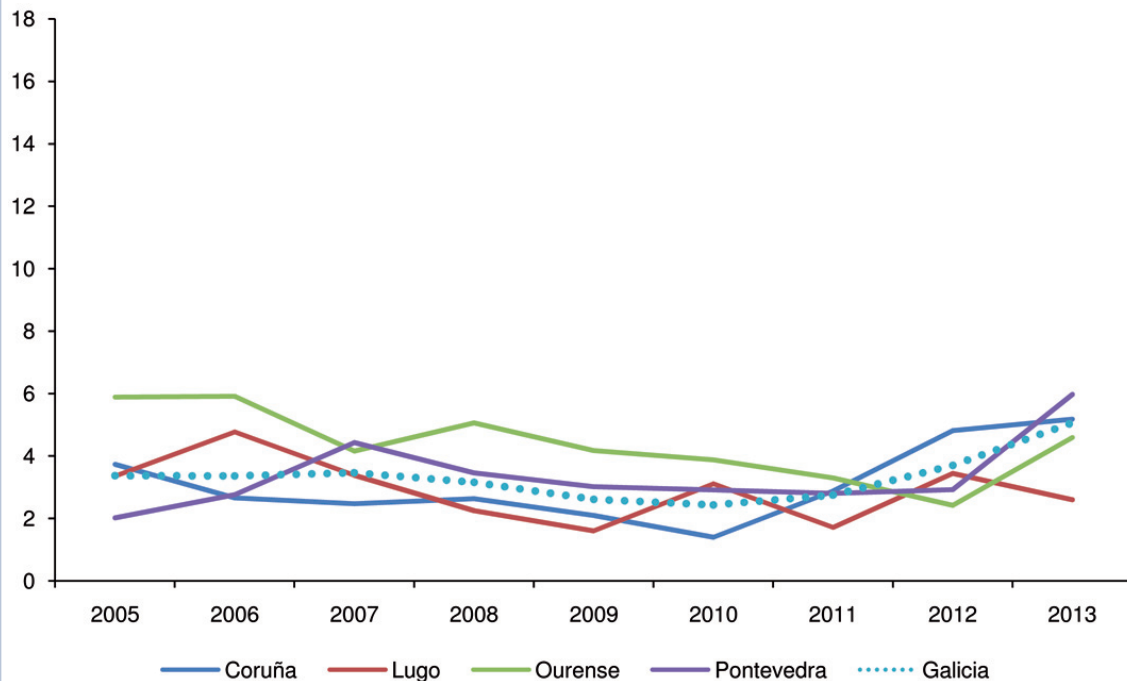
Fonte: ISC III e DXIXSP. Elaborado pola DXIXSP en 2014.

Gonococia

A infección gonocócica é a que sufriu a diminución máis espectacular de todas as ITS. En 1985 declaráronse 3.456 casos; no ano 2000 declaráronse 295 casos, o que representou unha incidencia anual de 10,89 casos/10⁵ hab., e seguiu diminuíndo ata que en 2010 se acadou unha taxa de 2,43 casos/10⁵ hab (68 casos) (gráfica 8). Nos anos 2007, 2008 e 2009, a incidencia de sífilis superou á da gonococia por primeira vez na historia (gráfica 8). A partir do 2010 prodúcese un incremento anual ata acadar unha taxa no 2013 de 5,06 (140 casos) (gráfica 8), incremento que se dá principalmente en varóns mozos.

Gráfica 8: Incidencia de gonococia. Galicia 2005-2013.

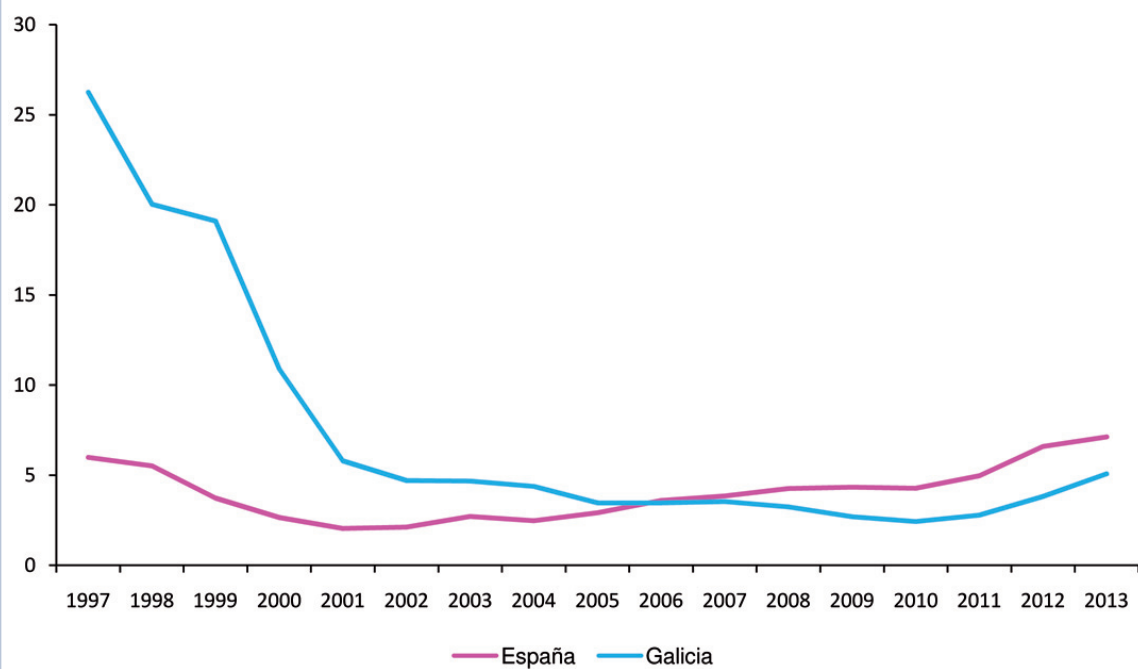
casos/100.000 hab.



Fonte: DXIXSP, 2014.

Gráfica 9: Incidencia de gonococia. España e Galicia 1997-2013.

casos/100.000 hab.



Fonte: ISC III e DXIXSP. Elaborado pola DXIXSP en 2014.

Se analizamos a distribución provincial da sífilis e gonococia no período 2005-2012, observamos que tanto a incidencia anual da sífilis como a da gonococia son, en xeral, superiores na provincia de Ourense (gráfica 6 e 8).

En Galicia temos nestes últimos anos un incremento de casos notificados de gonococia. A investigación epidemiolóxica que se realizou indícanos que houbo fallos no tratamento, principalmente debidos á utilización de quinolonas fronte ás que a maioría das cepas de gonococo presentan unha alta resistencia. Cómpre pois incidir na recomendación dos tratamentos con cefalosporinas de terceira xeración (de elección: ceftriaxona) máis azitromicina, reforzar a vixilancia da susceptibilidade antibiótica e vixiar os fallos nos tratamentos.

05 | AVALIACIÓN DO PLAN ANTI VIH SIDA EN GALICIA (2000-2013)

A finais dos anos noventa, prodúcese un importante cambio derivado da acción dos novos tratamentos antirretrovirais que diminúen espectacularmente a mortalidade por sida e o ingreso hospitalario dos pacientes con infección VIH.

Para avaliar a nova situación constátase que a información dispoñible que proporciona o rexistro de sida resulta insuficiente para achegar información próxima ao momento da infección no tempo, sobre a evolución da epidemia e os cambios que están a acontecer.

Estes cambios aconsellaron a redacción dunha actualización nas directrices da política sanitaria sobre a infección polo VIH e a sida e esta actualización concreouse no Plan de Acción Anti VIH/sida en Galicia 2003-2006 que foi prorrogado ata o ano 2013.

O SIGIVIH estableceuse a partir do Decreto 33/2004 e rexistra os novos casos de infección polo VIH que se producen en Galicia.

Os cambios epidemiolóxicos que se foron observando grazas á información proporcionada polo SIGIVIH e polo Rexistro Galego da Sida, mostran o impacto do TAR na evolución da epidemia e a tendencia no cambio das vías de transmisión do VIH así como o repuntamento dalgunhas ITS que reflicte o sistema de EDO e outros rexistros como o SIM.

Defíníase nese plan a necesidade de potenciar os sistemas de vixilancia e información dos casos de sida, da infección polo VIH, a mortalidade e os anos potenciais de vida perdidos, o SIM e molecular da infección polo VIH e a información sobre coñecementos, actitudes e comportamentos da poboación respecto da infección polo VIH.

Unha das eivas nos sistemas de información corríxese durante o desenvolvemento do plan no ano 2004 ao dispor de datos dos novos diagnósticos de infección polo VIH do SIGIVIH. Esta información achega unha mellora moi importante na vixilancia e información sobre o VIH como veremos a continuación e cúmprese por tanto unha das directrices máis importantes que marca ese plan.

O plan anterior que agora avaliamos fixaba os seguintes obxectivos específicos:

- 1 - Estabilizar/diminuír a incidencia anual de infección diagnosticada por VIH a <50 casos/ 10^6 hab.
- 2 - Estabilizar/diminuír a incidencia da sida a <50 casos/ 10^6 hab.
- 3 - Garantir a adecuada atención sociosanitaria para o paciente VIH/sida.
- 4 - Diminuír a mortalidade por sida (<10 mortes/ 10^5 en persoas entre 25 e 34 anos) e o impacto como causa de anos potenciais de vida perdidos.

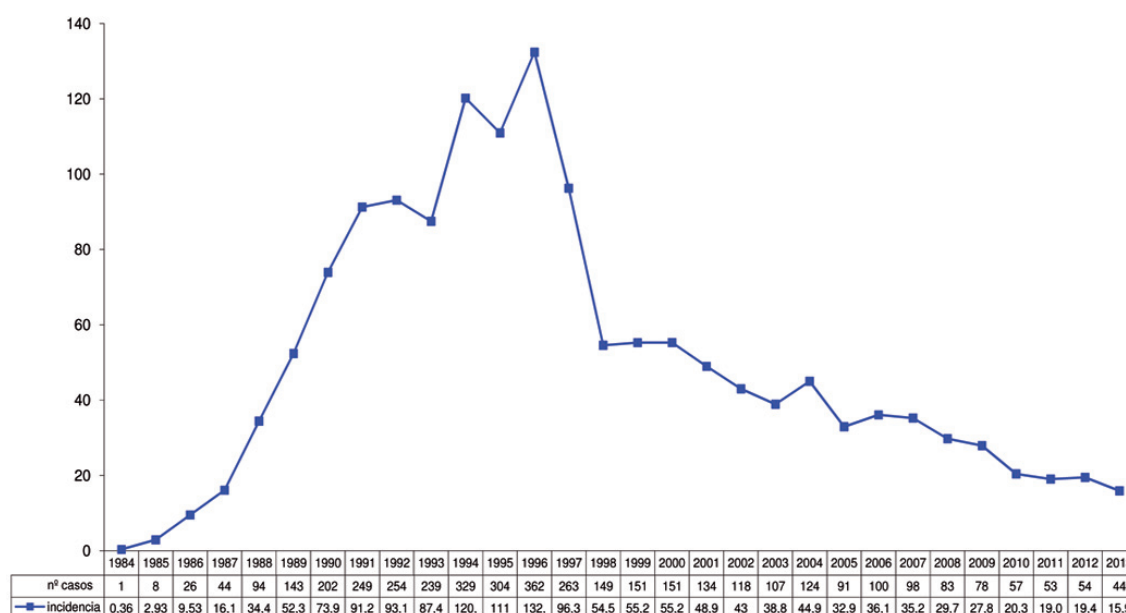
Estes obxectivos avaliáronse a través dos seguintes indicadores:

Núm. de casos e taxa de incidencia de sida por millón de habitantes e ano.

O obxectivo fixado no plan de manter a taxa de incidencia anual de casos de sida en menos de 50 casos por millón de habitantes cumprese en todo o período cun descenso mantido ao longo do tempo. Comezouse o período estudado cunha taxa de incidencia de sida en 2003 de 39 casos/10⁶ hab. e finalizou en 2013 con 16 casos/10⁶ hab. (gráfica 10).

Gráfica 10: Incidencia da sida por ano de diagnóstico. Galicia 1984-2013.

casos/millón hab.



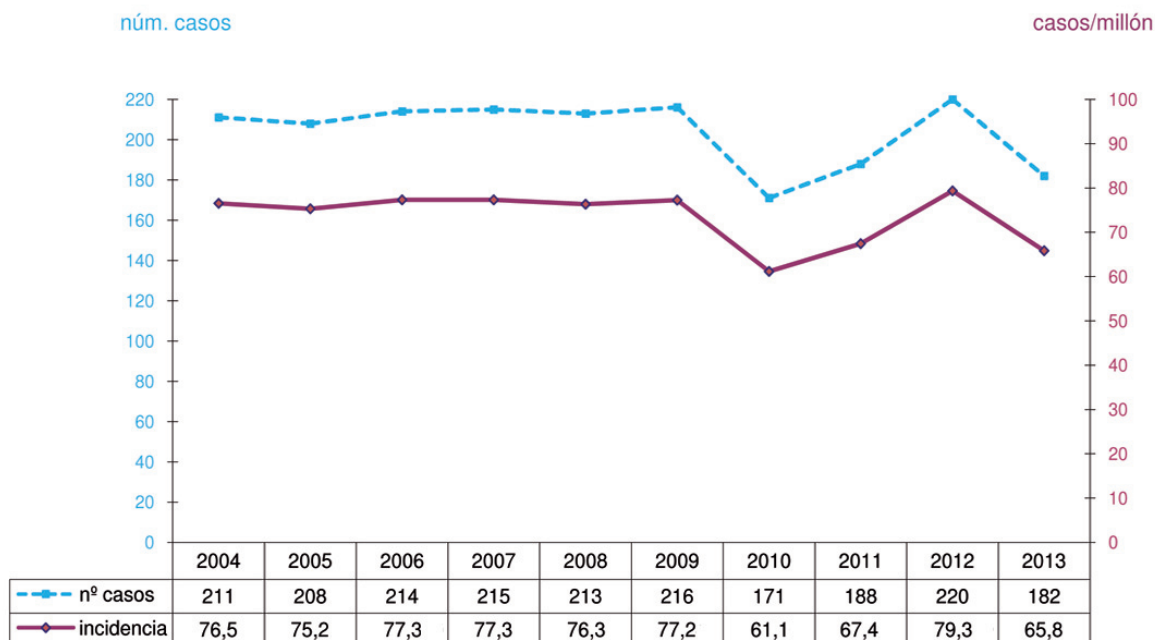
Fonte: DXIXSP: datos a 31 de decembro de 2013.

Núm. de casos e taxa de incidencia de VIH por millón de habitantes e ano

O obxectivo fixado no plan de manter a taxa de incidencia anual de novos casos de infección VIH en menos de 50 casos por millón de habitantes non se cumpre ao longo do período 2003-2013. O descoñecemento da incidencia de infección polo VIH no momento de formular este obxectivo fixo que este establecese unha cifra de incidencia bastante inferior á real e polo tanto que non se puidese acadar este obxectivo ningún ano do período.

Desde o 2004 (primeiro ano no que temos datos de infección VIH) obsérvase unha estabilización no número total de novos casos en taxas entre 70-80 casos/10⁶ hab. ao ano. Comezouse o período estudado cunha taxa de incidencia de VIH en 2004 de 77 casos/10⁶ hab. e finalizou en 2013 con 66 casos/10⁶ hab. (gráfica 11).

Gráfica 11: Número de casos e incidencia de VIH+ por ano de diagnóstico. Galicia 2004-2013.



Fonte: DXIXSP: datos a 31 de decembro de 2013.

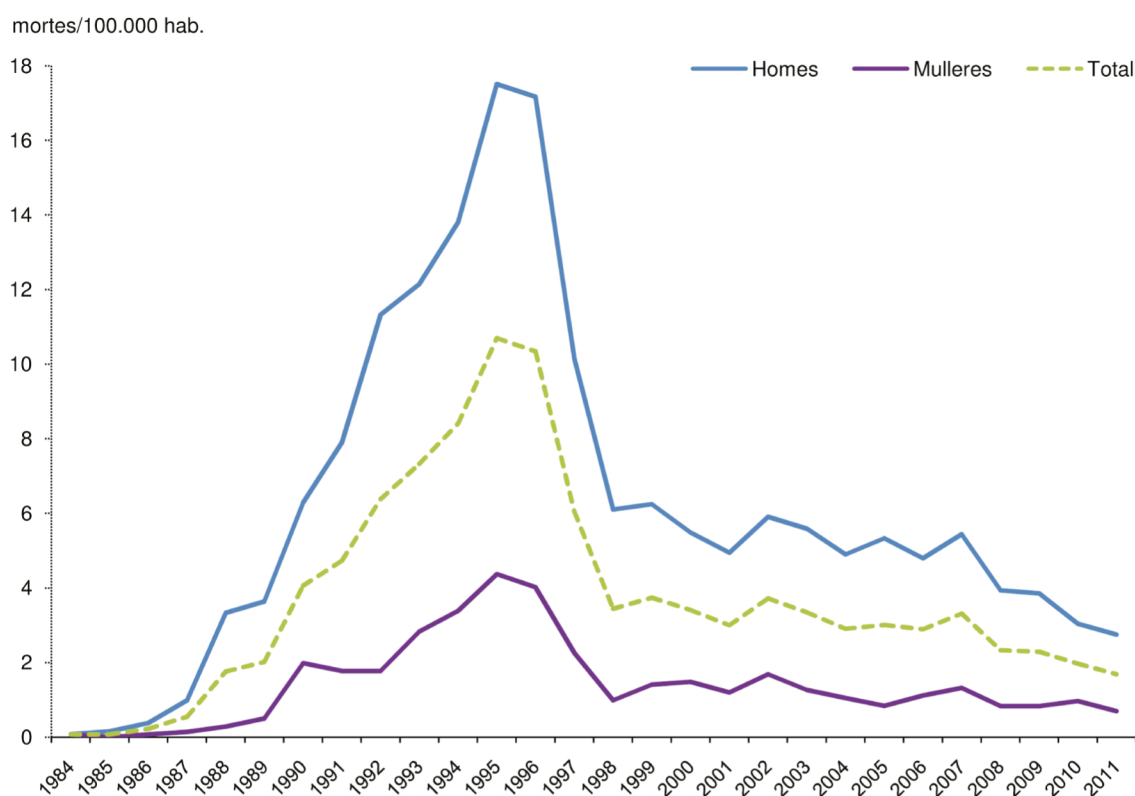
O estudo das características destes novos casos de infección VIH achegan a información necesaria para avaliar o estado da situación da epidemia. Estes datos son fundamentais para establecer a revisión do plan que se está realizando neste ano 2014.

Taxa de mortalidade por VIH/sida ao ano.

Desde o ano 1995, en que comezaron a utilizarse os tratamentos antirretrovirais de gran actividade, a mortalidade diminúe ano tras ano. Esta diminución foi moi acusada entre 1995 e 1998, pasando dunha taxa de mortalidade por VIH/sida de 10,69 a 3,44 mortos por 10⁵ hab (táboa 2, gráfica 12).

En 2003, ao inicio do plan, a taxa de mortalidade (TM) por VIH/sida foi de 3,34 mortos/10⁵ hab. En 2011, último ano do que dispoñemos de datos, a taxa de mortalidade por VIH/sida foi de 1,69 mortos/10⁵ hab (táboa 2).

Gráfica 12: Taxas de mortalidade polo VIH segundo o sexo. Galicia 1984-2011.



Fonte: DXIXSP: datos a 31 de decembro de 2013

Táboa 2: Defuncións polo VIH-sida. Número e taxa por 100.000 habitantes, segundo o sexo. Galicia 1984-2011.

	Total (N)	Taxa total	Homes (N)	Taxa homes	Mulleres (N)	Taxa mulleres
1984	2	0,07	1	0,08	1	0,07
1985	2	0,07	2	0,15	0	0,00
1986	6	0,22	5	0,38	1	0,07
1987	15	0,55	13	0,99	2	0,14
1988	48	1,76	44	3,33	4	0,28
1989	55	2,01	48	3,64	7	0,50
1990	111	4,06	83	6,29	28	1,98
1991	129	4,73	104	7,90	25	1,77
1992	174	6,38	149	11,32	25	1,77

1993	200	7,32	160	12,15	40	2,83
1994	230	8,40	182	13,80	48	3,39
1995	293	10,69	231	17,51	62	4,36
1996	283	10,35	226	17,17	57	4,02
1997	165	6,04	133	10,14	32	2,25
1998	94	3,44	80	6,10	14	0,99
1999	102	3,73	82	6,25	20	1,41
2000	93	3,40	72	5,48	21	1,48
2001	82	3,00	65	4,94	17	1,20
2002	102	3,72	78	5,91	24	1,69
2003	92	3,34	74	5,59	18	1,26
2004	80	2,90	65	4,90	15	1,05
2005	83	3,00	71	5,33	12	0,84
2006	80	2,89	64	4,80	16	1,12
2007	92	3,31	73	5,44	19	1,32
2008	65	2,33	53	3,93	12	0,83
2009	64	2,29	52	3,85	12	0,83
2010	55	1,97	41	3,04	14	0,97
2011	47	1,69	37	2,75	10	0,69
Total	2.844		2.288		556	

Fonte: DXIXSP: datos a 31 de decembro de 2013.

Taxa de mortalidade por sida no grupo de idade de 25-34 anos ao ano

A importante mortalidade no grupo de idade entre 25 e 34 anos, que chegou en 1995 a unha taxa de 41,41 mortes/10⁵ hab., fixo que no plan se marcasse como obxectivo específico diminuíla a menos de 10 mortes/10⁵ hab. Os principais resultados deste indicador son os seguintes:

O período estudado comezou cunha taxa de mortalidade en 2003 de 3,69 mortes/10⁵ hab. e finalizou en 2011 con 0,51 mortes/10⁵ hab. O obxectivo marcado xa se cumpría no primeiro ano do plan pero mellorou de modo moi importante ao longo do período (táboa 3).

Táboa 3: Taxa de mortalidade por sida no grupo de idade de 25-34 anos por cen mil habitantes e ano. Galicia 2003-2011.

Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taxa	3,69	2,76	2,28	1,82	1,60	0,70	1,42	0,24	0,51

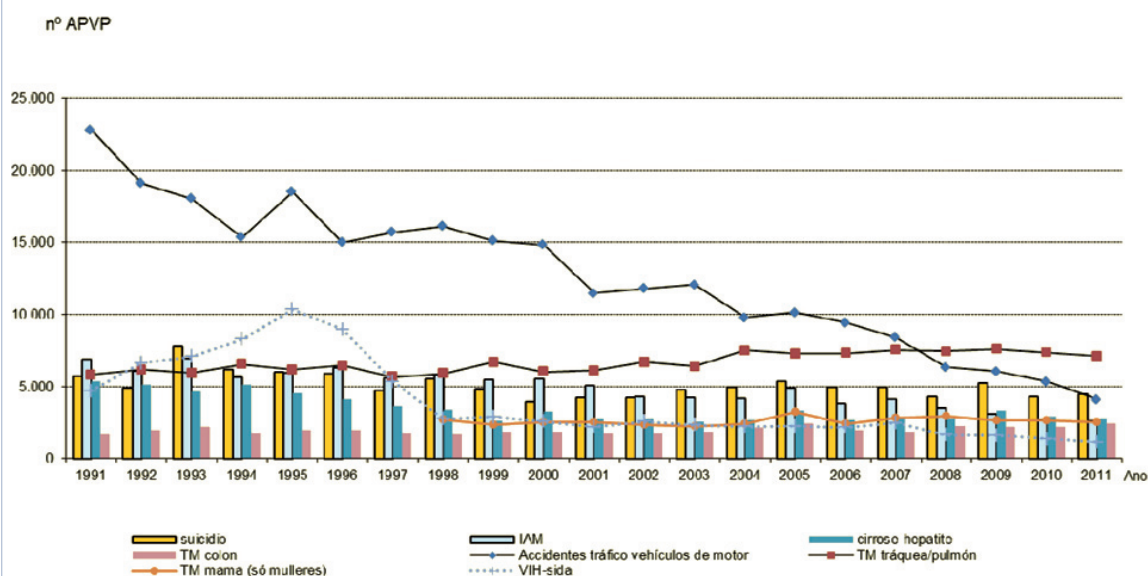
Fonte: DXIXSP, 2014.

Núm. de anos potenciais de vida perdidos (APVP) por VIH/sida en relación con outras causas

A mediados da década dos anos noventa a infección polo VIH sida chegou a ser a segunda causa de anos potenciais de vida perdidos (APVP) en relación coas outras causas de mortalidade importantes e incluso en idades de 25 a 34 anos chegou a ser a primeira causa de APVP por diante dos accidentes de tráfico de vehículos de motor.

No período avaliado do 2003 a 2011, o número de APVP diminúe paulatinamente ata situarse por debaixo de moitas das principais causas de mortalidade: Tumor maligno (TM) de traquea e pulmón, suicidio, accidentes de tráfico de vehículos de motor, cirrose-hepatite, infarto agudo de miocardio (IAM), TM de mama (só en mulleres) , TM de colon, VIH/sida (gráfica 13).

Gráfica 13: Número de APVP ao ano por VIH/sida comparado con outras causas de mortalidade. Galicia 1991-2011.



Fonte: DXIXSP, 2014

No período 2003-2011 fíxose a avaliación anual deste parámetro observándose unha mellora coa diminución do número de APVP ocasionados pola infección polo VIH/sida nos últimos anos (táboa 4).

Táboa 4: Número de APVP ao ano por VIH/sida comparado con outras causas de mortalidade. Galicia 2003-2011.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Accidentes tráfico vehículos de motor	12.049	9.790	10.118	9.432	8.415	6.326	6.030	5.343	4.108
TM traquea/pulmón	6.405	7.517	7.261	7.296	7.522	7.453	7.602	7.358	7.098
Suicidio	4.797	4.947	5.347	4.939	4.925	4.326	5.226	4.324	4.458
IAM	4.231	4.161	4.913	3.850	4.138	3.510	3.103	2.718	2.581
Cirrose-hepatite	2.548	2.652	3.298	2.694	2.722	2.788	3.331	2.879	2.770
TM mama (só mulleres)	2.204	2.404	3.206	2.381	2.812	2.959	2.641	2.666	2.506
VIH-sida	2.331	2.209	2.236	2.169	2.485	1.629	1.608	1.358	1.141
TM colon	1.853	2.135	2.452	1.995	1.849	2.256	2.230	2.207	2.414

Fonte: Servizo Galego de Saúde. Elaborado pola DXIXSP en 2014

Número de pacientes VIH/sida e custo do tratamento antirretroviral (TAR) atendidos en hospitais do Servizo Galego de Saúde

O número de pacientes atendidos nos hospitais do Servizo Galego de Saúde no período 2003-2013 foi en aumento debido a que a terapia TAR conseguiu unha importantísima diminución da mortalidade das persoas afectadas polo VIH. O gasto en TAR aumentou anualmente debido ao incremento do número de pacientes e á incorporación nas pautas terapéuticas dos novos fármacos antirretrovirais máis caros. A evolución do aumento do gasto en TAR ralentizouse nos últimos anos a expensas da redución do custo do tratamento por paciente grazas ao aumento do uso de fármacos máis eficientes como os xenéricos.

Ao éxito da terapia TAR, que permitiu aumentar a cantidade e calidade de vida dos pacientes, súmase a diminución na infectividade dos pacientes tratados. Nesta situación debemos complementar os beneficios do TAR co incremento das políticas de prevención primaria e con accións decididas sobre o diagnóstico precoz.

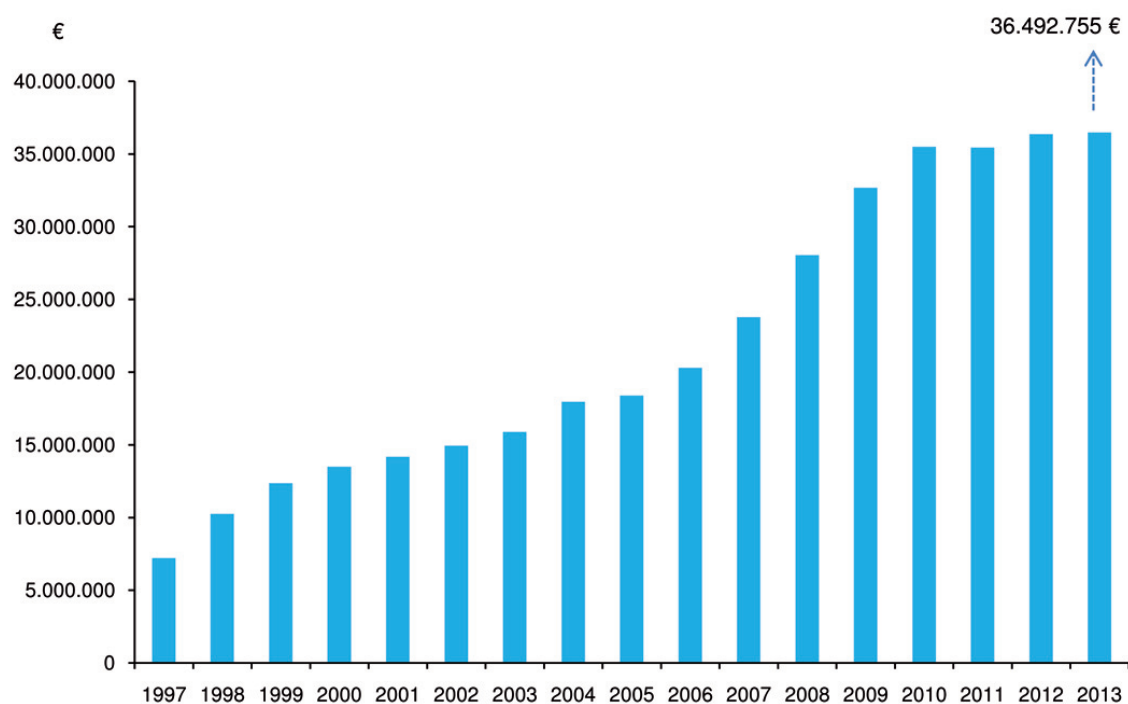
Táboa 5: Número de pacientes a tratamento antirretroviral no Servizo Galego de Saúde e custo por paciente. Galicia 2003-2013.

Ano	Número de pacientes tratados	Custe por paciente
2003	2.146*	7.403,82 €
2004	2.426*	7.403,60 €
2005	2.485*	7.401,14 €
2006	2.743*	7.402,32 €
2007	3.213*	7.401,50 €
2008	3.790*	7.402,70 €
2009	4.352	7.509,42 €
2010	4.446	7.984,58 €
2011	4.714	7.520,60 €
2012	4.915	7.401,16 €
2013	5.019	7.270,92 €

*datos estimados

Fonte: Servizo Galego de Saúde. Elaborado pola DXIXSP en 2014.

Gráfica 14: Evolución do custo dos tratamentos antirretrovirais no Servizo Galego de Saúde ao ano. Galicia 1997-2013.



Fonte: Servizo Galego de Saúde, 2014.

Investimento anual no Plan de acción anti VIH/sida de Galicia.

Inclúe os fondos investidos pola Consellería de Sanidade e os procedentes da Secretaría do Plan Nacional sobre a sida (SPNS) do Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (MSSSI).

Detállanse os importes en euros en dous grandes grupos (táboa 6):

⇒ Accións de saúde pública: vixilancia epidemiolóxica, programa de inxección hixiénica en UDI, campañas divulgativas, campañas preventivas de distribución gratuita de preservativos aos colectivos máis vulnerables, campañas de fomento do diagnóstico precoz, programas formativos e de investigación.

⇒ Subvencións de proxectos de saúde pública no campo do VIH/sida desenvolvidos por organizacións non gobernamentais dirixidos a persoas especialmente vulnerables ao VIH/sida e aos que é difícil achegarse directamente dende os organismos públicos.

Non están incluídos os investimentos de:

- Persoal da estrutura do Plan da DXISXP.
- Asistencia sanitaria do Servizo Galego de Saúde.
- Prestacións sociais da Consellería de Traballo e Benestar.
- Subvencións a organizacións non gobernamentais (ONG) achegadas polos fondos do imposto sobre a renda das persoas físicas (IRPF).
- Subvencións a ONG achegadas por concellos, deputacións provinciais e entidades privadas.

Os investimentos no Plan de acción anti VIH/sida de Galicia mantéñense en niveis altos entre 2003 e 2008 e a partir deste ano aprécianse importantes diminucións por mor dos axustes das administracións públicas derivados da crise económica. No ano 2012 e 2013 desaparecen os fondos finalistas para plans autonómicos de sida que achegaba o MSSSI (táboa 6).

* Vixilancia epidemiolóxica, programa de inxección hixiénica en UDI, campañas divulgativas, campañas preventivas de distribución gratuita de preservativos a colectivos máis vulnerables, campañas de fomento do diagnóstico precoz, programas formativos e de investigación.

* Non se inclúen os custos de persoal da estrutura do Plan de acción anti VIH/sida de Galicia nin a asistencia sanitaria e social das persoas afectadas.

Táboa 6: Evolución do investimento anual do Plan de acción anti VIH/sida de Galicia. 2003-2013

Ano	Gasto		Investimento		Total
	Accións de saúde pública*	Subvencións a proxectos de ONG	Consellería de Sanidade	Secretaría do Plan Nacional sobre a Sida	
2003	556.138 €	364.623 €	636.772 €	283.989 €	920.761 €
2004	655.611 €	358.997 €	715.843 €	298.765 €	1.014.608 €
2005	835.075 €	357.154 €	905.601 €	286.628 €	1.192.229 €
2006	389.950 €	413.154 €	504.054 €	299.050 €	803.104 €
2007	552.784 €	419.654 €	669.946 €	302.492 €	972.438 €
2008	583.200 €	446.922 €	726.669 €	303.453 €	1.030.122 €
2009	443.266 €	274.160 €	442.528 €	274.898 €	717.426 €
2010	419.172 €	317.265 €	456.961 €	279.476 €	736.437 €
2011	245.919 €	166.967 €	146.907 €	265.979 €	412.886 €
2012	49.459 €	148.000 €	197.459 €	0,00 €	197.459 €
2013	158.191 €	57.190 €	215.381 €	0,00 €	215.381 €

Fonte: DXIXSP, 2014.

06 | OBXECTIVOS 2015-2018

Á vista dos resultados do anterior Plan anti VIH-sida e da actual situación das ITS en Galicia, a prevención deste novo plan artéllase en cinco grandes eixos:

1 Prevención primaria:

- Aumentar e mellorar a información sobre as vías de transmisión e as medidas de prevención da infección polo VIH e outras ITS, tanto na poboación xeral como nos colectivos máis vulnerables.
- Fomentar as prácticas sexuais seguras nos diferentes grupos de poboación e a redución de riscos.
- Mellorar a comunicación, especialmente na mocidade, e incorporar novas ferramentas como as tecnoloxías da información e comunicación (TIC).

2 Diagnóstico precoz:

- Promover a identificación de prácticas de risco e de signos e síntomas da infección polo VIH e outras ITS.
- Aumentar a realización da proba do VIH desde os centros de atención primaria e potenciar novas ferramentas como as probas rápidas de VIH en fluído oral en persoas con dificultades de acceso ao sistema sanitario.
- Promover a realización periódica da proba do VIH e outras ITS en determinados grupos.
- Estudar os contactos sexuais das persoas con diagnóstico de infección polo VIH ou outra ITS.

3 Garantir a asistencia sanitaria e o tratamento das persoas con infección polo VIH e outras ITS en Galicia:

- Promover a posta en marcha de medidas que garantan o acceso ao sistema sanitario e identificar e eliminar os obstáculos que impidan ou dificulten o acceso.

4 Reducir o estigma e a discriminación das persoas afectadas polo VIH:

- Eliminar os obstáculos que impidan ou dificulten o respecto dos seus dereitos.
- Atender a opinión e as demandas das persoas afectadas.
- Loitar contra o estigma e a discriminación destas persoas en calquera eido.

5 Promover o acceso aos servizos e prestacións sociais:

- Achegar os servizos sociais e facilitar o acceso ás prestacións sociais ás persoas afectadas con mala situación socioeconómica.

Esta estratexia plásmase na concreción dos seguintes obxectivos xerais e específicos.

OBXECTIVOS XERAIS

1. Previr e controlar a extensión da infección polo VIH/sida e outras ITS.
2. Garantir a universalidade da atención sanitaria para as persoas con infección polo VIH/sida e outras ITS.
3. Eliminar o estigma e discriminación das persoas afectadas.
4. Minimizar o impacto da infección polo VIH/sida e outras ITS.
5. Mellorar a esperanza e calidade de vida das persoas afectadas polo VIH e outras ITS.

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Diminuír a incidencia anual de novos diagnósticos de VIH+ por debaixo de 50 casos/10⁶ hab.
- Manter a incidencia anual da sida por debaixo de 20 casos/10⁶ hab.
- Reducir o diagnóstico tardío e mantelo por debaixo do 35% dos novos diagnósticos de infección polo VIH.
- Diminuír a mortalidade anual pola sida, non superando as 2 defuncións/10⁵ hab.
- Manter os anos potenciais de vida perdidos (APVP) por VIH/sida por debaixo de 1.000 ao ano.
- Mudar a tendencia crecente da sífilis de forma que a incidencia anual non supere os 5 casos/10⁵ hab.
- Eliminar a sífilis conxénita, de tal xeito que non se dea ningún caso en fillos/as de mulleres que leven residindo en Galicia, como mínimo, dende os nove meses anteriores ao parto.
- Manter a incidencia anual da gonococia por debaixo dos 7 casos/10⁶ hab.
- Lograr que en máis do 50% dos casos de gonococia se realicen estudos de resistencias.
- Incorporar ao Sistema de vixilancia epidemiolóxica as actividades que permitan dotarnos da información necesaria para caracterizar as infeccións producidas polo virus da hepatitis C e *Chlamydia trachomatis*, diferenciando a clamidiase do LGV.
- Incorporar á práctica clínica diaria o estudo de contactos das persoas diagnosticadas de VIH e outras ITS.

07 | INDICADORES

- Incidencia anual de diagnósticos VIH+ (casos/10⁶ hab.).
- Incidencia anual de sida (casos por cada /10⁶ hab.).
- Porcentaxe anual de novos diagnósticos de infección polo VIH con diagnóstico tardío.
- Número de defuncións por VIH/sida por cada 10⁵ hab.
- Número de APVP por VIH/sida.
- Incidencia anual de sífilis (casos/10⁵ hab.).
- Incidencia anual de sífilis conxénita (casos/10⁵ hab.) en fillos de mulleres que leven residindo en Galicia polo menos 9 meses antes do parto.
- Incidencia anual de gonococia (casos/10⁵ hab.).
- Porcentaxe dos casos de gonococia con estudos de resistencias por ano.
- ITS incorporadas ao Sistema de vixilancia epidemiolóxica de Galicia.
- Dispor dunha guía de recomendacións para o estudo de contactos en casos de infección polo VIH e ITS.

Fonte: DXIXSP.

08 | PROGRAMAS

Para deseñar os programas incluídos neste plan, analizouse a situación da infección polo VIH e outras ITS en Galicia, as recomendacións nacionais e internacionais, os resultados do anterior plan anti VIH/sida, os recursos dispoñibles, as características particulares das persoas afectadas e das máis vulnerables a estas infeccións e promoveuse a colaboración das partes implicadas.

O novo plan estatal denominado Plan estratéxico de prevención e control da infección polo VIH, e outras ITS (2013-2016) establece un conxunto de obxectivos e recomendacións que serven de orientación neste plan para organizar os servizos sanitarios e sociosanitarios galegos cara á prevención do VIH e outras ITS, mellorar a calidade e esperanza de vida das persoas afectadas e previr as complicacións e comorbilidades asociadas (7).

Os programas deste plan son multidisciplinares e desenvolven a política de saúde pública de Galicia na que participan os servizos sanitarios, sociais e as entidades privadas sen ánimo de lucro que desenvolven a súa actividade en Galicia co obxectivo de controlar o espallamento do VIH e outras ITS e mellorar a calidade de vida da poboación galega.

Estes programas contemplan a atención integral das persoas afectadas e a garantía do respecto dos seus dereitos e do acceso á asistencia sanitaria e social eliminando as desigualdades de oportunidades das persoas afectadas. As actividades que comprenden os diversos programas deben seguir unha metodoloxía científica e unha xestión de procesos de calidade que permitan facer un uso máis eficiente dos recursos dispoñibles.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN E VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA

A infección polo VIH e a sida

Cando se iniciou a epidemia da sida, unha das primeiras medidas sanitarias que se tomou para facer fronte a este problema emerxente de saúde pública, foi a creación dun rexistro de casos de sida. Este rexistro, de carácter nominal, achegou e achega a día de hoxe, valiosa información para coñecer a magnitude do problema, as súas características, o seu impacto na poboación e en subgrupos desta así como a evolución no tempo da enfermidade.

As características da propia enfermidade, cunha historia natural na súa patoxénese cun período de tempo moi longo entre o momento da infección e o desenvolvemento da sida, fan que o rexistro dos casos de sida teña limitacións en canto a achegar información referida ao momento de producirse a infección. Esta limitación fixo que se crease un rexistro de novos casos de infección polo VIH chamado SIGIVIH. Este sistema de información mellora a información sobre a epidemia ampliando a visión da infección polo VIH e non só dos casos que chegan á etapa de sida.

De cara ao futuro inmediato existe unha demanda, por parte dos profesionais que traballan no campo do VIH/sida, para traballar na unificación dos rexistros de novos casos de infección, de casos de sida e de mortalidade por VIH/sida, de tal modo que se poida facer un seguimento de todo o proceso relacionado coa infección polo VIH e a sida que achegue información detallada deste importante problema de saúde pública e inclúa todo o proceso patoxénico no seu conxunto.

Na actualidade os sistemas de información dispoñibles son o SIGIVIH, o Rexistro Galego da Sida, o SIM e molecular da infección VIH e das resistencias, o estudo de poboacións sentinela e outros sistemas de información.

Sistema de información galego sobre a infección polo VIH (SIGIVIH)

Este rexistro recolle a información procedente dos formularios de notificación sobre os novos diagnósticos de infección polo VIH en Galicia, que envía o persoal médico declarante á DXIXSP en virtude das competencias en saúde pública que ten atribuídas a Consellería de Sanidade. Este rexistro creouse en 2004 e polo tanto dispónse de datos de diagnóstico de novos casos de infección VIH desde ese ano.

É un rexistro anónimo no que os casos son identificados cun código alfanumérico xerado por unha aplicación informática. Este deseño ten como vantaxe aumentar a confidencialidade dos datos do rexistro pero tamén ten inconvenientes importantes xa que pode duplicar algúns casos coa conseguinte perda de calidade do rexistro e dificulta facer un seguimento evolutivo de cada caso. Seguimento que podería achegar máis e mellores datos epidemiolóxicos, resultados clínicos de efectividade e eficiencia terapéutica e de efectos secundarios medicamentosos entre outros.

A información que se recolle a través do SIGIVIH está consensuada e coordinada coa SPNS. Esta información transfírese periodicamente ao SINIVIH do MSSSI.

Mediante o SIGIVIH podemos:

- Coñecer a magnitude e a distribución espacio-temporal da infección polo VIH.
- Identificar grupos de poboación afectados e as vías de transmisión.
- Realizar proxeccións sobre o seu impacto no futuro.
- Avaliar as medidas de prevención e control e deseñar políticas preventivas.
- Servir de referencia para a planificación e xestión dos servizos sanitarios.

Obxectivos:

- Obter información sobre as novas infeccións polo VIH en Galicia.
- Analizar e difundir a epidemioloxía da infección polo VIH.
- Contribuír no rexistro estatal do SINIVIH.
- Automatizar o rexistro de VIH e integralo co de sida para permitir seguir a evolución dos casos globalmente.

Actividades:

- Rexistro, análise e publicación dos datos de novas infeccións polo VIH en Galicia anualmente.

- Envío de datos ao SINIVIH cada ano.
- Avaliación da calidade do sistema.

Indicador:

- Informe anual de novos casos de infección VIH.
Fonte: DXIXSP
- Datos de Galicia nos informes da SPNS sobre os novos casos de infección VIH.
Fonte: DXIXSP

Rexistro Galego da Sida

O Rexistro Galego da Sida foi unha das primeiras medidas de saúde pública que se puxeron en marcha na década dos anos oitenta do pasado século para dar resposta á aparición da epidemia de sida na nosa comunidade. O primeiro caso de sida en Galicia, epidemioloxicamente catalogado como tal, rexistrouse en 1984 (23).

O rexistro de casos de sida promóvese e coordínase dende a SPNS. Todas as comunidades autónomas utilizan o mesmo formulario de notificación e envían os datos autonómicos ao Rexistro de casos de sida da SPNS do MSSSI.

O rexistro de casos de sida é un rexistro nominal que achega moita información arredor do diagnóstico dos casos sida. A súa principal limitación é que ofrece información moi tardía sobre o momento en que ocorre a infección polo VIH. Tampouco ofrece información sobre a evolución clínica da enfermidade.

Mediante o rexistro de casos de sida podemos:

- Coñecer a magnitude e distribución espacio-temporal da síndrome.
- Identificar grupos afectados e campos nos que esa información se debe completar con outras investigacións epidemiolóxicas.
- Realizar proxeccións sobre o seu impacto no futuro.
- Avaliar as medidas de prevención e control.
- Avaliar o impacto dos novos tratamentos antirretrovirais.
- Axuda á planificación e xestión dos servizos sanitarios.

Obxectivos:

- Obter información sobre os casos de sida en Galicia.
- Analizar e difundir a información dos casos de sida.
- Contribuír no rexistro estatal de casos de sida.

Actividades:

- Rexistro, análise e publicación dos datos dos novos casos de sida.
- Envío de datos ao Rexistro estatal de casos de sida no mes de xaneiro e xullo de cada ano.
- Avaliación da calidade do rexistro.

Indicador:

- Informe anual dos casos de sida.
Fonte: DXIXSP.
- Datos de Galicia nos informes da SPNS sobre os novos casos sida.
Fonte: SPNS.

Sistema de información microbiolóxica e molecular da infección VIH e das resistencias

A vixilancia microbiolóxica e molecular é unha importante ferramenta epidemiolóxica para o seguimento da infección polo VIH en Galicia. Este sistema foi posto en marcha a partir do ano 2000 en colaboración co Centro Nacional de Microbioloxía do ISC III, e desde aquela vén proporcionando información xenética e molecular dos diferentes subtipos de VIH circulantes na nosa comunidade. De feito, permitiu detectar a aparición de novas variantes dos casos diagnosticados en Galicia, os grupos de poboación onde está circulando e as vías de transmisión implicadas.

Estes estudos teñen tamén importancia, como acontece noutras enfermidades infecciosas, para diagnosticar variantes virais con resistencias e a súa implicación no fracaso dos tratamentos antirretrovirais. O coñecemento do tropismo e das mutacións de resistencia son un indicador da terapia a seguir. A detección de resistencias ao TAR permite mellorar a efectividade dos tratamentos e evita efectos secundarios innecesarios.

Obxectivos:

1. Coñecer os subtipos de VIH circulantes en Galicia e a súa distribución epidemiolóxica.
2. Coñecer as cepas resistentes ao TAR na nosa Comunidade.
3. Aplicar os tratamentos de acordo coas cepas detectadas.

Actividades:

- Mantemento do estudo sobre subtipos de VIH circulantes en Galicia e de cepas resistentes ao TAR que se está elaborando en colaboración co Centro Nacional de Microbioloxía do Instituto de Salud Carlos III.
- Difusión na web da Consellería de Sanidade dos resultados.

Indicadores:

- Informe anual sobre subtipos de VIH circulantes en Galicia e cepas resistentes a TAR.

Fonte: Instituto de Salud Carlos III, DXIXSP, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Sistema de información en poboacións sentinela

Para complementar a información que achega o Rexistro Galego da Sida e o rexistro de novos casos de infección VIH (especialmente antes da existencia deste último), establecéronse unha serie de sistemas de información baseados no estudo de poboacións sentinela. A información obtida por estes sistemas é de gran valor xa que nalgúns casos podemos facer extrapolacións e estimacións sobre a situación da poboación xeral ou subgrupos desta con respecto da infección VIH.

A dispoñibilidade nos últimos anos das probas rápidas de detección de VIH vainos permitir obter información de grupos de poboación con dificultade de acceso.

Obxectivo:

Achegarse ao coñecemento da situación da infección VIH a través das seguintes poboacións sentinela:

1. Persoas doadoras de sangue.
2. Persoas usuarias das Unidades de Atención ás Drogodependencias (UAD).
3. Persoas internas en prisión.
4. Persoas que acceden a facer a proba rápida do VIH en contorna comunitaria.
5. Outras que poidan ser de interese.

Actividades:

- Estudos nas poboacións obxectivo.

Indicadores

- Número de informes sobre a infección polo VIH/sida en poboacións sentinela ao ano.
Fonte: DXIXSP.

Outras ITS

Sistema de vixilancia epidemiolóxica de Galicia

Ata agora as enfermidades consideradas de declaración obrigatoria, notifícanse a través do Sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades de Galicia (SXNOE), que é un dos compoñentes do sistema básico da Rede Galega de Vixilancia en Saúde Pública (RGVSP) e, ademais, forma parte da Rede Nacional de Vixilancia Epidemiolóxica. Neste sistema só se declaraban, dentro das ITS, a sífilis, sífilis conxénita, gonococia, hepatite A, hepatite B e outras hepatites.

Tanto a nivel estatal como a nivel autonómico modificouse o sistema, tanto no referente ás variables que hai que recoller, como no relativo ás enfermidades que hai que vixiar. Unha das novidades máis importantes é a incorporación da infección por *Chlamydia trachomatis* (diferenciando a clamidiase xenital e o LGV) e a infección polo virus da hepatite C. A inclusión de novas variables permítenos caracterizar mellor estas infeccións, coñecendo ademais da súa distribución espacio-temporal, a poboación á que afecta, proporcionándonos información sobre os grupos de risco.

Obxectivos:

- Obter información sobre a incidencia das ITS en Galicia.
- Vixiar a resistencia antimicrobiana do *Neisseria gonorrhoeae*.
- Vixiar os fallos do tratamento cos antibióticos recomendados na infección gonocócica.
- Analizar e difundir a epidemioloxía das ITS.

Actividades:

- Modificación do SXNOE para aumentar e mellorar a información sobre ITS en Galicia.
- Desenvolvemento do protocolo de vixilancia das resistencias antimicrobianas do gonococo.
- Seguimento das gonococias para detectar fallos terapéuticos.

Indicador:

- Informe sobre as ITS en Galicia.
Fonte: DXIXSP.
- Informe sobre a resistencia antimicrobiana do *Neisseria gonorrhoeae*.
Fonte: DXIXSP.
- Informe sobre o tratamento na infección gonocócica.
Fonte: DXIXSP.

Outras fontes de información

Sistema de información sobre coñecementos, actitudes e comportamentos

O mecanismo de transmisión das ITS son as prácticas sexuais de risco e polo tanto está relacionado directamente coa conduta das persoas. O comportamento, coñecemento e actitudes da poboación sobre as ITS inflúen na adquisición destas infeccións.

Existen enquisas sobre hábitos sexuais que nos achegan información sobre os coñecementos, actitudes e prácticas de risco da poboación en relación coas ITS. Entre elas atópanse: a Health Behavior in School-Aged-Children (HBSC), a Enquisa INJUVE, a Enquisa Nacional de Saúde Sexual (ENSS) 2009, o Sistema de Información de Condutas de Risco de Galicia (SICRI) ou outros estudos elaborados por grupos de investigación sobre prácticas sexuais en Galicia.

Para acadar un cambio nas condutas de risco é importante mellorar os coñecementos e cambiar as actitudes. Os programas de prevención de condutas de risco céntranse principalmente en dous valores: intención de protexerse das ITS e a eficacia do uso do preservativo. Para mellorar os resultados dos programas preventivos recoméndase reforzar a intención de protexerse das ITS e, especialmente nas mulleres, reforzar o adestramento en habilidades de negociación no emprego do preservativo.

É importante, polo tanto, identificar todos estes factores relacionados coa conduta para deseñar e implantar unha política de prevención efectiva dirixida a minimizar as prácticas de risco relacionadas coa transmisión da infección polo VIH e as outras ITS.

Esta información é prioritaria e tamén é útil para avaliar os resultados dos diferentes programas implantados así como para modificalos e melloralos en función dos resultados obtidos. A realización de estudos sobre información, actitudes e comportamentos na poboación xeral e en poboacións vulnerables constitúe un aspecto importante a executar polo Plan galego anti VIH/sida e outras ITS.

Obxectivos:

- Determinar os coñecementos, actitudes e comportamentos da poboación galega en relación co VIH e outras ITS.

Actividades:

- O SICRI porá en marcha unha enquisa sobre prácticas sexuais de risco, actitudes e uso de medidas preventivas no referente ao VIH e ás outras ITS, antes do terceiro ano de vixencia do plan.
- Fomento de estudos sobre o nivel de coñecemento e análise das actitudes e comportamentos relacionados coa infección polo VIH e outras ITS, na poboación galega e/ou en grupos vulnerables.

Indicadores:

- Enquisa do SICRI sobre prácticas sexuais de risco, actitudes e uso de medidas preventivas no referente ao VIH e ás ITS.

Fonte: DXIXSP.

- Número de estudos sobre o nivel de coñecemento e análise das actitudes e comportamentos da infección polo VIH e outras ITS, na poboación galega e/ou en grupos vulnerables realizados ao longo da vixencia do plan.

Fonte: DXIXSP.

Conxunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

A través do CMBD obtemos información complementaria sobre as persoas infectadas polo VIH e outras ITS que foron dadas de alta nos hospitais galegos, de maneira que temos datos das estadas ocorridas, dos custos producidos e dos procesos patolóxicos máis habituais nestas persoas.

Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2)

A base de datos de atención primaria contén información sobre problemas de saúde codificados segundo a CIAP-2. Desta base podemos obter información doutras ITS, incluídas as que non se rexistran a través do sistema de vixilancia epidemiolóxica, como a tricomoniasis nas mulleres, o herpes xenital e os condilomas acuminados tanto en homes coma en mulleres.

PREVENCIÓN

As ITS son enfermidades ligadas á conduta e influídas por factores sociais, políticos, económicos e culturais. Téñense identificado factores que favorecen, facilitan ou predispoñen para adquirir unha ITS.

Factores individuais como as relacións sen usar o preservativo, a idade temperá de inicio das relacións sexuais, cambiar frecuentemente de parella, ter múltiples parellas sexuais, o uso de drogas e alcohol, ter contacto coa prostitución, ter algunha ITS no último ano, prácticas sexuais como o “fisting” ou a inserción de xoguets sexuais, as prácticas ano-bucais, etc, son factores demostrados de risco. Ademais, existen outras características persoais non modificables que supoñen unha maior vulnerabilidade fronte ao VIH e outras ITS como por exemplo ser muller ou ser mozo/a.

Os niveis económicos baixos, a falta de formación e a dificultade de acceso a recursos adecuados para o manexo das ITS están ligados a unha maior prevalencia destas infeccións. O estigma asociado ás ITS representa unha barreira poderosa e pertinaz para a execución de intervencións de prevención e atención destas infeccións. A formación do persoal sanitario inflúe na prevención, no diagnóstico precoz e no tratamento efectivo. Tamén a aparición de medicamentos que favorecen a erección poden ter aumentado a actividade sexual en persoas con prácticas de risco. O aumento dos tradicionais mercados sexuais xunto cun rápido crecemento dos chats de internet e novas aplicacións de comunicación incrementan as posibilidades dun acceso rápido e fácil a novas parellas sexuais.

Hoxe comprendemos mellor a dinámica da transmisión sexual do VIH/sida e das ITS. Os modelos matemáticos e as investigacións demostraron a importancia das redes sexuais como factores determinantes da propagación de todas estas infeccións. Esta mellor comprensión da dinámica de transmisión permitiu un deseño máis efectivo das intervencións estratéxicas de prevención e control do VIH e outras ITS.

Os grupos nucleares (Core groups) son grupos de persoas que manteñen relacións sexuais con moitas persoas que son promiscuas e que tamén teñen sexo desprotexido. Estes grupos teñen unha pre-

valencia alta de ITS e xogan un papel importante na propagación e persistencia das ITS. Exemplos destes grupos son as persoas que exercen a prostitución (PEP), as persoas UDI, certos grupos de HSH, etc. Un caso de ITS tratado nun membro dun grupo nuclear impide que esa persoa infecte a moitas máis persoas que unha persoa tratada da poboación xeral. Por iso as intervencións nestes grupos son máis efectivas e máis custo-efectivas que as intervencións dirixidas á poboación xeral. Tamén xoga un papel importante na difusión das ITS a denominada poboación ponte, é dicir, aquelas persoas que manteñen vínculos sexuais cos grupos nucleares e coa poboación xeral.

O estudo de contactos sexuais (ECS) é unha medida importante para controlar o espallamento do VIH e doutras ITS. Sempre que se diagnostique un caso de infección polo VIH ou outras ITS, o persoal sanitario debe informar e recomendar á persoa diagnosticada que comunique ás persoas coas que tivo relacións sexuais que acudan ao sistema sanitario para facer as probas que descarten ou confirmen un contaxio. De se confirmar unha infección, a persoa pode beneficiarse dun tratamento precoz que repercutirá positivamente na súa saúde e evitará, á súa vez, a transmisión a outras persoas. O espazo de tempo que se contempla para decidir a que contactos sexuais se debe avisar, varía segundo o período de incubación e durante o cal a infección é contaxiosa.

As medidas de prevención xogan un papel fundamental no control da infección polo VIH e outras ITS, este papel cobra aínda máis importancia no caso do VIH e certas ITS víricas para as que non existe tratamento curativo eficaz.

A estratexia preventiva de novas infeccións deste plan céntrase principalmente no diagnóstico precoz, o estudo de contactos, a loita contra o estigma e discriminación das persoas afectadas, a promoción da saúde, as vacinas, a facilitación de medios preventivos e a profilaxe postexposición.

O diagnóstico precoz achega beneficios a nivel individual e poboacional xa que aumenta a esperanza e calidade de vida das persoas infectadas, especialmente, nas persoas infectadas co VIH ou a sífilis. A nivel individual, a detección da infección nos primeiros estadios permite un tratamento precoz que adoita ser máis efectivo, limitando o cadro clínico e reducindo as secuelas. A nivel poboacional, diminúe a morbilidade, a transmisibilidade das infeccións e reduce o gasto sanitario. Para fomentar o diagnóstico precoz promóvese a proba do VIH no sistema sanitario galego e as probas rápidas anónimas de VIH en fluído oral a través de entidades colaboradoras nas persoas con dificultade de acceso ao sistema sanitario. Ademais da solicitude de probas de detección da infección polo VIH, a sífilis e a hepatite B en embarazadas, débense realizar probas para detectar outras ITS en toda persoa con prácticas sexuais de risco.

A estigmatización e a discriminación repercuten negativamente na vida das persoas VIH+ por varios motivos. Quebrantan os seus dereitos, empeoran a súa cantidade e calidade de vida e favorecen que as persoas non queiran coñecer o seu seroestatus. Consecuentemente, potencian o diagnóstico tardío da infección polo VIH. As actividades que se desenvolverán para loitar contra o estigma e contra todo tipo de discriminación serán entre outras, as campañas de información pública, a educación participativa e o fomento do activismo das persoas afectadas (24). Ademais, as Administracións garantirán o respecto, protección e cumprimento dos dereitos das persoas afectadas (24).

Dentro da promoción da saúde inclúense numerosas actividades de difusión da información e programas educativos mediante campañas comunitarias, a educación de pares, a mediación cultural, o achegamento comunitario, os obradoiros de redución do dano, etc, non esquecendo a información e formación sobre a protección e prevención da violencia sobre as mulleres e sobre a saúde laboral, as medidas de prevención universal e as condicións de seguridade no traballo.

A información sobre VIH e ITS debe dirixirse tanto á poboación xeral como a grupos específicos, adaptándose ás características e necesidades propias de cada grupo pero sempre tendo en conta a heteroxeneidade das persoas que o compoñen.

Os programas educativos irán dirixidos a informar e a modificar actitudes e condutas que eviten as prácticas de risco e que favorezan a adopción de prácticas de sexo seguro en cada momento e circunstancia. Deben adaptarse ao público ao que van dirixidos tendo en conta a diversidade sociocultural das persoas que o integran, as barreiras idiomáticas e lingüísticas e as ferramentas específicas precisas para persoas que presenten calquera discapacidade. O éxito ou fracaso destas intervencións dependen de múltiples factores, desde os recursos postos en marcha ata o deseño da intervención.

É importante incluír a perspectiva de xénero nas actividades informativas e formativas e remarcar a importancia do emprego do preservativo como o medio máis efectivo para evitar a transmisión do VIH e outras ITS.

Para a infección polo VIH e para a maioría de ITS non existe unha vacina, só se dispón de vacinas eficaces para as hepatites A e B e para algúns serotipos da infección polo VPH. A posta en marcha no ano 1994 do Programa galego de prevención e control da hepatitis B coa introdución, entre outras, da vacinación universal dos neonatos e nos grupos de alto risco, trouxo consigo unha importante diminución da incidencia desta enfermidade. O mantemento do programa, en HSH, en persoas con múltiples parellas ou que cambian frecuentemente de parella, en contactos sexuais de portadores, en persoas con VIH, en UDI, etc, é unha medida preventiva eficaz. A vacina da hepatitis A tamén se recomenda en HSH e persoas con prácticas de risco. Espérase que a vacinación das nenas de 14 anos fronte á infección do VPH teña un forte impacto na diminución dos cancros da área xenital e outras áreas ligadas a esta infección.

A promoción e facilitación de medios preventivos a través da colaboración de numerosos puntos da Administración autonómica e local e doutras entidades privadas sen ánimo de lucro achegou este material a moitas persoas con prácticas de risco, especialmente a aquelas que pertencen a grupos marginados na nosa sociedade como as PEP ou os UDI entre outros. A distribución de paquetes de inxección hixiénica reduciu dunha maneira moi importante a aparición de novos casos nas persoas que compartían material de inxección. Non obstante, os grandes avances acadados neste eido poden rapidamente desaparecer no momento en que deixen de manterse estas actividades.

A profilaxe postexposición é unha medida que se debe considerar despois dunha exposición de risco ocupacional e/ou non ocupacional para a transmisión do VIH para impedir a aparición desta infección. En cada caso, valorarase a necesidade de recomendar esta profilaxe.

Existen diversos grupos de interese aos que se dirixirán estratexias preventivas específicas, ben sexa por ser grupo nuclear ou por ter unha maior vulnerabilidade á infección polo VIH e outras ITS. Os grupos sobre os que se desenvolverán programas preventivos son: persoas vivindo co VIH e outras ITS, HSH, UDI, persoas inmigrantes, PEP, persoas internas en IIPP, mocidade, mulleres, persoal sanitario e poboación xeral.

Persoas vivindo co VIH/sida

Un dos grupos máis concienciados da súa situación son as persoas que viven coa infección polo VIH. Estas persoas ao coñecer o seu seroestatus usan máis o preservativo e poden diminuír nun 30% as

novas infeccións cada ano (25). Actualmente, segue habendo áreas de mellora no seguimento médico, no acceso aos tratamentos e na diminución das prácticas de risco para a transmisión deste virus que xustifican que se deseñen intervencións específicas para este colectivo.

En Galicia, estas persoas son maioritariamente homes cunha idade media de diagnóstico que rolda os 38 anos. Dous terzos dos novos diagnósticos prodúcense nas grandes cidades galegas (DXIXSP), a metade dos casos presentan un diagnóstico tardío e a principal vía de transmisión son as relacións sexuais desprotexidas entre homes que teñen sexo con homes. Case unha quinta parte destes novos diagnósticos prodúcense en persoas inmigrantes (2).

As persoas que viven co VIH/sida afrontan un diagnóstico que produce alteracións emocionais (ansiedade, depresión) relacionadas coas posibles consecuencias físicas e sociais que a enfermidade carrega, afectando tamén ás súas parellas. A información e o trato profesional por parte do persoal sanitario e a confianza dos afectados con este persoal, reduce en gran medida estas alteracións emocionais, mellora a adhesión ao tratamento e consecuentemente a súa calidade de vida; ademais favorece a súa implicación na loita contra a difusión da infección. As organizacións de pacientes, os educadores comunitarios e o apoio entre iguais son importantes no proceso de aprendizaxe no inicio do tratamento antirretroviral (26).

As estratexias que se desenvolverán nestas persoas deben recoller:

- Garantía de acceso á asistencia sanitaria, ao seguimento médico e ao tratamento antirretroviral.
- A promoción do respecto, protección e garantía dos seus dereitos e a loita contra o estigma e discriminación.
- O fomento da adopción de prácticas seguras para evitar as coinfeccións e novos casos de infección polo VIH.
- A vacinación fronte outras infeccións segundo os protocolos establecidos.

Obxectivo:

- Mellorar a esperanza e calidade de vida das persoas que viven co VIH.
- Reducir os novos diagnósticos de VIH nas persoas con parellas VIH positivas.

Actividades:

- Difusión do protocolo de acceso ao sistema sanitario galego das persoas en situación de marxinación social ou irregular que sospeiten ou sexan diagnosticadas de infección polo VIH ou outra ITS.
- Colaboración con ONG para favorecer o acceso ao sistema sanitario e social galego das persoas con infección polo VIH en situación de marxinación social ou irregular apoiando especialmente as actividades realizadas por pares.
- Oferta, ás persoas infectadas polo VIH e ás súas parellas, da vacinación fronte outras infeccións, segundo o seu estado clínico e protocolos.

- Fomento do estudo de contactos das persoas diagnosticadas de infección polo VIH e outras ITS.
- Actualización da formación do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS, o estudo de contactos e o respecto dos dereitos destas persoas.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.
- Difusión de información sobre as prácticas de sexo seguro e inxección hixiénica ás persoas VIH+ ou con ITS e ás súas parellas e intensificar o consello nas persoas que manteñen prácticas de risco.
- Achegamento de material preventivo para persoas VIH+ sobre o VIH e outras ITS a través do persoal sanitario ou de ONG que desenvolven proxectos dirixidos a estas persoas.
- Priorización dos proxectos de prevención positiva con perspectiva de xénero, actividades sociosanitarias e a participación de pares, nas convocatorias de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade.

Indicadores:

- Número de APVP pola infección polo VIH e a sida en Galicia ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número e porcentaxe anual de novas infeccións en persoas que declararon teren relacións sexuais cunha parella VIH positiva en relación ao total de novos diagnósticos.
Fonte: DXIXSP.
- Porcentaxe anual de persoas a tratamento antirretroviral que presentan reclamación por problemas na atención sanitaria do Servizo Galego de Saúde.
Fonte: Servizo Galego de Saúde.
- Número de actividades de formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde que promovan a detección de condutas de risco, a realización de probas diagnósticas de VIH, o estudo de contactos e o respecto dos dereitos destas persoas ao ano.
Fonte: DXIXSP e a Fundación Pública da Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS).
- Número de actividades de formación para persoal dos servizos sociais e ONG en relación coa infección polo VIH ao ano.
Fonte: DXIXSP e a FEGAS.
- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de Sanidade para subvencionar proxectos dirixidos á prevención positiva ao ano.
Fonte: DXIXSP.

Homes que teñen sexo con homes (HSH)

A identidade sexual dunha persoa non é sempre un predictor do seu comportamento sexual. O termo HSH é un termo amplo que inclúe, ademais dos homes homosexuais e bisexuais, a aqueles que non se identifican con estes grupos pero que, non obstante, teñen sexo con homes.

En España, de xuño de 2005 a decembro de 2010, o mecanismo de transmisión máis probable nos novos diagnósticos de sífilis e gonococia foron as relacións homosexuais (67% das sífilis e 52% das gonococias) das que case un terzo se transmitiron exclusivamente por sexo oral (27% das sífilis e 34% das gonococias) (27).

Igual que sucede no resto de Europa, en Galicia os HSH caracterízanse no seu conxunto por teren unha elevada prevalencia e incidencia de VIH e doutras ITS, representando en 2013, o 47% dos novos diagnósticos de VIH en homes, cunha tendencia ascendente nos últimos anos (2). A maioría destes diagnósticos prodúcense en concellos de máis de 50.000 habitantes (datos da DXIXSP). Esta morbilidad está ligada a un aumento de prácticas de risco e a unha relaxación nas medidas de protección fronte ao VIH e a outras ITS. Un feito preocupante é que no grupo dos HSH existe un diagnóstico tardío importante (49%).

As relacións sexuais anais sen protección teñen un risco elevado de transmisión do VIH. En liñas xerais, estes homes teñen case 20 veces máis probabilidades de contraer a infección que a poboación xeral (28). Outros factores que aumentan a vulnerabilidade nalgúns HSH é o consumo de drogas recreativas na realización de prácticas sexuais, as prácticas que favorecen as relacións sexuais con descoñecidos como as denominadas “cruising” ou “cancaneo”, ter múltiples parellas sexuais, etc.

A prevalencia de VIH en HSH que acudiron por primeira vez a centros de diagnóstico de VIH/ITS foi do 9,4% (en 2008) e a prevalencia de VIH en HSH que exercen a prostitución nese ano foi do 18% (29).

Segundo os resultados para España da Enquisa on-line europea para homes que teñen relacións sexuais con homes (EMIS 2013), a porcentaxe de HSH que declararon estaren infectados polo VIH é do 12% e un 26% non coñecía o seu estado serolóxico porque nunca fixera a proba. Entre os que fixeron a proba, as maiores prevalencias atopáronse en homes co seguinte perfil: residente nunha poboación de máis de 500.000 habitantes, inmigrante, maior de 40 anos, nivel educativo baixo, desempregado, orientación sexual homosexual e ter unha relación de parella estable masculina no momento de realizar a enquisa (30).

En Galicia, obsérvanse unha serie de necesidades dentro da prevención do VIH dirixida aos HSH:

- Aumentar a concienciación das relacións sexuais seguras usando o preservativo en todas as relacións sexuais.
- Achegarse máis aos HSH, especialmente aos mozos, ampliando os medios de difusión de mensaxes preventivas a través das novas tecnoloxías da información e da comunicación.

As estratexias de prevención deben abordar os seguintes temas:

- A práctica das relacións sexuais anais, vaxinais e orais con preservativo, facendo un uso correcto deste e adecuado ao tipo de relación.

- O fomento de habilidades para aumentar a capacidade de negociación co compañeiro para un sexo seguro.
- Evitar prácticas que favorecen o sexo desprotexido con descoñecidos como o "cruising" ou "cancaneo".
- Evitar prácticas que aumenten as probabilidades de contraer a infección polo VIH ou outra ITS como o "fisting", a penetración con xoguetes sexuais ou obxectos non hixiénicos ou que poden causar feridas, etc.
- Non consumir alcohol ou outras drogas durante as relacións sexuais porque diminúen a capacidade de xulgar os riscos.
- Promoción da realización regular de probas de detección de ITS e da infección polo VIH no caso de relacións sen protección ou de risco.
- Fomento do estudo de contactos nas persoas diagnosticadas de infección polo VIH e outras ITS.
- A vacinación segundo os protocolos establecidos.

As intervencións deben realizalas os servizos públicos (sociais e sanitarios) potenciando a colaboración con ONG ou grupos de iguais ou pares. Estes grupos de pares acceden mellor a estes homes e as súas intervencións de consello e educativas son de elevada efectividade e eficiencia.

Obxectivos:

- Diminuír o número de casos novos de VIH e outras ITS en HSH invertendo a tendencia actual crecente do número anual de casos.
- Promover a práctica do sexo seguro co uso do preservativo.
- Diminuír a porcentaxe de casos con diagnóstico tardío en HSH por debaixo de 35%.

Actividades:

- Difusión de información sobre VIH e outras ITS dirixida a HSH a través do persoal sanitario ou de ONG que desenvolven proxectos dirixidos a estas persoas, en redes sociais, en locais e en lugares de encontro entre HSH.
- Promoción da incorporación de información veraz e/ou enlaces a webs de recoñecido prestixio sobre VIH e outras ITS nas páxinas web e apps empregadas en Galicia para establecer contactos entre HSH así como noutros foros de comunicación empregados por eles.
- Recomendación da realización periódica da proba do VIH nos centros sanitarios e as probas rápidas a través de entidades colaboradoras.

- Oferta da vacinación en HSH e ás súas parellas segundo os protocolos.
- Acceso á profilaxe post-exposición non ocupacional (PPENO) segundo o protocolo.
- Fomento do estudo de contactos das persoas diagnosticadas de infección polo VIH e outras ITS.
- Actualización da formación do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS, o estudo de contactos e o respecto dos dereitos destas persoas.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adecuado ás súas competencias.
- Priorización dos proxectos de prevención do VIH/sida e outras ITS dirixidos a HSH con perspectiva de xénero, actividades sociosanitarias e a participación de pares, nas convocatorias de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade.
- Distribución de preservativos a HSH e ás súas parellas sexuais co gallo de accións de promoción da práctica do sexo seguro.
- Fomento de estudos sobre o nivel de coñecemento e análise das actitudes e comportamentos en relación coa infección polo VIH e outras ITS, en HSH de Galicia.

Indicadores:

- Número e porcentaxe anual de novas infeccións polo VIH e outras ITS nas que a vía de transmisión foron as relacións sexuais entre HSH.
Fonte: DXIXSP.
- Porcentaxe de novos diagnósticos de infección polo VIH en HSH que presenten diagnóstico tardío ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Porcentaxe de HSH que empregaron o preservativo na súa última relación sexual ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número de páxinas web galegas e apps dedicadas a establecer contactos e outros foros de comunicación utilizados por HSH que incorporaron información veraz sobre VIH e outras ITS e/ou enlaces a páxinas de recoñecido prestixio sobre este tipo de información.
Fonte: DXIXSP.
- Número de actividades de formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde que promovan a detección de condutas de risco, a realización de probas diagnósticas de VIH e outras ITS, o estudo de contactos e o respecto dos dereitos destas persoas ao ano.
Fonte: DXIXSP e a FEGAS.

- Número de actividades de formación para persoal dos servizos sociais e ONG en relación coa infección polo VIH e outras ITS ao ano.

Fonte: DXIXSP e FEGAS.

- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de Sanidade para subvencionar proxectos dirixidos a HSH ao ano.

Fonte: DXIXSP.

Persoas usuarias de drogas inxectadas (UDI)

As enfermidades infecciosas como o VIH ou as hepatitis B e C son algunhas das consecuencias máis graves do consumo de drogas (31). Na nosa Comunidade, a pesar do descenso da incidencia de infección por VIH nas persoas UDI, segue a ser aínda un grupo de poboación onde é necesario realizar importantes esforzos preventivos. A elevada prevalencia de VIH e outras ITS, os problemas de violencia, sexo inseguro e a efectividade da transmisión desta vía supoñen un elevado risco para a aparición de novas infeccións. Ademais, as persoas UDI adoitan moverse en ámbitos marxinais o que dificulta o achegamento aos servizos sanitarios e sociais.

Aínda que a maioría dos UDI son homes, as mulleres UDI teñen unhas características específicas que tamén as fan especialmente vulnerables. Por exemplo, estas mulleres consomen menos cantidade de droga que os homes, pero os trastornos físicos derivados do consumo son máis frecuentes e máis graves, ademais as mulleres teñen maior probabilidade de teren historia de abuso físico ou sexual que os homes consumidores. O abuso de drogas impide que as persoas, en especial as mulleres, decidan libremente sobre a súa vida sexual, forzándoas en ocasións á prostitución. As persoas UDI que exercen a prostitución adoitan manter moitas prácticas de risco o que se traduce nunha maior prevalencia de VIH e outras ITS (32). Estas peculiaridades fan necesaria a adopción dunha perspectiva de xénero na prevención do VIH que teña en conta os distintos motivos do inicio do consumo, os patróns de uso, as diferentes consecuencias, etc, para lograr unha maior efectividade e eficiencia das intervencións preventivas.

Para aproximarnos á prevalencia de VIH nas persoas que comparten ou compartiron material de inxección de drogas consultouse o Proxecto EPI-VIH 2000-2010. Os resultados deste estudo, nas persoas UDI que consultan por primeira vez os centros españois de diagnóstico de VIH/ITS, informan dunha prevalencia media do 17% cunha tendencia descendente dende o 2000 ata o 2010 (19% a 16%). Non obstante, considérase que esta prevalencia infraestima a prevalencia real de VIH entre UDI (33).

En Galicia, no 2013, o 31% das novas infeccións por VIH en mulleres foron en UDI (6 casos) mentres que en homes representan un 5% (9 casos) (2). A idade media ao diagnóstico nas persoas UDI foi de 41 anos e o 40% presentaron diagnóstico tardío.

As estratexias de prevención deben abordar os seguintes temas:

- A prevención do uso de drogas.
- A terapia de trastornos aditivos.
- Os programas de redución de dano.

- A práctica do sexo seguro.
- A detección precoz do VIH e outras ITS.

Obxectivos:

- Manter a incidencia de infección polo VIH por debaixo de 15 casos ao ano.
- Aumentar a porcentaxe do uso da inxección hixiénica en UDI.
- Aumentar a práctica do sexo seguro en UDI e as súas parellas sexuais.
- Diminuír a porcentaxe de diagnóstico tardío de infección polo VIH en UDI por debaixo de 35%.

Actividades:

- Programas de abandono do consumo de drogas inxectadas e de redución do dano nas UAD.
- Achegamento e recollida de kits de inxección hixiénica.
- Oferta da vacinación a UDI e ás súas parellas segundo os protocolos.
- Difusión de información sobre o VIH e outras ITS dirixida a persoas UDI a través do persoal sanitario ou de ONG que desenvolven proxectos dirixidos a estas persoas.
- Achegamento de preservativos a UDI e ás súas parellas sexuais para promover a práctica do sexo seguro.
- Realización periódica da proba do VIH en UAD e de probas rápidas do VIH a través de entidades colaboradoras.
- Fomento do estudo de contactos das persoas diagnosticadas de infección polo VIH e outras ITS.

Indicadores:

- Número e porcentaxe anual de novas infeccións por VIH e outras ITS nas que a vía de transmisión foi compartir material de inxección en relación co total de novas infeccións.

Fonte: DXIXSP.

- Porcentaxe de novos diagnósticos de infección polo VIH en persoas UDI que presenten diagnóstico tardío ao ano.

Fonte: DXIXSP.

- Número de paquetes de inxección hixiénica para intercambio gratuíto distribuídos en Galicia ao ano.

Fonte: DXIXSP.

Persoas inmigrantes e minorías étnicas

A poboación inmigrante, que na súa gran maioría é xente nova en idade reprodutiva, é moi heteroxénea en canto á procedencia, lingua, nivel económico, formación, cultura, crenzas, etc. Estes factores condicionan, en parte, o proceso de integración social e determinan a necesidade de información e formación destas persoas. A situación de paro, traballo temporal, situación de residencia irregular, explotación laboral, etc, dificultan aínda máis a súa integración e conducen ou agravan a situación de desarraigamento social. Estes factores poden condicionar o seu comportamento e favorecer situacións que aumentan aínda máis a súa vulnerabilidade como o exercicio da prostitución ou o consumo de drogas entre outras.

Nas mulleres inmigrantes engádense ademais outros factores que aumentan a súa vulnerabilidade como o medo a manifestaren desconfianza do marido ou a seren rexeitadas polas súas parellas, sobre todo en mulleres que teñen as súas parellas no país de orixe, que anulan a súa asertividade e competencia negociadora. Incluso, moitas delas, pola súa educación, teñen interiorizado o non uso do preservativo, tanto por razóns relixiosas como de parella, o que actúa como barreira na protección da transmisión do VIH e outras ITS.

Galicia forma parte dos fluxos migratorios que teñen como dirección España aínda que o número de inmigrantes na nosa Comunidade Autónoma non alcanza os niveis doutras CCAA. En 2013, contabilizáronse 109.962 persoas estranxeiras empadroadas en Galicia, das que a metade son mulleres (datos do Instituto Galego de Estatística (IGE)). Ademais das persoas inmigrantes empadroadas, estímase que existe unha poboación indeterminada que non está rexistrada (>25.000). As persoas estranxeiras que residen en Galicia proceden maioritariamente da Unión Europea, Latinoamérica e África.

En Galicia, no ano 2013, as persoas orixinarias doutros países representan o 16% dos novos diagnósticos de VIH (29 casos). Durante o período 2004-2013, a porcentaxe de diagnósticos de infección polo VIH en persoas orixinarias doutros países é do 19% (16% dos homes e 28% das mulleres) e mantén unha tendencia estable ata o ano 2011, a partir do cal, se observa un descenso importante. As áreas xeográficas de onde proceden os novos casos principalmente son Latinoamérica cun 57% dos casos, seguida de Europa cun 25% e África subsahariana cun 15%. Por categorías de transmisión, as persoas procedentes de Latinoamérica están maioritariamente asociadas á transmisión por relacións sexuais non protexidas (96%: 54% heterosexuais e 42% homosexuais). Nas orixinarias de Europa, o 44% infectáronse por compartiren material de inxección de drogas e as que viñeron de África infectáronse maioritariamente por relacións heterosexuais non protexidas (80%). As persoas inmigrantes presentan un diagnóstico tardío do 51% e as persoas orixinarias do Subsáhara son as que presentan o maior diagnóstico tardío (61%) aínda que son un dos grupos menos numerosos (2).

A prevención do VIH e as demais ITS desenvólvese tanto dende a Administración como dende outras entidades privadas sen ánimo de lucro que dispoñen de pares para desenvolveren programas adecuados ás características culturais da persoa inmigrante. A súa abordaxe debe de producirse desde unha perspectiva interdisciplinar e de xénero, atendendo a toda a realidade sociocultural da persoa e do seu colectivo, valorando os problemas e necesidades detectadas e priorizando as posibles áreas de intervención. Para poder levar a cabo estas actividades deberá terse en conta o estilo de vida, a relixión, a cultura, as tradicións, a orientación sexual, as prácticas sexuais e as situacións derivadas da inmigración. Outro factor a ter en conta polos servizos sanitarios son as enfermidades endémicas da rexión de procedencia, como o LGV, o chancro brando, o granuloma inguinal nos países tropicais e as altas taxas de infección polo VIH nos países subsaharianos.

As estratexias de prevención deben abordar os seguintes temas:

- O acceso ao sistema sociosanitario.
- As probas de detección de ITS e VIH con especial fincapé nas mulleres embarazadas.
- O fomento do uso do preservativo.
- A diminución de prácticas de risco.

Obxectivos:

- Garantir e facilitar o acceso aos servizos sociais e sanitarios para previr e tratar a infección polo VIH e outras ITS.
- Diminuír o número de infeccións polo VIH e outras ITS en persoas inmigrantes.
- Diminuír a porcentaxe de diagnóstico tardío de infección polo VIH en persoas inmigrantes por debaixo de 35%.

Actividades:

- Difusión do protocolo de acceso ao sistema sanitario galego das persoas en situación de marxinación social ou irregular que sospeiten ou sexan diagnosticadas de infección polo VIH ou outra ITS.
- Colaboración con ONG para favorecer o acceso ao sistema sanitario e social galego das persoas inmigrantes con infección polo VIH ou outra ITS en situación de marxinación social ou irregular apoiando especialmente as actividades realizadas por pares.
- Oferta da vacinación a persoas inmigrantes e ás súas parellas, segundo os protocolos.
- Difusión de información sobre VIH e outras ITS dirixida a persoas inmigrantes, axeitada á súa lingua e cultura a través do persoal sanitario ou de ONG que desenvolven proxectos dirixidos a estas persoas.
- Achegamento de preservativos masculinos e femininos a persoas inmigrantes procedentes de países de alta endemia e ás súas parellas sexuais para promover a práctica do sexo seguro.
- Oferta da proba do VIH e outras ITS dentro do sistema sanitario e das probas rápidas anónimas de VIH a través de entidades colaboradoras que traballen con persoas inmigrantes.
- Na convocatoria de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade, priorizar os proxectos anti VIH/sida e outras ITS dirixidos a persoas inmigrantes con perspectiva de xénero, actividades sociosanitarias e a participación de pares.

- Actualización da formación do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS e o estudo de contactos e o respecto destas persoas.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.
- Fomento do estudo de contactos das persoas diagnosticadas de infección polo VIH e outras ITS.

Indicadores:

- Número e porcentaxe anual de novas infeccións por VIH e outras ITS que representan as persoas estranxeiras en relación co total de novas infeccións.
Fonte: DXIXSP.
- Porcentaxe de novos diagnósticos de infección polo VIH en persoas inmigrantes que presenten diagnóstico tardío ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de Sanidade para subvencionar proxectos dirixidos a persoas inmigrantes ao ano e o respecto destas persoas.
Fonte: DXIXSP.
- Número de actividades de formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde que promovan a detección de condutas de risco, a realización de probas diagnósticas de VIH e outras ITS e o estudo de contactos ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS.
- Número de actividades de formación para persoal dos servizos sociais e ONG en relación coa infección polo VIH e outras ITS ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS.

Persoas que exercen a prostitución (PEP)

O exercicio da prostitución supón un risco para a transmisión da infección polo VIH e outras ITS polo elevado número de parellas sexuais, polo aumento das condutas sexuais de risco e pola vulnerabilidade das persoas que a exercen (34). Segundo un estudo realizado en Cataluña en 2005-2011, a prevalencia estimada de infección polo VIH no período estudado atópase arredor do 2%. Actualmente, a maioría son mulleres estranxeiras, algunhas delas en situación irregular, con marxinación social ou con cargas familiares (34). Outras situacións que aumentan a súa vulnerabilidade son a explotación sexual, a falta de seguridade, a violencia por parte de mafias e clientes nos lugares onde exercen a súa actividade, marxinabilidade, estigma, exclusión social, falta de recursos socioeconómicos, dificultade de acceso a recursos asistenciais sanitarios e sociais, inmigración irregular, baixo nivel educativo, problemas de interculturalidade, abuso do consumo de alcohol, drogas, etc. As mulleres españolas que exercen a prostitución teñen unha prevalencia superior de VIH (15% en 2011) que as PEP inmigrantes (0,3% en 2011), relacionada co consumo de drogas inxectadas (10% das PEP españolas son UDI) e coa maior porcentaxe de clientes fixos ante os que diminúe a percepción de risco

e polo tanto do uso do preservativo (34). Todos estes factores determinan que a prevención, o diagnóstico precoz e o tratamento do VIH e outras ITS nas PEP sexa unha prioridade.

Os homes e as persoas transexuais (principalmente de home a muller) que exercen a prostitución teñen niveis moito máis altos de infección polo VIH e outras ITS que as mulleres sen outros factores de risco (19% en HSH fronte ao 1% en mulleres que exercen a prostitución e visitan por primeira vez centros españois de ITS) (33) e ademais sofren unha dobre discriminación por exercer a prostitución e pola súa orientación sexual. Normalmente son menos visibles porque son menos numerosos/as e pola marxinalidade e afastamento dos espazos nos que exercen a prostitución. As PEP transxénero experimentan os niveis máis altos de violencia polo que o tratamento da violencia xunto co acceso aos servizos sociosanitarios e á información preventiva específica son parte importante da estratexia de redución de danos neste colectivo (35). Esta discriminación e a falta de visibilidade aumenta a súa vulnerabilidade fronte ao VIH e outras ITS e dificulta o acceso aos programas preventivos e asistenciais.

No período 2013-2014, había máis de 2.100 persoas exercendo a prostitución en Galicia, das cales case o 90% son mulleres e o resto HSH e transexuais. Estas persoas exercen en máis de 140 clubs, 180 pisos e en diversos barrios e rúas da xeografía galega (datos da ONG Faraxa). En Galicia, traballan diversas ONG atendendo a PEP como as incluídas na Rede galega contra a trata. Estas organizacións proporcionanlles educación sanitaria, facilitanlles o acceso ao sistema sanitario e apóianas para faceren un correcto seguimento médico.

En España, a prevalencia de VIH observada na primeira década do século XXI en mulleres que exercen a prostitución atópase entre o 1 e o 2% (33,34,36). A prevalencia observada no mesmo período, en HSH que exercen a prostitución, mantivo unha tendencia ascendente (14% en 2000 e 21% no 2009) cunha media do 19% (33). Non obstante, a maior prevalencia preséntase nas PEP e que ademais son UDI (37).

As estratexias de prevención neste colectivo deben abordar os seguintes temas:

- O acceso ao sistema sociosanitario.
- As probas de detección de ITS e VIH.
- O fomento do uso do preservativo e a negociación do seu uso.
- A diminución de prácticas de risco.
- Evitar prácticas que aumenten as probabilidades de contraer a infección polo VIH ou outras ITS como o “fisting”, a penetración con xoguetes sexuais ou obxectos non hixiénicos ou que poden causar feridas, etc.

Obxectivos:

- Diminuír as novas infeccións polo VIH e outras ITS nas PEP.
- Aumentar as prácticas de sexo seguro nas relacións sexuais.
- Garantir o acceso ao sistema sanitario e social.
- Obter información sobre a situación e hábitos sexuais das PEP que exercen en Galicia.

- Mellorar a situación destas persoas en relación co estigma, a discriminación e a marxinación destas persoas.

Actividades:

- Difusión de información sobre o VIH e outras ITS dirixida a PEP axeitada á súa lingua e cultura a través do persoal sanitario ou de ONG que desenvolven proxectos dirixidos a estas persoas, facendo especial fincapé nas prácticas sexuais seguras.
- Achegamento de preservativos masculinos e femininos ás PEP nos lugares nos que se exerce a prostitución, especialmente nas zonas de prostitución máis marxinal, para promover a práctica do sexo seguro.
- Oferta da vacinación a PEP e ás súas parellas segundo os protocolos.
- Difusión do protocolo de acceso ao sistema sanitario galego ás PEP en situación de marxinación social ou irregular.
- Colaboración con ONG para favorecer o acceso ao sistema sanitario e social galego das PEP en situación de marxinación social ou irregular apoiando especialmente as actividades realizadas por pares.
- Información e recomendación da realización periódica da proba do VIH e outras ITS nos centros sanitarios e das probas rápidas anónimas de VIH a través de entidades colaboradoras.
- Fomento dos estudos sobre os coñecementos e actitudes fronte ao VIH e outras ITS, hábitos sexuais e situación das PEP de Galicia.
- Na convocatoria de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade, priorizar os proxectos anti VIH/sida e outras ITS dirixidos a PEP con perspectiva de xénero, actividades sociosanitarias, a promoción da inclusión laboral e a participación de pares.
- Actualización da formación do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS e o estudo de contactos.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.

Indicadores:

- Número e porcentaxe anual de novas infeccións por VIH e outras ITS nas que a vía de transmisión foron as relacións sexuais relacionadas con PEP en relación co total de novas infeccións.

Fonte: DXIXSP.

- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de Sanidade para subvencionar proxectos dirixidos a PEP ao ano.

Fonte: DXIXSP.

- Número de estudos realizados sobre a situación e hábitos sexuais de PEP en Galicia.

Fonte: DXIXSP.

- Número de actividades de formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde que promovan a detección de condutas de risco, a realización de probas diagnósticas de VIH e outras ITS e o estudo de contactos ao ano.

Fonte: DXIXSP e FEGAS

- Número de actividades de formación para persoal dos servizos sociais e ONG en relación coa infección polo VIH e outras ITS ao ano.

Fonte: DXIXSP e FEGAS.

Persoas internas en institucións penitenciarias

Segundo a Oficina sobre drogas e o crime de Nacións Unidas (UNODC), a prevalencia de VIH, ITS, VHB, VHC e tuberculose en prisión ou outras institucións pechadas é de 2 a 10 veces maior ca na poboación xeral e ademais as taxas de VIH nas mulleres internas en prisión son particularmente elevadas. Estas persoas manteñen prácticas de risco frecuentemente o que as converte nun colectivo especialmente vulnerable no que é preciso reforzar a prevención do VIH e outras ITS (38).

En España, o 92% das persoas internas en prisión son homes. A maioría dos homes e mulleres están incluídos na franxa de idade dos 31 aos 40 anos sendo un pouco máis do 30% inmigrantes (39). Estas persoas caracterízanse por teren vivido en ambientes deprimidos, teren escasa formación académica e profesional e por careceren de habilidades sociais. Tamén existe un elevado número de persoas reclusas estranxeiras con mala comprensión do noso idioma (40). Outra característica relevante é a elevada porcentaxe de persoas UDI (12% en 2006) nas que adoitan ser frecuentes os malos hábitos de saúde e hixiene ademais dos escasos coñecementos do risco de enfermaren (39). A maiores, a poboación interna en prisión presenta unha elevada porcentaxe de patoloxía psiquiátrica (40).

En 2013, a prevalencia de infección polo VIH nas institucións penitenciarias (IIPP) españolas (agás as catalanas) foi do 6%, e a sida presenta unha tendencia descendente dende 1995. No período 2006-2012, as hepatites B e C mostran unha tendencia descendente mentres que o número de sífilis e gonococia permanecen estables (39).

En 2011, en Galicia había pouco máis de 3.500 persoas internas nas 5 IIPP (41). A finais de 2009, a prevalencia de infección polo VIH, nos centros penitenciarios da nosa comunidade autónoma, foi de 6,4%. Destas persoas VIH+, aproximadamente o 73% están a tratamento antirretroviral (42).

As estratexias preventivas deben contemplar os seguintes aspectos:

- Promoción de prácticas sexuais seguras, fomentando o uso do preservativo.
- Promoción da vacinación nas persoas non vacinadas: actualización dos calendarios vacinais e promoción das vacinas da gripe, hepatite A e B.

- O fomento de programas educativos sobre saúde entre iguais con perspectiva de xénero.
- Diagnóstico e tratamento das persoas con tuberculose, VIH e outras ITS.
- Tratamento de trastornos aditivos en UDI.

Obxectivos:

- Mellorar e colaborar nas políticas preventivas en relación coa infección polo VIH e outras ITS nas persoas internas en prisión de Galicia.

Actividades:

- Colaboración entre a Secretaría de Institucións Penitenciarias e a Consellería de Sanidade para promover e protexer a saúde e previr a enfermidade:
 - Oferta da vacinación a persoas internas en prisión e ás súas parellas segundo o seu estado vacinal.
 - Facilitación de preservativos a persoas internas en comunicacións bis a bis en IIPP e en paquetes hixiénicos para promover a práctica do sexo seguro.
 - Oferta de programas de redución de riscos como a inxección hixiénica e os módulos libres de drogas, o tratamento de deshabitación e a terapia substitutiva con metadona, entre outras.
 - Prevención, diagnóstico e tratamento do VIH e outras ITS.
 - Na convocatoria de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade, priorizar os proxectos anti VIH/sida e outras ITS dirixidos a persoas internas en prisión con perspectiva de xénero, actividades sociosanitarias e a participación de pares.

Indicadores:

- Mantemento do programa de facilitación de medios preventivos en prisións de Galicia ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de Sanidade para subvencionar proxectos dirixidos a persoas internas en prisión ao ano.
Fonte: DXIXSP.

Mocidade

A curiosidade propia desta etapa da vida xunto coa experimentación de novas sensacións e a falta moitas veces de información de calidade fan da mocidade un grupo no que é importante desenvolver estratexias preventivas. Ademais, algunhas mozas seguen a ter presións para manter relacións sexuais precoces e escasa capacidade para a negociación do uso do preservativo.

As ITS afectan especialmente á mocidade, a incidencia é maior nas persoas solteiras, novas e que viven en zonas urbanas. O risco de adquirir unha ITS tamén aumenta co número de parellas sexuais e o escaso uso do preservativo. A clamidiase e o VPH son algunhas das ITS que afectan principalmente á mocidade, en especial ás mulleres novas.

Segundo a ENSS de 2009, máis do 75% da mocidade española entre 16 e 24 anos considera que a información que dispón sobre sexualidade é boa ou moi boa e unha ampla porcentaxe de mozos e mozas prefiren recibir dos seus pais a información sobre a sexualidade. A unha gran parte da mocidade enquisada gustaríalle recibir máis información sobre o VIH e outras ITS. Esta mesma enquisa indica que os métodos para previr a transmisión do VIH e outras ITS, fundamentalmente o preservativo masculino, empréganse máis coas parellas esporádicas que coas estables. A porcentaxe de mozas que empregan estes métodos coa súa parella esporádica está entre o 64-74% e entre o 53-59% coas súas parellas estables. En mozos, a porcentaxe que empregan estes métodos coa súa parella esporádica sitúase entre o 61-80% e no caso da parella estable, a porcentaxe varía entre o 63-74% segundo o grupo de idade ao que pertenza (43).

A enquisa HBSC indica que a porcentaxe do uso do preservativo na última relación coital na mocidade española entre 15 e 18 anos diminuíu dende o 2002 ata o 2010 (91% e 74% respectivamente) e non atoparon diferenzas nin por sexo nin por idade (44).

O SICRI de 2009 informa de que case o 80% da mocidade galega de 16 a 19 anos emprega sempre o preservativo coa súa parella e máis do 90% empregaron o preservativo na súa primeira relación sexual, o cal supón un aumento do uso do preservativo con respecto a xeracións anteriores. Estes resultados asóciense a non convivir coa parella e a unha menor duración das relacións (45).

En Galicia, no período 2004-2013, o 9% das novas infeccións de VIH danse na mocidade entre 15 e 24 anos. Neste colectivo e durante o mesmo período, a vía UDI (10%, 17 casos) e a vía heterosexual (26%, 46 casos) mantivéronse estables pero a vía HSH aumentou ata case triplicar o número anual de casos (61%, 108 casos) (2).

As estratexias preventivas sobre a infección polo VIH e outras ITS na mocidade deben contemplar, entre outros, os seguintes aspectos (46):

- Información sobre a infección polo VIH e outras ITS.
- Promoción da saúde sexual e da educación afectivo-sexual.
- Fomento do uso correcto do preservativo.
- Servizos de tratamento, atención e apoio para a mocidade que vive co VIH.

Obxectivos:

- Reducir o número de novas infeccións de VIH e outras ITS na mocidade.
- Mellorar a información sobre a infección polo VIH e outras ITS.
- Incrementar as actividades de educación afectivo-sexual.
- Incrementar o uso do preservativo nas relacións sexuais, especialmente nas relacións esporádicas.
- Diminuír a porcentaxe de casos con diagnóstico tardío.

Actividades:

- Difusión de información dirixida á mocidade sobre a infección polo VIH e outras ITS incluíndo a dirixida a diminuír a estigmatización, a marxinação e a insolidariedade coas persoas con infección polo VIH e aumentar o uso das TIC para difundir mensaxes preventivas.
- Promoción nos centros educativos de intervencións baseadas na educación afectivo-sexual, na prevención do VIH e outras ITS e do uso recreativo das drogas.
- Difusión de información dirixida aos pais e nais sobre educación afectivo-sexual e prevención da infección polo VIH e outras ITS.
- Fomento do estudo de contactos das persoas diagnosticadas de infección polo VIH e outras ITS.
- Achegamento de preservativos á mocidade para promover o sexo seguro.
- Na convocatoria de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade, priorizar os proxectos anti VIH/sida e outras ITS dirixidos á mocidade con perspectiva de xénero, actividades sociosanitarias e a participación de pares.
- Oferta da proba do VIH e outras ITS segundo os protocolos.
- Actualización da formación do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS e o estudo de contactos.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.
- Oferta da vacinación na mocidade segundo os protocolos.

Indicadores:

- Número e porcentaxe anual de novas infeccións por VIH e outras ITS que representa a mocidade de 15 a 24 anos en relación co total de novas infeccións.
Fonte: DXIXSP.
- Porcentaxe de novos diagnósticos de infección polo VIH na mocidade que presenten diagnóstico tardío ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Porcentaxe de mocidade que considera que a información que dispón sobre sexualidade é boa ou moi boa.
Fonte: Encuesta Nacional de Salud Sexual.
- Porcentaxe de mocidade que emprega o preservativo.
Fonte: Encuesta Nacional de Salud Sexual e SICRI.
- Número de intervencións dirixidas á mocidade realizadas a través das TIC ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de Sanidade para subvencionar proxectos dirixidos á mocidade ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número de actividades de formación do profesorado para realizar intervencións baseadas na educación afectivo sexual, na prevención do VIH e na prevención do uso recreativo de drogas ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS
- Número de actividades de formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde que promovan a detección de condutas de risco, a realización de probas diagnósticas de VIH e outras ITS e o estudo de contactos ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS
- Número de actividades de formación para persoal dos servizos sociais e ONG en relación coa infección polo VIH e outras ITS ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS.

As mulleres e a transmisión vertical (TV)

Aínda que na nosa comunidade autónoma, o número de novas infeccións polo VIH en mulleres descendeu dende o 2004 ata o 2013 (68 e 25 casos respectivamente) (2), o certo é que as mulleres, debido a unha serie de factores biolóxicos e sociais, son máis vulnerables que os homes fronte á infección polo VIH e outras ITS; factores como a maior superficie xenital, a recepción vaxinal do seme, as alteracións hormonais durante o ciclo menstrual, a dificultade para negociar o uso do preservativo coas parellas sexuais pola dependencia económica, afectiva e/ou social, o illamento social, e/ou o abuso sexual no que se poden ver sometidas. Ademais as ITS adoitan ser moito máis asintomáticas nas mulleres que nos homes, o que dificulta o diagnóstico precoz.

En Galicia, no período 2004-2011, a porcentaxe de mulleres nas novas infeccións polo VIH mantívose estable (27%) descendendo posteriormente ata o ano 2013 (10%, 19 casos). No período 2004-2013, a idade media ao diagnóstico de VIH en mulleres, foi de 37 anos cunha tendencia ao aumento nos últimos anos, sendo a principal vía de transmisión a heterosexual (76%). Presentan un elevado diagnóstico tardío (48%) e a porcentaxe de mulleres de orixe inmigrante foi do 28% (2).

Na nosa comunidade dispoñemos de datos de sífilis e gonococia desagregados por sexo dende o ano 2012. O número de casos de sífilis en mulleres nos anos 2012 e 2013 foron 25 (18%) e 30 (20%) respectivamente e o número de casos de gonococia foron 21 (20%) e 13 (9%) respectivamente.

O risco de TV do VIH diminuíu moito nos últimos anos grazas ao diagnóstico precoz na muller embarazada, ao tratamento antirretroviral e ao seguimento médico do embarazo, parto e lactación das nais seropositivas. En España, en 2012, producíronse 6 casos por TV (0,2% dos novos diagnósticos de VIH), dos cales, 4 producíronse en nais inmigrantes (2 casos en mulleres subsaharianas). A tendencia nesta vía está estabilizada dende 2007 ata 2012 en torno ao 0,2% (6).

En Galicia, durante o período 2004-2013, produciuse un caso de VIH por TV en 2009 no que non se seguiu o protocolo recomendado para mulleres embarazadas.

Por vía perinatal tamén se poden transmitir outras ITS como a sífilis, a gonococia, a clamidiase, a infección polo VPH, a hepatite B, e o herpes xenital. No período 2004-2013, declaráronse 9 casos de sífilis conxénita e un caso de oftalmia neonatorum (en 2012). O diagnóstico e tratamento precoz nas mulleres embarazadas e outras medidas preventivas perinatais fixeron que os casos de TV diminuíran de maneira importante.

As liñas estratexias dirixidas a mulleres para previr novas infeccións de VIH e outras ITS centraranse en:

- Promover o sexo seguro incrementando o uso do preservativo nas relacións sexuais, especialmente nas relacións esporádicas.
- Atención sanitaria durante a xestación, parto e lactación.
- Oferta obrigatoria de probas diagnósticas de VIH e outras ITS seguindo o protocolo en mulleres embarazadas.
- Promoción da educación sexual, atención preconcepcional e planificación familiar.

Obxectivos:

- Reducir as novas infeccións por VIH e outras ITS en mulleres.
- Eliminar as novas infeccións de VIH por TV e a sífilis conxénita.
- Reducir outras ITS por TV.
- Diminuír o diagnóstico tardío de VIH en mulleres por debaixo do 35%.

Actividades:

- Promoción de actividades preventivas que aborden a negociación do uso do preservativo, a adecuación do inicio das relacións sexuais á madurez da persoa, e que favorezan a modificación de actitudes e roles de xénero que condicionan estes comportamentos de risco e favorecen a violencia machista.
- Difusión de información sobre a infección polo VIH e outras ITS dirixida a mulleres.
- Realización da proba do VIH e outras ITS segundo os protocolos.
- Oferta da vacinación a mulleres segundo os protocolos.
- Fomento do estudo de contactos das persoas diagnosticadas de infección polo VIH e outras ITS.
- Realización da proba do VIH e outras ITS en tódalas mulleres embarazadas segundo os protocolos.
- Seguimento médico específico en mulleres xestantes VIH+ ou con outras ITS.
- O consello preconcepcional e a recomendación de medidas de planificación familiar que recomenden a protección dual en parellas serodiscordantes.
- Na convocatoria de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade, priorizar os proxectos anti VIH/sida e outras ITS dirixidos a mulleres con perspectiva de xénero, actividades sociosanitarias e a participación de pares.
- Actualización da formación do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS e o estudo de contactos.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.

Indicadores:

- Número e porcentaxe anual de novas infeccións por VIH e outras ITS que representan as mulleres en relación co total de novas infeccións.
Fonte: DXIXSP.
- Número de novas infeccións por VIH e outras ITS adquiridas por vía vertical ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número de sífilis conxénitas ao ano.
Fonte: DXIXSP.

- Porcentaxe de novos diagnósticos de infección polo VIH en mulleres que presenten diagnóstico tardío ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número de actividades de formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde que promovan a detección de condutas de risco, a realización de probas diagnósticas de VIH e outras ITS e o estudo de contactos ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS.
- Número de actividades de formación para persoal dos servizos sociais e ONG en relación coa infección polo VIH e outras ITS ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS.
- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de Sanidade para subvencionar proxectos dirixidos a mulleres ao ano.
Fonte: DXIXSP.

Persoal sanitario

O risco biolóxico é un dos riscos máis frecuentes aos que se expón o persoal sanitario polo que é fundamental minimizalo establecendo medidas de protección individual, colectiva e os procedementos de traballo axeitados. As lesións producidas por obxectos punzantes ou cortantes son os que producen unha maior preocupación neste colectivo. Estes accidentes poden ocasionar infeccións graves como as infeccións polo VHB, VHC ou o VIH. A maioría das exposicións non producen infección porque esta depende de varios factores como o patóxeno implicado, o tipo de exposición ou a cantidade e concentración do axente infeccioso en sangue ou fluído implicado (47). O VHB ten un risco de transmisión do 6-30%, o VHC do 0-7% e o VIH do 0,3% despois dunha exposición percutánea e do 0,09% nunha exposición en mucosas (47,48).

O descubrimento do VIH nos anos 80 foi decisivo para que o persoal sanitario tomase conciencia do risco que supón a exposición a determinados axentes biolóxicos. Este feito foi o detonante para que a cultura preventiva fronte ao risco biolóxico cambiase e polo tanto comezasen a empregarse as medidas de protección persoal axeitadas. Para reducir o número de accidentes biolóxicos é importante evitar a exposición accidental, aplicar as medidas de prevención (49), dispor de dispositivos de seguridade (50) e dos equipos de protección axeitados (51,52). Para iso, é imprescindible que todo o persoal sanitario coñeza e adopte as medidas de precaución estándar (PE) e as medidas de illamento de substancias corporais; ademais de empregaren dispositivos de seguridade e protección axeitadas. A través destas medidas minimízase o risco de accidente biolóxico de tal xeito que está inxustificable negarse a atender a unha persoa con VHB, VHC ou VIH e ademais constituiría un acto grave de discriminación.

A autoridade sanitaria galega é a responsable de establecer as medidas necesarias para promover, difundir e implantar de maneira efectiva as accións preventivas en materia de accidentes con risco biolóxico e da creación dun sistema de información único para o seguimento epidemiolóxico destes accidentes nas institucións sanitarias do Servizo Galego de Saúde (50). Segundo este sistema de información, prodúcese en Galicia unha media de 26 accidentes biolóxicos ao ano con fonte VIH+, dos cales pouco máis da metade reciben PPEO e non seroconverteu ningún destes traballadores/as. Con respecto ao VHC, cada ano prodúcese unha media de 90 accidentes biolóxicos con fonte VHC+

pero con tendencia descendente dende 2009 (96 casos) ata o 2013 (62 casos) e non seroconverteu ningunha persoa ata o de agora. O número de accidentes con fonte VHB+ mantense estable en torno aos 18 accidentes ao ano e seroconvertiu unha persoa en 2013.

No caso dunha exposición accidental, e despois de aplicar as medidas de actuación inmediatas, debe notificarse o accidente biolóxico o antes posible ao Servizo de Prevención de Riscos Laborais (SPRL) que corresponda, ou ben, fóra do horario laboral do SPRL ao Servizo de Urgencias que se determine (53). Posteriormente, o médico/a que atenda ao traballador/a accidentado/a iniciará os coidados postexposición segundo o protocolo e as recomendacións actuais de actuación postexposición. A profilaxe postexposición ocupacional (PPEO) fronte ao VIH debe iniciarse o antes posible e sempre antes das 72 horas. Mentres non se descarte a infección, deberá empregarse sempre o preservativo nas relacións sexuais para evitar unha posible transmisión secundaria do VIH, VHB ou VHC. Ademais, debe ofertarse apoio psicolóxico e de control dos síntomas, tanto da posible primoinfección como das reaccións adversas da medicación empregada (52–54).

O risco de transmisión do VIH de persoal sanitario a pacientes na realización de procedementos médicos, cirúrxicos e dentais é excepcional. Non obstante, o risco de transmisión do VHB debe terse en consideración xa que todo o persoal sanitario portador de Ag HBe que realice maniobras invasoras debería absterse de realizalas de maneira temporal ata que perda este marcador que indica alta infectividade e, polo tanto, maior risco de transmisión (55).

As liñas estratéxicas de prevención dirixidas ao persoal sanitario centraranse nas seguintes liñas de actuación:

- Promover a vacinación do VHB no persoal do Servizo Galego de Saúde que non está vacinado.
- Mellorar a información e formación do persoal sanitario en materia de prevención de accidentes biolóxicos (medidas de precaución estándar, vacinación...).
- Dotar de dispositivos de seguridade e equipos de protección individual e colectiva que diminúan o risco de accidente biolóxico.

Obxectivos:

- Evitar casos de infección por VHB, VHC e VIH en persoal sanitario tras unha exposición ocupacional.
- Conseguir que o 100% dos traballadores/as do Servizo Galego de Saúde estean vacinados fronte ao VHB.
- Reducir o número de accidentes biolóxicos no persoal sanitario.
- Impedir a transmisión da infección por VHB, VHC e VIH aos pacientes durante o exercicio da actividade sanitaria.

Actividades:

- Actualización da formación, capacitación e información do persoal sanitario en materia de prevención de accidentes biolóxicos.

- Potenciación do traballo das Unidades de prevención de riscos laborais para promover a vacinación do VHB, identificar os factores de risco e as condicións de traballo que determinan os accidentes con risco biolóxico.
- Xestión adecuada dos residuos biolóxicos.

Indicadores:

- Número e porcentaxe anual de accidentes biolóxicos en persoal sanitario en relación co total de accidentes laborais.
Fonte: Servizo Central de Prevención de Riscos Laborais.
- Número de novas infeccións por VIH, VHB e VHC producidas por exposición ocupacional en relación co total de novas infeccións ao ano.
Fonte: Servizo Central de Prevención de Riscos Laborais.
- Número de transmisións do VIH, VHB e VHC en persoal sanitario ao ano.
Fonte: Servizo Central de Prevención de Riscos Laborais.
- Número de casos do VIH, VHB e VHC iatroxénica ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número de actividades formativas dirixidas ao persoal sanitario en materia de prevención de accidentes biolóxicos ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS.

Poboación xeral

As ITS son enfermidades ligadas á conduta, e como tales, son un bo indicador de comportamentos de risco. En España, nos centros de ITS españois (2005-2010), os diagnósticos de sífilis e gonococia estiveron relacionados cos seguintes factores: relacións sexuais con parellas esporádicas (57,4% das sífilis e 59,6% das gonococias), con parellas estables (31,9% das sífilis e 31,0% das gonococias), con persoas que exercen a prostitución (7,4% das sífilis e 7,2% das gonococias) e finalmente con persoas en contacto con prostitución (5,9% das sífilis e 8,2% das gonococias). Neste rexistro unha persoa podía presentar varios factores xuntos (27).

Segundo a ENSS 2009, o 21,7% dos homes e o 8,5% das mulleres españolas mantiveron relacións sexuais con parellas esporádicas nos últimos 12 meses. En torno ao 20% deles non empregaron ningún método para previr ITS ou VIH (22,1% dos homes e 18,6% das mulleres) e esta porcentaxe aumenta dun xeito importante a partir dos 55 anos en varóns e dos 45 anos en mulleres (43). Non obstante, o uso do preservativo con parellas ocasionais aumentou progresivamente nos últimos anos (38% en 1996, 59% en 2003 e en torno ao 70% en 2009) (43,56).

Aínda que o nivel de coñecemento da infección VIH/sida e ITS e das principais vías de transmisión é alto, o nivel de percepción de risco da transmisión sexual do VIH é baixo, especialmente na mocidade nos últimos anos.

O método máis efectivo para evitar a infección polo VIH e outras ITS é o uso do preservativo. Os fallos na prevención débense principalmente ao seu uso inadecuado e a taxa de rotura ou deslizamento

do preservativo de látex durante o coito está en torno ao 2%. Os preservativos femininos son unha boa alternativa ao preservativo masculino cando non se poida empregar este último (57).

Un pilar importante para o control do VIH e outras ITS é a loita contra o estigma e a discriminación porque dificultan o diagnóstico, o tratamento precoz e a prevención de novas infeccións. A discriminación moitas veces é froito do medo que produce a ignorancia das vías de transmisión polo que as accións de información á poboación xeral é un dos mellores antídotos. Para evitar estas situacións de discriminación é necesario garantir un ambiente de respecto, tolerancia e solidariedade dentro da sociedade. A información e as campañas nos medios de comunicación son ferramentas fundamentais destas políticas.

As estratexias de prevención dirixidas á poboación xeral centraranse nas seguintes liñas de actuación:

- A mellora da información sobre VIH e outras ITS.
- Promoción do sexo seguro.
- Fomento do diagnóstico precoz.
- Avaliación e manexo dos contactos sexuais de persoas con ITS.
- Inmunización fronte ao VPH, VHB e VHA segundo os protocolos.
- Mantemento da vixilancia epidemiolóxica.
- A loita contra o estigma e a discriminación das persoas VIH+.

Obxectivos:

- Aumentar e mellorar a información sobre a infección polo VIH e outras ITS.
- Reducir as novas infeccións polo VIH por debaixo dos 50 casos/10⁶ hab.
- Reducir as ITS en Galicia.
- Diminuír o diagnóstico tardío do VIH por debaixo do 35%.
- Eliminar o estigma e discriminación das persoas afectadas.

Actividades:

- Difusión de información sobre a infección polo VIH e outras ITS, incluíndo a dirixida a diminuír a estigmatización, a marxinação e a insolidariedade coas persoas con infección polo VIH e aumentar o uso das novas tecnoloxías da información e comunicación para difundir mensaxes preventivas.
- Oferta da vacinación á poboación segundo os protocolos.
- Promover o sexo seguro durante as relacións sexuais, incrementando o uso do preservativo nas relacións sexuais, especialmente nas relacións esporádicas.

- Fomento do estudo de contactos das persoas diagnosticadas de infección polo VIH e outras ITS.
- Fomento da participación das entidades privadas sen ánimo de lucro en campañas de prevención do VIH e de loita contra o estigma e discriminación.
- Oferta protocolizada das probas de detección da infección polo VIH e outras ITS.
- Actualización da formación do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS, e o estudo de contactos.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.
- Campaña anual do Día Mundial da Sida.

Indicadores:

- Número de novas infeccións polo VIH e outras ITS en Galicia ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Porcentaxe de novos diagnósticos de infección polo VIH que presenten diagnóstico tardío ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Porcentaxe de persoas que empregaron o preservativo na última relación sexual cunha parella esporádica ao ano.
Fonte: ENSS.
- Número de actividades de formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde que promovan a detección de condutas de risco, a realización de probas diagnósticas de VIH e outras ITS e o estudo de contactos
Fonte: DXIXSP e FEGAS.
- Número de actividades de formación para persoal dos servizos sociais e ONG en relación coa infección polo VIH e outras ITS ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

O diagnóstico tardío (DT) é un problema nas ITS. No caso do VIH o DT é elevado en todas as categorías de transmisión. Existen unha serie de variables asociadas a este DT como ser varón, ter máis de 36 anos, infectarse a través de relacións heterosexuais, ter baixo nivel de estudos, ser inmigrante ou ser unha persoa con risco de exclusión social.

O diagnóstico precoz contribúe a diminuír a difusión das ITS e a evitar casos máis graves de infeccións con afectación orgánica. O diagnóstico precoz vese dificultado pola relativa frecuencia de infeccións asintomáticas ou con síntomas inespecíficos, pola non identificación por parte dos profesionais de condutas de risco, e por non acudir aos servizos sanitarios cando se sospeita unha ITS por timidez, vergoña, non confiar no secreto profesional ou na confidencialidade dos seus datos clínicos, etc.

Os cribados en grupos específicos, contribúen a evitar diagnósticos tardíos de algunhas ITS. Recoméndase ofertar o cribado do VIH, da sífilis e da hepatite B en tódalas mulleres embarazadas. Tamén se deben de facer as probas específicas naquelas embarazadas con factores de risco para adquirir a gonorreia ou a clamidiase: ter antecedentes previos de ITS, ter nova parella, ser PEP, ser UDI, ter múltiples parellas, facer un uso irregular do condón, etc. Nas mulleres sexualmente activas menores de 25 anos e nas maiores de 25 con factores de risco recoméndase facer a proba de detección de *chlamydia*. A detección da gonorreia está recomendada en tódalas mulleres sexualmente activas con factores de risco. O cribado da sífilis, ademais, debe facerse en HSH con comportamentos sexuais de risco, PEP, UDI e persoas internas en prisión.

A proba de detección da hepatite B está, tamén, recomendada en persoas nadas en países con alta prevalencia ($\geq 2\%$), VIH+, UDI, HSH, e nos que conviven ou son compañeiros sexuais de persoas con infección polo VHB (58).

Na infección polo VIH considérase que unha persoa presenta DT se ten unha cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l na primeira determinación da infección polo VIH. Durante o período 2004-2013, o 49% dos novos diagnósticos en Galicia presentaban DT e non se atoparon diferenzas por sexo. A maioría dos DT prodúcense en persoas que mantiveron prácticas sexuais non seguras (83%) (44% asociado a heterosexuais e 39% a relacións entre HSH) e aumentan coa idade pasando dun 24% en menores de 25 anos a un 77% nos maiores de 54 (2).

En Galicia, igual que no resto do Estado, estímase que arredor do 30% de portadores de infección polo VIH están sen diagnosticar. Entre os beneficios individuais que nos achega o diagnóstico precoz atópanse a redución da morbi-mortalidade, os beneficios do tratamento antirretroviral, o apoio psicosocial (7) e a prevención de condutas de risco para adquirir outras ITS.

A nivel colectivo, as persoas non diagnosticadas teñen unha taxa de transmisión 3,5 veces superior e poden ter unha viremia máis elevada que as persoas diagnosticadas e tratadas. As persoas diagnosticadas usan máis o preservativo e diminúe a porcentaxe de prácticas sexuais non protexidas o que reduce a transmisión do VIH (7). Ademais, o custo da atención sanitaria e do tratamento nestas persoas é inferior cando se diagnostican precocemente (59).

Existen barreiras que dificultan o acceso ao diagnóstico precoz a nivel individual, médico e institucional. A nivel individual atópanse: a falta de percepción de risco, o pouco coñecemento dos beneficios do tratamento do VIH, o estigma e discriminación percibida das persoas VIH+, non saber como e onde facer a proba do VIH e non coñecer a sintomatoloxía e prevalencia destas infeccións. A nivel

médico están a falta de adestramento para promover a realización da proba e as dificultades de abordar temas relacionados con prácticas sexuais. E a nivel institucional inclúense as dificultades de acceso ao sistema sanitario e as barreiras lingüísticas e culturais en persoas inmigrantes (7,60).

Segundo a OMS, para reducir a poboación sen diagnosticar e o número de DT de infección polo VIH debe promoverse a proba de VIH nas persoas con prácticas de risco, nas embarazadas, nas persoas internas en prisión, na atención da saúde sexual e reprodutiva, no tratamento de patoloxías como a tuberculose, as ITS ou as drogodependencias e naquelas persoas con sintomatoloxía suxerente de infección polo VIH. Existen outros servizos importantes como os programas de rúa e a participación de persoal non sanitario que achegue a proba ás persoas de maior risco (61). Os estudos máis recentes corroboran que esta oferta é ben aceptada tanto polo médico/a como polo/a paciente. Ademais, o feito de que o médico/a recomende a súa realización supón un factor importante para que o/a paciente se decida a realizala. O adestramento do persoal sanitario para ofrecer e asesorar a proba do VIH mellora a súa actitude e as habilidades para ofrecer a proba (60).

O ECDC destaca a importancia do emprego de campañas de prevención do VIH nos medios de comunicación para modificar comportamentos así como aumentar o coñecemento dos beneficios do tratamento para aumentar a probabilidade de realizar a proba do VIH (60).

Outro aspecto importante que dificulta o acceso á proba é o estigma e discriminación percibida destas persoas (62). É fundamental que as persoas que realicen a proba do VIH e que obteñan un resultado positivo teñan acceso ao sistema sanitario e ao tratamento para mellorar a súa saúde e a saúde comunitaria (61).

Igual que sucede no resto de España, Galicia promoverá a proba do VIH ao abeiro da Guía de recomendacións para o diagnóstico precoz do VIH no ámbito sanitario en todos os centros sanitarios españois tanto de titularidade pública como privada ou mixta. O obxectivo é promover o diagnóstico precoz e diminuír o número de persoas infectadas polo VIH que descoñecen o seu seroestatus. Para iso, a proba do VIH ofertarase baixo tres modalidades:

- A primeira é considerada boa praxe na asistencia sanitaria e consiste na oferta da proba a persoas que presentan criterios clínicos compatibles con infección polo VIH ou sida.
- A segunda é a oferta rutineira. Como novidade nesta modalidade, incorpóranse as persoas entre 15 e 59 anos, sexualmente activas, que acudan ao seu centro de saúde e que se lle indique unha extracción de sangue por calquera motivo; esta recomendación farase naqueles centros de saúde con taxas de infección polo VIH superior ao percentil 75 dos últimos tres anos a nivel nacional. A oferta rutineira séguese mantendo nas mulleres embarazadas e nas persoas internas en prisión tal como se viña facendo anteriormente.
- A terceira, é a oferta dirixida a persoas que sospeiten dunha exposición de risco ou que presenten unha elevada vulnerabilidade con respecto á infección polo VIH como as persoas que pertencen a colectivos de elevada prevalencia.

En todo caso, a proba do VIH será obrigatoria nos casos de doazón de sangue, transplante, enxerto ou implantación de órganos, estudos de donantes, obtención e recepción de seme e persoas usuarias de técnicas de reprodución humana asistida.

O consentimento da proba será verbal e deberá anotarse na historia clínica se o paciente consente ou non en realizala. Ofreceráse unha breve información pre-proba. Despois de informar do resultado da proba, farase un breve consello que variará segundo o resultado sexa positivo ou negativo. No caso de que o resultado sexa negativo darase información que promova as prácticas de sexo seguro e no caso de que o resultado sexa positivo a información será máis extensa, incluírase apoio emocional e farase o seguimento médico.

Outro recurso dispoñible son os programas comunitarios de cribado mediante as probas rápidas anónimas e gratuítas de fluído oral para detectar anticorpos fronte ao VIH. Estas probas realízanse nos centros Quérote+ da Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado xunto con numerosas entidades privadas sen ánimo de lucro de Galicia. Estas entidades están distribuídas ao longo do territorio galego e pretenden achegar o diagnóstico da infección polo VIH a aquelas persoas con prácticas de risco que non queiran ou non teñan acceso ao sistema sanitario galego. No caso de que algunha proba resulte reactiva hai que derivala para confirmar o diagnóstico de infección polo VIH.

As estratexias de prevención deben contemplar:

- A oferta das probas.
- A loita contra o estigma e discriminación das persoas afectadas.
- A promoción da percepción de risco nas relacións sexuais desprotexidas.
- O coñecemento das vantaxes do diagnóstico e tratamento temperáns.
- O acceso universal ao tratamento e ao seguimento médico das persoas infectadas.

Obxectivos:

- Reducir nun 80% a porcentaxe de persoas infectadas que descoñecen que o están.
- Diminuír o diagnóstico tardío da infección polo VIH por debaixo do 35%.
- Garantir o seguimento dos protocolos de cribado para outras ITS.
- Mellorar a esperanza e calidade de vida das persoas infectadas.
- Garantir ao tratamento e o seguimento médico destas infeccións.
- Promover o estudo de contactos.

Actividades:

- Implementación da Guía de recomendacións para o diagnóstico precoz do VIH no ámbito sanitario dentro do sistema sanitario galego e complementala co proxecto de probas rápidas de cribado no ámbito comunitario.
- Implementación das recomendacións de cribado de ITS entre os profesionais sanitarios galegos.

- Actualización da formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS, o estudo de contactos e o respecto dos dereitos destas persoas.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.
- Colaboración con entidades privadas sen ánimo de lucro en campañas de prevención e de loita contra o estigma e discriminación.
- Na convocatoria de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade, priorizar os proxectos anti VIH/sida que promovan a proba de VIH e doutras ITS, a percepción de risco nas prácticas sexuais desprotexidas, a loita contra o estigma e discriminación das persoas, as vantaxes dun diagnóstico e tratamento temperáns e que inclúan actividades sociosanitarias e a participación de pares.

Indicadores:

- Porcentaxe de novos diagnósticos de infección polo VIH que presenten diagnóstico tardío ao ano.
Fonte: DXIXSP.
- Número de cursos de formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde que promovan a detección de condutas de risco, a realización de probas diagnósticas do VIH e doutras ITS, o estudo de contactos e o respecto dos dereitos das persoas afectadas ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS.
- Número de actividades de formación para persoal dos servizos sociais e ONG en relación coa infección polo VIH e outras ITS ao ano.
Fonte: DXIXSP e FEGAS.
- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de Sanidade para subvencionar proxectos que promovan a proba de VIH e outras ITS, a percepción de risco nas prácticas sexuais desprotexidas, a loita contra o estigma e discriminación das persoas VIH+, as vantaxes dun diagnóstico e tratamento temperáns, e que inclúan actividades sociosanitarias e a participación de pares ao ano.
Fonte: DXIXSP.

ATENCIÓN SANITARIA E SOCIAL

O acceso ao sistema sanitario e ao tratamento é fundamental para mellorar a saúde, prolongar a vida e previr a transmisión sexual do VIH e outras ITS. A Consellería de Sanidade habilitou vías que aseguran este acceso a todas as persoas residentes en Galicia con infección polo VIH ou outra ITS e que non teñen dereito á asistencia sanitaria a través da condición de asegurado ou beneficiario recoñecida polo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) ou polo Instituto Social da mariña (ISM) e que non poidan acollerse a un convenio especial. Estas vías son o Programa galego de protección social da saúde pública e o Programa de vixilancia epidemiolóxica. Este último está destinado a aquelas persoas que non poidan acceder ao sistema sanitario polas vías ordinarias e acudan a un centro sanitario pola sospeita de padecer algunha enfermidade infecciosa suxeita a vixilancia epidemiolóxica, control ou eliminación a nivel da comunidade, estatal ou internacional. Dentro destas enfermidades inclúense, entre outras, a infección polo VIH, a clamidiase, as hepatites A e B, a gonococia ou a sífilis. Neste caso, a atención sanitaria cubrirá o diagnóstico e seguimento da enfermidade ata a alta médica do proceso (63,64).

En Galicia, dende o ano 2008 ata o 2012, a infección polo VIH produce unha media anual de 1.800 altas e case 14.700 estadas hospitalarias cunha estada media de 8 días (datos a 21 de maio de 2014 do Instituto Nacional de Estatística (INE)). O número de altas e estadas hospitalarias descende lixeiramente pero mantense estable a estada media destes ingresos. Ao desagregar os datos por sexo, obsérvase que nos homes diminúe o número de altas, de estadas hospitalarias e a estada media. As mulleres, en cambio, mostran unha lixeira tendencia ao aumento no número de altas e estadas hospitalarias e mantense estable a estada media.

A atención primaria (AP) polas súas características xoga un papel clave na prevención de novos casos de infección polo VIH e doutras ITS. Normalmente é o primeiro punto de contacto co sistema sanitario porque os usuarios/as poden solicitar cita directamente e ademais ocúpase de todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou calquera outra característica. É un punto clave de acceso ás persoas con prácticas de risco para a transmisión do VIH e outras ITS e resulta un lugar idóneo para realizar educación para a saúde que promova o sexo seguro, o diagnóstico precoz e a loita contra o estigma e discriminación das persoas afectadas. A través do enfoque integral da saúde, a atención primaria promove a saúde e benestar da poboación desenvolvendo programas de fomento da saúde e de prevención de enfermidades polo que resulta un instrumento de gran utilidade para a prevención de novos casos destas patoloxías (65).

Actualmente a atención hospitalaria asume a maior parte da carga asistencial sanitaria das persoas diagnosticadas de infección polo VIH ou sida. Nos hospitais das 7 grandes cidades galegas (A Coruña, Ferrol, Santiago de Compostela, Pontevedra, Vigo, Lugo e Ourense) existen consultas especializadas nesta patoloxía con persoal médico e de enfermaría. Nestas unidades ofrécese asistencia sanitaria, actividades preventivas, de divulgación e de apoio emocional que se realizan tanto de forma programada como a demanda para facilitar o acceso e mellorar así a calidade de vida destas persoas e a adherencia ao tratamento.

A atención para as outras ITS implica a diferentes servizos de dermatoloxía, xinecoloxía e uroloxía.

Unha vez que a persoa é diagnosticada de infección polo VIH é preciso determinar en que momento empezar o tratamento antirretroviral. Os principais motivos para iniciar o tratamento son a redución da morbilidade e mortalidade asociada á infección polo VIH, a recuperación da función inmunolóxica, evitar o efecto nocivo da replicación do VIH e a prevención da transmisión do VIH. Á hora de tomar

esta decisión é fundamental ter en conta a actitude e a motivación do paciente (66). O tratamento reduciu dun xeito importante a mortalidade relacionada coa sida e mellorou a calidade de vida destas persoas. En Galicia, o gasto en fármacos antirretrovirais aumentou anualmente dende 1997 ata o 2010; e de 2010 a 2013 mantívose estable nos 36 millóns de euros anuais (Servizo Galego de Saúde). Aínda que este gasto supón unha porcentaxe importante do gasto farmacéutico total do Servizo Galego de Saúde, este tratamento é custo-efectivo.

O 31% dos pacientes VIH+ hospitalizados está coinfectado por VHC. A aparición de tratamentos de alta efectividade fronte a esta infección abre unha porta para conseguir a curación da maioría dos afectados polo VHC e controlar a transmisión.

Segundo a OMS, a saúde é un estado de completo benestar físico, mental e social, e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades. Isto implica que o benestar social é unha parte da saúde das persoas e polo tanto merece unha especial atención. Actualmente, as persoas VIH+ son persoas cunha enfermidade crónica que poden realizar unha vida con normalidade e deberían estar integradas na nosa sociedade como calquera outra persoa e a súa atención sanitaria e social debería estar completamente normalizada dentro da sociedade. Algunhas persoas descoñecen que existe unha infraestrutura social de apoio ou as vías de acceso a ela o que dificulta que se poidan beneficiar destes servizos. Os recursos socioeconómicos dispoñibles en Galicia inclúen servizos sociais e prestacións económicas. O sistema público de servizos sociais ten como finalidade asegurar o dereito das persoas a viviren dignamente durante todas as etapas da vida mediante a cobertura das súas necesidades persoais básicas e sociais. As Administracións públicas que proporcionan estes servizos son o Estado, as Comunidades Autónomas, as Deputacións provinciais e os concellos. Outros servizos sociais complementarios poden ser prestados por entidades privadas sen ánimo de lucro.

As liñas estratéxicas para asegurar unha correcta asistencia sanitaria e social das persoas VIH+ ou con outra ITS deben recoller os seguintes aspectos:

- Cobertura universal do sistema sanitario e social das persoas con infección polo VIH e outras ITS.
- Os servizos sanitarios e sociais deben responder ás necesidades das persoas afectadas mellorando a súa saúde e benestar.

Obxectivos:

- Garantir o acceso á asistencia sanitaria e social das persoas afectadas.
- Mellorar a calidade e esperanza de vida das persoas afectadas polo VIH ou por outra ITS.
- Diminuír o fracaso terapéutico nestas persoas.
- Normalizar a asistencia social das persoas afectadas.
- Aumentar o enfoque de xénero nos programas sociais dirixidos a persoas con VIH e outras ITS.

Actividades:

- Os tratamentos fronte ao VIH, VHC e demais ITS seguirán os consensos nacionais e internacionais e as estratexias terapéuticas establecidas polos organismos sanitarios competentes.

- Difusión de información sobre as vías de acceso ao sistema sanitario entre o persoal dos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.
- Difusión de información sobre os recursos e prestacións sociais aos que poden acceder as persoas VIH+ con discapacidade ou problemas socioeconómicos.
- Actualización da formación do persoal sanitario para promover unha atención sanitaria e social de calidade, incluír a perspectiva de xénero e garantir a máxima confidencialidade e o respecto dos dereitos dos pacientes.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.
- Promoción de actividades sociosanitarias, con perspectiva de xénero, desenvolvidas por entidades privadas sen ánimo de lucro, como a atención a domicilio, atención ás persoas coidadoras, atención ás familias das persoas VIH+, grupos de autoapoio, atención psicolóxica das persoas afectadas, etc.
- Convocatoria anual de subvencións para proxectos de saúde pública no campo do VIH que inclúan actividades sociosanitarias.

Indicadores:

- Número de altas hospitalarias por VIH, sífilis secundaria e terciaria, VHB e VHC, cancro producido polo VPH e enfermidade inflamatoria pélvica ao ano.
Fonte: INE, CMBD.
- Número de estadas hospitalarias por VIH, sífilis secundaria e terciaria, VHB e VHC, cancro producido polo VPH e enfermidade inflamatoria pélvica ao ano.
Fonte: INE, CMBD.
- Número de consultas en atención primaria motivadas por sífilis, gonococia, herpes xenital e condilomas acuminados ao ano.
Fonte: CIAP
- Número de consultas en atención primaria motivadas por tricomonas e enfermidade inflamatoria pélvica en mulleres ao ano.
Fonte: CIAP
- Número e porcentaxe de resultados positivos en probas diagnósticas de VIH realizadas no Servizo Galego de Saúde ao ano.
Fonte: Servizo Galego de Saúde
- Número de persoas con tratamento antirretroviral para o VIH proporcionado polo Servizo Galego de Saúde ao ano.
Fonte: Servizo Galego de Saúde.
- Gasto farmacéutico anual en tratamento antirretroviral para o VIH do Servizo Galego de Saúde ao ano.
Fonte: Servizo Galego de Saúde.

- Número de cursos de formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover unha atención sanitaria de calidade ao ano.

Fonte: DXIXSP e FEGAS.

- Número de actividades de formación para persoal dos servizos sociais e ONG en relación coa infección polo VIH e outras ITS ao ano.

Fonte: DXIXSP e FEGAS.

- Número de queixas ou reclamacións recibidas no Servizo Galego de Saúde e na Consellería de Sanidade de persoas VIH+ ou con algunha ITS ao ano.

Fonte: Servizo Galego de Saúde

- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de sanidade para subvencionar proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade con perspectiva de xénero que promovan a proba de VIH e outras ITS, a loita contra o estigma e discriminación das persoas VIH+, as vantaxes dun diagnóstico e tratamento temperáns, e que inclúan actividades sociosanitarias e a participación de pares ao ano.

Fonte: DXIXSP.

INTEGRACIÓN SOCIAL DAS PERSONAS VIH+

Os primeiros casos de sida documentados no mundo apareceron a principios dos anos 80. Daquela, descoñecía-se cal era a causa desta enfermidade ou cales eran as vías de transmisión. Posteriormente, asociouse a sida a persoas que sufrían marxinación social como os HSH, as prostitutas ou as persoas UDI; e o diagnóstico de sida era sinónimo de morte segura a curto prazo. Estes factores engadiron unhas connotacións especiais á infección polo VIH que provocaron o estigma das persoas afectadas e a súa discriminación dentro da sociedade. Aínda que hoxe en día xa se resolveron moitas daquelas incógnitas e os avances no tratamento e no seguimento médico converteron a infección polo VIH nunha infección crónica, o certo é que estas persoas seguen a sufrir situacións de discriminación.

ONUSIDA define o estigma como o proceso dinámico de desvalorización que desacredita de forma significativa a unha persoa ante os ollos dos demais. Discriminación, en cambio, fai referencia a calquera forma de distinción, exclusión ou restrición arbitraria que afecte a unha persoa; normalmente, aínda que non sempre, vese motivada por unha característica propia dunha persoa ou pola súa pertenza a un grupo determinado (no caso da sida, a confirmación ou sospeita do estado serolóxico positivo ao VIH), independentemente de se tales medidas están xustificadas ou non (67).

Aínda que anteriormente se teñen realizado outras actividades de loita contra o estigma e a discriminación destas persoas, ONUSIDA reforza estas actividades e declara o 1 de marzo como o Día mundial da Cero Discriminación. A través desta celebración, búscase un mundo máis xusto no que rematen as desigualdades, a discriminación e a violencia contra as persoas que viven co VIH e contra os grupos máis vulnerables fronte a esta infección. A resposta mundial á epidemia da sida achegounos importantes leccións en materia de valor, dignidade, inclusión e participación. Ensinounos tamén que debemos converter a discriminación e a negación en protección e aceptación para que a sociedade poida chegar ás persoas desatendidas. Deste xeito, estas persoas poderán acceder aos servizos sanitarios e sociais e levar unha vida digna e produtiva, o que contribúe a unha maior seguridade humana e desenvolvemento global (68).

O informe FIPSE “Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH” de 2010 confirma a coexistencia de coñecemento correcto sobre as vías de transmisión do VIH con falsas crenzas sobre a transmisión social do VIH. Esta situación revela a necesidade de mellorar a información sobre esta enfermidade. Un número importante de persoas en España séntense incómodas ante un potencial contacto cunha persoa VIH+ en diferentes situacións da vida cotiá, especialmente no ámbito escolar. Esta actitude de evitación é gravosa en si mesma pero é especialmente grave porque vai acompañada do apoio a políticas de discriminación destas persoas. O VIH é considerado por unha parte da poboación como un castigo a certos comportamentos e responsabiliza ás persoas afectadas de non tomaren as medidas preventivas necesarias o que reforza os estereotipos e o estigma destas persoas (62).

Os novos tratamentos antirretrovirais melloraron moito a esperanza e a calidade de vida destas persoas de xeito que poden e deben integrarse con normalidade no mundo laboral. É moi importante evitar a súa discriminación no traballo xa que este é a principal fonte de ingresos económicos, un medio de socialización fundamental e supón, en moitos casos, a diferenza entre a marxinalidade e unha vida digna. Aínda que no Estado non existe lexislación específica en torno á sida, as persoas afectadas polo VIH teñen os mesmos dereitos e deberes que os demais cidadáns. O delito de discriminación no traballo por razón de enfermidade, incluída a sida ou a infección polo VIH, está tipificado no Código Penal (69). En xuño de 2010, a Conferencia Internacional do Traballo adoptou a Recomendación sobre o VIH e a sida (núm. 200) que foi a primeira norma internacional do traballo dedicada ao tema do VIH e a sida. Nela protéxese contra a discriminación na contratación e nas condicións de emprego e prohíbe o despedido por estado serolóxico positivo (real ou suposto) e informa de que non debería esixirse a proba do VIH con fins de contratación xa que o considera unha forma de discriminación (70).

Na práctica cotiá aínda se dan algunhas situacións de discriminación que se monitorizan a través de indicadores como a existencia de probas serolóxicas antes e despois da contratación, as preguntas sobre o estado serolóxico ou o modo de vida, a falta de confidencialidade sobre o estado serolóxico e o despedido, cambio, restrición ou a denegación do emprego (70). O informe FIPSE “Integración laboral de las personas con VIH” informa que o 24,4% das persoas que viven co VIH entrevistadas sufriran algunha ou moita discriminación, pero é importante puntualizar que o 70% das persoas enquisadas non revelaran a súa seropositividade no traballo. A maioría das accións discriminatorias que sufriron estas persoas foron de rexeitamento (55,6%) ou incluso ser despedidos do seu posto de traballo (44%).

Existen outras formas de discriminación das persoas que conviven co VIH. Unha maneira é obrigarlle a declarar se se padece algunha “enfermidade infecto-contaxiosa” para acceder a determinados lugares como os balnearios ou outros servizos como os visados ou os créditos. O VIH non ten unha transmisión social polo que non se xustifica esta discriminación.

As repercusións deste estigma son, entre outras, o illamento social e a dificultade para emprender un proxecto de vida familiar ou laboral en igualdade de condicións que o resto da poboación. Case un 88% das opinións sobre os motivos polos que a xente non se fai a proba fan referencia ao estigma. O estigma, o optimismo ilusorio e as posibles conexións con estereotipos parecen xogar un papel importante no diagnóstico tardío desta infección. As persoas con máis incomodidade ante o potencial contacto cunha persoa VIH+ son os homes, as persoas de máis de 55 anos e as de baixo nivel de estudos (62).

A loita contra o estigma e a discriminación achega numerosos beneficios para o benestar da persoa afectada e para o control do espallamento do VIH. O medo ao estigma provoca que as persoas VIH+ oculten o seu seroestatus e isto conleva unha serie de consecuencias negativas para a persoa e para as súas parellas sexuais. As persoas VIH+ para ocultar o seu seroestatus limitan as súas relacións in-

terpersoais o que reduce as súas redes de apoio e incrementa o risco de illamento. O rexeitamento social pode diminuír a motivación das persoas VIH+ para asumir un correcto coidado da súa saúde e manter unha adecuada adherencia ao tratamento. O temor ao diagnóstico de VIH favorece o atraso da proba e isto reduce a esperanza e calidade de vida da persoa infectada e fai menos probable que a persoa evite prácticas sexuais de risco. Outro efecto negativo da ocultación da infección é que as persoas VIH+ teman propoñer métodos de prevención da transmisión como o preservativo e que eviten comunicarlle o seu estado serolóxico á súa parella.

Para diminuír ou eliminar o estigma e a discriminación das persoas VIH+ na nosa sociedade as liñas estratéxicas deben contemplar os seguintes aspectos:

- Promoción da normalización da vida das persoas VIH+ en todos os eidos da sociedade loitando contra as situacións de discriminación.
- Mellorar a información na poboación xeral facendo fincapé en desbancar as falsas crenzas sobre esta enfermidade.
- Reforzar as intervencións educativas nas persoas que mostran maiores condutas de evitación dun potencial contacto cunha persoa VIH+.

Obxectivos:

- Normalizar a vida das persoas VIH+ na nosa sociedade.
- Sensibilizar sobre a importancia do respecto dos dereitos das persoas afectadas.
- Capacitar as persoas VIH positivas para que non se produza autoexclusión, fomentando habilidades que axuden a afrontar os efectos dos prexuízos e do estigma.
- Controlar o espallamento da infección polo VIH.

Actividades:

- Difusión de información para eliminar as falsas crenzas sobre a transmisión social do VIH e outras ITS, sensibilizar sobre o dano que produce o estigma e discriminación e promover o respecto dos seus dereitos.
- Apoio e fomento de acción tendentes a normalizar a vida das persoas VIH+.
- Actualización da formación para persoal sociosanitario do Servizo Galego de Saúde e de ONG para promover o respecto dos dereitos destas persoas.
- Colaboración con entidades privadas sen ánimo de lucro en campañas de prevención do VIH e de loita contra o estigma e discriminación.
- Convocatoria anual de subvencións para proxectos de acción anti VIH que inclúan actividades de loita contra o estigma e a discriminación e de evitación da autoexclusión das persoas VIH+.

Indicadores:

- Número de queixas ou reclamacións por discriminación a persoas VIH+ recibidas no Servizo Galego de Saúde e na Consellería de Sanidade ao ano.

Fonte: Servizo Galego de Saúde, Consellería de Sanidade.

- Número de cursos de formación para persoal sociosanitario do Servizo Galego de Saúde e de ONG que promovan o respecto dos dereitos das persoas afectadas e a loita contra o estigma e discriminación ao ano.

Fonte: DXIXSP e FEGAS.

- Número de proxectos e importe financiado pola Consellería de Sanidade que inclúen medidas de loita contra o estigma e a discriminación das persoas VIH+ e a evitación da autoexclusión destas persoas ao ano.

Fonte: DXIXSP.

Investigación e formación

Desde o inicio da epidemia polo VIH e a sida realizáronse a cabo numerosas investigacións en Galicia neste eido. O carácter multidisciplinar da epidemia do VIH/sida fai que se elaborasen traballos de investigación nos diferentes campos que atinxen á infección polo VIH. A maioría das publicacións fixéronse no campo médico, pero tamén no da psicoloxía, das ciencias sociais, etc. Atópanse estudos sobre o diagnóstico e técnicas de microbioloxía e bioloxía molecular, sobre o tratamento e o seguimento evolutivo dos pacientes e as súas complicacións, sobre a epidemia en Galicia e nas diferentes áreas xeográficas que a compoñen, traballos sobre a repercusión psicolóxica e social tanto na saúde individual como a súa importancia na comunidade. Destacan neste eido as investigacións relacionadas coas actitudes e comportamentos dos diferentes sectores da poboación. Nos centros sanitarios canalízase maiormente a investigación biomédica e nas universidades a investigación básica sobre farmacoloxía e as áreas da investigación social.

O sistema sanitario público e as universidades constitúen as institucións que veñen liderando a investigación sobre o VIH e a sida en Galicia.

A investigación sobre outras ITS tamén está cobrando importancia nos últimos anos pola emerxencia que se está a producir con algunha destas infeccións como é o caso da gonococia, a sífilis e o LGV. Outras ITS como a infección polo VPH tamén acadan gran importancia ao dispor dunha vacina eficaz que permite previr unha gran parte das lesións ocasionadas polas variantes con maior capacidade oncoxénica. Outras ITS como é o caso da clamidiase supoñen novos retos ás accións da saúde pública.

O Plan galego anti VIH/sida e outras ITS, establece entre as súas políticas e tarefas o estímulo e apoio da investigación así como recompilar e poñer en valor as investigacións realizadas polos diferentes autores e equipos da nosa Comunidade.

A formación de todas as persoas que traballan no campo do VIH, a sida e outras ITS é tamén unha tarefa na que este plan se quere implicar para mellorar o manexo en sentido amplo destes problemas de saúde e os diferentes aspectos que neles concorren. É destacable a importancia da formación das persoas das entidades sen ánimo de lucro que traballan no campo de VIH/sida xa que engaden un plus no achegamento a sectores da poboación que a miúdo non frecuentan a rede asistencial sanitaria e

social e polo tanto poden quedar excluídos das medidas de prevención, diagnóstico precoz, tratamento e rehabilitación practicados na rede de asistencia pública.

A formación en garantía de dereitos e de loita contra o estigma e discriminación das persoas afectadas dirixida ao persoal dos servizos sanitarios e sociais vai a contribuír a mellorar a calidade dos servizos que se prestan ás persoas afectadas e redonda na prevención e normalización deste problema de saúde.

Obxectivos:

- Aumentar a investigación sobre VIH/sida e outras ITS en Galicia.
- Mellorar a formación sobre VIH/sida e ITS de todos os sectores implicados no control destas infeccións.

Actividades:

- Fomento do financiamento público e privado da investigación e colaborar na obtención de recursos destinados a estes investigadores/as.
- Creación e mantemento dun recurso web que compile a investigación sobre VIH/sida e outras ITS que se realiza en Galicia.
- Organización anual de actividades de formación dirixidas a todos os profesionais que traballan na atención sanitaria e social incluídas as entidades sen ánimo de lucro que traballan neste campo.
- Liña de apoio á presenza e organización galega en foros científicos.
- Establecemento dun premio anual de investigación no campo do VIH e a sida e outras ITS.

Indicadores:

- Número de traballos de investigación no campo do VIH/sida e outras ITS segundo as diferentes áreas de coñecemento realizados en Galicia e/ou por investigadores de centros galegos ao ano.

Fonte: recurso web sobre investigación en VIH/sida e outras ITS/Biblioteca Sergas.

- Número de actividades de formación sobre VIH/sida e outras ITS ao ano.

Fonte: Institucións implicadas.

COORDINACIÓN E LIDERADO DO PLAN

As actividades de loita contra a infección polo VIH e outras ITS desenvólvenas diversas entidades a nivel internacional, nacional, autonómico e local; que traballan en diferentes eidos como o sanitario, social, educativo, xuvenil ou asociativo nos que se atopan equipos de profesionais multidisciplinares. A coordinación dos esforzos de todas as entidades e profesionais involucrados é un labor complexo pero necesario para acadar unha resposta efectiva e eficiente a esta enfermidade.

Nos anos 80 creáronse en Galicia dous organismos que representaban o marco de actuación da loita contra a sida na nosa Comunidade Autónoma. Estes organismos eran a Comisión de seguimento e control da sida e o Plan autonómico para a prevención e control da sida e das infeccións relacionadas co VIH.

En 2004 creouse unha comisión asesora denominada Comisión galega de coordinación e seguimento da actividade fronte ao VIH/sida (DOG núm. 40, do 26 de febreiro) (71) modificado pola Orde do 18 de maio de 2007 (DOG núm. 124, do 28 de xuño de 2007) (72) e que se modificará novamente con motivo da creación deste plan galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual. Esta comisión é un órgano asesor das autoridades sanitarias encargadas de executar tarefas de prevención da infección polo VIH e a sida cuxos obxectivos son deter o espallamento da infección, mitigar os efectos negativos desta enfermidade na sociedade e garantir unha atención sanitaria e social de calidade para todas as persoas afectadas.

As funcións desta Comisión son as seguintes:

- Coñecer a situación epidemiolóxica, sanitaria e social así como as estratexias e actividades para afrontala.
- Propoñer as medidas que se consideren positivas para orientar a política sanitaria e social na loita contra este problema.
- Avaliar as actuacións realizadas e propoñer liñas de mellora para aumentar a efectividade e eficiencia en base aos resultados obtidos.
- Incorporar, actualizar ou redefinir as liñas de actuación do Plan de acción anti VIH/sida en Galicia.

O Plan autonómico para a prevención e control da sida e das infeccións relacionadas co VIH de 1988 tiña como obxectivo ordenar, coordinar e promover todas as accións relacionadas coa prevención e control das infeccións producidas polo VIH. Este plan actualizouse a través do Plan de acción anti VIH/sida en Galicia 2003-2006 que supuxo unha ferramenta útil na toma de decisións para responder dunha maneira coordinada e multidisciplinar ao problema do VIH. Este plan tamén se actualizou en 2014 a través do presente Plan galego anti VIH/sida e outras ITS no que se definen as liñas estratéxicas preventivas e asistenciais que se desenvolverán en Galicia nos vindeiros anos.

O novo plan incorpora, entre outras novidades, as estratexias preventivas das demais ITS. Esta incorporación prodúcese pola crecente evidencia científica dos beneficios que achega a vinculación dos programas de VIH e ITS (73). Isto implica que será preciso modificar e ampliar a Comisión galega de coordinación e seguimento da actividade fronte ao VIH/sida, de xeito que se inclúan os obxectivos, funcións e os sectores implicados na loita contra as demais ITS.

Este plan pretende integrar a todas as partes interesadas para promover a súa participación no liderado da loita contra o VIH e as demais ITS en Galicia. Deste xeito procúrase ter en conta todos os puntos de vista das partes implicadas e aproveitar os seus coñecementos e experiencias para ofrecer unha resposta integral (biopsicosocial) e integrada (todos os servizos) ás persoas afectadas por estas infeccións dun xeito efectivo e eficiente.

As liñas estratéxicas definidas no novo plan establecéronse en función das recomendacións internacionais, da realidade epidemiolóxica actual galega e da experiencia acadada dos anteriores plans anti

VIH/sida. Os organismos internacionais consultados foron, entre outros, ONUSIDA, a OMS-OPS, a Comisión Europea, o ECDC, a UNWOMEN, a UNODC ou a OIT. Na Conferencia internacional sobre a sida de 2012 titulada “Adecuarse ao obxectivo: loitar para unha coordinación máis eficaz da resposta á sida a nivel nacional” establecéronse uns principios clave para que a coordinación da resposta ao VIH/sida fose máis eficaz. Estes principios centráronse na necesidade de que os gobernos lideren a resposta fronte ao VIH/sida nun contexto de responsabilidade compartida e de solidariedade global, a inclusión das partes interesadas, o aprendizaxe transversal con outros sectores e o desenvolvemento de programas para o VIH/sida baseados nas prioridades nacionais e na experiencia local sobre as actividades que funcionan para acadar a máxima efectividade (74).

Este plan coordínase cos plans das demais CCAA no marco do “Plan estratéxico de prevención e control da infección polo VIH e outras ITS 2013-2016” (MSSSI) a través de diversas actividades como a colaboración na vixilancia epidemiolóxica do VIH e outras ITS en España a través do Instituto de Salud Carlos III.

A infección polo VIH e outras ITS afecta a moitos sectores da nosa sociedade, por iso é frecuente que o novo plan se interrelacione con outras entidades que non se dedican exclusivamente ao VIH como o IGE, as IIPP, o Plan Galego de drogas, os servizos sociais da Administración autonómica e local, os Centros Quérote+ da Dirección xeral de xuventude e voluntariado ou o Servizo Central de Prevención de Riscos Laborais da Consellería de Sanidade entre outros.

As actividades de prevención, asistencia e control do VIH e outras ITS desenvólvenas distintos axentes como a Administración pública, as sociedades científicas como a Sociedade Galega Interdisciplinaria da Sida (SOGAISIDA) ou numerosas ONG afincadas na nosa Comunidade. A infección polo VIH tivo e segue a ter unha forte repercusión social o que orixinou unha reacción cidadá de apoio a estas persoas. Dentro deste movemento cidadán inclúense especialmente os comités cidadáns anti VIH/sida nos que colaboran persoas afectadas polo VIH e outras persoas sensibilizadas con este problema. O seu labor complementa a actividade da Administración ao mesmo tempo que achega ás persoas VIH+ con risco de exclusión social aos servizos sociais e sanitarios públicos. A actividade das ONG é moi importante porque proporcionan servizos complementarios, e defenden os dereitos das persoas VIH+ e a súa integración na sociedade. A Administración fomenta a súa actividade a través do financiamento de proxectos de prevención da infección e a atención das persoas afectadas.

Obxectivos:

- Coordinar as actividades das entidades involucradas na prevención e control da infección polo VIH e as demais ITS de Galicia.
- Mellorar a eficacia e a eficiencia da loita contra o VIH e outras ITS.

Actividades:

- Actualización da Comisión galega de coordinación e seguimento da actividade fronte ao VIH/sida.
- Avaliación e actualización do Plan galego anti VIH/sida e outras ITS.

09 | RESUMO

Á vista dos resultados do anterior Plan antiVIH-sida e da actual situación das ITS en Galicia, a prevención deste novo plan artéllase en cinco grandes eixos:

1 Prevención primaria:

- Aumentar e mellorar a información sobre as vías de transmisión e as medidas de prevención da infección polo VIH e outras ITS, tanto na poboación xeral como nos colectivos máis vulnerables.
- Fomentar as prácticas sexuais seguras nos diferentes grupos de poboación e a redución de riscos.
- Mellorar a comunicación, especialmente na mocidade, e incorporar novas ferramentas como as tecnoloxías da información e comunicación (TIC).

2 Diagnóstico precoz:

- Promover a identificación de prácticas de risco e de signos e síntomas da infección polo VIH e outras ITS.
- Aumentar a realización da proba do VIH desde os centros de atención primaria e potenciar novas ferramentas como as probas rápidas de VIH en fluído oral en persoas con dificultades de acceso ao sistema sanitario.
- Promover a realización periódica da proba do VIH e outras ITS en determinados grupos.
- Estudar os contactos sexuais das persoas con diagnóstico de infección polo VIH ou outra ITS.

3 Garantir a asistencia sanitaria e o tratamento das persoas con infección polo VIH e outras ITS en Galicia:

- Promover a posta en marcha de medidas que garantan o acceso ao sistema sanitario e identificar e eliminar os obstáculos que impidan ou dificulten o acceso.

4 Reducir o estigma e a discriminación das persoas afectadas polo VIH:

- Eliminar os obstáculos que impidan ou dificulten o respecto dos seus dereitos.
- Atender a opinión e as demandas das persoas afectadas.
- Loitar contra o estigma e a discriminación destas persoas en calquera eido.

5 Promover o acceso aos servizos e prestacións sociais:

- Achegar os servizos sociais e facilitar o acceso ás prestacións sociais ás persoas afectadas con mala situación socioeconómica.

Esta estratexia plásmase na concreción dos seguintes obxectivos xerais e específicos.

OBXECTIVOS XERAIS

1. Previr e controlar a extensión da infección polo VIH/sida e outras ITS.
2. Garantir a universalidade da atención sanitaria para as persoas con infección polo VIH/sida e outras ITS.
3. Eliminar o estigma e discriminación das persoas afectadas.
4. Minimizar o impacto da infección polo VIH/sida e outras ITS.
5. Mellorar a esperanza e calidade de vida das persoas afectadas polo VIH e outras ITS.

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Diminuír a incidencia anual de novos diagnósticos de VIH+ por debaixo de 50 casos/10⁶ hab.
- Manter a incidencia anual da sida por debaixo de 20 casos/10⁶ hab.
- Reducir o diagnóstico tardío e mantelo por debaixo do 35% dos novos diagnósticos de infección polo VIH.
- Diminuír a mortalidade anual pola sida, non superando as 2 defuncións/10⁵ hab.
- Manter os anos potenciais de vida perdidos (APVP) por VIH/sida por debaixo de 1.000 ao ano.
- Mudar a tendencia crecente da sífilis de forma que a incidencia anual non supere os 5 casos/10⁵ hab.
- Eliminar a sífilis conxénita, de tal xeito que non se dea ningún caso en fillos/as de mulleres que leven residindo en Galicia, como mínimo, dende os nove meses anteriores ao parto.
- Manter a incidencia anual da gonococia por debaixo dos 7 casos/10⁵ hab.
- Lograr que en máis do 50% dos casos de gonococia se realicen estudos de resistencias.
- Incorporar ao Sistema de Vixilancia Epidemiolóxica as actividades que permitan dotarnos da información necesaria para caracterizar as infeccións producidas polo virus da Hepatite C e *Chlamydia Trachomatis*, diferenciando a clamidiase do LGV.
- Incorporar á práctica clínica diaria o estudo de contactos das persoas diagnosticadas de VIH e outras ITS.

INDICADORES

- Incidencia anual de diagnósticos VIH+ (casos/10⁶ hab.).
- Incidencia anual de sida (casos/10⁶ hab.).
- Porcentaxe anual de novos diagnósticos de infección polo VIH con diagnóstico tardío.
- Número de defuncións por VIH/sida por cada 10⁵ hab.
- Número de APVP por VIH/sida.
- Incidencia anual de sífilis (casos/10⁵ hab.).
- Incidencia anual de sífilis conxénita (casos/10⁵ hab.) en fillos/as de mulleres que leven residindo en Galicia polo menos 9 meses antes do parto.
- Incidencia anual de gonococia (casos/10⁵ hab.).
- Porcentaxe dos casos de gonococia con estudos de resistencias por ano.
- ITS incorporadas ao Sistema de vixilancia epidemiolóxica de Galicia.
- Dispor dunha guía de recomendacións para o estudo de contactos en casos de infección polo VIH e ITS.

Fonte: DXIXSP.

ACTIVIDADES:

As actividades deseñadas para alcanzar os obxectivos definidos neste plan desenvólvense por medio da posta en marcha de 7 programas:

Sistemas de información e vixilancia epidemiolóxica:

- Rexistro de novas infeccións polo VIH no Sistema de Información Galego sobre a Infección polo VIH e dos novos casos de sida no Rexistro Galego da Sida. Análise e publicación anual dos datos.
- Envío dos datos de novas infeccións polo VIH e de sida aos sistemas de rexistro estatais da Secretaría do Plan Nacional sobre a Sida.
- Avaliación da calidade do Sistema de Información Galego sobre a Infección polo VIH e do Rexistro Galego sobre a Sida.
- Mantemento do estudo sobre subtipos de VIH circulantes en Galicia e de cepas resistentes ao TAR que se está elaborando en colaboración co Centro Nacional de Microbioloxía do Instituto de Salud Carlos III e difusión dos resultados na web da Consellería de Sanidade.
- Estudos da situación da infección polo VIH en poboacións sentinela, sinaladamente en persoas doadoras de sangue, usuarias das Unidades de Atención ás Drogodependencias, internas en prisión e que acceden a facer a proba rápida do VIH en contorna comunitaria.
- Modificación do Sistema Xeral de Notificación Obrigatoria de Enfermidades de Galicia para aumentar e mellorar a información sobre ITS en Galicia.
- Desenvolvemento do protocolo de vixilancia das resistencias antimicrobianas do gonococo.
- Seguimento das gonococias para detectar fallos terapéuticos.
- Realización dunha enquisa sobre prácticas sexuais de risco, actitudes e uso de medidas preventivas no referente ao VIH e ás outras ITS, antes do terceiro ano de vixencia do plan.
- Fomento de estudos sobre o nivel de coñecemento e análise das actitudes e comportamentos relacionados coa infección polo VIH e outras ITS, na poboación galega e/ou en grupos vulnerables.

PREVENCIÓN:

Contéplanse actividades nos seguintes grupos: persoas vivindo co VIH/sida, homes que teñen sexo con homes, persoas usuarias de drogas inxectadas, persoas inmigrantes e minorías étnicas, persoas que exercen a prostitución, persoas internas en institucións penitenciarias, mocidade, mulleres e transmisión vertical, persoal sanitario e poboación xeral.

Estas actividades son:

- Difusión do protocolo de acceso ao sistema sanitario galego das persoas en situación de marxinación social ou irregular que sospeiten ou sexan diagnosticadas de infección polo VIH ou outra ITS.
- Colaboración con ONG para favorecer o acceso ao sistema sanitario e social galego das persoas con infección polo VIH ou outra ITS en situación de marxinación social ou irregular apoiando especialmente as actividades realizadas por pares.
- Fomento do estudo de contactos nas persoas diagnosticadas de infección polo VIH e outras ITS.
- Actualización da formación do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS, o estudo de contactos e o respecto dos dereitos destas persoas.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.
- Promoción nos centros educativos de intervencións en educación afectivo-sexual, na prevención do VIH e outras ITS e do uso recreativo das drogas.
- Actualización da formación, capacitación e información do persoal sanitario en materia de prevención de accidentes biolóxicos.
- Difusión de información sobre VIH e outras ITS adaptada aos grupos poboacionais aos que vai dirixida, a través do persoal sanitario, ONG, redes sociais, locais e lugares de encontro, etc.
- Difusión de información sobre as prácticas de sexo seguro e inxección hixiénica ás persoas VIH+ ou con ITS e ás súas parellas e intensificar o consello nas persoas que manteñen prácticas de risco.
- Difusión de información dirixida á mocidade sobre a infección polo VIH e outras ITS incluíndo a dirixida a diminuír a estigmatización, a marxinación e a insolidariedade coas persoas con infección polo VIH e facendo especial uso das TIC para difundir mensaxes preventivas.
- Difusión de información dirixida aos pais e nais sobre educación afectivo-sexual e prevención da infección polo VIH e outras ITS.

- Promoción da incorporación de información veraz e/ou enlaces a webs de recoñecido prestixio sobre VIH e outras ITS nas páxinas web e app empregadas en Galicia para establecer contactos entre HSH así como noutros foros de comunicación empregados por eles.
- Promoción de actividades preventivas que aborden a negociación do uso do preservativo, a adecuación do inicio das relacións sexuais á madurez da persoa, e que favorezan a modificación de actitudes e roles de xénero que condicionan estes comportamentos de risco e favorecen a violencia machista.
- Achegamento de material preventivo para persoas VIH+ sobre o VIH e outras ITS a través do persoal sanitario ou de ONG que desenvolven proxectos dirixidos a estas persoas.
- Achegamento e recollida de kits de inxección hixiénica.
- Distribución de preservativos co gallo de accións de promoción da práctica do sexo seguro.
- Dar prioridade aos proxectos de prevención do VIH/sida e outras ITS, con perspectiva de xénero, actividades socio-sanitarias e a participación de pares, nas convocatorias de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade.
- Información e recomendación, segundo o colectivo, da realización periódica da proba do VIH e outras ITS nos centros sanitarios e UAD e as probas rápidas a través de entidades colaboradoras.
- Seguimento médico específico en mulleres xestantes VIH+ ou con outras ITS.
- Oferta de vacinación segundo os protocolos.
- Acceso á profilaxe post-exposición fronte ao VIH segundo o protocolo.
- Recomendación de medidas de planificación familiar que recomenden a protección dual en parellas serodiscordantes e o consello preconcepcional.
- Programas de abandono do consumo de drogas inxectadas e de redución do dano nas unidades de atención ao dependente.
- Fomento dos estudos sobre os coñecementos e actitudes fronte ao VIH e outras ITS, hábitos sexuais e situación das PEP de Galicia.
- Colaboración entre a Secretaría de Institucións Penitenciarias e a Consellería de Sanidade para promover e protexer a saúde e previr a enfermidade.
- Potenciación do traballo das Unidades de prevención de riscos laborais para promover a vacinación do VHB, identificar os factores de risco e as condicións de traballo que determinan os accidentes con risco biolóxico.
- Xestión adecuada dos residuos biolóxicos.

Diagnóstico precoz:

- Posta en funcionamento da Guía de recomendacións para o diagnóstico precoz do VIH no ámbito sanitario dentro do sistema sanitario galego e complementala co proxecto de probas rápidas de cribado no ámbito comunitario.
- Posta en funcionamento das recomendacións de cribado de ITS entre os profesionais sanitarios galegos.
- Actualización da formación para persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde para promover a detección de condutas de risco, a realización da proba do VIH e outras ITS, o estudo de contactos e o respecto dos dereitos destas persoas.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.
- Colaboración con entidades privadas sen ánimo de lucro en campañas de prevención e de loita contra o estigma e discriminación.
- Na convocatoria de subvencións a proxectos de saúde pública da Consellería de Sanidade, dar prioridade aos proxectos anti VIH/sida que promovan a proba de VIH e doutras ITS, a percepción de risco nas prácticas sexuais desprotexidas, as vantaxes dun diagnóstico e tratamento temperáns e que inclúan actividades sociosanitarias e a participación de pares.

Atención sanitaria e social:

- Difusión de información sobre as vías de acceso ao sistema sanitario entre o persoal dos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.
- Os tratamentos fronte ao VIH, VHC e demais ITS seguirán os consensos nacionais e internacionais e as estratexias terapéuticas establecidas polos organismos sanitarios competentes.
- Difusión de información sobre os recursos e prestacións sociais aos que poden acceder as persoas VIH+ con discapacidade ou problemas socioeconómicos.
- Actualización da formación do persoal sanitario para promover unha atención sanitaria e social de calidade, incluír a perspectiva de xénero e garantir a máxima confidencialidade e o respecto dos dereitos dos pacientes.
- Fomento da formación do persoal dos servizos sociais e ONG adaptada ás súas competencias.
- Promoción de actividades sociosanitarias, con perspectiva de xénero, desenvolvidas por entidades privadas sen ánimo de lucro, como a atención a domicilio, atención ás persoas coidadoras, atención ás familias das persoas VIH+, grupos de autoapoio, atención psicolóxica das persoas afectadas, etc.

- Convocatoria anual de subvencións para proxectos de saúde pública no campo do VIH que inclúan actividades sociosanitarias.

Integración social das persoas VIH+:

- Difusión de información para eliminar as falsas crenzas sobre a transmisión social do VIH e outras ITS, sensibilizar sobre o dano que produce o estigma e discriminación e promover o respecto dos seus dereitos.
- Apoio e fomento de accións tendentes a normalizar a vida das persoas VIH+.
- Actualización da formación para persoal sociosanitario do Servizo Galego de Saúde e de ONG para promover o respecto dos dereitos destas persoas.
- Colaboración con entidades privadas sen ánimo de lucro en campañas de prevención do VIH e de loita contra o estigma e discriminación.
- Convocatoria anual de subvencións para proxectos de acción antiVIH que inclúan actividades de loita contra o estigma e a discriminación e de evitación da autoexclusión das persoas VIH+.

Investigación e Formación:

- Fomento do financiamento público e privado da investigación e colaborar na obtención de recursos destinados a estes investigadores/as.
- Creación e mantemento dun recurso web que compile a investigación sobre VIH/sida e outras ITS que se realiza en Galicia.
- Organización anual de actividades de formación dirixidas a todos os profesionais que traballan na atención sanitaria e social incluídas as entidades sen ánimo de lucro que traballan neste campo.
- Liña de apoio á presenza e organización galega en foros científicos.
- Establecemento dun premio anual de investigación no campo do VIH e a sida e outras ITS.

Coordinación e liderado do plan:

- Actualización da Comisión galega de coordinación e seguimento da actividade fronte ao VIH/sida.
- Avaliación e actualización do Plan galego antiVIH/sida e outras ITS.

10 | BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA. Informe mundial ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013 [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf
2. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Informe VIH-sida en Galicia 2014 [Internet]. Santiago de Compostela; 2014 p. 82. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=61154
3. ONUSIDA. The gap report [Internet]. 2014 p. 422. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
4. European Centre for Disease, (ECDC) P and C. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012 [Internet]. 2012. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-2012-20131127.pdf>
5. Centro nacional de epidemiología. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro nacional de casos de sida. Actualización a 30 de junio de 2010. [Internet]. Madrid; 2010. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Registro_sida_junio2010.pdf
6. Plan Nacional sobre el Sida-S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología; Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII. Vigilancia epidemiológica del vih/sida en España [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Informe_VIH_sida_Junio_2013.pdf
7. Ministerio de Sanidad Política social e Igualdad. Plan Estratégico de prevención y control de la infección por el VIH, y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Madrid; 2014.
8. Grupo de Estudio de la Hepatitis B (GEsHeB). Orientaciones para un mejor manejo de la Hepatitis B en España. Recomendaciones del Grupo de Estudio de la Hepatitis B (GEsHeB). 2009.
9. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-series-temporales.shtml>.
10. Sen P, Barton SE. Genital herpes and its management. BMJ [Internet]. 2007 May 19 [cited 2014 Oct 23];334(7602):1048–52. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1871807&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
11. Bernstein DI, Bellamy AR, Hook EW, Levin MJ, Wald A, Ewell MG, et al. Epidemiology, clinical presentation, and antibody response to primary infection with herpes simplex virus type 1 and type 2 in young women. Clin Infect Dis [Internet]. 2013 Feb [cited 2014 Oct 19];56(3):344–51. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3540038&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

12. Malkin J, Médical C, Institut D, Hsv E, Genital P, Primary I, et al. Epidemiology of Genital Herpes Simplex Virus Infection in. 2004;
13. R G Pebody, N Andrews, D Brown et al. The seroepidemiology of herpes simplex virus type 1 and 2 in Europe. *Sex Transm Infect.* 2004;80:185–91.
14. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-sistema-informacion-microbiologica/informes-generales.shtml>.
15. Rachel L. W and LAK. Genital Human Papilomavirus Infection. Sexually Transmitted Diseases. McGraw-Hil. 2008.
16. Muñoz N. et al. HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine.* 2006;24(Suppl 3:S3):1–10.
17. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Serrano B, Brotons M, Cosano R, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S CXIIC on H and C (HPV IC. Human Papillomavirus and Related Diseases in Europe. Summary Report 2014-04-08. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.hpvcentre.net/>
18. Al. C et. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the CLEOPATRE study. *J Med Virol.* 2012;84:947–56.
19. Franceschi S, Castellsague X, Maso LD, Smith JS, Plummer M, Ngelangel C, et al. Prevalence and determinants of human papillomavirus genital infection in men. 2002;(November 2001):705–11.
20. Castellsagué X, Cohet C, Puig-Tintoré LM, Acebes LO, Salinas J, San Martin M, et al. Epidemiology and cost of treatment of genital warts in Spain. *Eur J Public Health [Internet].* 2009 Jan [cited 2014 Oct 23];19(1):106–10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19112075>
21. ECDC. Annual epidemiological report Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013 [Internet]. Stockholm; 2013. Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2013.pdf>
22. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-sistema-informacion-microbiologica/informes-generales.shtml>.
23. Consellería de Sanidade. Plan de acción anti VIH/sida en Galicia 2003-2006. 2003; Available from: <http://www.sergas.es/cas/documentacionTecnica/docs/SaudePublica/sida/PDF10-171.pdf>
24. Berrocal G. Orientándonos en derechos [Internet]. 2011 p. 46. Available from: <http://www.creacionpositiva.net/uploaded/Orientandonos en Derechos.pdf>
25. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS [Internet].* 2006 Jun 26;20(10):1447–50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16791020>
26. Moreno S. Infección por VIH: Consejos. 2.a ed. 2010.
27. Centro nacional de epidemiología. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2010. [Internet]. 2012 p. 1–25. Disponible en:

- https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPI_ITS_2005_2010.pdf
28. OMS, UNAIDS, GIZ, MSMGF U. Nuevos métodos de salud pública se dirigen a disminuir la propagación de la infección por el VIH y salvar vidas de hombres que tienen relaciones homosexuales y de transexuales. [Internet]. 2011 p. 2. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/hiv_20110621/es/
 29. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Situación epidemiológica de la infección por VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres [Internet]. Madrid; 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/SituacionEpidemiologicaVIHSH.pdf>
 30. Sanidad MDE, Igualdad SSE. europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS) Resultados en España [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf>
 31. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.altea.es/data/pdf/bienestar-social/drogodependencias/EL-PROBLEMA-DE-LA-DROGODEPENDENCIA-EN-EUROPA.pdf>
 32. Lorenzo Sánchez Pardo. Guía informativa: drogas e xénero. 2009.
 33. Grupo EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH/ITS, 2000-2009 [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPIVIH2000_2009.pdf
 34. Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V. [Trends in HIV prevalence and associated risk behaviors in female sex workers in Catalonia (Spain)]. Gac Sanit [Internet]. SESPAS; 2014 [cited 2014 Oct 1];28(3):196–202. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393261>
 35. Global Network of Sex Work projects. Hacer Trabajo Sexual Seguro [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/MSWSSpanish.pdf>
 36. Vall-Mayans M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E, et al. Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. Int J Infect Dis [Internet]. 2007 Mar [cited 2014 Oct 9];11(2):115–22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16807034>
 37. EuroVIH. HIV / AIDS Surveillance in Europe [Internet]. 2007. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/hiv/Documents/report_eurohiv_midyear_2006.pdf
 38. UNODC, ILO U. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/hivaids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leaflet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf

39. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Informe General de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias 2012 [Internet]. Ministerio del Interior; 2013. Disponible en:
http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2012_acc_Web.pdf
40. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. El sistema penitenciario español [Internet]. Madrid; 2010. Disponible en:
http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/El_sistema_penitenciario_espanol.pdf
41. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Casos de sida y prevalencia del VIH en instituciones penitenciarias 2011 [Internet]. 2011 p. 12. Disponible en:
http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/SIDA_y_Prevalencia_VIH_en_IIPP_2011.pdf
42. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Casos de sida y prevalencia del VIH en Instituciones Penitenciarias 2009 [Internet]. 2011. Disponible en:
http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Informe_SIDA_y_Prevalencia_VIH_en_IIPP_2009.pdf
43. Ministerio de Sanidad P social e IC de investigaciones sociológicas. Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009) [Internet]. 2009. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf
44. Ministerio de Sanidad SS e I. El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002-2006-2010 [Internet]. 2013. Disponible en:
[file:///F:/Informacion Saude/Enfermedades Transmisibles/VIH-SIDA/PLAN VIH ITS/Informaci%C3%B3n de apoio/MOCIDADE/Encuesta_HBSC_2002_2006_2010.pdf](file:///F:/Informacion%20Saude/Enfermedades%20Transmisibles/VIH-SIDA/PLAN%20VIH%20ITS/Informaci%C3%B3n%20de%20apoio/MOCIDADE/Encuesta_HBSC_2002_2006_2010.pdf)
45. Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública da Consellería de Sanidade. O comportamento sexual da poboación galega de 16 a 49 anos. SICRI. 2009.
46. ONUSIDA. Intervenciones relacionadas con el VIH para jóvenes [Internet]. 2008. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_iatt_infonotes_2008_61_es.pdf?ua=1
47. Centro nacional de condiciones del trabajo. Riesgo biológico: prevención de accidentes por lesión cutánea [Internet]. 2008. Disponible en:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/786a820/812_web.pdf
48. CDC. Workbook for Designing , Implementing , and Evaluating a Sharps Injury Prevention Program WELCOME ! [Internet]. 2008. Disponible en:
http://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf
49. Centro nacional de condiciones del trabajo. NTP 700: Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios [Internet]. 2003. Disponible en:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_700.pdf

50. Consellería de Sanidade. Orde do 15 de setembro de 2008 pola que se establecen e implantan os procedementos de seguridade e o sistema de vixilancia fronte ao accidente con risco biolóxico no ámbito das institucións sanitarias do Servizo Galego de Saúde [Internet]. España; 2008. Dispoñible en: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2008/20080930/Anuncio3DC2A_gl.pdf
51. Centro nacional de condiciones del trabajo. NTP 572 : Exposición a agentes biológicos . La gestión de equipos de protección individual en centros sanitarios [Internet]. 2000. Dispoñible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/501a600/ntp_572.pdf
52. Aguirrebengoa K, Vives N, Menoyo C. Recomendaciones de la SPNS / GESIDA / AEP / CEEISCAT / SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH , VHB y VHC en adultos y niños (Enero 2008) [Internet]. 2008. Dispoñible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf
53. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Instituto de Salud Carlos III M de ciencia e innovación. Guía de actuación ante exposición ocupacional a agentes biológicos de transmisión sanguínea [Internet]. 2012. Dispoñible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=29/05/2012-d0f0d27170>
54. Kuhar DT, Henderson DK, Struble K a, Heneine W, Thomas V, Cheever LW, et al. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency virus and recommendations for postexposure prophylaxis. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2013 Sep [cited 2014 Sep 17];34(9):875–92. Dispoñible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23917901>
55. Fernandez P, Gutiérrez F, de Juanes J. R. et all. Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otros virus transmisibles por sangre, virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC) [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 1998. Dispoñible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recomendaciones.htm>
56. Suárez M., Belza M. J. de la FL. Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003. Informe general [Internet]. 2006 p. 42–123. Dispoñible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?param1=PYSDetalleGratis&c=INEPublicacion_C&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259931856701&L=0
57. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. [Internet]. Madrid; 2011. Dispoñible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
58. LeFevre ML. Screening for hepatitis B virus infection in nonpregnant adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2014 Oct 31];161(1):58–66. Dispoñible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24863637>
59. Ministerio de Sanidad SS e I. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario [Internet]. Madrid; 2014 p. 1–37. Dispoñible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf

60. ECDC. TECHNICAL REPORT HIV testing : Increasing uptake and effectiveness in the European Union [Internet]. Stockholm; 2010. Disponible en:
http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_TER_HIV_testing_evidence.pdf
61. OMS. The European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015 [Internet]. Copenhagen; 2011. Disponible en:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf?ua=1
62. Fuster M. J., Molero F., Gil L., Vitoria A., Agirrezabal A. KA. Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH. Fundación. Madrid; 2010.
63. Consellería de Sanidade. RESOLUCIÓN do 21 de setembro de 2012, da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade, pola que se acorda a publicación da Instrución do 21 de setembro de 2012 de creación do Programa galego de protección social da saúde pública. [Internet]. DOG; 2012. Disponible en:
http://www.xunta.es/dog/Publicados/2012/20121009/AnuncioC3K1-031012-0001_gl.html
64. Consellería de Sanidade. RESOLUCIÓN do 31 agosto de 2012, da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade, pola que se acorda a publicación da Instrución do 31 de agosto de 2012 sobre a prestación de asistencia sanitaria en Galicia ás persoas que non teñen a condición de a [Internet]. Galicia. España: DOG; 2012. Disponible en:
http://www.xunta.es/dog/Publicados/2012/20120913/AnuncioC3K1-110912-0001_gl.html
65. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia [Internet]. Barcelona; 2007. Disponible en:
<http://www.semfyc.es/componentes/ficheros/descarga.php?NDA1NQ%3D%3D>.
66. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA / Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2014) [Internet]. 2014 p. 1–117. Disponible en:
<http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2014/gesida-guiasclinicas-2014-tar.pdf>
67. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA [Internet]. 2011. Disponible en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf
68. Sidibé M. En vísperas del Día de la Cero Discriminación , ONUSIDA insta a la protección de los derechos humanos y sanitarios de las poblaciones vulnerables [Internet]. 2014. Disponible en:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pressstatement/2014/02/20140228_PS_ZeroDiscrimination_es.pdf
69. Agirrezabal A., Fuster M. J. VJ. Integración laboral de las personas con VIH de las personas con VIH [Internet]. Fundación. Madrid; 2009. Disponible en:
<http://www.fipse.es/mixto/biblioteca/00000096/00000191/827/20090511172453.pdf>
70. Conferencia Internacional del Trabajo 100.a reunión 2011. La igualdad en el trabajo : un objetivo que sigue pendiente de cumplirse [Internet]. Ginebra; 2011. Disponible en:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_154780.pdf

71. Consellería de Sanidade. Orde do 4 de febreiro de 2004 pola que se crea a Comisión galega de coordinación e seguimento da actividade fronte ao VIH/sida [Internet]. Galicia. España; 2004. Dispoñible en: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2004/20040226/Anuncio4E92_gl.pdf
72. Consellería de Sanidade. Orde do 18 de maio de 2007 pola que se modifica o artigo 2 da Orde do 4 de febreiro de 2004, pola que se crea a Comisión Galega de Coordinación e Seguimento da Actividade fronte á Infección por VIH/SIDA [Internet]. Galicia. España; 2007. Dispoñible en: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2007/20070628/Anuncio226DA_gl.pdf
73. ECDC. A comprehensive approach to HIV / STI prevention in the context of sexual health in the EU / EEA [Internet]. Stockholm; 2013. Dispoñible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HVI-STI-prevention-comprehensive-approach-in-the-context-of-sexual-health-EU-EEA.pdf>
74. ONUSIDA. AIDS 2012 debatió una coordinación de la respuesta al sida más eficaz a nivel nacional [Internet]. 2012. Dispoñible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2012/july/20120722aidscoordinacion/>

galicia



Consellería
de Sanidade

Innovación e Xestión
da Saúde Pública

Plan

05

C