

plan **sobre** SIDA: para asturias

PROCESO DE **REFLEXIÓN Y DEBATE** CON LA SOCIEDAD



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

Plan sobre SIDA para Asturias **Proceso de Reflexión y Debate. Grupos de Trabajo**

Promueve: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Edita: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Distribuye: Servicio de Promoción y Programas de Salud. Dirección General de Salud Pública

Catalogación y Archivo Editorial: Servicio de Publicaciones. Consejería de la Presidencia

Maquetación: Rosa M^a Carretero de Lama

Diseño Portada: CORTE Comunicación Social

Fotografía: MUEL, Fotógrafo

Coordinación del Documento: Rafael Cofiño Fernández

Programa Regional de Prevención y Control de VIH-SIDA: Marián Uría Urraza
Julio Bruno Bárcena
Rafael Cofiño Fernández

Agradecimientos:

Este primer documento del Plan sobre SIDA es el fruto del trabajo y el esfuerzo de muchas personas relacionadas directa o indirectamente con el ámbito del VIH-SIDA. Gracias a ellas y a su trabajo y esfuerzo cotidiano ha sido posible este resultado final.

Especial importancia han tenido en la elaboración del documento los participantes en los grupos de trabajo y los coordinadores y coordinadoras de los mismos.

Colaboraciones:

Esther Arbesú Fernández, Carlos Bande Fernández, Rosa Carretero de Lama, Beatriz Eyaralar Riera, Isabel Fernández Allende, Silvia Fernández Rodríguez, Flor García Álvarez, Ana García Fernández, José Antonio García Vázquez, Natalia Méndez Menéndez, M^a Luisa Monjardín Delgado, Carmen Mosquera Tenreiro, Carmen Natal Ramos, Matutina Ordóñez García, Ana Robla Rodríguez, Renato Rúa Fernández.

*Quisiera haber estado en los lugares donde tú
estuviste, en todos los lugares donde hay acaso aún
o sobrevive un fragmento de ti o de tu mirada.*

José Angel Valente

A la memoria de Virgilio Palacio López[†]

Plan sobre SIDA para Asturias

**Proceso de Reflexión y Debate
Grupos de Trabajo**

marzo de 2001- abril de 2002

Presentación:

Elaborar un Plan sobre VIH-SIDA es tratar de conjurar los designios de un mal incierto e indeterminado de nuestro tiempo, un tiempo de certidumbres y de determinaciones.

Este documento reúne las observaciones, los puntos de vista y las propuestas de gran parte de los que trabajan y conviven en Asturias con personas afectadas por la infección VIH y el SIDA. Su principal valor reside en su ambición de convertirse en el sustento para la elaboración de un Plan. Esta es la razón de que se hayan reunido en este documento tanta acumulación de materiales.

Un Plan como el que se pretende elaborar necesitaba partir de un conocimiento cabal de la realidad, identificar con claridad los problemas y abordar la complejidad del fenómeno del SIDA desde una multiplicidad de sectores y creemos que este documento recoge suficientemente estos problemas y propuestas para señalarnos los objetivos, el curso de actuaciones y los indicadores que tendremos que utilizar para formular ese Plan.

Hemos preguntado en todos los ámbitos interesados, preocupados o simplemente ocupados en este problema de salud para poder generar un compromiso de participación y de motivación que permita materializar actuaciones compartidas, coherentes y diversas en los planos de la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento de los afectados.

Si a partir de estas aportaciones conseguimos extraer esos criterios de actuación, ordenamos los servicios hacia los usuarios, generamos mayor equidad y logramos frenar la transmisión habrá merecido la pena el esfuerzo y habremos diseñado el futuro. A la dedicación de cuantos han participado en este trabajo le deberemos el éxito: en definitiva al trabajo colectivo que representa este documento.

Ese éxito, como tantas veces nos enseña nuestro trabajo con las enfermedades crónicas se deberá a la capacidad de motivar a los trabajadores sanitarios para "adelantarse" a la infección o para "adelantarse" a las consecuencias más nefastas de esta enfermedad y también a la información que pongamos a disposición de la sociedad para que los ciudadanos puedan evitar la infección y "adelantarse" al daño. Porque en definitiva elaborar un Plan es anticipación y trabajar con VIH-SIDA debe ser también anticipación.

Si, por el contrario somos incapaces de trazar el curso de la acción para el futuro, el fracaso será de quienes tenemos esa responsabilidad y seguiremos llegando con retraso. Creo y espero que, con las aportaciones de este documento, podamos dar un paso más en la dirección de frenar este mal de nuestro tiempo.

Es una obligación pública y un honor para mí agradecer a cuantos han colaborado en los grupos de trabajo sus importantes aportaciones y su dedicación desinteresada a este proyecto colectivo.

Julio Bruno Bárcena
Jefe de Servicio de Promoción y Programas de Salud

Índice

El proceso de elaboración del Plan sobre SIDA para Asturias	11
La situación del VIH-SIDA en Asturias	15
La situación del VIH-SIDA en el Mundo.....	27
<i>Documentos de Trabajo:</i>	
Vigilancia Epidemiológica	41
Atención Socio-Sanitaria. Coordinación de recursos sociales en la atención al afectado VIH-SIDA.....	55
Atención Sanitaria. Coordinación de recursos sanitarios en la atención al afectado VIH-SIDA.....	61
Atención Sanitaria en Usuarios de Drogas.....	69
Prevención en Jóvenes, Adolescentes y Centros Educativos	79
Homosexualidad y VIH/SIDA	91
Prevención en personal sanitario	113
Mujer y Entorno Perinatal	119
Prevención en Usuarios de Drogas.....	127
Prevención en Trabajadoras del Sexo.....	133
Integración, normalización y participación comunitaria	143
Medio Penitenciario y VIH-SIDA.....	151
Medios de Comunicación Social	163
Cooperación y Desarrollo	173
Formación en el ámbito de la prevención y la asistencia	179
<i>Anexos:</i>	
Anexo 1. Hoja de Registro de Infección VIH	189
Anexo 2. Asistencia al paciente VIH-SIDA en Asturias.....	193
Anexo 3. Responsable de caso: ¿Utopía o posibilidad real?	223
Anexo 4. Carta europea para la reducción de riesgos	231
Anexo 5. Prostitución femenina y ETS.....	241
Anexo 6. Vigilancia de la Salud. Reconocimientos Médicos	253
Anexo 7. Guía breve de Información y Recursos relacionados	
con el VIH-SIDA en el Principado de Asturias.....	259
Glosario de términos.....	273
Abreviaturas empleadas en el documento.....	279

el proceso de elaboración del Plan sobre SIDA para Asturias

marzo de 2001 - abril de 2002

¿por qué un Plan sobre SIDA?

lo que creemos

La necesidad de elaboración de un Plan sobre SIDA para Asturias surge desde distintas perspectivas complementarias:

- En primer lugar establecer una **línea de reflexión** con los distintos agentes sociales y sanitarios que están trabajando en el ámbito del VIH-SIDA en nuestra comunidad autónoma. Su experiencia actual y la experiencia de muchos de ellos desde el principio de la epidemia, supone un potencial enorme que muchas veces desde la Administración no hemos tenido en cuenta favorablemente. O al menos no hemos sabido combinar de forma consecuente.
- El trabajo con este amplio abanico de profesionales dota de valor intrínseco al Plan. Es decir: Es obvia la importancia del producto final que surge de este trabajo, pero ya es fundamental en sí mismo el **proceso de trabajo, discusión, encuentro** y también, por qué no, desencuentro que ha supuesto la elaboración final de los documentos.
- Un aspecto clave es conformar un **marco de planificación, multisectorial, integral, integrado y multidisciplinar** para las distintas actividades que ya se están desarrollando y que sirva de escenario propicio para iniciar nuevas estrategias. La definición de este marco de planificación en el contexto histórico para Asturias de las transferencias sanitarias supone la necesidad de integrar aspectos hasta ahora institucionalmente disociados como eran las actuaciones preventivas y las actuaciones asistenciales.
- Como instrumento de planificación supone un reto para la puesta en marcha de **nuevas estrategias**, de implantación de **nuevos recursos** o de **adecuación y ordenación de los existentes**, de establecimiento de **nuevas vías de coordinación** y como elemento clave para **la participación ciudadana**.

- En esta misma línea es, también, **un elemento de evaluación y monitorización**. Un elemento de medida de la calidad de las distintas actuaciones presentes y una referencia para las distintas actuaciones futuras a desarrollar desde la Dirección General de Salud Pública y desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- Y por último, aunque este punto es el elemento nuclear de nuestro “por qué”, el Plan sobre SIDA se configura como una estrategia global para la **mejora en la calidad de vida de las personas afectadas** y para el **mantenimiento en la disminución de la transmisión del VIH en nuestra comunidad autónoma**.

¿para qué un Plan sobre SIDA?

en quién creemos

Ya está apuntado en la sección anterior. En primer lugar para centrar nuestras actuaciones preventivas, asistenciales, sociosanitarias y educativas en las personas afectadas y en la comunidad. **Planificación y acción centradas en el usuario y en la comunidad.**

En segundo lugar para **favorecer el desarrollo y la calidad profesional de todos los agentes comunitarios implicados en esta atención.**

12

¿cómo elaboramos el Plan sobre SIDA?

la metodología de trabajo

El proceso de trabajo se realiza en dos fases claramente diferenciadas que se desarrollaron intermitentemente desde marzo del 2001 a abril del 2002:

- **Primera fase: Grupos Focales de Trabajo**
PRIMER DOCUMENTO DEL PLAN SOBRE SIDA

Se estableció un trabajo en distintas áreas. Cada área o grupo de trabajo estaba formado por expertos en la materia y por un coordinador. El esquema de estas áreas de trabajo ha querido ser similar al propuesto desde el Plan Nacional sobre SIDA en su Plan de

Movilización Multisectorial frente al SIDA 1997-2000 y a las directrices propuestas para el Multisectorial de 2001-2005.

Se crearon un total de 15 grupos de trabajo en los que han participado de forma directa alrededor de 130 personas. En la elaboración final de todo el Plan, a través de aportaciones directas, colaboraciones indirectas y apoyo logístico han participado un total de cerca de 200 personas.

Grupos de trabajo del Plan sobre SIDA

A. Vigilancia epidemiológica	1. Vigilancia de la infección VIH/SIDA en Asturias
B. Asistencia	2. Atención Sociosanitaria. Coordinación de recursos sociales en la atención al afectado VIH-SIDA
	3. Atención Sanitaria. Coordinación de recursos sanitarios en la atención al afectado VIH-SIDA
	4. Atención Sanitaria en usuarios de drogas
C. Prevención	5. Prevención en Jóvenes, Adolescentes y Centros Educativos
	6. Homosexualidad y VIH/SIDA
	7. Prevención en personal sanitario
	8. Mujer y entorno perinatal
	9. Prevención en usuarios de drogas
	10. Prevención en trabajadoras del sexo
D. Actuación comunitaria	11. Integración, normalización y participación comunitaria
	12. Medio penitenciario y VIH/SIDA
	13. Medios de Comunicación Social
E. Cooperación y desarrollo	14. Cooperación y desarrollo en VIH/SIDA en países en vías de desarrollo
F. Formación	15. Formación en el ámbito de la prevención y la asistencia

La importancia del proceso al que hacíamos referencia unas líneas más arriba se hizo patente en la propia estructura física de trabajo y en las reuniones de los grupos. Los grupos de trabajo se reunieron en hospitales de lo que al principio del Plan era INSALUD y ahora, a su finalización, tras el proceso de transferencias desde la administración central a la regional, es SESPA, se reunieron en la Consejería de Salud, en el Centro Materno Infantil y en el Centro Penitenciario de Villabona.

Los coordinadores de los Grupos de Trabajo son personas procedentes del mundo del trabajo social y del mundo de la clínica, infectólogos y pediatras, epidemiólogos y salubristas, microbiólogas y especialistas en drogodependencias, sociólogas, psicólogos y educadores en centros penitenciarios. Esta diversidad es un reflejo de esa diversidad profesional e institucional que constituye el proceso de reflexión y debate del Plan. Y, por ende, de la situación del SIDA en Asturias.

Cada grupo elaboró un documento final. La agrupación de los mismos constituye **el primer Documento del Plan sobre SIDA para Asturias.**

Este primer volumen contiene además del análisis y de las propuestas de los grupos de trabajo una serie de **anexos** con los que se ha trabajado como material de referencia en algunos de los grupos focales. Así mismo se incluye un directorio mínimo sobre recursos socio-sanitarios en el ámbito de la atención al VIH-SIDA.

- Segunda fase: Elaboración de Objetivos, Estrategias e Indicadores

SEGUNDO DOCUMENTO DEL PLAN SOBRE SIDA

Partiendo del análisis de problemas y de las propuestas desarrolladas en todos esos documentos se elaboró lo que es el instrumento de Planificación propiamente dicho.

El esquema propuesto ha sido el de elaboración de objetivos, estrategias y de una serie de indicadores de monitorización y evaluación. La explicación detallada de esta segunda fase se encuentra en **el segundo Documento del Plan sobre SIDA.**



**Servicio de Información Sanitaria
y Vigilancia en Salud Pública**

Enero 2002

Infección VIH y SIDA

La vigilancia epidemiológica mundial de la infección VIH/SIDA está coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Programa Mundial de lucha contra el SIDA), que recibe las notificaciones de los casos de SIDA y los resultados de los estudios seroepidemiológicos de la infección VIH. La OMS estima que el número real de casos de SIDA es superior a los declarados, y la diferencia se debe entre otras razones a que existe subnotificación, un subdiagnóstico y un retraso en la notificación.

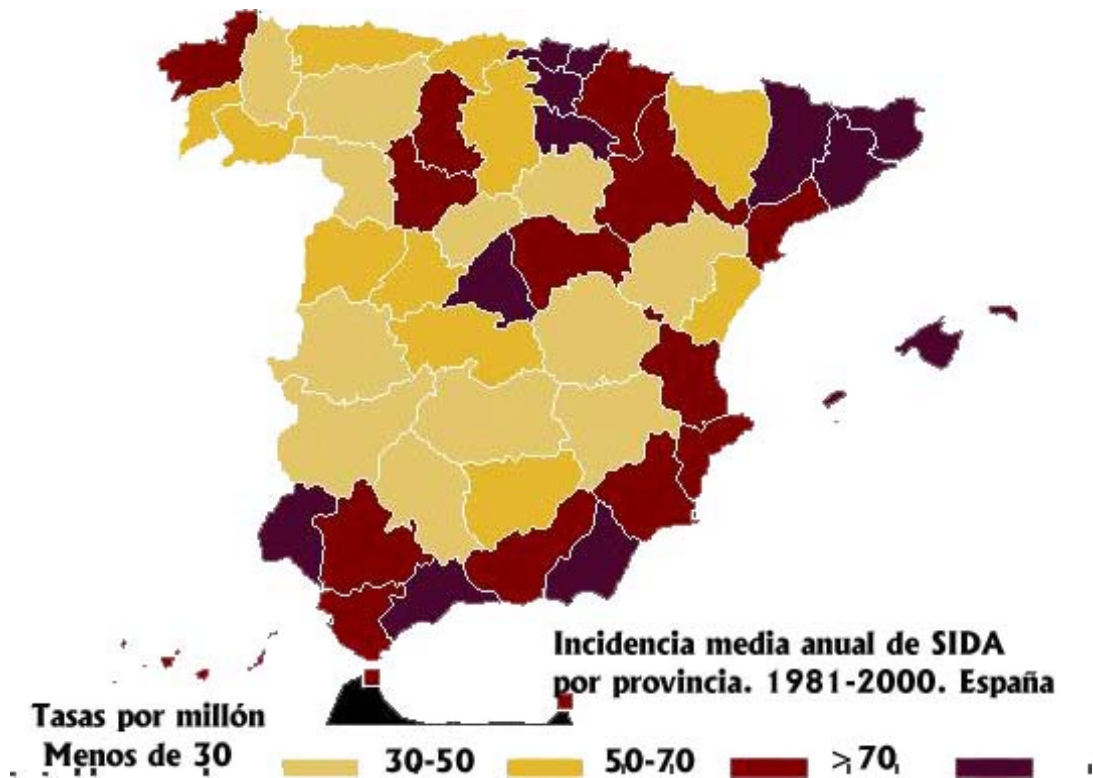
El SIDA en Asturias

Desde junio de 1986 hasta el 31 de diciembre del 2001, se han registrado en nuestra Comunidad Autónoma 1.157 casos de SIDA (tasa acumulada desde 1986 de 1.052,9 casos por millón de habitantes), de los que han fallecido 714 (61,7%). La incidencia en el último año (2001) fue de 24,6 casos/millón de habitantes (27 casos), habiendo sido en el año inmediatamente anterior (2000) de 53,7 casos/millón hab. No obstante, se debe tener en cuenta la infraestimación por el retraso en la declaración cara a la evaluación de los datos de los dos últimos años naturales.

Casos y Tasa (por millón habitantes) de Sida en Asturias, por Area Sanitaria y año de diagnóstico (1986-2001)

Año	Area Sanitaria									Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Des	
1986	0	0	2	2	3	0	1	0	1	9
1987	0	1	2	4	6	0	1	2	1	17
1988	2	1	3	17	13	3	2	2	2	45
1989	0	0	2	19	24	3	5	2	2	57
1990	0	0	7	22	19	4	2	3	6	63
1991	1	2	6	28	19	5	8	14	3	86
1992	1	1	7	38	42	1	0	12	4	106
1993	1	3	19	35	33	1	5	9	0	106
1994	1	1	16	48	48	7	8	6	3	138
1995	1	0	12	60	54	4	7	13	0	151
1996	1	0	12	51	40	7	2	13	0	126
1997	0	1	7	23	19	5	4	0	1	60
1998	1	1	8	25	15	1	4	5	0	60
1999	0	1	11	13	14	2	1	2	3	47
2000	2	3	10	22	14	3	2	1	2	59
2001	0	0	2	16	7	0	1	1	0	27
Total	11	15	126	423	370	46	53	85	28	1.157
Tasa	182,6	364,5	781,2	1353,6	1295	800,4	620,1	909,5		1052,9

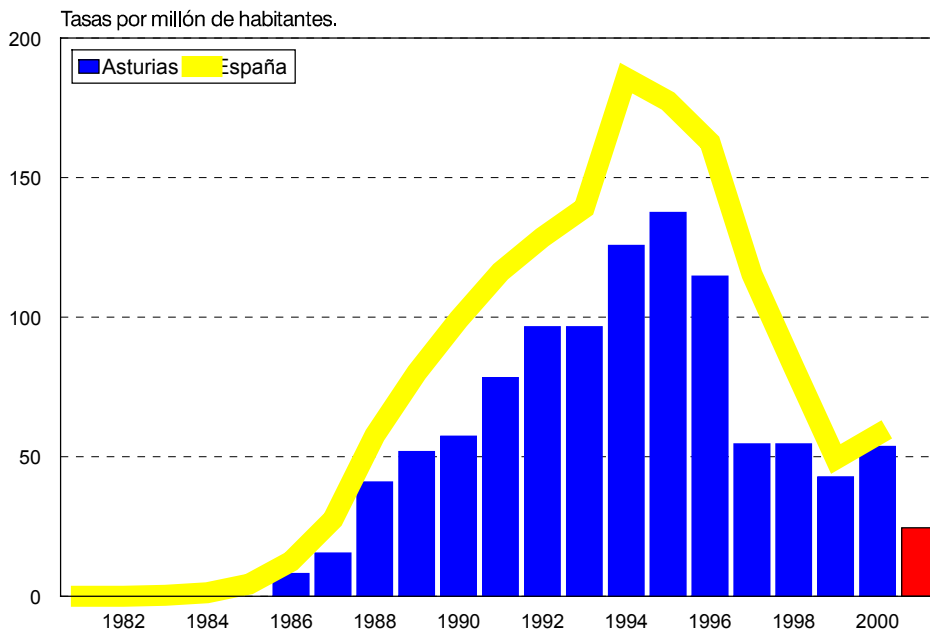
La situación asturiana con relación al conjunto de España es de una incidencia muy inferior a las tasas españolas y, a su vez, un retraso de cinco años en el comienzo de la epidemia. Los datos españoles nos sitúan a mediados del 2001 en un total de 61.028 casos acumulados desde 1981. Durante el último año 2000, se han diagnosticado 2.326 casos en España (tasa de 58,9 casos/millón hab).



18

No obstante lo anterior, se observa una tendencia decreciente en las tasas en todas las Comunidades Autónomas y España desde el año 1995 cuando se alcanzó el pico máximo de nuevos diagnósticos de SIDA. Representando para Asturias un descenso en el año 2000 del 61% respecto al año 1995 (datos sin corregir por retraso en notificación), en que se registró la mayor incidencia de casos de SIDA en años en nuestra Comunidad Autónoma. Los datos para el año 2001 significan un descenso del 83% con respecto a 1995. El descenso es debido al conjunto de los avances de la lucha contra el SIDA en los últimos tiempos, tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria. Así, gracias a los nuevos tratamientos ha descendido la incidencia de nuevos casos y la letalidad de la enfermedad.

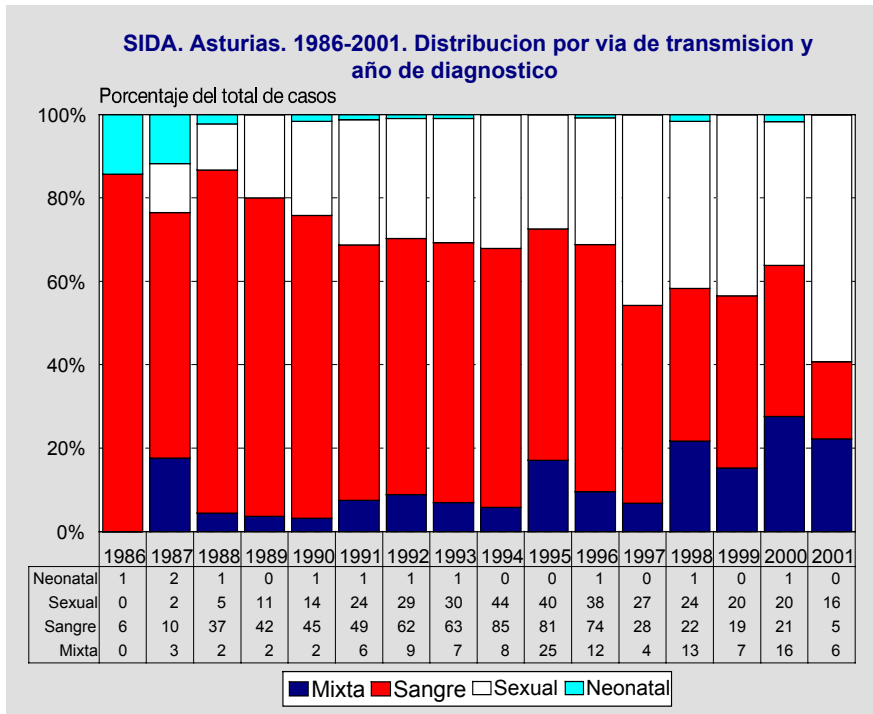
SIDA. Asturias y España. 1981-2001. Casos por año de diagnóstico Asturias, España



Características

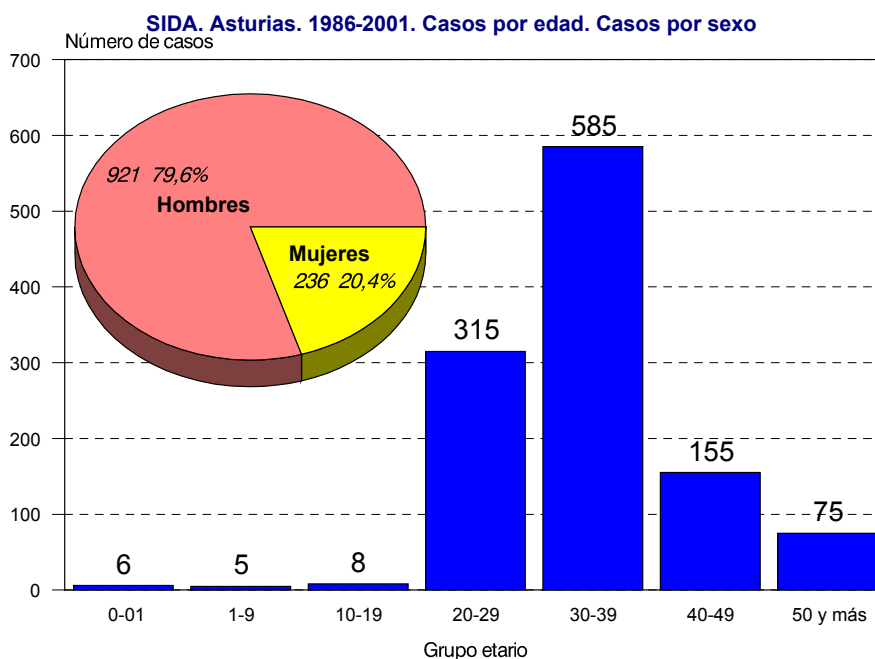
La distribución de enfermos según práctica de riesgo implicada en la transmisión de la infección VIH nos indica que un 63,8% son usuarios de drogas por vía intravenosa (UDIs). Los demás grupos presentan proporciones más bajas siguiéndoles en frecuencia las personas con prácticas homo/bisexuales (11,9%) y el grupo de personas con actividades consideradas como promiscuidad. Sin embargo, existen diferencias entre sexos: en los hombres se presentan las características mencionadas, UDIs (64%) y prácticas homo/bisexuales (15%), y promiscuidad (11,7%). En cambio, en mujeres, la frecuencia es similar en UDIs (62,7%), pero tienen en pareja de alto riesgo o seropositiva (23,3%) y prostitución sola o en UDIs (9,7%) y pareja seropositivo (13,6%). La transmisión sexual a través de relaciones no protegidas (de cualquier género) sucede en un 29,2% en ambos sexos con tendencia al aumento. Si tenemos en cuenta solo las relaciones heterosexuales (excluyendo a prácticas homo/bisexuales) no protegidas significa un 18,7% (16% del total de casos en varones y un 29% en mujeres). No obstante, en los casos del último año predomina sobre todo la transmisión sexual (59% en total), fundamentalmente la heterosexual (40,7%). Los datos españoles nos muestran que un 58,8% de los casos de SIDA están asociados al consumo de drogas de forma endovenosa, tanto en hombres (60%) como en mujeres (54%). Un 19% de los casos están asociados a relaciones sexuales no protegidas, sobre todo en mujeres (33%).

Según la edad, la mayor proporción de casos sucede en personas de 30-39 años siguiéndoles los de 20-29 años. Entre ambos totalizan un total del 77,8% de los casos en los que se conoce la edad.



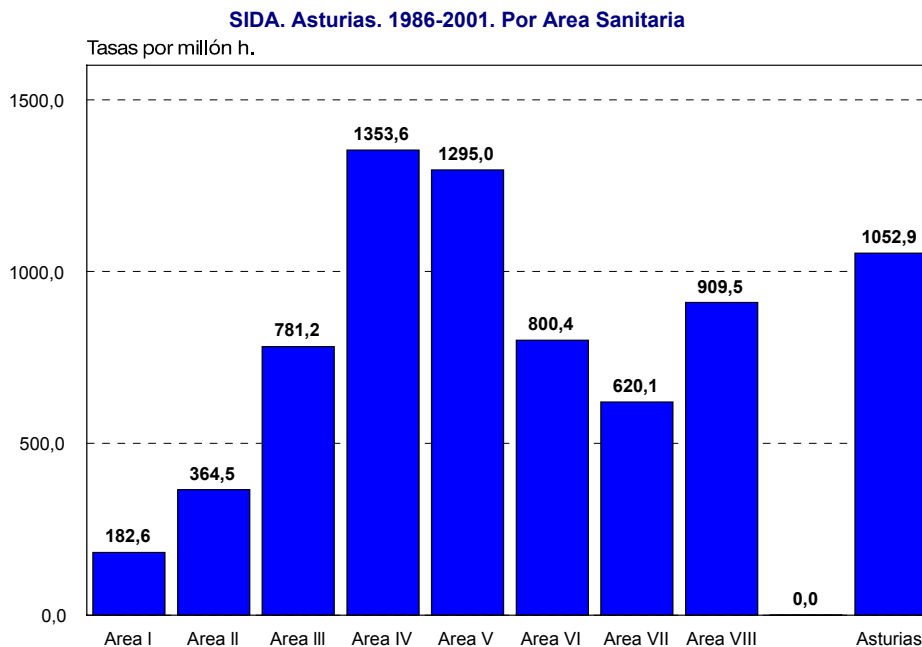
La vía de transmisión sanguínea (exclusivamente) es la más frecuente (57,6%) a expensas de los drogodependientes, si bien cada vez es menos importante. El resto de mecanismos de transmisión presentan proporciones menores: sexual (30,5%), mixto (10,8%) y perinatal.

20



Continúan registrándose más casos entre hombres (921, un 79,6%) que entre mujeres (236, un 20,4%), siendo la razón de masculinidad de 3,9. Esta distribución no es uniforme en todos los grupos etarios, siendo entre los casos de transmisión perinatal similar entre sexos (igualdad de riesgo).

Un 70% de los enfermos se localizaron en las Areas Sanitarias IV y V, aunque en un 2,4% se desconoce el lugar de procedencia. La atención sanitaria se lleva a cabo, también, por lo general en Areas III, IV y V. La incidencia acumulada más alta fue en el Area IV (Oviedo, 423 casos, tasa de 1.354,6) y el Area V (Gijón, 370 casos, tasa de 1.295,0) y las menores en el Area I (Jarrio, 11 casos, tasa de 182,6) y Area II (Cangas del Narcea, 15 casos, tasa de 364,5).



Manifestaciones clínicas: las infecciones oportunistas (IO), bien como una sola enfermedad (69,5%) o en asociación de otras infecciones oportunistas (14,1%), son las más frecuentes.

Un 61,7% de los casos ya han fallecido, sobre todo aquellos diagnosticados por primera vez hace muchos años, sobreviviendo más aquellos cuyo diagnóstico ha sido más reciente.

A lo largo del 2001 se han declarado 27 casos de SIDA diagnosticados en este mismo año. La incidencia, por tanto, en este año es de 24,6 casos/millón hab, si bien estos datos deben estimarse con cuidado por el retraso de la notificación.

Características de los casos a lo largo del 2001

La distribución de enfermos según práctica de riesgo implicada en la transmisión de la infección VIH es muy elevada entre personas con UDVP (33%) y homobisexuales (22%) y promiscuidad (15%).

Las diferencias sexuales en mecanismo de transmisión siguen existiendo, incluso se han acentuado.

Según la edad, la mayor proporción de casos e incidencia corresponde al grupo de 30-39 años de edad.

La vía de transmisión más frecuente ha sido la sexual (65%) y hay un manifiesto descenso en el componente de transmisión sanguíneo (solo un 17%), con cifras similares al del componente mixto.

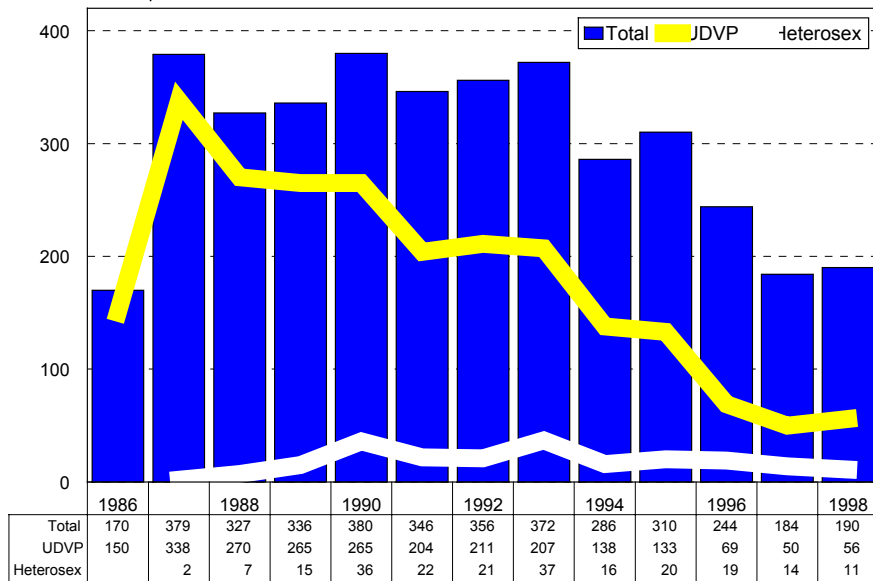
La mayor frecuencia de casos apareció en el Area IV y V.

La infección VIH en Asturias

Desde 1986 hasta el 31 de diciembre de 1998, se han detectado en nuestra Comunidad Autónoma un total de 3.880 personas positivas a los tests de detección de VIH realizados en el Laboratorio de referencia de esta Consejería, lo que significa una tasa de incidencia de la infección de 353,1 casos/100.000 hab. para el período 86-98 lo que daría una incidencia media anual de 27,2 casos/100.000 hab. y una estimación de prevalencia de la infección en nuestra Comunidad Autónoma de 3,56 personas infectadas por cada mil habitantes (de este dato de prevalencia no se han eliminado aquellas personas que habiendo estado infectadas ya han fallecido).

No se dispone de datos más recientes debido a una orden judicial que adoptó medidas cautelares en espera de una decisión definitiva por parte del Tribunal Superior de Justicia de Asturias sobre la legalidad de la existencia de un registro con las características de las que se utilizaban para la recogida de esta información.

Infección VIH. Asturias . 1986-1998. Nuevos casos por año de diagnóstico
Casos por año



De los datos mostrados en el gráfico se observa que existe un manifiesto descenso en el número de nuevas infecciones detectadas desde el año 1993 en Asturias, pasando de detectarse unas 360 al año a prácticamente la mitad en los últimos años conocidos. Esta evolución es similar en aquellas otras CC.AA. en que existía un registro específico de nuevas infecciones VIH como aquí en Asturias.

Características

La distribución de casos para el período 1986-98 según las prácticas de riesgo implicadas en la transmisión del VIH nos presenta un gran porcentaje de UDVP, solos (79,0% del total de VIH) o acompañados a otras prácticas (4,6% más), siguiéndole en frecuencia relativa al grupo de prácticas Homo/Bisexuales sin protección adecuada (6,6%).

Esta circunstancia ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, así al comienzo de la epidemia en nuestra C.A. casi la totalidad de los casos se centraban en la transmisión sanguínea, fundamentalmente en UDVP, pasando a descender en la actualidad de manera manifiesta, si bien este tipo de transmisión aún es la más frecuente de entre todas, pero su peso es relativamente descendente, comenzando la transmisión sexual a través de relaciones sexuales sin protección a ser considerada como la que evolutivamente será un problema de salud a corto plazo.

En el estudio anónimo no relacionado colaborativo a nivel nacional sobre la seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de ETS y VIH durante 1998 en el que participaron las Unidades de ETS y SIDA de Oviedo y Gijón, la prevalencia de VIH+ fue la:

Unidad de ETS de Oviedo: 1,9% (IC 95%: 0,7-3,8)

Unidad de ETS de Gijón: 0,5% (IC 95%: 0,0-2,9)

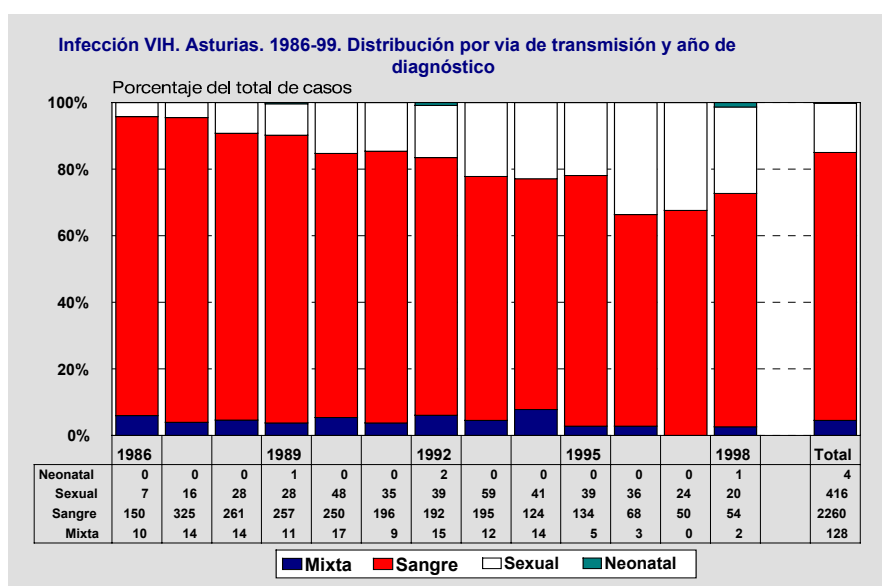
Total de España: 3,5% (IC 95%: 2,9-4,1)

En el estudio anónimo no relacionado sobre la prevalencia de anticuerpos antiVIH-1-2 en recién nacidos de 7 CC.AA. en el que no participa Asturias, las prevalencias obtenidas fueron en 1998 de 1,42 por mil RN (IC 95% de 1,19-1,70), yendo desde prevalencias de 0,92/mil RN en Canarias a las de Baleares con prevalencia de 3,53/mil RN.

En el estudio de vigilancia de la infección por VIH en centros y consultas de VIH, ETS y planificación familiar en España en el que participó esta C.A. entre 1995 y 1997 los resultados obtenidos fueron los mostrados en la Tabla siguiente:

	1995	1996	1997
Asturias	3,4%	2,7%	4,9%
Unidad ETS Gijón	3,1%	1,9%	3,2%
Unidad ETS	3,7%	3,5%	6,5%
Oviedo	4,3%	4,8%	3,1%
Total España			

Los resultados son meramente orientativos, ya que se observa una gran fluctuación entre los distintos Centros y años, que no puede ser atribuible a ninguna tendencia, sino al grado de atracción hacia los pacientes que puntualmente generan estas Unidades.



En este estudio las prevalencias más altas correspondían a los centros de las Comunidades de Castilla-León (9,5%) y Extremadura (5,9%).



Situación del VIH-SIDA en el Mundo¹

ONU/SIDA

¹ Extraído de los siguientes documentos:

ONUSIDA/ 01.76S. Resumen Mundial de la epidemia VIH/SIDA, Diciembre 2001.
ONUSIDA/00.13S. Informe sobre la Epidemia Mundial de VIH/SIDA, Junio 2000.

EL VIH/SIDA en el contexto mundial

Una epidemia mundial de transmisión sexual

Hablar de VIH dentro del contexto mundial de la epidemia es hablar de una Enfermedad de Transmisión Sexual. Aproximadamente un 75% de las personas infectadas por el VIH/SIDA han tenido contacto con el retrovirus a través de una práctica sexual de riesgo.



En el informe ONUSIDA de 2001 se estimaban unos 40 millones las personas que estaban viviendo en el mundo con el VIH-SIDA (**Figura 1**). De este total algo más de un 70% estaba viviendo en el África subsahariana. El mismo informe señala que de los cinco millones de nuevos infectados estimados en el año 2001, un 68% se siguen agrupando en esos mismos territorios africanos. El gradiente norte-sur se hace evidente en la representación de prevalencias en adultos que vivían con VIH-SIDA al final del 2001 (**Figura 2**). Las personas que principalmente se están infectando son personas jóvenes y sobre todo mujeres jóvenes.

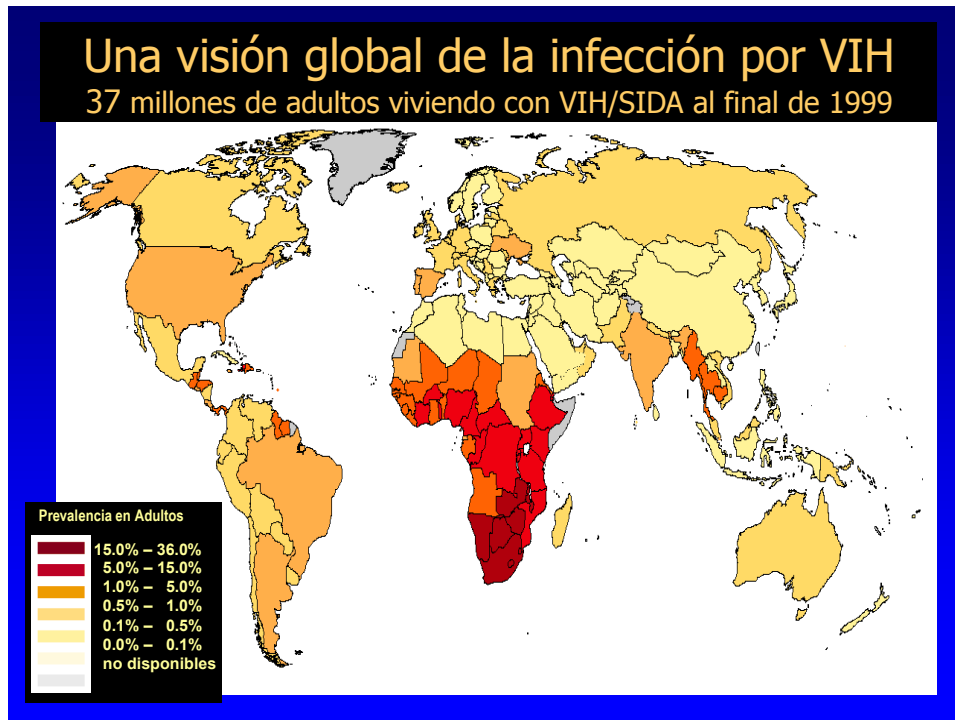
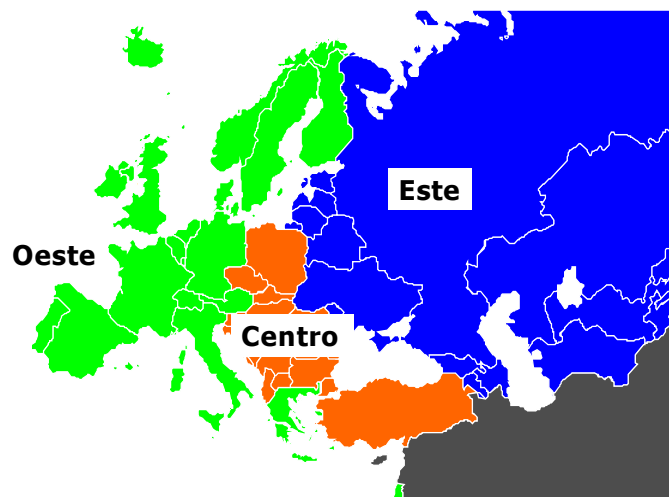


Figura 2

Figura 3



Dentro del continente europeo, estableciendo tres zonas geográficas y epidemiológicamente similares (Europa occidental, central y oriental) (**Figura 3**) se observan tres patrones en cuanto a vías de transmisión (**Tabla 1**): Mientras que en los países de la Europa occidental la principal categoría corresponde a la vía sexual, en la Europa oriental la categoría principal es la sanguínea. La zona central europea aparece con bajos niveles de casos de infección

exceptuando los brotes epidémicos nosocomiales de Rumania en el 91 y las tendencias ascendentes en el consumo de drogas endovenosas en Polonia. Estas tendencias de aumento en el consumo endovenoso –y las previsibles prácticas de riesgo en la venopunción asociadas- se están dando en otros países como es el caso de la Federación Rusa.

Tabla 1

Características de las nuevas infecciones de VIH diagnosticadas en el año 2000 en la Región Europea de la OMS			
	OESTE*	CENTRO	ESTE
Número de casos diagnosticados	12.294	1.381	67.904
Tasas por millón de habitante	57.4	7.5	239.0
Porcentaje de < 30 años	34%	54%	85%
Porcentaje de mujeres	30%	29%	22%
Principal vía de transmisión	Homosexual Heterosexual	Bajo nivel epidémico**	Usuarios de drogas

* No datos para Austria, Francia, Holanda y España
 ** Excepto Rumanía (epidemia nosocomial en 1990) y Polonia (epidemia de UDIs)

También es necesario tener en cuenta que muchos datos que señalan bajos niveles en la epidemia –como son los citados en la región centroeuropea, la de algunos países del norte africano o como lo era hasta el año pasado la situación en China- hay que interpretarlos con cautela. Este último país afirmaba recientemente la existencia de unos 850.000 infectados en su territorio lo que representa una aumento de unos 250.000 casos respecto a los notificados en el 2001 y a más de 500.000 respecto a los notificados en el 2000. La existencia de tasas nacionales bajas puede enmascarar situaciones de prevalencia elevada localizada en algunos grupos nucleares específicos. Si el análisis se hace sólo en base a estas tasas nacionales de una forma global pueden descuidarse estrategias preventivas o asistenciales en grupos de población específicamente afectados.

Tendencias de la Epidemia

El informe de situación y el estudio de las tendencias que realiza ONUSIDA en sus análisis del 2000 y del 2001 establecen las siguientes perspectivas de futuro:

- Una situación de crisis y de alarma mundial en los países del África subsahariana.
- China e India pueden seguir el rumbo del continente africano si no se toman medidas a tiempo.
- Europa oriental mantiene actualmente la epidemia de crecimiento más rápido del mundo (principalmente la Federación Rusa).
- Una situación de crecimiento con un mantenido crecimiento en Oriente Medio y África del Norte.
- El Caribe como segunda región mas afectada del mundo.
- Tasas de prevalencia muy elevadas en distintos grupos nucleares de población en América Latina
- La amenaza de una epidemia resurgente en los países con ingresos elevados: Europa Occidental, América del Norte y Australia.

La Epidemia en los países periféricos

32

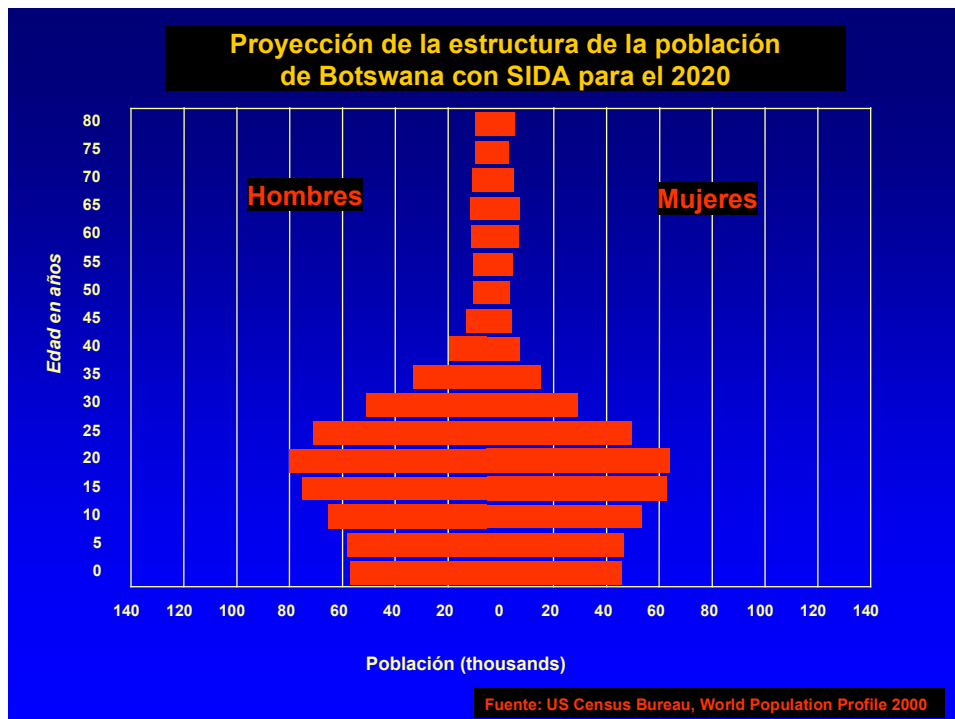
En los países en vías en desarrollo la epidemia está teniendo unos efectos devastadores. Mientras que a nivel mundial es la cuarta causa de mortalidad, en los países africanos es la primera causa de morbi-mortalidad. Esto tendrá consecuencias sociodemográficas importantísimas. Un ejemplo gráfico es la proyección demográfica propuesta para Bostwana en el año 2020. Este país si no tuviera afectación por la epidemia de SIDA presentaría una típica pirámide de población de una país en vías de desarrollo (**Figura 4**), de todas formas, ante los posibles efectos del SIDA se prevé una pirámide con un patrón "*en chimenea*", con un estrangulamiento poblacional sobre todo en los quinquenios de los 40 y los 45 años (**Figura 5**). Esta población entre los 30-55 años que tendría que establecer un papel de sector activo laboral y de cuidador de la población anciana e infantil estará demasiado afectada por la enfermedad para ejercer estas funciones que probablemente recaerán sobre la población infantil dificultando su incorporación a los procesos educativos. Será el momento de analizar que repercusiones tendrá esto en los ciclos laborales, en la atención sanitaria, en el sistema educativo y en las cargas sociales que históricamente ya venían recayendo en la

mujer y que ahora lo seguirán haciendo pero en quinquenios –en peldaños de la pirámide- mucho más inferiores.

Figura 4



Figura 5



La necesidad de políticas globales de desarrollo socio-sanitario, potenciar estrategias educativas, establecer políticas eficaces de cooperación al desarrollo, la cancelación de la

deuda externa, la accesibilidad a los fármacos antirretrovirales de la misma forma que se tiene acceso en otros países vecinos y la solución de conflictos bélicos y de políticas opresivas que dificultan el desarrollo socioeconómico son solo algunas de las actuaciones necesarias para frenar la situación a la que están sometidos estos países.

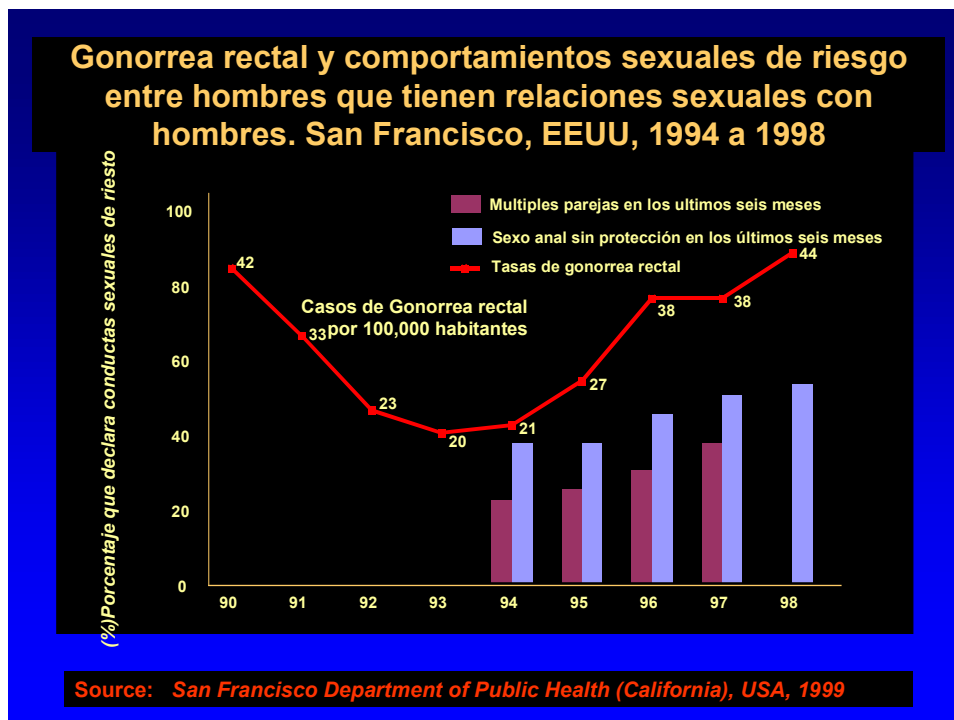
La Epidemia en los países del centro

La disminución de la morbimortalidad con la introducción de los nuevos tratamientos antirretrovirales en la década de los noventa ha mejorado sustancialmente la situación de las personas afectadas en los países con niveles de ingresos elevados. Quizás esta situación de estabilización de una enfermedad que, asumiendo todos los problemas que también ello conlleva, ha pasado a convertirse en crónica, es uno de los motivos en la disminución en la percepción de riesgo que se mantiene en varios países.

El estudio del Departamento de Salud Pública de San Francisco sobre el aumento en las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres apunta esta disminución en la percepción de riesgo. En este estudio también se observa un aumento en la incidencia de gonorrea rectal desde el 93, fecha en que dicha infección había alcanzado el máximo declive (**Figura 6**).

34

Figura 6



En recientes estudios en Estados Unidos, Canadá y Australia han aparecido indicios de aumentos en las tasas de incidencia de la infección ligados a prácticas de sexo no-seguro.

La supuestamente relegada epidemia del consumo de drogas ilegales por vía endovenosa ha vuelto a señalar situaciones de alarma en algunos países como Estados Unidos, Irlanda y Reino Unido: nuevas tendencias provocadas por cambios en el mercado de las sustancias ilegales, nuevos perfiles en la población que inicia el consumo endovenoso y programas educativos incompletos están detrás de algunas de las teorías que explican esta vuelta al consumo endovenoso.

Es por ello que en los países que mantienen una situación más favorecida en cuanto a políticas sociosanitarias es más necesario que nunca mantener una combinación correcta entre lo clínico, lo tecnológico, la accesibilidad a los nuevos fármacos y la prevención.

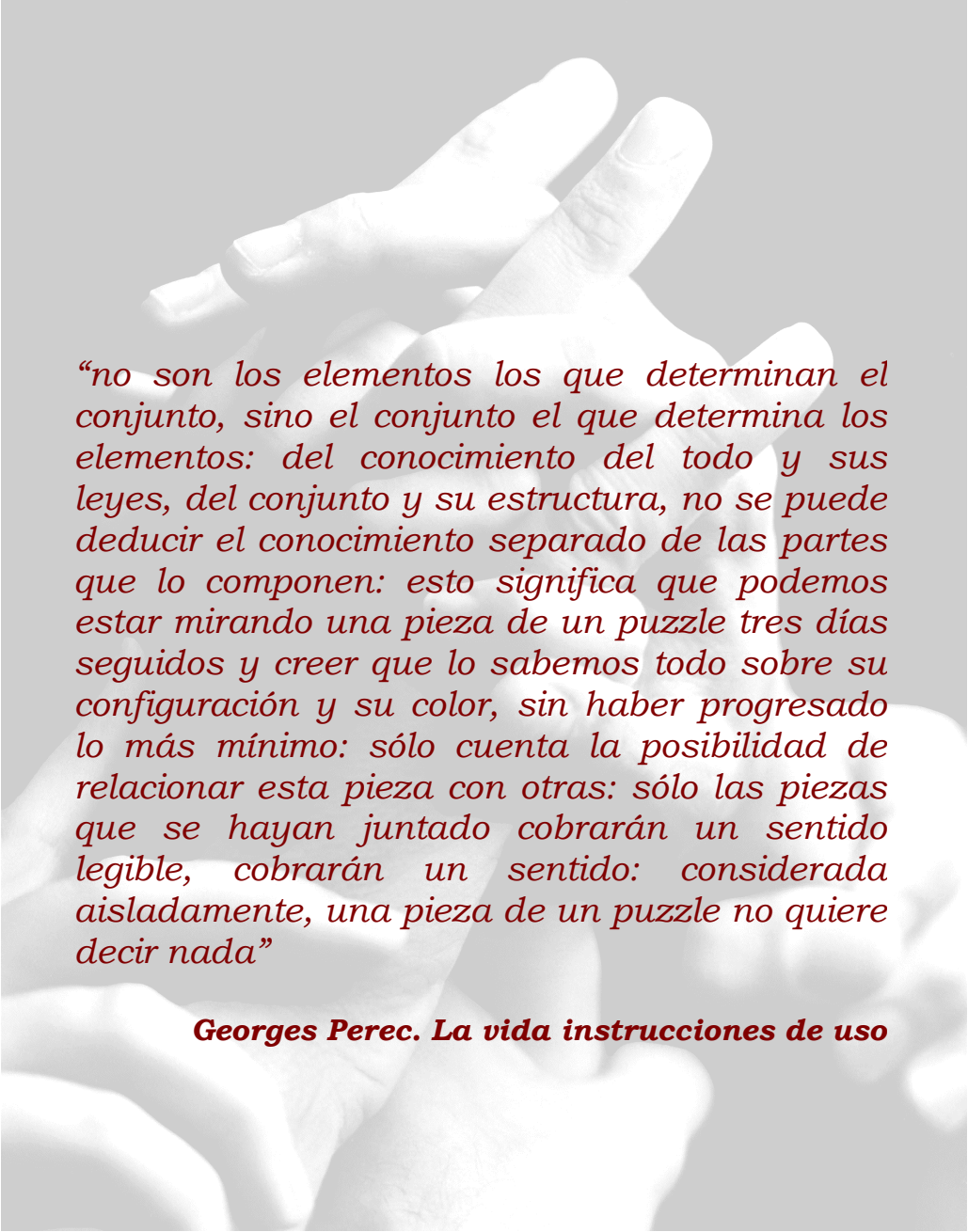
Descuidar la prevención, en un contexto más amplio de lo que son actuaciones de promoción de la salud, supone abordajes parciales a lo que por naturaleza necesita un abordaje integral.

Documentos de trabajo

Documentos de trabajo

Trabajo

Documentos de



“no son los elementos los que determinan el conjunto, sino el conjunto el que determina los elementos: del conocimiento del todo y sus leyes, del conjunto y su estructura, no se puede deducir el conocimiento separado de las partes que lo componen: esto significa que podemos estar mirando una pieza de un puzzle tres días seguidos y creer que lo sabemos todo sobre su configuración y su color, sin haber progresado lo más mínimo: sólo cuenta la posibilidad de relacionar esta pieza con otras: sólo las piezas que se hayan juntado cobrarán un sentido legible, cobrarán un sentido: considerada aisladamente, una pieza de un puzzle no quiere decir nada”

Georges Perec. La vida instrucciones de uso

.....

Documento de Trabajo

Vigilancia epidemiológica

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Ismael Huerta Fernández

Médico. Jefe de Sección de Vigilancia en Salud Pública
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Amelia González López

Médico. Jefa de Sección de Inmunología Sanitaria
Laboratorio de Salud Pública

Ana Fernández Verdugo

Médico. Laboratorio de Salud Pública

*“Sistema, poeta, sistema
empieza por contar las piedras
luego contarás las estrellas”*

León Felipe

Participantes:

José A. Maradona Hidalgo
*Médico. Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital Central de Asturias*

Víctor Asensi Álvarez
*Médico. Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital Central de Asturias*

Yolanda González García
*Médico. Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*

El conocimiento de la situación epidemiológica de la infección VIH y el SIDA en Asturias se estructura en dos sistemas de vigilancia:

1. La vigilancia de la infección VIH
2. El sistema de Vigilancia de SIDA

1. Vigilancia de la infección VIH/SIDA en Asturias

En el contexto actual, en que la disponibilidad de tratamientos antirretrovirales ha alargado considerablemente el tiempo entre infección y enfermedad clínica, la vigilancia de esta enfermedad debe basarse en la vigilancia de la aparición de nuevas infecciones por VIH, que permita comprobar la evolución de la epidemia, tanto en términos de incidencia y prevalencia, como en relación a los cambios del patrón epidemiológico asociado a los mecanismos de transmisión.

La idea básica es que esta información sea la base para planificar las actividades de prevención, control y reducción del daño, y que permita el establecimiento de prioridades tanto para la distribución de recursos como para la selección de actividades a realizar.

Como señalábamos al hablar de la situación del VIH-SIDA en Asturias, los datos con los que contamos van desde 1986 al 31 de diciembre de 1998. No se dispone de datos más recientes debido a una orden judicial que adoptó medidas cautelares en espera de una decisión definitiva por parte del Tribunal Superior de Justicia de Asturias sobre la legalidad de la existencia de un registro con las características de las que se utilizaban para la recogida de esta información.

Las propuestas del sistema de Vigilancia de la Infección VIH en Asturias se estructura en dos tipos de sistemas:

1) Sistema de información sobre nuevas infecciones VIH en Asturias (SINIVIHA)

Basado en la existencia de un único Laboratorio de Referencia en Asturias para la confirmación de serologías positivas, procedentes de todos los laboratorios clínicos públicos. Este Laboratorio de Salud Pública de referencia se encuentra ubicado, en el momento actual, en el Silicosis en el Hospital Central de Asturias.

Este sistema de información se trata de un sistema para la vigilancia de la infección a nivel de **población general**, del que se asume sólo se escapa una pequeña parte de infecciones por realizar tanto las pruebas analíticas como los tratamientos a nivel privado.

Dada la movilidad geográfica de los afectados con relación al sistema sanitario, se considera que debe existir un mecanismo que permita detectar las duplicidades en las pruebas analíticas (es decir, diferenciar si el caso ya está notificado o no).

2) Sistemas de Vigilancia Centinela de la infección VIH

Se trata de poner en marcha pequeños sistemas de vigilancia de la infección en **determinadas poblaciones**, a las que por un lado existe accesibilidad a una muestra de sangre o a un resultado serológico, y por otro son grupos en los que la magnitud del problema es mayor o puede indicar un cambio en el patrón epidemiológico de la enfermedad. A nivel de Asturias, se consideran las siguientes poblaciones centinelas:

- Donantes de sangre (hemodonaciones)
- Usuarios de consultas de ETS.
- Reclusos en instituciones penitenciarias
- Usuarios de Unidades de tratamiento de toxicomanías.
- Usuarios de drogas inyectadas (intercambio de jeringuillas)
- Mujeres embarazadas (screening materno, screening en sangre de cordón)

De todos estos sistemas de vigilancia centinela en infección VIH, en la actualidad sólo está funcionando el **Estudio anónimo no relacionado de la seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual y VIH**, que se realiza de forma anual promovido por la Secretaria Nacional del Plan Nacional sobre el SIDA y con la participación de las Unidades de ETS de Gijón y Oviedo.

2. Sistema de vigilancia de SIDA

Se trata de un sistema especial de vigilancia dentro de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RNVE), a través del Registro Nacional de SIDA (RD 2210/1995), estructurado en Registros autonómicos.

Enfermedad de Declaración Obligatoria en Asturias, con declaración mediante sistemas especiales (Decreto 69/97).

Las características del Registro de SIDA establecidas en la normativa (RD 2210/1995: artículos 31 a 36; Decreto 69/1997: artículos 29 a 32).

La vigilancia del SIDA en Asturias se realizará mediante un Registro de SIDA autonómico, integrado en la Dirección General de Salud Pública, y que depende del Registro Nacional de ámbito estatal.

Objeto del Registro

El Registro de SIDA recogerá información sobre los casos de infección por el VIH, con presencia clínica de una o más enfermedades indicativas de SIDA (según la definición de caso adoptada por el Ministerio de Sanidad y Consumo para la vigilancia epidemiológica).

Fuentes de información

La fuente de información de casos serán los médicos, tanto del sector público como del privado, que diagnostiquen al enfermo, quienes de forma inmediata al diagnóstico y obligatoriamente lo notificarán al Registro de SIDA en Asturias en el formulario unitario y homogéneo suministrado por el Registro Nacional.

Contenido del Registro

Se recogerán datos individualizados de cada uno de los enfermos diagnosticados, mediante el protocolo específico aprobado por la estructura competente de la Comisión nacional de coordinación y seguimiento de Programas de Prevención del SIDA.

Notificación al Registro Nacional

La información recogida sobre nuevos casos se enviará al Registro Nacional con periodicidad trimestral. La información procedente del seguimiento será enviada cuando se produzca o al menos una vez al año.

Registro de SIDA en Asturias

El sistema de vigilancia de SIDA está enfocado a conocer la prevalencia de enfermedad, considerando como tal la presencia de infección VIH junto con alguna enfermedad indicativa de SIDA de acuerdo a la **definición de caso del Registro Nacional**.

Se trata de un mal indicador de la evolución de la epidemia en cuanto a la medida de aparición de nuevas infecciones: está influenciado por el uso de tratamiento que alargan el tiempo entre infección y enfermedad. Su interés radica precisamente en este punto: en su propiedad para evaluar de forma global e indirecta la efectividad de los tratamientos

antirretrovirales de alta actividad y el intervalo entre el momento de la infección y la aparición de la enfermedad.

Basado principalmente en la notificación pasiva por parte del sistema asistencial (básicamente hospitales), búsqueda activa en el registro de Mortalidad, y búsqueda oportunista en el Registro de Tuberculosis.

Estructura del registro de SIDA

Tiene tres componentes principales:

- **Notificación pasiva y obligatoria** por parte del Sistema Asistencial.
 - **Búsqueda activa** en el Registro de Mortalidad.
 - **Búsqueda oportunista** en el Registro de Tuberculosis.
1. **Notificación obligatoria** de los médicos, públicos y privados, que hagan el diagnóstico.
 - Se basa principalmente en la notificación por parte de los servicios de Medicina Interna de los hospitales públicos y concretamente de aquellos especialistas que realizan el seguimiento de la patología VIH-SIDA en la Atención Especializada.
 - Se reciben notificaciones esporádicas del sistema público de Atención Primaria.
 - No hay notificaciones de la sanidad privada.
 2. **Búsqueda activa en el Registro de Mortalidad de la DGSP:**
 - Mensualmente, el Registro de Mortalidad notifica los fallecidos en los que consta una causa de muerte compatible con la definición de SIDA.
 - Se comprueba si el caso ya está declarado en el Registro y si no lo está se solicita la notificación del caso.
 - Globalmente, esta búsqueda activa aporta un 2,8% de los casos del Registro (casos no declarados).
 3. **Búsqueda oportunista en el Registro de Tuberculosis:**
 - Cuando se detecta un caso de tuberculosis en un mayor de 12 años y en el que consta una serología positiva a VIH.
 - Se comprueba si el caso ya está declarado en el Registro y si no lo está se solicita la notificación del caso.

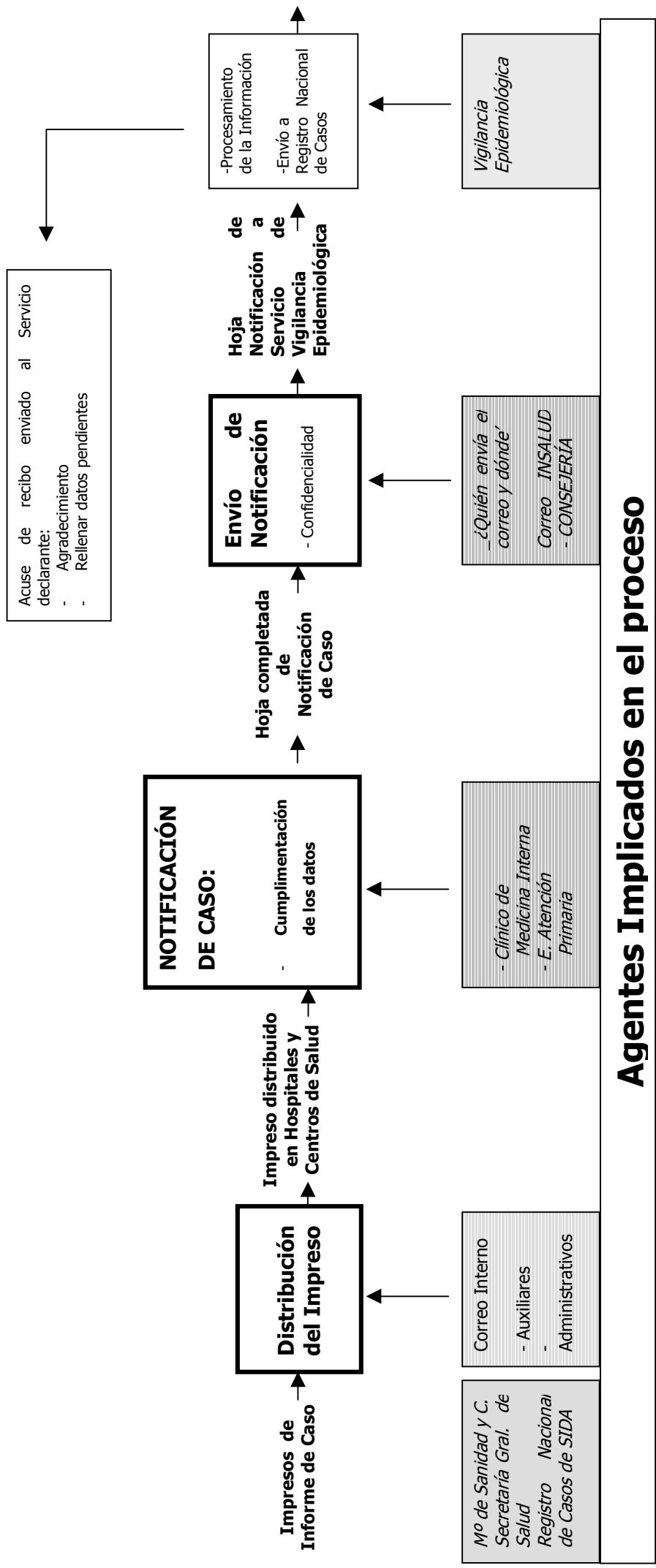
Proceso de Notificación de caso

En la tabla 1 se representa un esquema del proceso de Notificación de caso de SIDA. en la revisión de este proceso se señalaron algunos de los puntos débiles del proceso:

- Desde las secretarías de medicina interna de los centros asistenciales muchas veces se desconocía el procedimiento correcto para el envío de la hoja de notificación de caso. No se envían correctamente al Servicio de Vigilancia.
- En ocasiones, los datos no son debidamente cumplimentados y en algún área sanitaria se ha sospechado una clara subnotificación. Existen disparidades en la calidad en el cumplimiento de la notificación entre distintos centros hospitalarios. Como la cumplimentación de la notificación es, en última instancia, un acto personal que depende del profesional sanitario, la no cumplimentación de la misma (no debida a problemas en acceso a los datos que se pide en el impreso) se presupone por una falta de motivación o de interés del clínico por la información epidemiológica del registro de SIDA.
- En este sentido se achaca también una débil comunicación entre los sistemas epidemiológicos y los sistemas asistenciales. Desde Atención Primaria se apuntaba que no llega adecuadamente la información epidemiológica a los centros de salud.
- La revisión de todo el proceso (por ejemplo en el envío de la hoja de notificación una vez) ha de garantizar la confidencialidad. Es exigible que se siga correctamente el procedimiento de envío de la notificación a Vigilancia Epidemiológica.
- Así mismo, el acuse de recibo que se envía desde Vigilancia al médico notificador tiene que cumplir criterios de confidencialidad según lo expuesto más arriba.

Gestión del proceso de Notificación de Caso:

Tabla 1



Sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH en Asturias

Objetivo

Disponer de un sistema de información que permita conocer la incidencia, prevalencia, historia natural de la enfermedad, patrón epidemiológico y otros aspectos relacionados con las personas diagnosticadas de infección por VIH, que permita poner en marcha programas preventivos específicos de intervención para la reducción del daño y el control de la epidemia.

Definición de caso

- a) Personas diagnosticadas de infección por VIH en cualquier centro sanitario de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.
- b) Sólo se notifican los nuevos diagnósticos de infección por VIH, en personas que no tengan un resultado positivo previo a este respecto, no se tomarán en cuenta los resultados de pruebas anónimas voluntarias).
- c) Se considerarán únicamente los diagnósticos de infección VIH confirmados, según los siguientes criterios:
 - Para mayores de 18 meses: test de confirmación positivo para el VIH-1 o el VIH-2 (Western blot o similar)
 - En niños menores o iguales de 18 meses: confirmado por cultivo viral, PCR o AgP24

49

Estructura

El sistema de información se estructura en los siguientes niveles funcionales:

1.- Fuentes de información

Laboratorios de diagnóstico clínico hospitalario del sistema sanitario público, que envían al siguiente nivel muestras con una serología inicial positiva, para confirmar la infección VIH.

2.- Laboratorio de referencia para la analítica VIH (Sección de Inmunología del Laboratorio de Salud Pública)

Realiza test de confirmación de las muestras con serología inicial positiva

Realiza test de confirmación para menores de 18 meses: PCR, antigenemia (p24)

Recoge toda la información de laboratorio mediante una Base de datos por individuo, para control de duplicados y seguimiento individualizado.

Semestralmente envía información anónima a la Sección de Vigilancia Epidemiológica de los casos de nuevas infecciones VIH.

3.- Sección de Vigilancia Epidemiológica

Análisis semestral de la información recibida del Laboratorio y elaboración de informe de la situación epidemiológica de la infección VIH.

Notificación al CNE (Plan Nacional de SIDA), de forma anónima, con carácter semestral. A través de ellos, la información se envía al Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del VIH (OMS).

Variables a recoger

La información a recoger para la Vigilancia de nuevas infecciones por VIH se corresponde con el modelo de ficha de notificación que se incluye en el **Anexo 1**. En concreto, las variables son las siguientes:

50

Datos del paciente:

Dos primeras letras de primer apellido, segundo apellido y nombre

Fecha de nacimiento, edad

Sexo

Municipio, país de residencia, país de origen

Información clínica y epidemiológica:

Positividad a VIH-1, VIH-2 o ambos

Fecha primer resultado positivo

Fecha del último test negativo (si disponible)

Mecanismo de transmisión

Estadio clínico de la infección VIH

Recuento de CD4, carga viral (si disponible)

Centro notificante:

Centro que remite la muestra

Tipo de Servicio que indica el test

Código para control de duplicados:

Constituido por los 4 dígitos del año, los 2 dígitos del mes y los 2 dígitos del día de la fecha de nacimiento, seguido de las dos primeras letras del primer apellido, las dos primeras letras del segundo apellido y las dos primeras letras del nombre.

Codificación:

Según los criterios del SINIVIH del Plan Nacional de SIDA

Circuito de notificación

Todas las solicitudes de analítica VIH vehiculadas a través del sistema público son recibidas y analizadas en el laboratorio de serología de los hospitales públicos de cada Área, mediante un análisis inicial (tipo ELISA). Las muestras con serología inicial positiva son enviadas a Laboratorio de Referencia para un análisis de confirmación.

Es necesario reseñar que desde el inicio de la epidemia y por acuerdo voluntario de todos los laboratorios de la red asistencial, en el laboratorio de Salud Pública se realizan las técnicas de confirmación en aquellas muestras que dan resultados positivos o dudosos en el cribado.

La centralización de estas pruebas de confirmación en un solo laboratorio ha supuesto una serie de ventajas:

- Ahorro en el diagnóstico, rentabilizando al máximo la utilización de reactivos y evitando muchas duplicidades. Este factor, aunque no lo consideremos ni mucho menos determinante, adquiere más importancia en el momento actual, caracterizado por una disminución en las tasas de infección y, por tanto, por la menor detección de casos positivos por laboratorio y año.
- Uniformidad en el criterio de la interpretación de dichas pruebas para toda la comunidad autónoma y desde el inicio de la epidemia (disminución de la variabilidad).
- Dotar a la comunidad autónoma de una seroteca que permite la realización de estudios desde el inicio de la infección.
- Obtener y mantener una información tanto relativa a las técnicas utilizadas como a datos de interés en Salud Pública, tales como factor de riesgo, edad, sexo y fecha de diagnóstico...

- Proporcionar apoyo al Centro Comunitario de Transfusiones en la confirmación de las hemodonaciones positivas al cribado.

En la elaboración de un sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH en Asturias, además de lo recogido hasta ahora es preciso la creación que combine las necesidades de cada uno de los agentes implicados en el control de la infección por VIH.

Propuesta para la base de datos

En este sentido tendríamos que tener en cuenta:

a) Combinar las utilidades de la base de datos con las necesidades (objetivos específicos) de los siguientes agentes:

- Sistema sanitario local (laboratorios de diagnóstico y Centro Comunitario de Transfusiones).
- Sistemas autonómicos (Laboratorio de Salud pública, Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Programa de prevención VIH-SIDA).
- Sistemas extra-sanitarios (Asociaciones, colectivos, personas afectadas...).
- Sistemas nacionales (Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA).

b) Definir la estructura general de la base de datos:

- Aporte de la información.
- Esquema de la base de datos con sus correspondientes subficheros.
- Suministro de la información (para la realización de informes finales desde el LSP o desde el Servicio de Vigilancia epidemiológica).

c) Definir los niveles de acceso y los flujos de información.

Es decir, definir a que base de datos (qué ficheros) pueden tener acceso los distintos agentes.

d) Definir el listado de campos de cada uno de los subficheros de la base de datos.

Vigilancia sobre conductas de riesgo

La vigilancia sobre las prácticas de riesgo, su situación en distintos colectivos específicos y la tendencia de las mismas es de gran importancia para el diseño y revisión de programas preventivos.

En la actualidad se está en la fase de análisis de los resultados de la Encuesta elaborada desde la DGSP y XEGA sobre **los hábitos sexuales de hombres que tienen relación**

con hombres. Otros colectivos sobre los que sería interesante una monitorización para conocer la existencia o ausencia de prácticas de riesgo serían: personas que realizan consumo de drogas por vía endovenosa, y trabajadoras sexuales.

Teniendo en cuenta las tendencias en la transmisión en la vía sexual y, en el marco específico de un programa global y multidisciplinar, sería interesante conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en el colectivo de jóvenes y adolescentes.

La elaboración de este tipo de estudios tiene un interés tanto por los resultados encontrados como en el proceso de elaboración, sobre todo si en la elaboración de los estudios (encuestas) participan las propias asociaciones, consiguiendo de esta forma un objetivo de participación comunitaria en el diseño, realización y evaluación de estudios epidemiológicos.

Anexos

Anexo 1:

HOJA DE REGISTRO DE INFECCIÓN VIH (página 191)

.....

Documento de Trabajo

Atención Socio-Sanitaria. Coordinación de recursos sociales en la atención al afectado VIH-SIDA

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Coordinadora:

Rocío Redondo Rodríguez

Trabajadora Social. Unidad de Trabajo Social
Hospital San Agustín de Avilés

*“¡Qué tiempos estos en que
hablar sobre árboles es casi un crimen
porque supone callar tantas alevosías!”*

B. Brecht

Participantes:

Rosa Diéguez Abad
Coordinadora del Programa Ayuda a Domicilio. Comité Ciudadano Antisida

M^a Luisa Espina Alonso
Trabajadora Social. Centro de Encuentro y Acogida. Cáritas

Sofía García Méndez
Trabajadora Social. Centro de Salud Mental de Mieres

Dolores Gómez Mayo
Trabajadora Social. Fundación Siloé

Luz María Gutiérrez López
Trabajadora Social. Hospital Materno Infantil de Oviedo

Paquita Martín Franco
Trabajadora Social. Centro Penitenciario de Villabona

Rosario Rodríguez Gutiérrez
Trabajadora Social. Centro de Salud de Mieres

Leonor Sierra Rey
Trabajadora Social. Hospital Central de Asturias

M^a Henar Suárez Alvarez
Trabajadora Social. Hospital de Cabueñes

José Manuel Suárez Suárez
Psicólogo. Comité Ciudadano Antisida

Colaboración de:

M^a Jesús Fernández Alvarez
Trabajadora Social. Hospital Central de Asturias

Mercedes López Díaz.
Trabajadora Social. Hospital Alvarez-Buylla

Rosana Santamarta González
Trabajadora Social. Hospital de Avilés

Francisco Manuel Suárez García
*Médico. Servicio de Planificación Sanitaria
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*

Situación actual en la atención Socio-Sanitaria

La identificación de los problemas de salud requiere la identificación de los servicios y recursos disponibles así como la determinación de necesidades reales y emergentes.

Los afectados de vih/sida, viven más tiempo y se mueren de forma diferente. Cada vez pasan menos tiempo hospitalizados y requieren menos cuidados físicos. Por ello, pasan en la mayoría de los casos la fase final de la enfermedad con su familia y en algunos otros casos en situación de exclusión social.

Esto nos confirma que tenemos que trabajar desde una **perspectiva familiar y social**, porque con todas sus limitaciones es el tratamiento más eficaz.

En la evolución de la enfermedad no ha habido un paralelismo entre los avances clínicos-científicos y los logros sociales. Por tanto el **apoyo psicosocial** es tan primordial como el clínico para que los esfuerzos sanitarios y farmacológicos no se conviertan en una contradicción.

El grupo de trabajo quiere realizar una serie de puntualizaciones en relación a las carencias más significativas y desde los diferentes ámbitos (Atención Primaria, Atención Especializada, ONGs, Instituciones Penitenciarias):

- Ausencia de modelo de atención biopsicosocial.
- Ausencia de flexibilidad en el acceso a recursos normalizados (PNC, empadronamientos... desestructuración...), con la consiguiente peregrinación por los diferentes dispositivos y precariedad social y personal.
- Se trata de una población extra-consumidora de recursos que podríamos llamar de emergencia, puntuales y con cierta anarquía y a la vez con escasa vinculación a la Red Primaria Social y Sanitaria.
- Se trata de una población multiproblemática, multisectorial y atendida por multiprofesionales y en múltiples ocasiones descoordinados y sin un Plan Individual de Trabajo Social y Sanitario.
- Dificultades para realizar tratamientos por la dependencia sanitaria que genera la propia enfermedad.
- Ausencia de trabajo profesional de calle u otros específicos a su trayectoria y con relación a la fuerte desestructuración previa al diagnóstico.
- Rechazo (encubierto) clínico y social, en la propias Instituciones Públicas.
- Aumento de las patologías duales (Psiquiátricas, adicción a tóxicos,)
- Ausencia de derivaciones profesionales activas en todas las estructuras.

- Fuerte presión asistencial que dificulta el abordaje de estos pacientes que son de alta complejidad y sin estar protocolizados.
- Ausencia o en escasa medida de vinculación con el Primer nivel de Asistencia Sanitaria y Social, (Centros de Salud y Centros Sociales Municipales).
- Ausencia de espacios de acogida bien sean permanentes o itinerantes, facilitadores de una pre-vinculación con la red Social y Sanitaria establecida.
- Un amplio sector de pacientes están en una situación de clara pobreza, así como un porcentaje importante en situaciones límites y de exclusión social, con problemática añadida de "sin techo".
- Ausencia de un profesional como punto de referencia, que llamaríamos "Referente", "Gestor de casos", al que le correspondería una función de coordinador de toda su problemática en el recorrido sociosanitario a modo de acompañamiento social.
- Indefinición de los programas de voluntariado.
- Ausencia de forma global de recursos, en todos los ámbitos, Unidades de desintoxicación abiertas, de emergencia específicos que garanticen una continuidad en la asistencia y que ésta sea integral, económicos etc.

El derecho a la atención sanitaria y social de todo ciudadano se encuentra con una serie de limitaciones mucho más amplia en cuanto a las prestaciones sociales que a las sanitarias.

Tenemos una Ley General de Sanidad, actualmente no disponemos de una Ley Básica de Servicios Sociales con la consiguiente disparidad entre comunidades y corporaciones locales.

Su desarrollo ha sido irregular, sin que exista un acuerdo sobre los servicios sociales básicos e imprescindibles que dificultan la definición de las necesidades y dotación de recursos de la dimensión social de lo sanitario y la dimensión sanitaria de lo social.

La ausencia de infraestructuras de servicios sociales de base desde los que se contemple respuestas normalizadas a personas con exclusión social en términos generales hace que en la infección vih/sida sea más sensible y vulnerable porque el impacto psicosocial es aún mayor.

Propuestas para la mejora de la atención Socio-Sanitaria

Todo ello nos lleva a plantear como alternativas básicas e incuestionables las siguientes:

1. Implantación **de Guías/protocolos clínicos** en los que se incluya **atención biopsicosocial** en Atención Primaria, Especializada, Salud Mental con el consiguiente apoyo institucional necesario e imprescindible para la implicación de los profesionales.
2. Implantación de **comisiones con carácter interinstitucional** y por cada Area Sociosanitaria, debiendo estar representados todos los sectores involucrados (Salud Mental, Atención Primaria, Especializada, ONGs, Servicios Sociales Municipales, Minusvalías).
3. Creación de la figura del **Tutor/gestor de casos**, para asegurar la **continuidad asistencial** y servir de persona de referencia para los afectados y coordinación entre niveles, recursos y necesidades, sobremanera en aquellos casos que por sus características particulares se hace imprescindible por sus dificultades personales y sociales.
4. El incremento de la supervivencia de los pacientes ha convertido la infección vih/sida en una **enfermedad crónica** siendo imprescindible enfatizar en las medidas de reinserción social y familiar y prestar especial atención al sistema de cuidados en la dependencia.
5. Implantación del tratamiento con la familia/allegados con intervenciones desde un enfoque múltiple: Información, habilidades psicosociales, resolución de conflictos, redes de apoyo social.
6. Fomentar el estudio e implantación de medidas de discriminación positiva para propiciar el acceso al mercado laboral normalizado, con una formación profesional, ocupacional y adecuada al perfil sociodemográfico de estos afectados.
7. Favorecer medidas institucionales para que en los Planes de Empleo Municipales puedan incluirse disposiciones favorecedoras para su inserción sociolaboral en general y desde el área de las discapacidades.
8. Fomentar la inclusión de actividades de ocio y tiempo libre a nivel individual y comunitario integradas en los Programas Generales del Municipio como parte prioritaria en el proceso de integración social.
9. Creación de Centros de Día al menos uno por área sociosanitaria y en función del ratio de población afectada.
10. Creación de pisos, pensiones tuteladas, uno al menos por cada área sociosanitaria.

11. Creación de mini centros residenciales para discapacitados grave/moderadamente afectados a nivel físico/psíquico para situaciones de exclusión social y respiro familiar/allegados.
12. Potenciación de puntos de información, espacios de acogida para situaciones de emergencia social puntual en íntima relación con el trabajo de calle.
13. Implantación de un mínimo vital o **renta básica** que permita dignificar las situaciones de pobreza real en que una mayoría de estos pacientes se encuentran ante las limitaciones personales a las que se deben enfrentar ante la inflexibilidad actual en el acceso a los recursos existentes.
14. Implicación de toda la red de salud mental desde todos los niveles para el tratamiento de toda aquella patología dual de difícil manejo especialmente en las conductas adictivas.
15. Implementación de programas de actuación en conexión con las ONGs de los diferentes ámbitos que puedan incidir positivamente en la integración social desde la perspectiva del trabajo en red.

En definitiva las alternativas convergen en la idea de configurar un modelo asistencial que posibilite una atención mejor y más eficaz y con una garantía de continuidad de cuidados (sociales y clínicos). Esto implica mentalización institucional, profesional, afectados y disponibilidad en la implantación de recursos que hoy por hoy son escasos.

.....

Documento de Trabajo

Atención Sanitaria. Coordinación de recursos sanitarios en la atención al afectado VIH-SIDA

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Coordinadores:

Belén de la Fuente García

Médico. Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital de Cabueñes de Gijón

Alvaro Díaz Alvarez

Médico. Centro de Salud de Natahoyo Gijón

Rafael Cofiño Fernández

Médico. Servicio de Promoción y Programas de Salud
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

“Por eso te hablaré de estos dolores que quisiera apartar”

Pablo Neruda

Participantes:

Consuelo Arranz Gaité
Médico. Centro de Salud de Otero. Oviedo

Luis Caminal Montero
*Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central de Asturias*

Rosa Diéguez Abad
Coordinadora del Programa Ayuda a Domicilio. Comité Ciudadano Anti-SIDA

Dolores Fernández Horcajo
Coordinadora del Programa de Menores. Comité Ciudadano Anti-SIDA

Eduardo Gutiérrez Cienfuegos
Médico. Unidad de tratamiento de toxicomanias. Gijón

Mauricio Telenti Asensio
*Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central de Asturias*

Ana Luz Villarías Fernández
Médico. Centro de Salud Mieres Sur

Colaboradores:

Berta Cid Vila
Médico. Unidad de tratamiento de toxicomanias de Mieres

Guillermo García Velasco
Médico. Centro de Salud del Natahoyo

Luis Guerra Romero
Médico. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA

José María Kindelán Jaquotot
*Médico. Jefe de Sección de la Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Isabel Noguera Zambrano
Médico. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA

Francisco Quintana Fonseca
Psicólogo. Fundación Siloé

Aureliana Segador Gómez
*Coordinadora de la Consulta de Enfermería
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*

El análisis de problemas de este grupo de trabajo parte de los siguientes documentos previos de trabajo:

- Documentos de la Mesa redonda. "Situación actual en la atención al paciente VIH-SIDA. Perspectivas y retos del futuro", que tuvo lugar en Oviedo el 12 de Diciembre del 2000.
- Borrador de trabajo: "Asistencia Sanitaria al paciente VIH-SIDA", elaborado en el 2001 y que incluye algunos de los resultados de la "Encuesta de recursos hospitalario en la atención al VIH-SIDA en Asturias".

Dichos documentos se incorporan en el **Anexo 2** (página 193)

Desde estos documentos y en base a la experiencia de cada uno de los miembros del GdT se realizan una serie de propuestas que señalamos a continuación:

Propuestas correctoras del Grupo de Trabajo

El aspecto central en las propuestas correctoras de este grupo de trabajo es que el centro de nuestra practica clínica diaria sea la mejora de la calidad asistencial al paciente.

Por ello todos las propuestas desarrolladas en adecuación de servicios, coordinación, aumento de recursos humanos, mejora de la formación, etc... están desarrollados teniendo en cuenta dicho principio.

63

Grupo A:

Propuestas orientadas a la mejora de la organización y de la calidad de la asistencia en la Atención Especializada al paciente VIH-SIDA

1. Estabilidad y definición de los equipos profesionales:

- 1.1 Crear y/o definir Unidades de Enfermedades Infecciosas, al menos en aquellos centros hospitalarios de nuestra región que tienen mas de 175-200 pacientes a seguimiento.
- 1.2 Definir la plantilla de profesionales (médicos y de enfermería) que conforma dicha Unidad. Dotar de cierto grado de estabilidad profesional a dichos equipos.

2. Mejora de la accesibilidad del paciente:

- 2.1 Consultas externas "abiertas":
 - Acceso telefónico desde y hacia el exterior (para pacientes y para otros profesionales de la red).

- 2.2 Evitar demoras en las primeras consultas (no más de tres semanas) y en las sucesivas.

3. Dotación adecuada de recursos:

3.1 Recursos humanos:

- Se estima en 1 medico y 1 ATS por cada 200-300 pacientes a seguimiento.
- Potenciar el papel de la enfermería en actividades de prevención y promoción y en el desarrollo de programas específicos para potenciar la adherencia a tratamientos en las consultas externas.

3.2 Recursos materiales:

- Espacio físico adecuado en las consultas externas. Ubicadas correctamente en el espacio del resto del hospital. Con consultas individuales para el médico y la enfermera.
- Mejora de los sistemas de informatización (tanto en el ámbito de hospitalización como de consultas externas), para identificar mejor la población de consulta y poder planificar los recursos disponibles en relación con cargas asistenciales, la evolución de la infección, la efectividad de los recursos ofertados...
- Espacios adecuados para la dispensación de la medicación.

4. Proceso asistencial:

4.1 Organización de la consulta:

- Tiempo de consulta adecuado.
- Delimitar funciones de médico y enfermería para potenciar el papel de esta última en las actividades de promoción y educación para la salud como ya se señalo en 3.1.

4.2 Cartera de servicios de la consulta externa:

- Definir la cartera de servicios. Incluir en esta programas de adherencia a tratamiento.
- Definir indicadores de evaluación de dicha cartera de servicios (indicadores de efectividad y de eficiencia).
- Establecer, en base a 3.2, un sistema informático en consulta adecuado para la recogida de dichos indicadores.
- Establecer procedimientos para evaluar la satisfacción del paciente en el proceso asistencial.

- 4.3 Mejora de la Confidencialidad:
- Mantenimiento y mejora de la confidencialidad en los procesos de atención (registro, consulta, manejo de la historia clínica, dispensación de fármacos...).
- 4.4 Favorecer que los pacientes tengan acceso a una atención integral y actualizada según la mejor evidencia científica disponible. Esto incluiría:
- La atención psicológica en aquellas personas que la persona lo requiera como parte de su tratamiento continuado.
 - Una correcta atención psiquiátrica.
 - Atención adecuada a los procesos de coinfección VIH-VHC e incluir los protocolos actualizados para el trasplante hepático en aquellos pacientes que cumplan criterios para el mismo.
 - Técnicas de reproducción asistida.

Grupo B:

Propuestas orientadas a la mejora de la organización y de la calidad de la asistencia en la Atención Primaria al paciente VIH-SIDA

5. Establecer el paquete de actuaciones mínimas que se tendrían que desarrollar desde Atención Primaria para la Atención al Paciente VIH-SIDA.

- 5.1 Definir las actuaciones de atención al paciente VIH-SIDA dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria.
- 5.2 Realizar indicadores de evaluación adecuados para valorar dicha actividad asistencial en Atención Primaria.

6. Establecer protocolos de actuación entre Atención Primaria y Atención especializada.

7. Potenciar la formación de los profesionales de Atención Primaria para la correcta atención al paciente VIH-SIDA desde el ámbito comunitario.

Grupo C:

Propuestas orientadas a mejorar la coordinación de los distintos niveles asistenciales de atención al paciente VIH-SIDA

8. Creación de la figura de "Gestor de Casos" ²:

- 8.1 Se establecería con un papel en aspectos de coordinación y también de formación.
- 8.2 Se plantea su utilidad en aquellos pacientes con necesidad de un abordaje intenso, complejo, multidisciplinar y con la necesaria coordinación de varios recursos sociosanitarios.
- 8.3 Se plantea también su utilidad en aquellos casos en los que es necesario una búsqueda de apoyo extrahospitalario para inicio y control de adherencia a diferentes terapias.

9. Mejorar la coordinación entre los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Enfermedades Infecciosas:

- 9.1 Transmisión de información periódica y actualizadamente. Envío de informes médicos por correo interno, manteniendo los máximos niveles de confidencialidad, desde las Unidades de Enfermedades Infecciosas a los Equipos de Atención Primaria.
- 9.2 Posibilitar sesiones periódicas para revisión de casos clínicos. Estas sesiones mantienen una doble finalidad : La coordinación y la formación continuada.
- 9.3 La posibilidad de una consulta externa "abierta " (punto 2.1) a través de un teléfono también facilita y agiliza el intercambio de información.

66

10. Mejorar la coordinación entre las Unidades de Enfermedades y otros centros:

- 10.1 Coordinación con salud mental y unidades de tratamiento de toxicomanías.
- 10.2 Con anterioridad a la salida del Centro Penitenciario de los pacientes VIH-SIDA, se debería coordinar desde el Centro la continuidad de su asistencia sanitaria, poniéndose en contacto con el hospital de referencia y facilitando al paciente un informe sobre su situación sanitaria a la salida del Centro, tratamiento en ese momento, evolución de la enfermedad durante su estancia en prisión y consultas pendientes en los días posteriores a la excarcelación.

11. Creación de una historia única informatizada:

- 11.1 Establecida una red informatizada entre Atención Primaria, Atención Especializada, laboratorios de referencia, Salud Mental... y salvaguardando la confidencialidad del paciente, facilitaría la coordinación y evitaría la duplicidad en muchas de las pruebas solicitadas.

² Anexo 3 (página 223)

- 11.2 Diseño de una cartilla del paciente que él pudiera llevar consigo (donde recoger evolución, tratamiento y analíticas). Sería un paso previo hasta poder tener instalado un sistema informatizado.

12. Coordinación con otros Organismos de la Administración relacionados con los procesos asistenciales de atención al paciente VIH-SIDA:

- 12.1 Establecer criterios conjuntos de actuación con el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la Dirección General de Salud Pública.
- 12.2 Realizar una coordinación global de recursos por área de forma coordinada con las propuestas realizadas desde el Plan SocioSanitario de la Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios y desde el Plan.

Grupo D:

Propuestas orientadas a mejorar la formación de todos los profesionales sanitarios implicados en la atención al afectado VIH-SIDA

13. Contenidos de la formación :

- 13.1 Sobre aspectos clínico-terapéuticos de la enfermedad (actualización terapéutica, guías de práctica clínica, evolución de la enfermedad...).
- 13.2 Sobre aspectos comunicacionales en la relación médico paciente (entrevista clínica y motivacional, como comunicar malas noticias...).
- 13.3 Sobre aspectos relacionados con prevención y promoción de la salud. Estrategias de counseling para potenciar el aumento de la adherencia a los tratamientos.

14. Destinatarios de la Formación:

- 14.1 Personal sanitario (médico y de enfermería) de las Unidades de enfermedades Infecciosas.
- 14.2 Personal sanitario de Atención Primaria, Centros de atención a drogodependencias, Centros Penitenciarios...

15. Metodología de la Formación:

- 15.1 Sesiones de casos con Atención Especializada (con la participación de Unidades de Enfermedades Infecciosas y EAP, con participación de UTT y otros recursos socio-sanitarios relacionados: Fundación Siloé, Comité Anti-SIDA...).
- 15.2 Sesiones de actualización terapéutica (con el apoyo de los Servicios de Farmacia de las Áreas), orientadas fundamentalmente a Atención Primaria (con contenidos

sobre efectos secundarios, interacciones e incompatibilidades de la terapia antirretroviral).

- 15.3 Difusión de Guías de Práctica Clínica.
- 15.4 Potenciar el papel y el trabajo conjunto de las sociedades científicas de nuestra Comunidad Autónoma.
- 15.5 Formación específica del personal de enfermería para el desarrollo de actividades de consejo, educación para la salud y motivación a la adherencia al tratamiento en el marco de las consultas externas de UEI.

Grupo E:

Propuesta final de implantación

16. Para el desarrollo de los apartados anteriormente descritos se propone:

- 16.1 Realizar un Programa piloto de implantación de las medidas correctoras en el Area Sanitaria V.
- 16.2 Realizar programas específicos dentro del Área V para cada uno de los grupos escritos anteriormente.
- 16.3 Nombrar un grupo de expertos en el área encargado de la elaboración y el seguimiento de estas actuaciones en el área.
- 16.4 Facilitar un sistema de información y unos indicadores de evaluación para realizar el correcto seguimiento de este programa piloto de implantación.

Anexos

Anexo 2:

ASISTENCIA SANITARIA AL PACIENTE VIH-SIDA EN ASTURIAS (página 193)

- I. Aspectos generales en la situación asistencial del paciente VIH-SIDA
- II. La Atención Primaria en la atención a los/as afectados/as por VIH-SIDA
- III. Algunas opiniones de personas afectadas
- IV. Encuesta sobre Recursos y Actividades VIH-SIDA en los Hospitales Asturianos. 2001
- V. Atención VIH-SIDA en Atención Primaria
- VI. Perspectivas y retos de futuro en la Atención al Paciente VIH-SIDA
- VII. Fundación Siloé: Paciente VIH y Casas de Acogida

.....

Documento de Trabajo

Atención Sanitaria en Usuarios de Drogas

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Coordinador:

Eduardo Gutiérrez Cienfuegos

Médico. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías de Gijón

*“A no ser en tus manos,
donde mejor me encuentro es en el mar”*

Gloria Fuertes

Participantes:

Gertrudis Banciella Rodríguez
Médico. Área de Salud
APTAS- Comunidad terapéutica El Valle

Alfredo Guerrero Iturralde
Médico. Centro de Salud de La Calzada. Gijón

Andrés Martínez Cordero
Médico. Servicios Médicos de Centro Penitenciario de Villabona

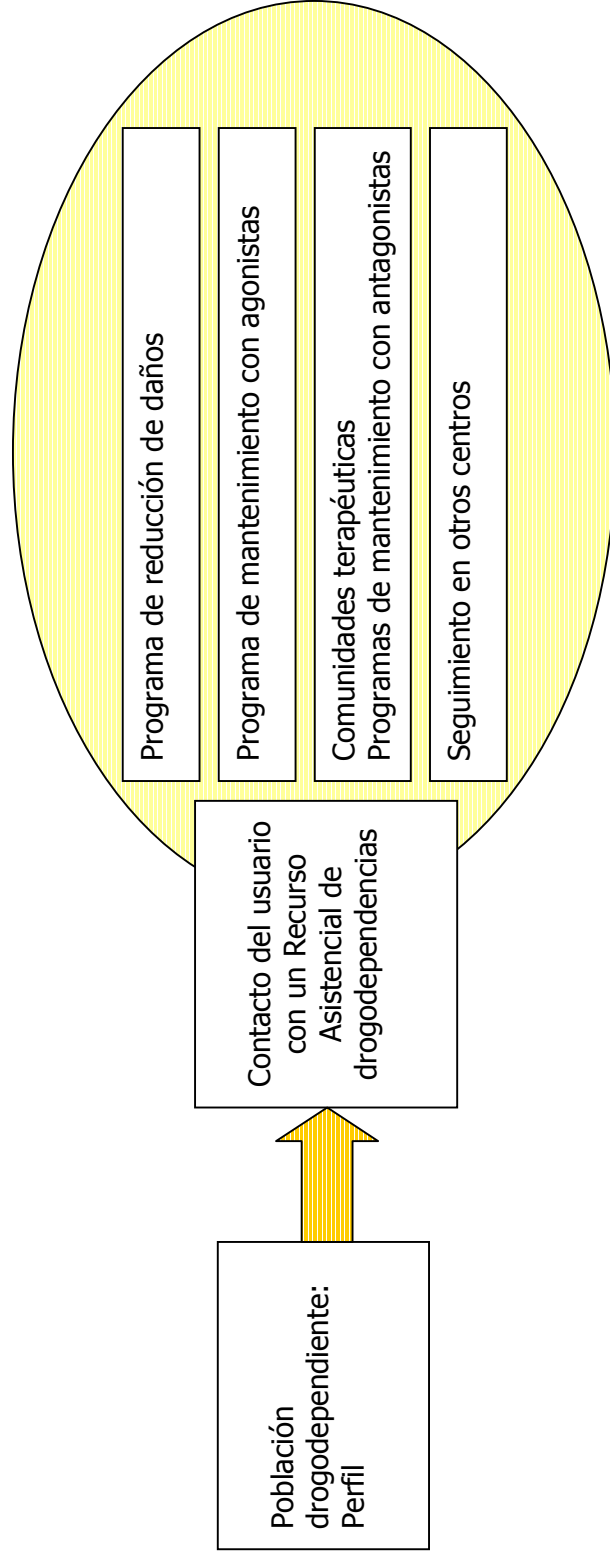
María Amor Martínez García
Enfermera. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías de Mieres

Begoña de Ponga García
Trabajadora Social. Técnico de Salud
Servicio de Coordinación del Plan de Drogas

Jesús Sánchez del Río
Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central de Asturias

Covadonga Valdés Gómez
Médico de Familia
Área de Salud de Fundación C.E.S.P.A.- Proyecto Hombre Asturias

Esquema del proceso asistencial al paciente VIH-SIDA en el entorno de las drogodependencias



1. Diagnóstico precoz. Screening de VIH
2. Derivación a Medicina Interna. Coordinación con MI y AP.
3. Seguimiento: - Adherencia a tratamientos. Supervisión de tratamientos en los centros.
- Prevención en reinfección.
- Ajuste de agonistas u otros fármacos.
4. Seguimiento de pacientes perdidos.

Problemas detectados

1. Organizativos- estructurales:

El aumento de la presión asistencial dificulta la atención concreta de una serie de patologías con un importante componente psicosocial (como es el caso de las drogodependencias y el abordaje al paciente VIH). Esto dificulta un abordaje clínico correcto y un "encuentro" terapéutico adecuado.

2. Deficiente coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Se desconoce la situación del paciente y la situación de su proceso terapéutico.

- Coordinación. Los contactos no se encuentran dentro de un marco estándar y escrito en protocolos o programas y, la mayor parte de las veces, depende de contactos puntuales telefónicos entre profesionales. Puede que, de todas maneras, aunque no sea el más adecuado, sea un procedimiento a mantener.
- Aunque ese contacto puntual y espontáneo solucione determinadas situaciones es necesario estructurar una serie de Objetivos, Procedimientos y mecanismos de evaluación en estos procesos de coordinación. Esto resulta imprescindible para poder analizar tendencias y corregir desviaciones.
 - ¿Quién debe coordinar?:
 - ¿Qué papel tendría que jugar la Atención Primaria?
 - ¿Coordinación institucional *versus* personal?.

3. Se perciben deficiencias formativas en dos vertientes:

- Deficiencias de Actitud ("mis creencias sobre las drogodependencias").
- Deficiencias de Aptitud ("mis conocimientos científicos sobre las drogodependencias").

4. Se produce poca relación entre el profesional de Atención Primaria y el paciente. Se producen derivaciones inmediatas que imposibilitan una relación médico-paciente adecuada (quizás debido a lo reseñado en el punto 2 o en el punto 3).

5. No-existencia o no-cumplimiento de protocolos de atención al paciente (no existen programas específicos de atención al drogodependiente en Atención Primaria por ejemplo...).

6. Papel no aclarado de los servicios centrales y los servicios periféricos de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

7. Respecto a la adherencia a distintos tipos de tratamientos.

- No existen programas específicos.

- Sí se está llevando a cabo en prisiones. La propia estructura de los centros penitenciarios (pacientes internos), facilita el desarrollo de este tipo de intervenciones.
 - Han de realizarse donde esté el usuario (programas de acercamiento).
 - Objetivos de la supervisión de tratamientos:
 - Incrementar la retención en tratamiento.
 - Disminuir la morbimortalidad.
 - Reducir o minimizar el deterioro psicosocial.
 - Mejorar la calidad de vida de los usuarios.
 - Requerimientos para la supervisión de los tratamientos:
 - Entorno agradable y confortable para atender a los pacientes.
 - Suficientes recursos humanos.
 - Adecuar los servicios de farmacia para atender individualmente a los pacientes.
 - Personal especializado para atender a estos pacientes.
 - Programa informático conveniente.
8. Existe una falta de información, tanto de usuarios como de profesionales (ya habíamos señalado en el punto 3 las deficiencias de aptitudes).
9. Ausencia de programas específicos de Promoción de la Salud concretamente en todo lo relacionado con Educación para la Salud.
- Consejo (counseling). Fundamental desde los Servicios de Atención Primaria de Salud y desde los dispositivos de calle en programas de reducción del daño.
 - Diagnóstico Precoz. Desde todos los dispositivos que atienden drogodependientes dado el largo itinerario terapéutico que tienen estos pacientes. No fiarse de la información no documentada por el paciente sobre su situación serológica.
 - EPS. Fundamental desde todos los dispositivos que atienden estas patologías.
 - Grupos/talleres de prevención con profesionales y usuarios.
 - Hincapié en la reinfección.
 - Hepatitis C. Este grupo de trabajo cree imprescindible la mención de la prevención de la hepatitis C en el grupo de UDIs. Existen suficientes evidencias de que en un futuro próximo, esta patología comprometerá en gran medida la vida y su calidad en este grupo de pacientes. Además, su asociación con el VIH va a implicar una peor evolución y tratamiento y, por tanto, pronóstico de los pacientes.
 - Las dificultades para la puesta en marcha de estos programas de EPS son de distinta índole: Los problemas organizativo-estructurales señalados en el punto 1, la

estructura de los equipos de trabajo, sobrecarga asistencial, falta de medios y recursos humanos y materiales, formación...

10. Ausencia de evaluación de programas.

11. Derivación del paciente a consultas de Medicina Interna (¿se realiza derivación y confirmación de que el paciente ha acudido a MI?).

- Sí, se realiza derivación. De todas formas queda por definir quién debe hacerla (APS, Comunidades terapéuticas, centros penitenciarios, centros de salud mental...). Creemos que "oficialmente" debe hacerlo AP, aunque se debe ser pragmático y realista y, para evitar pérdidas en el itinerario, debería derivar quien lo detecte, a falta de instaurar mecanismos sólidos y fiables de coordinación.
- Confirmación de acudir a MI. Debe hacerse informe desde MI, tanto a quien deriva como a APS.
- Gestor de casos. Creemos necesaria esta figura para evitar incumplimientos de tratamiento, falta de controles regulares, etc. Debería estar localizado en el servicio con el que el paciente mantenga un mayor contacto (Anexo 3, página 223).

12. Falta de recursos: Humanos, materiales.

13. Diagnóstico precoz del VIH (¿se realiza screening de VIH a todos los pacientes?)

- Vale más repetir analíticas que quedarse corto. Es un fenómeno observado por todos los miembros del grupo. La ganancia aunque se repitan analíticas es mayor que la posible mala información por parte del paciente o acompañantes.
- Repetir analíticas cada 6 meses donde esté el paciente en ese momento. Para ello sería imprescindible la coordinación entre dispositivos o, si dura el tiempo suficiente en uno sólo, realizarlas en él.
- Necesidad de informes, anuales, al alta por parte de los dispositivos por los que pasa el paciente. Se observa una deficiencia en este sentido. Aportaría información valiosa para evitar / reducir el número de analíticas y contener el gasto.

14. Utilización de técnicas de consejo (counseling) para la petición, información de la prueba del VIH (¿se realiza consentimiento informado y asesoramiento post-realización de la prueba?).

- No se realiza consentimiento informado escrito en ninguno de los dispositivos representados en el grupo de trabajo. Sí información de que se le va a realizar la prueba y, si no quiere, no se lleva a cabo.
- En cuanto al asesoramiento se debe unificar información. Asesorar sobre infecciones y reinfecciones, información a las familias y desvincular la infección del uso exclusivo de la vía endovenosa, recalando también la existencia de la vía sexual. Creemos,

según la experiencia de los miembros del grupo de trabajo, que en el momento actual el mayor riesgo en los colectivos de UDIs para el contagio del VIH es la vía sexual más que la intravenosa.

Propuestas

1. Establecer un protocolo mínimo

- Unificado en el ámbito regional incluyendo unos contenidos mínimos básicos, pero manteniendo una estructura distinta según áreas sanitarias (no son las mismas situaciones en todas las áreas). Este protocolo tendría en cuenta el acceso universal a la prueba del VIH. Se insiste en la necesidad de un consentimiento informado (mínimo oral) y en técnicas de counseling de cara a información pre-test y post-test.
- Se señala la posibilidad de petición de analíticas directamente desde Comunidades terapéuticas aunque sin perder el contacto del usuario con la red de atención primaria.
- Establecimiento de protocolos específicos de atención en los distintos recursos asistenciales. Creemos que estos protocolos deberían ser unitarios y recoger la misma información en todos los servicios por los que puede pasar el paciente. Además, podría adjuntarse al informe de seguimiento o de alta y al que se debería enviar siempre, siempre, a APS. Estar sujetos a la buena voluntad de los profesionales implicados o al conocer personalmente a la persona que está al otro lado de la línea telefónica es, cuando menos, aventurado.

2. Establecer mecanismos de coordinación y seguimiento del paciente a través de las distintas fases de su proceso.

- Establecer el papel del gestor/responsable de caso. No está demasiado claro el perfil profesional de esta persona (clínico, trabajador social, DUE?). Se apuntan desventajas como son la necesidad de conocimientos clínicos en drogodependencias y en técnicas motivacionales y de entrevista clínica y, sobre todo, la escasez o limitación de recursos. Se podría aprovechar esta figura, ya contemplada en el Plan sobre Drogas (Anexo 3, página 223).
- Se realizaría informe de alta desde los Servicios Especializados (incluyendo las Altas Voluntarias de las UDH) e informes de derivación entre recursos. Los informes de

pacientes VIH se tenderían a actualizar anualmente, por lo menos, desde Atención Especializada.

- Sería necesario establecer una coordinación en las salidas del Centro Penitenciario de Villabona. Sería necesario intentar tener un informe de alta cuando el residente vaya a abandonar el centro (esto mejora el seguimiento con UTT, centros de primaria, comunidades terapéuticas o atención del VIH en general).
- Respecto a la coordinación se plantea la posibilidad de establecer una figura por centro de salud que aglutine a todos los pacientes VIH de la Zona Básica de Salud (De forma real, llevando el todos los VIH del centro de salud o de forma "virtual" ejerciendo como una especie de coordinador del equipo de primaria que sea quien establezca los contactos con especializada y esté más actualizado en todo lo referente a UDIs /SIDA). Es una propuesta no claramente consensuada en el grupo

3. Un punto importante de cara a la motivación de los profesionales, la mejora de la práctica clínica es el de la Formación.

Se plantean:

- Establecer sesiones de casos. Se plantea la utilidad de las sesiones de casos periódicas entre Medicina Interna, Atención Primaria, UTT, Unidades de ETS, etc., para actualizar tanto la coordinación y el seguimiento de casos como la formación de AP (se plantean, de todas formas, una serie de dificultades en cuanto a tiempo, accesibilidad..., experiencias similares parece que no han salido adelante..)
- Establecer un paquete conjunto (Sociedades científicas, colegios, unidades docentes, comisiones de docencia hospitalarias..) para actualizar y unificar conocimientos.
- Cursos, talleres, jornadas, congresos...
- Rotaciones clínicas.
- Otras propuestas: Página Web, documentación periódica (tipo hojas de actualización farmacológica)...
- Los contenidos propuestos serían:
 - Entrevista clínica, entrevista motivacional, sustancias de consumo (nuevos patrones y sustancias de consumo), gestión de recursos, programas de reducción de daño (sexo seguro, venopunción segura). Técnicas para la mejora de la adherencia y cumplimentación correcta de tratamientos, contenidos actualizados VIH/TBC..
 - Un tema apuntado pero que no llegó a perfilarse más era como realizar la incentivación a los profesionales más implicados en estos temas ¿es necesario hacerlo? ¿Por qué? ¿Cómo?

- 4. Necesaria revisión de los programas de Educación para la Salud.** Sigue siendo una asignatura pendiente (no incluida en los distintos dispositivos asistenciales y menos aun correctamente evaluada). Se tendría que asegurar un paquete mínimo de contenidos de EPS en todos los recursos (Atención especializada sobre todo en Consultas Externas y en las UDH; Atención Primaria; Comunidades terapéuticas, CSM. UTT...).
- 5. Revisar el cumplimiento de programas dentro de las UTT** que se consideran básicos y que sólo se realizan de forma *heroica* y esporádica: programa de inmunizaciones, de sexo seguro (EPS en general), de adherencia...
Respecto a esto se señala que una ordenación de recursos existentes a veces optimiza la atención, la calidad asistencial y la practica profesional, pero que a veces no es suficiente con ordenar los recursos sino que es preciso introducir nuevos recursos humanos y materiales.
- 6. Más comunicación de Salud Pública con los clínicos.** La información epidemiológica, la determinación de la magnitud y la gravedad del problema es un tema que interesa a los profesionales que están en la asistencia y esta información a veces no les llega.

¿Hacia dónde podemos mejorar?

77

1. De las dificultades detectadas ¿Cuáles serían las prioridades de actuación?

- Todas son prioritarias.
 - Coordinación.
 - Recursos materiales y de soporte (Teléfonos, fax, mail...).
 - Recursos humanos.
 - Formación.
 - Incluir la hepatitis C en la prevención del SIDA en UDIs.
 - No olvidar la vía sexual.
 - Creación del gestor de casos.

2. ¿Que medidas podrían llevarse a cabo para mejorar dichas situaciones?

- Coordinación.

- Gestor de casos.
- Desarrollar los programas de disminución del daño, potenciarlos, crearlos donde no existan, acercarlos más a la población específica...

3. ¿De quién dependería la implementación de dichas actuaciones?

- Fundamentalmente del SESPA conjuntamente con la Dirección General de Salud Pública como facilitadora del resto de actividades.
- Implicación de los profesionales más directamente relacionados en la atención a este grupo de pacientes.
- ONGs ?

Anexos

Anexo 3:

RESPONSABLE DE CASO: ¿UTOPIA O POSIBILIDAD REAL? (página 223)

.....

Documento de Trabajo

Prevención en Jóvenes, Adolescentes y Centros Educativos

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Coordinadora:

Marián Uría Urraza

Socióloga. Servicio de Promoción y Programas de Salud
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

*“Tu también me haces preguntas, y te escucho.
Mi respuesta es que no puedo responder, tendrás
que descubrirlo por ti mismo”*

Walt Whitman

Participantes:

Mercedes García Ruiz
Técnica en Salud
Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

Teresa Jiménez Montoya
Mediadora
Unión Nacional de Gitanos de Asturias (UNGA)

M^a Jesús Pino Fernández
Profesora de Secundaria
I.E.S. Carreño Miranda. Avilés

Tania Rodríguez Peláez
Estudiante de Medicina
Asociación de Intercambios de Estudiantes de Medicina de España (AIEME). Oviedo

Oscar Suárez Álvarez
Miembro del Grupo de Trabajo en Salud
Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

Adolescencia y Juventud. La prevención del VIH

Por qué la necesidad de trabajar con la juventud

De los 1.157 casos de SIDA diagnosticados en Asturias, 315 (27%) tenían entre 20 y 29 años y otros 585 (51%), entre 30 y 39. Esto indica que, dado al periodo de tiempo que normalmente transcurre desde la infección hasta el desarrollo de la enfermedad, una parte muy importante de estas personas se infectaron probablemente en la adolescencia o juventud.

La adolescencia es el periodo en el que se experimentan nuevas conductas (relaciones sexuales, consumo de sustancias) que además de ser parte del periodo de aprendizaje, pueden conllevar riesgos para la salud y condicionar la vida (enfermedades de transmisión sexual –entre ellas el VIH-, embarazos no deseados). Sin embargo estos riesgos son difíciles de percibir. Por un lado el futuro y las posibles consecuencias de una conducta de riesgo, son vistos como algo muy lejano, mientras que el placer o la vivencia positiva son cercanos, inmediatos.

Si un embarazo es percibido como algo lejano, la posibilidad de enfermar de SIDA, es algo aún más vago. Es además algo que “no me puede pasar a mí”, ya que el sentimiento de “inmunidad” es muy alto en estas edades. Y la opinión de los otros, la presión del grupo, son también muy fuertes.

Y aún en el caso de que el riesgo pueda ser percibido, los y las adolescentes están en un periodo en el que no es habitual contar con la capacidad y las habilidades para manejarlo. El haber tenido acceso a la información, no implica que se les haya provisto de herramientas para tener control sobre su propia salud, que generen autoestima, que les permitan ser asertivos, que les ayuden a poder negociar prácticas de menos riesgo, prácticas alternativas. Por otro lado los y las adolescentes no son un colectivo homogéneo. Cuestiones como el género, la clase social, la orientación sexual, la pertenencia a una etnia o religión concretas, hacen que no todos y todas tengan las mismas posibilidades y expectativas ante la vida, el mismo acceso a la información y a la formación, al ocio y al trabajo. Y tampoco todos y todas van a tener los mismos riesgos y la misma capacidad de manejarlos.

Sin embargo, es cierto que es una época muy permeable, en la que se puede influir positivamente y en la que se puede estimular a tomar parte activa en las políticas y prácticas que reviertan, tanto en su propia salud como en la de sus iguales. Por ello es importante que la juventud tome parte activa en la prevención del VIH.

Si la transmisión por vía inyectada (por compartir jeringuillas), puede afectar a una parte, afortunadamente pequeña, de los adolescentes y jóvenes, la transmisión sexual es la vía a la que estarán expuestos todos los que tengan relaciones sexuales y por tanto, en la que es necesario hacer énfasis.

Resultados de una tormenta de ideas en torno a los riesgos de infección en los jóvenes y los problemas para evitarlos

La información, a través de quien y cómo llega

- La información normalmente no está adaptada a los adolescentes. La mayor parte va dirigida a la población general, sin especificar necesidades o formas concretas de percibir este tema.
- Aunque desde el medio educativo es más fácil abordar la prevención del SIDA que hablar de sexualidad, (problemas de inseguridad de los profesores a tratar este tema, miedo a la reacción de los padres), tampoco se hace de forma generalizada.
- La familia no sabe cómo afrontar este tema con los hijos. Además muchos padres y madres no lo ven como un problema "cercano" que pueda afectar a sus hijos (mantenimiento de idea de "grupos de riesgo").
- Por otro lado los chicos y chicas ven a sus padres como lejanos, desfasados. La información que den se percibe como condicionada por el deseo de proteger.
- La información parece que a veces protege: "existe, pero no me va a afectar" porque afecta a "otros".
- Los iguales pueden reforzar la información, pero también los mitos e ideas erróneas.

Los adolescentes y la percepción del riesgo

- Hay poca percepción de riesgo de VIH, cuando entre los iguales no hay casos.
- La baja prevalencia actual en Asturias, fuera del entorno ligado al consumo de drogas inyectadas, sitúa el problema en los "otros".
- El placer se experimenta a corto plazo y el riesgo se percibe a largo plazo. Aún el embarazo es un riesgo a más corto plazo, pero el Sida se ve muy lejano.
- Se incrementa la dificultad de percibir riesgos cuando se está condicionado por el consumo de sustancias (alcohol, otras drogas).

La dificultad para el sexo seguro

- En los contactos casuales o en parejas nuevas es difícil hablar del condón (quien lo plantea puede estar infectado/infectada, llevar un condón puede dar idea de que solo se va buscando un ligue).
- No es sencillo ser asertivo/a. Es necesario tener habilidades para manejar riesgos, para negociar la utilización del condón.
- A menor autoestima, es más fácil que se asuman riesgos.
- En las parejas establecidas (algunos meses saliendo), el plantear la utilización del condón puede sonar a falta de confianza. Los conocidos no pueden tener sida (se juzga por la "pinta").
- Se practica el sexo oral como sustituto del coito. No se percibe el riesgo.
- La presión del grupo. "Hacer lo que la gente quiere que hagas" hace acelerar el momento del primer coito o siguientes.
- Las relaciones sexuales están muy genitalizadas, es difícil aceptar o plantear otro tipo de prácticas, igual o más placenteras, ante la ausencia de condón.
- Cada píldora del día siguiente solicitada, implica que dos personas han estado a riesgo de embarazo, VIH y otras ETS.
- Cuestiones de etnia o religión pueden condicionar la utilización del condón. Las mujeres tienen menos capacidad de decisión en estos colectivos.

Más difícil aún para las chicas

- La carga moral sigue existiendo. Aunque las chicas están adoptando conductas "masculinas" (tomar la iniciativa), siguen existiendo estereotipos que señalan a las chicas que abiertamente se relacionan sexualmente con chicos. Muchas veces son las propias compañeras las que más critican actitudes de otras chicas.
- Las chicas tienden a hablar menos en los grupos o talleres de prevención, sobre todo si son mixtos.
- Las chicas de familias desestructuradas han aprendido a vincularse a través del sexo, buscando afectividad (con el embarazo se consigue una relación más fuerte), o un nuevo rol (la maternidad como paso a la vida adulta).
- El embarazo puede aportar cuestiones positivas (todo lo anterior), pero el VIH no tiene nada de positivo. Pero la enfermedad y la muerte se ven muy lejanas en estas edades.

Adolescentes y jóvenes con mayores problemas de acceso a la información y prevención y quizás con más riesgos.

- Los jóvenes con fracaso escolar y/o gran absentismo.
- Los jóvenes en prisión. Pueden tener conductas de riesgo en la prisión, en permisos o a la salida.
- Jóvenes que se inician en el consumo de drogas ilegales. Aunque se comience por otra vía, hay riesgo de paso a la vía inyectada. Y se suele dar un espacio de tiempo entre el comienzo del consumo y el contacto con recursos sanitarios. Los recursos están poco orientados a los menores que consumen.
- Jóvenes que están en tutela en centros, que provienen de familias con grandes problemas y que han podido pasar por diversos recursos.

La juventud gitana

- Hay poca conciencia del riesgo. El riesgo se percibe en todo caso fuera de la comunidad.
- Los padres no tienen acceso a la información preventiva ni saben como abordarla.
- La sexualidad es un tema tabú, del que normalmente no se habla.
- Las chicas no tienen relaciones sexuales antes del matrimonio o emparejamiento formal.
- El riesgo de transmisión sexual se aprecia como derivado de relaciones de chicos con mujeres fuera de la comunidad gitana.
- El riesgo relacionado con el consumo de drogas tampoco se percibe claramente. Pero los chicos y chicas infectados por esta vía pueden transmitirlo a sus parejas.
- Los chicos no quieren usar el condón y las mujeres tienen poca posibilidad de negociarlo y menos de "imponerlo".
- Los y las jóvenes que están en asociaciones, están siempre ligados a un entorno muy cercano. No se aprueba que dediquen su actividad fuera de este entorno. Con el matrimonio suelen abandonar la participación.
- La información vía sistema sanitario no parece probable, dada la poca utilización de estos recursos.
- No se ve posibilidad de que los jóvenes trabajen como mediadores. La mediación se ve ligada a la edad adulta (respeto).

Algunos apuntes para la prevención

- Asumir la necesidad del condón. El "amor en los tiempos del sida", implica "amor con condón". Si la píldora contraceptiva implicó en la década de los setenta, el poder tomar

las riendas de la propia fecundidad, el condón significa tomar las riendas de la propia salud y la de nuestras parejas.

- Pero la utilización del condón necesita que los chicos asuman su responsabilidad y que las chicas tengan habilidades para poder exigir sexo seguro y que ambas partes hayan asumido previamente el riesgo de la transmisión sexual del VIH y vean la necesidad de prevenirla.
- Es fundamental dar herramientas a las mujeres en general y en especial a aquellas mujeres que pueden llevar a cabo una labor de mediación en colectivos específicos, para que hagan una labor de convencimiento hacia un cambio de conducta, hacia el sexo seguro.
- Porque hay temas en los que hay que hacer más hincapié, o que son más específicos de cada sexo, a pesar de trabajar conjuntamente con chicos y chicas, sería bueno que algunas cuestiones se trataran diferenciadamente en la formación y los talleres.
- Se necesita trabajar con líderes en cada situación o colectivo: en centros de enseñanza, en asociaciones, en prisión, en colectivos de distintas etnias o creencias.
- Sería bueno que se perdiera el miedo a la detección precoz del VIH y que el test fuera visto como una prueba más, para poder comenzar tratamiento en caso de seropositividad (expectativa de vida como otra enfermedad crónica).
- Parece necesario elaborar y editar material específico para trabajar con jóvenes. Los cómics pueden ser una buena vía de acercamiento, para hacer la información más apetecible y cercana.

Medidas y recursos para posibilitarla

La sociedad, a través de sus instituciones (educativas, sanitarias, sociales), tiene la responsabilidad de promover conductas saludables en general y entre ellas, prevenir la infección por VIH en jóvenes y adolescentes.

La escuela, como institución por la que pasan todos los ciudadanos, tiene la responsabilidad de procurar que el alumnado genere estrategias de control sobre los determinantes de la salud, fomentando el autocuidado y la autoayuda.

Parece ineludible la implantación y generalización en la enseñanza secundaria del Programa de Educación Afectivo-Sexual, que tiene como objetivo lograr que los y las adolescentes y jóvenes de Asturias puedan disfrutar de una vida afectivo-sexual placentera y saludable y prevenir los embarazos no deseados, el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Así mismo esta formación deberá estar basada en valores de respeto y autonomía personal, que contribuyan a una educación para la igualdad entre mujeres y hombres y a la erradicación de comportamientos violentos y homófobos.

La prevención de la infección por vía sanguínea, a través del uso compartido de jeringuillas en el consumo de drogas, debería tratarse de forma específica, a través del Programa Ordago, implantado ya en las escuelas asturianas.

El sistema sanitario, debe facilitar los recursos necesarios para que los y las jóvenes tengan la posibilidad de adoptar una vida satisfactoria y sin riesgos, así como garantizar el acceso a estos servicios.

Los Programas de Intercambio de Jeringuillas, Programas de Acercamiento y Centros de Encuentro y Acogida, deberán hacer esfuerzos para acercarse o facilitar la accesibilidad a los jóvenes consumidores de drogas y ofertarles información, educación para la salud, materiales para una inyección y sexo seguros y derivación si lo solicitan.

Las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías deberán orientarse también hacia los jóvenes que consuman droga, con programas específicos, enfocados no solo o reducción de daños o al abandono de la droga, sino a la práctica de sexo seguro para usuarios y sus parejas.

Las Comunidades Terapéuticas deberán también contar con programas orientados a jóvenes consumidores.

La Consulta Joven en los Centros de Orientación Familiar, debe ser una realidad a corto plazo, que se debería también desarrollar a más largo plazo en los Centros de Salud.

Por otro lado los Centros de Información Sexual, deberían extenderse al menos a los grandes municipios de Asturias (actualmente funciona uno en Gijón), sirviendo como puntos de consulta, asesoramiento y derivación.

Los teléfonos de información sobre sexualidad hoy en funcionamiento y ligados a este centro (Gijón), o a proyectos llevados por asociaciones financiados por los ayuntamientos de Avilés y Oviedo, deberán confluir en este año en un teléfono gratuito, con amplio horario, atendido por personas formadas y con cobertura para toda la región, tal como señala el Programa Afectivo-Sexual para Asturias.

La red asociativa es otro medio de acceso a la información y a la formación y debe ser desarrollada al servicio de los y las jóvenes. La educación entre iguales, cuya eficacia ha sido probada internacionalmente, en distintas áreas de trabajo con jóvenes, está siendo desarrollada en Asturias por el Consejo de la Juventud, a través de la formación de mediadores y mediadoras que desarrollan su labor en el tejido asociativo, así como en la enseñanza y con otras entidades, entre ellas la prisión.

La juventud, sobre todo la no escolarizada, bien porque ya ha terminado el periodo educativo, bien por absentismo, necesita tener lugares donde informarse, discutir dudas y recibir asesoramiento y las asociaciones en que participa pueden ser lugares idóneos. El trabajo entre iguales, con mediadores y mediadoras formados, permite recoger inquietudes, propiciar la reflexión y trabajar en propuestas adaptadas a las diferentes realidades y culturas juveniles.

Los y las jóvenes privados de libertad, tienen los mismos derechos que el resto y se debe garantizar la igualdad en el acceso a la información, la formación y los recursos preventivos. Todo este trabajo, ya en desarrollo, es contemplado también como parte fundamental del Programa Afectivo-Sexual para Asturias.

La formación de mediadores y mediadoras para trabajar con colectivos específicos, como jóvenes pertenecientes a la comunidad gitana, o jóvenes inmigrantes de distintos países y creencias, es una tarea que no se puede olvidar, puesto que los mensajes y la formación deberán ir orientados a las necesidades específicas y respetar las distintas identidades.

Cómo llegar

A toda la juventud

En el medio escolar:

A través del profesorado:

- desarrollando el Programa de Educación Afectivo-Sexual, en los dos ciclos de la enseñanza secundaria, haciendo prevención específica del VIH al trabajar la salud y sexualidad.
- con el Programa Ordago de prevención de drogodependencias.

Con el apoyo de delegados y delegadas.

Con el apoyo de las AMPAS, formando a madres y padres.

En el medio asociativo:

A través de:

- mediadores y mediadoras en las asociaciones juveniles y en las Oficinas de Información Juvenil y en los Centros Asesores de la Mujer.
- Programas de ocio y tiempo libre como "Abierto hasta el amanecer" y otros.

En el medio comunitario:

A través de:

- los Centros de Orientación Familiar, los Centros de Información Sexual, los Centros de Salud y los Teléfonos de Información.
- los medios de comunicación, con campañas específicas o en programas de gran audiencia, que pueden suponer un importante apoyo a los programas preventivos, dada su capacidad de generar opinión y el impacto que tienen en los jóvenes.

A la juventud que ha finalizado la educación obligatoria con fracaso escolar

A través de:

- mediadores en asociaciones juveniles.
- del profesorado y mediadores en:
 - Escuelas taller
 - Cursos de Garantía Social
 - Aulas de alfabetización
 - Cursos para alcanzar el Graduado Escolar
- los Educadores de Calle de los municipios.
- programas específicos de ayuntamientos (ej. Programa de Intervención Socioeducativa de Avilés).
- Aulas Populares y otras iniciativas.

88

A quienes consumen drogas

A través de:

- Programas de intercambio de jeringuillas (itinerante, Comité Antisida, CEA, prisión).
- Programas de acercamiento: Nacai, Autobús de Metadona.
- Centros de encuentro y acogida (Calor y Café).
- UTT, con estrategias específicas para menores y jóvenes consumidores.
- Comunidades terapéuticas, en programas específicos.

A la juventud con discapacidades psíquicas o físicas

A través de:

- sus propias asociaciones o asociaciones de familiares, con talleres de formación directa, o dirigidos a los responsables familiares.
- En los centros terapéuticos específicos, formando a los educadores .

A quienes están privados de libertad

A través de talleres de formación directa, educadores, mediadores o iguales en:

- los centros específicos de internamiento (Sograndio).
- las asociaciones que trabajan con jóvenes que llevan a cabo labores en la comunidad como sustitutivo de penas.
- prisión.

A la juventud gitana

A través de mediadoras y también mediadores en:

- la familia.
- sus propias asociaciones.
- el mercado.

A los jóvenes inmigrantes

A través de mediadores y mediadoras de:

- Sus propias asociaciones y ONGs.

A jóvenes trabajadoras y trabajadores del sexo

A través de mediadoras y mediadores:

- de las asociaciones que trabajan con este colectivo (APRAMP, Cruz Roja, Adoratrices).

A los jóvenes que ya están en el mercado laboral

A través de:

- programas de prevención de VIH de los sindicatos, dirigidos específicamente a estas edades.
- cursos del INEM.
- Servicios de Prevención de las grandes empresas.
- cursos de formación a personas incluidas en programas IMI.

.....

Documento de Trabajo

Homosexualidad

Y

VIH/SIDA

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Coordinador:

Rafael Cortina Canal

Médico. Centro de Salud de Trevías
Area Sanitaria I

*“He aquí que viene el tiempo de soltar palomas
en mitad de las plazas con estatua.
Van a dar nuestra hora. De un momento
a otro, sonarán campanas”*

Jaime Gil de Biedma

Participantes:

Julián Alonso Elizo
Profesor de Primaria. XEGA (Xente Gai Astur)

Alejandro Álvarez Ordóñez
Coordinador de Actividades. Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

Jorge Coto Suárez
*Coordinador del Área de Medio Ambiente y de Cooperación Internacional
Cruz Roja Juventud*

M^a del Mar Cuesta Rodríguez
Enfermera. Unidad E.T.S. del Hospital Monte Naranco

Pilar Sampedro Díez
Psicóloga y Sexóloga. Clínica Gineastur

Introducción

El estudio de la problemática que implica al colectivo homosexual en el problema del SIDA ha puesto de manifiesto las peculiaridades de abordaje que precisa esta enfermedad, ya que nos exige intervenir en un tema tan delicado, personal y que afecta a las creencias Íntimas como es la sexualidad, e incluso es necesario promover cambios de actitudes y comportamientos, cuestión que además de resultar difícil puede ser polémica.

En nuestra mesa vimos como tema especialmente relevante la relación que tiene la homofobia con la predisposición a exponerse al VIH, sobre todo los jóvenes, debido al rechazo, aislamiento, lesión de la autoestima y de su capacidad para negociar el sexo seguro, y pensamos el Plan no puede obviar la necesidad de cambio de actitud de la Sociedad hacia la diversidad sexual, debiendo promover mecanismos para lograr una normalización y respeto de los derechos de los/as homosexuales.

Es una prioridad establecer de una manera efectiva la **Coordinación Institucional**, necesaria para desarrollar un Plan de SIDA con posibilidades de éxito, implicando al Sistema Educativo, Sanitario, de Servicios Sociales y Derechos Civiles. También se pone de manifiesto la necesidad de desarrollar **Políticas de Apoyo** que nos permitan por un lado mitigar el impacto o la oposición de diferentes colectivos, formando parte incluso de condiciones previas para poner en marcha ciertas actividades, y por otro lado complementar la política puramente de Salud Pública acerca del SIDA.

Los y las participantes en esta mesa queremos agradecer a la Consejería de Salud el habernos permitido colaborar en éste tema y escuchar nuestras opiniones, así como el buen trato y apoyo recibido en todo momento. Por nuestra parte hemos tenido una gran ilusión durante las mesas y la participación fue intensa, habiendo generado estas conclusiones que creemos serán muy útiles al planificar.

Este documento consta fundamentalmente del análisis, no exhaustivo, de los grupos o colectivos que tienen relación con "SIDA y homosexualidad", el estudio de la problemática, y coherentemente con ella unas propuestas de cómo habría que abordar las soluciones.

Análisis de los Grupos implicados SIDA y Homosexualidad

DE LA ADMINISTRACIÓN / SUPERESTRUCTURA	INSTITUCIONES PRIVADAS	ORGANIZACIONES SIN ANIMO DE LUCRO	COLECTIVOS AFECTADOS
<p>Consejería de Educación, Consejería de Servicios Sociales Consejería de Salud</p> <p>Prisión, Ejército, Policía</p> <p>INSALUD Unidades de ETS del SESPA</p> <p>Consejo de Juventud de Asturias Consejos Escolares Centros de Menores del Principado</p> <p>Iglesia Católica Iglesias Evangelistas, Iglesia Musulmana Iglesia Judía</p>	<p>Locales de Ambiente Gai Sexshops</p> <p>Saunas Piscinas Gimnasios Equipos deportivos.</p> <p>Centros Sanitarios Privados Centros Educativos Privados</p>	<p>Proyecto Hombre Siloé</p> <p>Comité Ciudadano AntiSIDA XEGA Cruz Roja Juventud</p> <p>Consejos de Juventud Locales</p> <p>APAS/AMAS</p>	<p><u>Grupos Homos:</u> Jóvenes leather travestis transexuales homos maduros Lesbianas</p> <p><u>Otros</u> Trabajadores sexuales ADVP VSV* no gays. Presidarios, etc.</p>

*VSV: varones con relaciones sexuales con varones

Algunos grupos llevan años realizando actividades sobre el SIDA como:

Xega

Oferta un servicio de información telefónica, organiza fiestas de prevención del SIDA, reparto de folletos informativos, condones, lubricantes, organiza juegos y actividades didácticas sobre prevención VIH y sexo seguro; edita material informativo y preventivo dirigido a la población gai con mensajes adecuados y está elaborando una guía didáctica para el profesorado.

Cruz Roja Juventud

Oferta y ha realizado talleres en paralelo contra homofobia a padres y a alumnos de Centros Educativos. Puso en marcha campañas referente al turismo sexual.

Consejo de Juventud

Servicio de asesoramiento personal y telefónico sobre salud, al que pueden acudir todos aquellos jóvenes que lo deseen, en horario de oficina.

- Distribución gratuita de preservativos y lubricantes para jóvenes y asociaciones que trabajen con jóvenes.
- Apoyo a iniciativas de sensibilización y contra la discriminación de gais, lesbianas y transexuales, bien realizadas por el CJPA o en apoyo a las organizaciones de gais y lesbianas.

Colectivos afectados

Jóvenes gais, leather, travestis, transexuales, homos maduros. Trabajadores sexuales, ADVP, Varones con relaciones sexuales con varones (VSV) no gais (presidarios, etc.), Lesbianas: Tener en cuenta que las campañas preventivas pueden adoptar diferentes enfoques según estos colectivos, dada su diferente sensibilidad, señas de identidad, conductas de riesgo, acceso a los medios, etc.

Hay que destacar que desconocemos como son en Asturias los comportamientos sexuales de las lesbianas y su riesgo con respecto al VIH/SIDA.

Respecto a los homosexuales maduros, es posible que no se sientan identificados con las campañas de prevención actualmente en marcha, y adopten comportamientos de riesgo.

Posiciones más importantes

Locales de ambiente Gai

Aunque mantienen una posición variada en cuanto a la colaboración para la prevención y desarrollo de campañas, en general colaboran puntualmente para poder desarrollar actividades, distribución de folletos, preservativos, etc. Generalmente dejan poco tiempo expuestos los carteles.

En ciertos locales piensan que ciertas campañas no son agradables o de buen gusto, y que podrían alejar a los clientes.

Suele predominar una visión comercial, primando el negocio, y en función de eso cuidar la salud de los clientes. Deficiente sensibilización en el sector respecto al VIH/SIDA.

En los locales generalmente hay preservativos en máquinas expendedoras, aunque no suele haber geles lubricantes dispuestos adecuadamente.

Sería necesario tener en cuenta todas estas preocupaciones, intereses, y problemas para desarrollar adecuadamente las campañas.

APAS/AMAS

También hay una variedad de posiciones de las Asociaciones de Padres y Madres. En ciertos casos hacen una demanda de Educación sexual para sus hijos, incluso en Primaria, con mentalidad abierta (Luarca, etc.). En otros casos representan un serio problema para desarrollar actividades educativas acerca de sexualidad u homosexualidad.

La principal idea errónea que dificulta su apertura a la Educación Sexual consiste en pensar que ésta favorece el inicio de relaciones sexuales o las fomenta (sobre todo en primaria). Es necesario aportarles la información contraria y hacer diseños educativos adecuados (ONUSIDA). Desarrollar actividades o políticas de apoyo en éste sentido.

Es importante la influencia de las Iglesias en estas asociaciones. En ocasiones basta que haya la oposición de un sólo padre, para que se paralice un proyecto educativo. Idea errónea del supuesto respeto a opiniones de minorías religiosas, que lleva a vulneración del derecho a la información y acceso a medios de prevención que tienen los/as adolescentes.

Centros educativos

Se detecta una gran falta de sensibilidad acerca de la Educación Sexual entre el **Profesorado**, que no tiene ni mucho menos la formación adecuada. En muchas ocasiones usan lenguaje o actitudes sexistas. Es frecuente la homofobia tanto entre el profesorado como entre los alumnos/as.

Hay actitudes de "pasar" del tema, de que "cada uno en su casa que haga lo que quiera". Profesorado más sensibilizado puede tener miedo a tratar temas de sexualidad u homosexualidad, tanto en Centros Públicos como Privados, debido a que posteriormente les hagan imputaciones sexuales, o a enfrentamientos con los Padres. Por tanto suelen preferir que sea alguien de fuera quien haga Ed. Sexual, cosa que se hace aisladamente, puntualmente, en ocasiones con motivo de Jornadas Culturales, y sin Proyecto Educativo serio.

Igual que entre las APAS/AMAS hay ideas erróneas entre el profesorado sobre los efectos de la Ed. Sexual.

Por parte de los **Centros Educativos**, suele considerarse la Educación sexual una "patata caliente", y evitarla para no crearse problemas. En general hay más resistencia a educar en Primaria por las ideas erróneas aludidas en el párrafo anterior, y no se siente la necesidad de

educar sexualmente a los niños y niñas. No obstante, hay Centros que hacen Educación de tipo afectivo- sexual, dirigida a Primaria, aunque sin continuidad posterior.

Suele hacerse una Educación errónea por unir la sexualidad a lo sanitario y a lo genital.

Todas estas dificultades se acrecientan en los **Centros Concertados**. En el caso de que alguien externo realice actividades de Educación Sexual, a menudo realizan un control previo a la intervención y pueden recortar o censurar.

El **Sistema Educativo como Institución** ha sufrido un retroceso en cuanto a la Educación Sexual. Se detecta la necesidad ineludible de coordinarse a nivel institucional no sólo acerca de la educación propiamente dicha, sino también a nivel de facilitar el acceso a los jóvenes a los medios de información y prevención, así como acceso a consultas sanitarias para jóvenes en temas que tengan que ver con su sexualidad.

Iglesias

La postura de la Iglesia Católica como Institución es bien conocida, y no parece que sea diferente en Asturias. Tiene gran influencia, especialmente en Centros Concertados, APAS/AMAS y en la Sociedad y la Política en general. Contraria a contracepción, preservativo, homosexualidad, aborto, etc. Si bien no es tan abiertamente opuesta por igual a cada uno de estos temas, sobre todo debido a la influencia de los grupos de base o la evolución de la Sociedad.

Es necesario desarrollar política de apoyo del Plan de SIDA hacia la Iglesia Católica. Se podría buscar apoyo en los grupos de base, y a través de ellos acceder a que la Institución permita las intervenciones que el Plan de Sida tenga que llevar a cabo. Buscar la comprensión y el respeto mutuo, y hacer que permitan que se cumpla el derecho a la información y acceso a los medios de prevención, respetando a nuestra vez que la Iglesia apele a la conciencia individual a la hora de actuar.

Otras Iglesias, en especial las Evangelistas, suelen ser más reticentes e intransigentes en cuanto a Educación Sexual, homofobia, etc., aunque desconocemos con detalle sus posturas.

Instituciones Sanitarias

Hay una exclusión conceptual de la homosexualidad dentro de la estructura sanitaria, que se manifiesta en diferentes aspectos. Por ejemplo los Centros de Planificación Familiar excluye por definición a los gais (roturas de preservativos, problemas de ETS, etc.), y consideramos

un paso atrás la desaparición de las **Consultas Jóvenes**, ya que éstas facilitaban el acceso de éstos al manejo de ETS, consejo, etc.

La estructura del INSALUD dirige la prevención del SIDA a heterosexuales, y la atención de ETS por esta institución va en el mismo sentido. Hay actitudes homófobas como reflejo de la Sociedad en la que está inmerso. Dudosa confidencialidad en los Centros.

A los Centros Privados parece ser que acuden pocos gays; en éstos sí hay más sensación de confidencialidad.

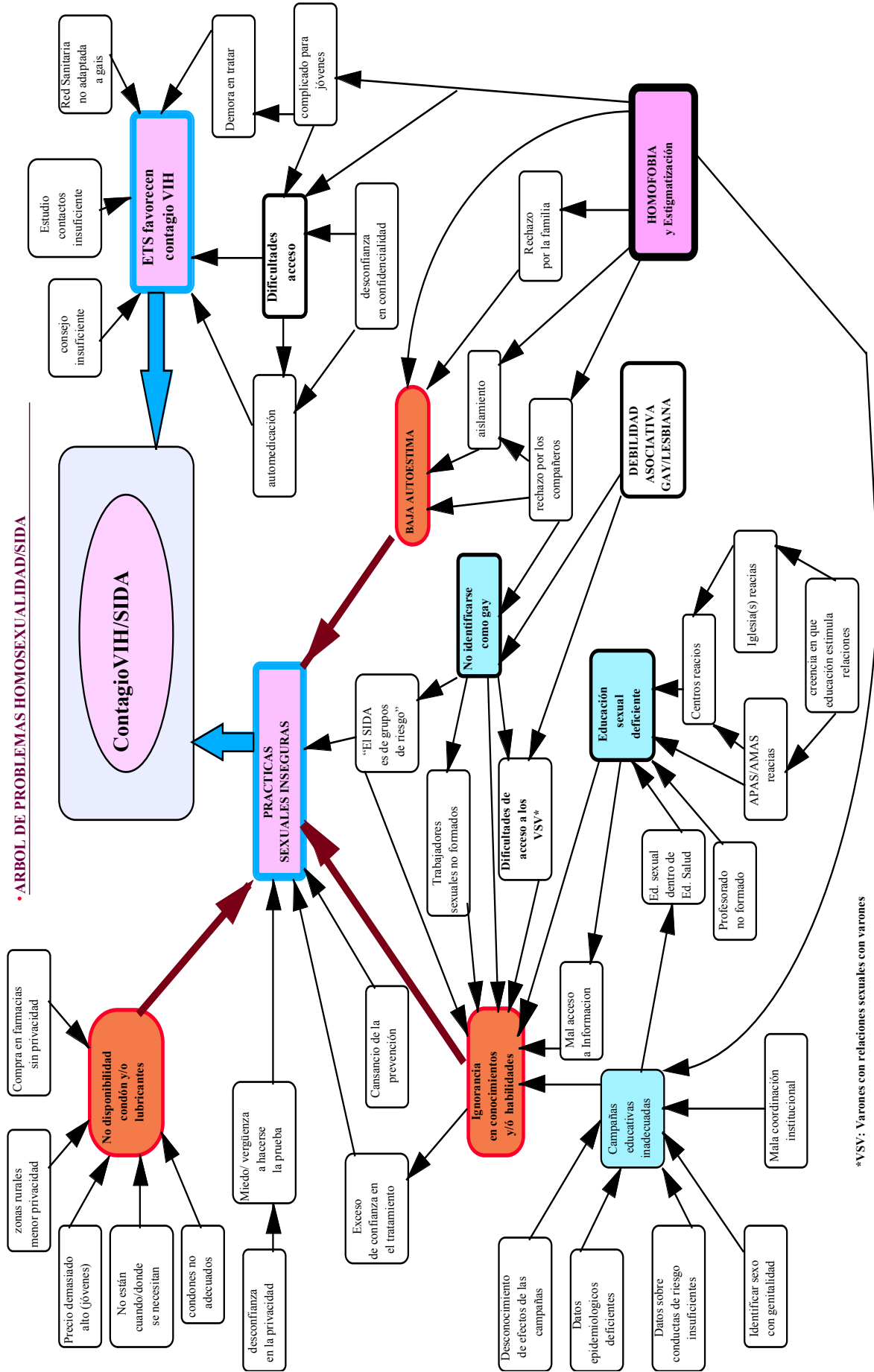
Detectamos una necesidad de conocer más a fondo qué está pasando con la atención sanitaria a los homosexuales.

Otros

Respecto al Ejército, pensamos que tiene una homofobia de base, con vulneración de los derechos a la no discriminación repetidos. Se desconoce los problemas que haya dentro de la institución, en cuanto a relaciones sexuales entre varones, acceso a los medios de prevención, etc. Los organismos internacionales, en especial ONUSIDA, consideran al Ejército una institución donde ocasionalmente pueden tenerse relaciones sexuales entre varones sin que éstos se consideren homosexuales, al igual que en las Prisiones.

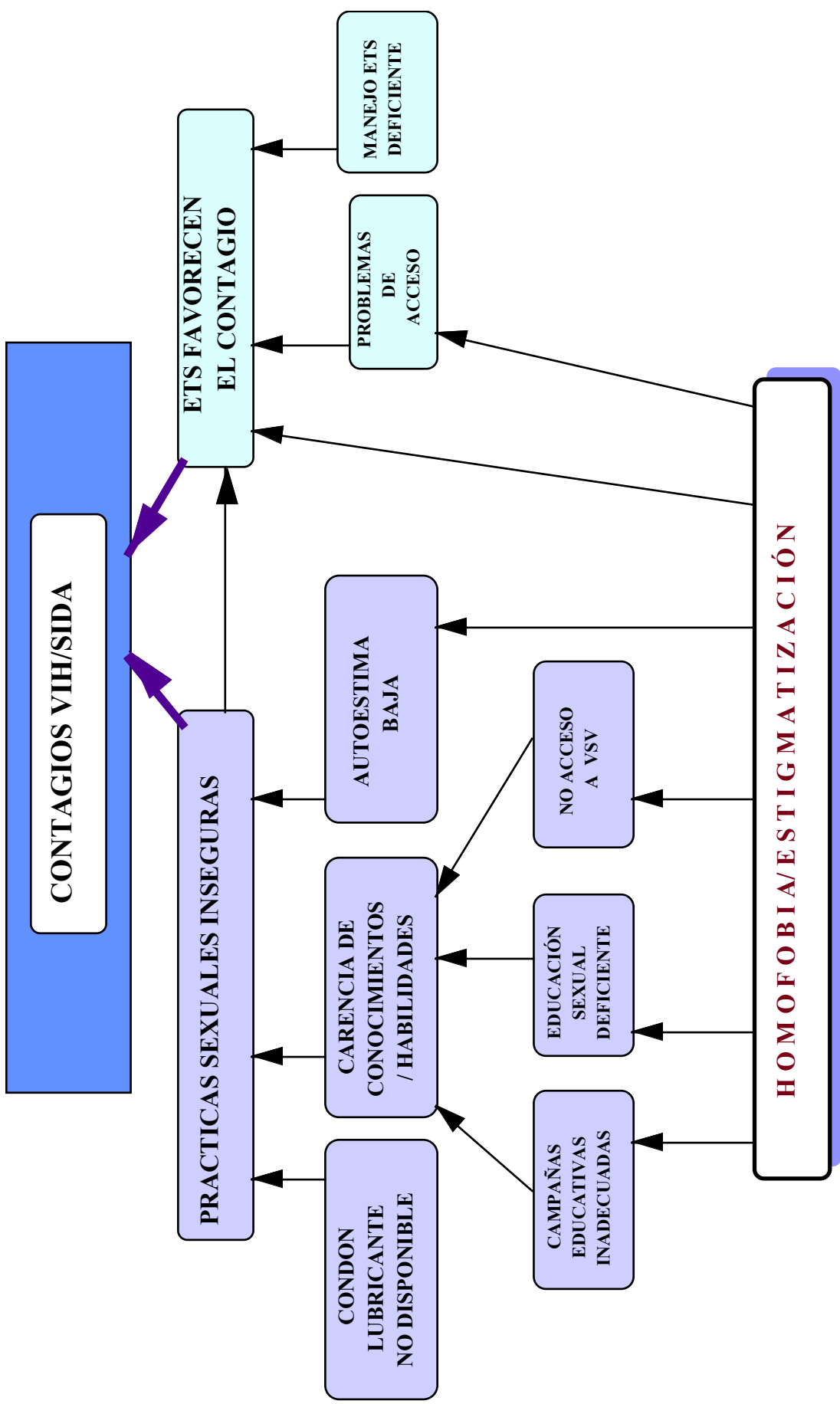
En Prisiones, aunque se tratará el tema en otra mesa, se piensa que hay un desconocimiento de cómo se mantienen relaciones sexuales entre los presos, y para éstas hay dificultades serias de acceso a los medios de prevención (preservativos y lubricantes). Las relaciones se mantienen en secreto generalmente, con todas las dificultades que esto entraña para prevenir las ETS, incluyendo el SIDA, en un lugar de altísima prevalencia.

• ARBOL DE PROBLEMAS HOMOSEXUALIDAD/SIDA



*VSV: Varones con relaciones sexuales con varones

PRINCIPALES PROBLEMAS



Análisis Problemático

Pensamos que la principal problemática está en el campo de la prevención del contagio, favorecido principalmente por las prácticas sexuales inseguras y las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Las ETS favorecen el contagio

En este campo vemos que la Red Sanitaria no está adaptada a acoger homosexuales, tanto en actitudes del personal, como en métodos apropiados de asesoramiento. Muy insuficiente red de Unidades de tratamiento de ETS, en las que además no se hace especial hincapié en el consejo (counseling), desaprovechándose por tanto una gran oportunidad de manejar el riesgo de las personas que más riesgo tienen, y de educar a quién más lo está precisando.

Hay grandes dificultades de acceso al tratamiento, especialmente para los jóvenes o adolescentes a la asesoría y tratamiento de ETS. No olvidemos que los jóvenes están en especial peligro cara al SIDA y a las ETS. Estas dificultades se acrecentaron al desaparecer las consultas de jóvenes. La población general e incluso el personal del INSALUD no deriva hacia las Unidades de ETS, y todo ello favorece la automedicación.

Lógicamente la homofobia dificulta el acceso de los gays al manejo adecuado de ETS, en especial a los más jóvenes, que o bien no saben que tiene que hacer, a quién preguntar, o sienten miedo/ vergüenza para acudir

101

Prácticas sexuales inseguras

Vemos en el árbol de problemas que en este apartado influye el **acceso a los medios de prevención**, ya sea conocimientos, habilidades o condones y lubricantes; asimismo tiene una influencia importantísima la propia **autoestima y por tanto la capacidad de negociación** del sexo seguro.

Disponibilidad de condones y/o lubricantes

En este campo las dificultades están que es muy escasa la disponibilidad de condones reforzados para coito anal, la insuficiente disponibilidad de lubricantes, no habiendo una red de distribución de éstos adecuada. Puede haber problemas para compra de condones en zonas rurales con privacidad, o un precio demasiado alto para los jóvenes. Puede faltar oferta de estos medios en los sitios donde se realiza o inicia sexo.

Ignorancia en conocimientos o habilidades

El déficit de formación tienen influencia principalmente dos grupos de factores:

1) Campañas educativas inadecuadas y dificultades de acceso a los VSV:

Por un lado las campañas no tienen el seguimiento adecuado para conocer su impacto, y poder adecuarlas. Los datos en cuanto a extensión/evolución de la epidemia VIH son deficientes y desconocemos frecuencia y condicionantes de las conductas de riesgo en Asturias; habiendo ignorancia en especial sobre las lesbianas. No hay una adaptación de las campañas a la diversidad de individuos y situaciones, entre otras cosas por una mala coordinación institucional. Se detecta un cierto **cansancio de los mensajes** o enfoques en las campañas.

Tener en cuenta que hay varones con relaciones sexuales con varones (**VSV**) que **no se sienten homosexuales** y las campañas dirigidas a gais pueden no alcanzarles o incluso generales rechazo. Ver cárcel, trabajadores sexuales, ejército y otros Centros de Internamiento, así como emigrantes procedentes de ciertas culturas como árabes o de América Latina. Pueden tener dificultades de acceso a los medios de prevención, y las campañas dificultades de acceso a ellos.

En Asturias es deficitario el asociacionismo gai/lesbianas lo que nos impide generalizar y adaptar campañas preventivas a diferentes escenarios; asimismo eso favorece la vulneración de los derechos de las personas, e impide en cierto modo el adecuar las medidas políticas a las necesidades; por otro lado sabemos que la educación entre iguales es el método más efectivo de cambio de comportamientos.

102

2) Educación sexual deficiente:

La Educación sexual integral es sumamente importante como medio de prevención del SIDA, y hay una clara deficiencia en éste campo, con el consiguiente impacto en la Sociedad y el riesgo de los jóvenes. Se considera un error el encuadrarla dentro de la Educación para la Salud, ya que la sexualidad excede a lo sanitario, y el identificar sexualidad con genitalidad favorece las relaciones inseguras. La transversalidad de la disciplina, unido a la falta de formación del profesorado, hace que se evite este tema. Vimos en el análisis de grupos implicados dificultades específicas para la Ed sexual basada en creencias erróneas sobre sus efectos y actitudes del profesorado, Centros y APAS/AMAS.

Déficit de autoestima

Sumamente importante en la difusión del SIDA es la baja autoestima y la capacidad de negociar el sexo seguro. Difícilmente se puede apreciar a sí mismo un joven que se siente rechazado tanto por sus compañeros, su familia o la Sociedad, que no se acepta a sí mismo.

Esto no sólo hace que no ponga cuidado en hacer sexo seguro, sino que dificulta su desarrollo como persona e incluso es frecuente al suicidio entre adolescentes por este motivo. Se genera aislamiento, y el adolescente tiene que improvisar su sexualidad, no identificándose con modelos de conducta seguros y saliéndose de los canales de información y acceso a los medios de prevención. El déficit de autoestima, aunque es especialmente importante en los adolescentes cuando descubren su orientación sexual, también es importante en los gais de todas las edades y en especial en zonas rurales donde tienen un rechazo y clandestinidad mayor en sus relaciones.

Otros

En los últimos años aparecen unos fenómenos nuevos que favorecen el sexo inseguro como es el **exceso de confianza en el tratamiento** de la enfermedad y el **cansancio** en la adopción de medidas preventivas o campañas. Desconocemos el alcance de esta problemática, aunque consideramos importante tenerlos en cuenta e investigarla

Relaciones de la homofobia con el sida

En el árbol de problemas SIDA/homosexualidad vimos que la homofobia influye prácticamente en todos los grupos de problemas. Por un lado dificulta la autoestima y la capacidad de negociación de sexo seguro; siendo este hecho especialmente grave entre los jóvenes, precisamente la población que está más expuesta a la transmisión sexual del VIH. Dificulta el acceso a los canales de información a los gais, la identificación personal en un grupo y que sepa como cuidarse a sí mismo. La homofobia hace que los jóvenes tengan que improvisar el desarrollo de su sexualidad al no encontrar un modelo de comportamiento estandarizado y seguro. En este sentido el joven heterosexual conoce un modelo de comportamiento sexual ampliamente difundido por los medios de comunicación, literatura, cine, etc., sin embargo el joven gai depende de las relaciones entre sus iguales, y la homofobia dificulta el acceso a su grupo de orientación sexual, y genera rechazo a su propia sexualidad con la consiguiente dificultad para cuidarse a sí mismo.

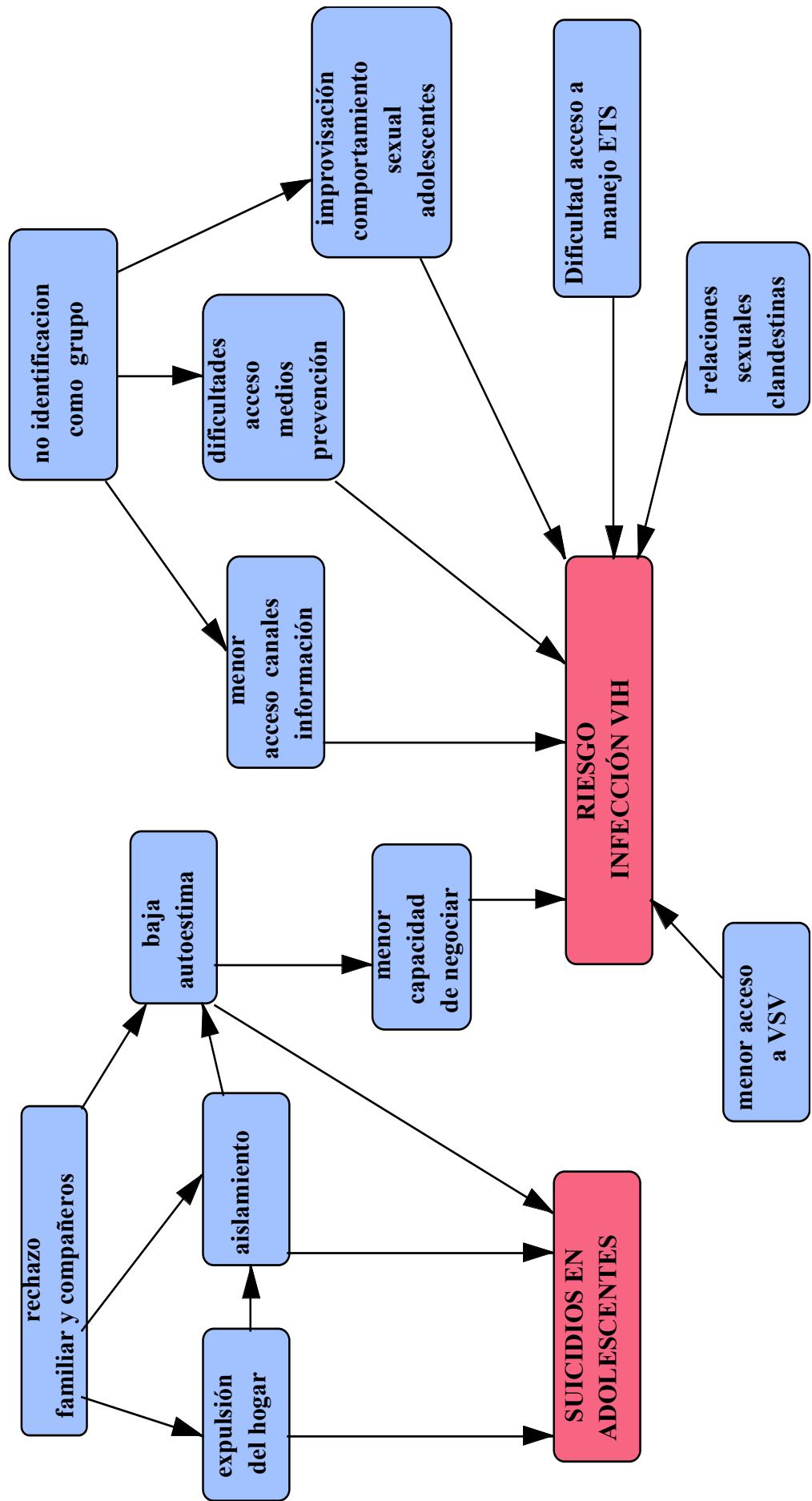
La homofobia promueve la clandestinidad de las relaciones y se sabe que ésta dificulta la prevención del SIDA. El Plan de Movilización Multisectorial del Ministerio de Sanidad afirma que *"Mención aparte merecen las dificultades que presenta la prevención entre los jóvenes homosexuales, que al iniciar sus prácticas sexuales no se reconocen como tales por la presión de su medio social, lo que lleva al mantenimiento de relaciones sexuales de forma*

clandestina, incrementando así el riesgo de infección por VIH. Idénticas circunstancias concurren en hombres que casados o no, mantienen relaciones homosexuales sin reconocerse como miembros de la comunidad homosexual y sin acceso por tanto a sus fuentes de información y a los programas de prevención." (apartado 3.3.2). Sin embargo dicho Plan no parece coherente al tratar de resolver la problemática, porque no toma como meta el actuar contra la homofobia, seguramente por consideraciones de carácter político.

ONUSIDA considera como uno de los principales obstáculos de los programas de prevención a VSV, la estigmatización. Este organismo considera que unas relaciones ocultas y secretas entre VSV hace que sean desatendidas y recomienda en los Planes de SIDA "*Proteger los derechos para reducir la vulnerabilidad*", refiriéndose no solo al derecho a la información, al derecho a los servicios de prevención y asistencia, sino también al "*derecho a la no discriminación basada en la orientación sexual*", afirmando que ... "*cuando esos derechos no se respetan, los VSV tienen menos control sobre sus riesgos de comportamiento y por tanto son mas vulnerables a la infección por VIH*". (El SIDA y las relaciones sexuales entre varones. julio de 1998. ONUSIDA)

En Asturias, como en el resto del Estado hay un déficit de respeto de dichos derechos, no solo por las actitudes de la Sociedad en general, que impide un comportamiento normalizado de la sexualidad de los gais, sino por desigualdades en el desarrollo legislativo con respecto a los derechos de los heterosexuales, en cuestiones como el establecimiento de núcleos familiares, parejas de hecho, adopción, matrimonio, etc. Por tanto el Plan de SIDA de Asturias debería establecer la coordinación institucional correspondiente para actuar sobre esta problemática que le afecta directamente (Gobierno Regional, Consejería de Servicios Sociales, Junta del Principado, etc.), así como instar a los organismos correspondientes del Estado al desarrollo legislativo que permita una igualdad de derechos independiente de la orientación sexual.

Efectos de la homofobia y de vulneración de derechos de homosexual



Propuestas para sexo más seguro

ACCESO A MEDIOS DE PREVENCIÓN

- Facilitar acceso a la información a quien y dónde se necesita
- Favorecer que haya condones y lubricantes acuosos dónde y cuando se necesiten
- Suministro de condones reforzados, canales de distribución adecuados
- Acceso gratuito a estos medios por los jóvenes
- Favorecer la privacidad del acceso

EDUCACIÓN ESCOLAR

- Facilitar el acceso a la información preventiva a los escolares
- Ofertar campañas informativas/ educativas tanto en Centros Públicos como Privados
- Educación contra homofobia dentro de campañas más generales (sexualidad, orientación, etc.)
- Formación del Profesorado en Educación en Valores.
- Formar al Profesorado en Educación Sexual y problemática de prevención SIDA
- Educación integral desde la infancia (Educación sexual incluida en curriculum formativo).

EDUCACIÓN POBLACIÓN

- Campañas dirigidas al turismo sexual
- Normalización de la diversidad sexual.
- Visión positiva de las diferentes orientaciones sexuales.

Propuestas en Atención Sanitaria y ETS

ETS

- Personal Sanitario suficiente
- Unidades ETS suficientes
- Personal formado en counselling
- Consultas de ETS basado en el manejo adecuado*
- Facilitar acceso confidencial a Unidades ETS a Adolescentes.
- Acceso libre a las Unidades, no por cupo.
- Informar sobre acceso a las Unidades ETS, tanto a la Población como a las Instituciones Sanitarias
- Coordinación con farmacias como canales de información y acceso al manejo de ETS.

ATENCIÓN SANITARIA GENERAL

- Unir el counselling a la oferta del test de VIH y a la comunicación del resultado
- Consultas de Jóvenes de carácter permanente
- Formación del Personal Sanitario sobre actitudes y métodos apropiados de asesoramiento a homosexuales

*Manejo ETS: diagnóstico + tratamiento+ educación + determinación riesgo y orientación +promoción de sexo seguro + estudio de contactos

Propuestas en Coordinación Institucional y Políticas de Apoyo

COORDINACIÓN

- Entre INSALUD y Unidades de ETS
- Con los Departamentos de Orientación de los Centros Educativos (Secundaria)
- Con las Comisiones de Orientación Pedagógica (Primaria)
- Con los CEP (de Profesorado)
- Con el resto de Organismos Administrativos y Consejerías del Principado afectadas

POLÍTICAS DE APOYO

- Desarrollo de derechos de homosexuales.
- Plan de Normalización de la Diversidad Sexual
- Garantizar el respeto a los derechos de homosexuales.
- Fomento del asociacionismo Gay-lésbico
- Campañas de información y/o acuerdos con APAS/AMAS, Iglesias

Como condiciones para la puesta en marcha, es necesario llegar a acuerdos con las APAS/AMAS para poder desarrollar una educación sexual correcta, así como para que permitan respetar el derecho a la información y acceso a los medios de prevención de los jóvenes que mantienen relaciones sexuales. Es necesario adaptar el diseño de las Campañas a los acuerdos, así como suministrar la información que demuestra la erroneidad de ideas como que la educación sexual fomenta el inicio temprano de relaciones sexuales o las intensifica.

Sería conveniente influir de alguna manera sobre las Iglesias, en especial la Católica, para mitigar el impacto que podría generar una oposición abierta a nuestras propuestas. Recomendamos apoyarse en especial en los grupos de base de la Iglesia, cuya comprensión y colaboración sería más fácil de lograr, y a partir de ahí llegar a acuerdos con la cúpula directiva.

En el Plan de Normalización de la Diversidad Sexual, así como en el desarrollo de los derechos de homosexuales, parejas de hecho, matrimonio, adopciones, etc., es necesario hacer comprender a los responsables de la Consejería de Educación y de Servicios Sociales, la importancia que estos temas tienen no sólo bajo el punto de vista Social y Derechos Civiles, sino como problema de Salud Pública, estableciendo por tanto la correspondiente coordinación institucional para intervenir.

Propuestas de Captación y Recopilación de Información

- Recogida de datos de cómo está la situación (conductas de riesgo, infección VIH, condicionantes, etc.)
- Seguimiento adecuado de los efectos de las campañas.
- Información sobre VSV, dónde están, actitudes, como acceder a ellos, etc.
- Recogida de información sobre conductas de riesgo en lesbianas de Asturias.
- Estudiar las necesidades de implantación de Unidades de ETS y Consultas de Jóvenes

Metodología

- Renovación de mensajes y métodos de campañas. Es necesario hacer frente al cansancio en los mensajes, métodos de transmitirlos, manera de acceder, etc. También es necesario adecuar las campañas a los diferentes colectivos de VSV para que se identifiquen con ellas, y facilitarles el acceso a los medios de prevención.
- Métodos de educación/ trabajo entre iguales: estos métodos resultan ser altamente efectivos cuando se trata de cambio de actitudes y comportamientos. Se debe fomentar la formación de líderes de diferentes colectivos, y con ellos desarrollar campañas: jóvenes gays, lesbianas, travestis, trabajadores sexuales, etc. Es también conveniente el fomentar el trabajo con iguales entre los profesionales, en especial cuando se trabaja con inmigrantes, por ejemplo para counselling, etc.

Condiciones para una planificación correcta

Recopilar información sobre todo lo que se ha hecho en materia de SIDA y homosexualidad en Asturias, analizar los resultados si se conocen, y ver los aciertos, dificultades o errores cometidos. El seguimiento de las campañas es fundamental para sacar conclusiones acerca de dónde es más correcto intervenir, y de que manera, con qué intervenciones se saca más rentabilidad en materia de efectividad, dado que los recursos siempre serán limitados.

Recopilar datos acerca de la epidemia, estudios de riesgo, comportamientos de riesgo, actitudes respecto a la sexualidad, etc.

Detectamos un desconocimiento de los comportamientos de riesgo de la población lesbiana, que será un obstáculo para el diseño preventivo.

Esta mesa aporta datos importantes por tratarse de informadores clave, que pueden suplir en parte la carencia de datos objetivos. Podría fomentarse más aportaciones de información en este sentido a la hora de desarrollar proyectos específicos, por ejemplo, con trabajadores sexuales, prisiones, etc.

Asimismo es necesario, en el desarrollo de Proyectos, basarse en una **Gestión** fortalecida, insistiendo en la necesaria **Coordinación Institucional**, y desarrolle **Políticas de Apoyo** para vencer dificultades específicas.

Anexo : Actividades de XEGA referente a SIDA

1. Servicio de información telefónica, en el 985 35 40 44 y 985 22 40 29 de lunes a jueves de 18:30 a 20:30 horas.
2. Edición de sección de salud en revista trimestral ASTURIAS GAI.
3. Organización de fiesta contra el SIDA el 1 de diciembre: reparto de folletos informativos, preservativos, lubricantes. Organización de juegos y actividades didácticos sobre la prevención del VIH y el sexo seguro.
4. Reparto masivo de material informativo y preventivo (preservativos y lubricantes) al circuito comercial gai, en determinadas ocasiones (1 de diciembre, 28 de junio, 14 de febrero) y en San Mateo.
5. Edición de algunos materiales informativos y preventivos dirigidos específicamente a la población gai: carnet de seducción (con kit de preservativo y lubricante), postal informativa (Con condón préstame más), pegatina "El Topu Fartón folla siempre con condón" (De distribución masiva en las fiestas).

.....

Documento de Trabajo

Prevención en personal sanitario

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Coordinador:

José Ramón Hevia Fernández

Médico. Servicio de Salud Laboral
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

*“Las escaleras se suben de frente,
pues hacia atrás o de costado
resultan particularmente incómodas”*

Julio Cortázar

Participantes:

Angel Álvarez Fernández
*Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital de Jarrío*

Rafael Barbón Díaz
*Médico. Servicio de Prevención
Hospital San Agustín*

Neus Fernández Mundet
*Médico. Servicio de Prevención
Hospital de Jove. Gijón*

M^a Amor Muñiz Fernández
*Sección Sindical UGT
Hospital San Agustín*

Ernesto Tuñón Sánchez
*Médico. Servicio de Prevención
Hospital Central de Asturias*

El día 7 de junio de 2001 tuvo lugar la reunión del Grupo de Trabajo sobre SIDA y Medio Laboral en la Sala de Reuniones de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y cuya composición era la que figura en la relación adjunta.

El debate se planteaba en principio en torno a las cuestiones que se señalan en el documento, salvo una nueva cuestión no contenida en dicho texto y planteada por el Dr. Rafael Barbón. Esta cuestión se comenta en primer lugar y a continuación se sigue la estructura del citado documento para exponer las conclusiones del debate.

Cuestión previa: Registro de casos

El Dr. Barbón plantea que desde el Ministerio de Sanidad se ha dado por cerrado el **Registro GERABTAS (Grupo Español de Registro de Accidentes Biológicos en Trabajadores de Atención de Salud)** al que hasta el momento se le concedía carácter de oficialidad y a partir de este año ha dejado de tener dicho carácter, con lo que a partir de ahora dicho Registro es oficioso y sólo recoge los casos que voluntariamente se deseen declarar al mismo.

La desaparición, al menos oficial, de este Registro exige, por tanto tomar algún tipo de medidas sobre el registro necesario para conocer la epidemiología de los Accidentes Biológicos en el medio sanitario.

Debe por tanto instarse a las Autoridades Sanitarias competentes para que recuperen el registro existente o, en su caso, desarrollen uno nuevo con criterios que garanticen su validez y fiabilidad.

115

1ª Cuestión: Protección frente a los Accidentes Biológicos (AB). Las Medidas de Precaución Universal (MPU)

Este es el punto más importante y el que genera más diversidad de opiniones entre los componentes de la mesa. **Respecto a las MPU se señalan los siguientes factores:**

1. Rechazo de raíz psicológica producida en parte por una forma mala de informar.
2. Existencia de una importante desinformación que además afecta especialmente a colectivos de riesgo.
3. El problema de la eventualidad de los trabajadores de hospitales, especialmente durante el verano, es muy importante. Los Servicios de Prevención desconocen como y quien está trabajando ni bajo que condiciones.

4. Una cuestión importante con respecto a las medidas de barrera es la dermatitis producida por el látex, que puede afectar hasta a un 20% de los usuarios.
5. En general los materiales que se usan como protecciones de barrera dejan mucho que desear y tienen diseños que son muy ineficientes: carros de curas y enfermería que no permiten llevar Contenedores Biológicos, "gafas" o "escafandras" que dificultan mucho la visión, ubicación de los Contenedores Biológicos.
6. También se manifiesta la opinión de que las MPU son insuficientes para evitar los Accidentes Biológicos.
7. Las MPU se siguen mayoritariamente, pero desde los Servicios de Prevención se detectan fallos y una cierta relajación en los últimos tiempos.
8. Se señala la *Gasometría* como una técnica especialmente peligrosa para el riesgo de AB.

Si éste es el listado de problemas que se detectan con respecto a la adopción de las MPU y la evitación de los AB, el grupo de trabajo plantea asimismo un conjunto de **posibles soluciones y medidas a adoptar**:

1. La clave, señalada por la mayoría de los participantes se sitúa en la **INFORMACIÓN**, para la que se hacen distintos planteamientos:
 - Incorporar material gráfico al contrato de trabajo, especialmente en I@s trabajador@s eventuales, explicando el "decálogo" sobre las MPU.
 - La información a través de la vía jerárquica, tomando como base las supervisoras de planta también se considera importante.
 - En este sentido se consideran interesantes sistemas como el utilizado en el Banco de Sangre del Hospital San Agustín de Avilés, en el que la información se transmite por distintas vías (se entrega un manual y se da una charla explicativa del mismo) y además se repite periódicamente la charla.
 - También se plantea incorporar las MPU al curriculum formativo de una forma más eficaz especialmente en colectivos de titulación no universitaria como el personal Auxiliar de Enfermería.
 - Deberían incorporarse como material de formación las técnicas de retroalimentación informativa: videos de buenas/malas praxis, trabajo cotidiano, etc.
2. De acuerdo con los problemas planteados se considera muy importante el que los elementos y materiales de trabajo faciliten la adopción de las MPU o, al menos, no constituyan un obstáculo para las mismas.

3. Revisar el látex como elemento de protección de barrera debido a su elevada capacidad de intolerancia.
4. Potenciar la ingeniería laboral de forma que se analicen e implanten sistemas de trabajo sustitutivos de las técnicas invasivas, agujas, etc.

2ª Cuestión: Actuación post-exposición accidental al VIH

Para abordar esta cuestión se había remitido previamente por parte de uno de los participantes la siguiente cuestión relativa a la misma:

"Yo soy del parecer que al aplicar el protocolo de actuación ante exposición laboral a R.B., se debe pedir el consentimiento para realizar serología (VIH, VHB y VHC) al paciente "fuente del accidente" cuando la patología motivo de su ingreso o acceso al centro sanitario no tengan ninguna relación. Esto sigue siendo motivo de discusión entre los profesionales del centro".

En torno a esta pregunta se genera un debate interesante sobre el consentimiento del paciente para esta determinación serológica. Si bien los límites éticos y de buena praxis profesional están claros se admite que en los centros sanitarios se realizan estas determinaciones post-exposición al AB con o sin el conocimiento y consentimiento del paciente.

Con respecto a la quimioprofilaxis post-exposición existen posturas diferenciadas: una parte se muestra partidaria de la práctica rutinaria de quimioprofilaxis si se desconoce la fuente o mientras ésta se determina y otra parte aboga sólo por el uso excepcional de la misma.

Se apunta la práctica de iniciar la quimioprofilaxis inmediatamente después del AB con exposición y retirarla posteriormente si la fuente resulta negativa.

Los criterios del CDC establecen que la quimioprofilaxis post-exposición NO debe administrarse rutinariamente, sino que deben tenerse en cuenta una serie de factores: gravedad y profundidad del pinchazo o exposición, factores epidemiológicos del entorno, etc. También se apunta la importancia de los factores psicológicos del/a accidentad@ y la necesidad del apoyo psicológico inmediato. Se señala la importancia de la formación en estos temas de los profesionales de los Servicios de Prevención.

3ª Cuestión: Trabajadores de Atención Sanitaria portadores o enfermos

En esta cuestión el grupo de trabajo está de acuerdo en que no existen en la actualidad problemas relevantes.

Normalmente se siguen los criterios del Manual de "Accidentes Biológicos en los profesionales sanitarios" editado por la Comisión Central de Salud Laboral del INSALUD y el Grupo GERABTAS.

Además existe una Comisión creada para esta Cuestión que en la actualidad funciona correctamente.

Otras cuestiones

Además de los temas tratados el grupo de trabajo considera importante introducir dos cuestiones más:

- Se plantea como necesaria la existencia de un registro de casos y seguimiento de la quimioprofilaxis post-exposición.
- Se resalta la importancia del problema de las empresas subcontratadas por la red sanitaria, en el sentido de que en la mayoría de los casos l@s trabajador@s de las mismas carecen de formación e información frente al problema de los AB.

.....

Documento de Trabajo

Mujer y entorno perinatal

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Coordinador:

Jorge Méndez Méndez

Pediatra. Centro Materno Infantil Oviedo

*“en la noche
tu vientre/ detiene astros
respira como tierra/
tu vientre es tierra”*

Juan Gelman

Participantes:

Ana Escudero Gomís
*Ginecóloga. Servicio de Ginecología
Hospital Materno Infantil. Oviedo*

Carlos Pérez Méndez
*Pediatra. Servicio de Pediatría
Hospital de Cabueñes. Gijón*

Elena Rodríguez Vega
*Ginecóloga. Servicio de Ginecología
Hospital Materno Infantil. Oviedo*

M^a Henar Suárez Álvarez
*Trabajadora Social. Unidad de Trabajo Social
Hospital de Cabueñes. Gijón*

Magda Torrens Muns
*Ginecóloga. Centro de Orientación Sexual y Planificación Familiar
Ambulatorio Central de Oviedo*

Colaboraciones:

Gema Alvarez Iglesias
Socióloga. Instituto Asturiano de la Mujer

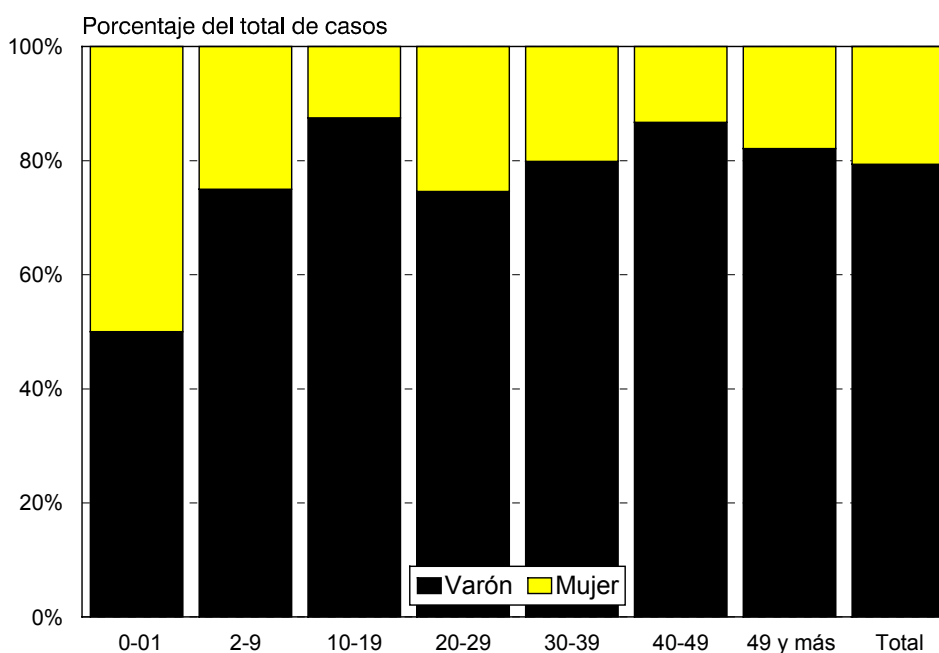
Situación actual de la infección en la mujer y el entorno perinatal

A nivel nacional, los datos presentados en Noviembre del 2001 por el Plan de movilización multisectorial del VIH/sida desde la SNPS evidencian la persistencia de la proporción de la infección según género correspondiendo la existencia de una mujer afectada de sida por cuatro casos en hombres. Entre los datos que presenta el Plan nacional cabe destacar que las mujeres son más jóvenes y la mayoría de las que adquirieron la infección por vía sexual eran pareja de una persona consumidora de drogas por vía endovenosa.

La vía heterosexual es la segunda vía más frecuente en hombres (superando la homosexual) y en mujeres supone ya un 33% de los casos notificados en 1999 y un 39% en el 2000.

En nuestra región, según los datos del Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública de Septiembre del 2000, se mantenía una distribución de enfermos según práctica/actividad de riesgo de la siguiente forma: UDIs (65,3%), pareja de alto riesgo o seropositiva (15,1%) y UDI asociado a prostitución o pareja seropositiva (7,2 y 14,2% respectivamente). La razón de masculinidad era de 3,84 con una distribución no uniforme en todos los grupos etarios. Se observa, de forma discreta, también una mayor proporción de casos entre mujeres más jóvenes (en la franja de edad entre los 20-29 años).

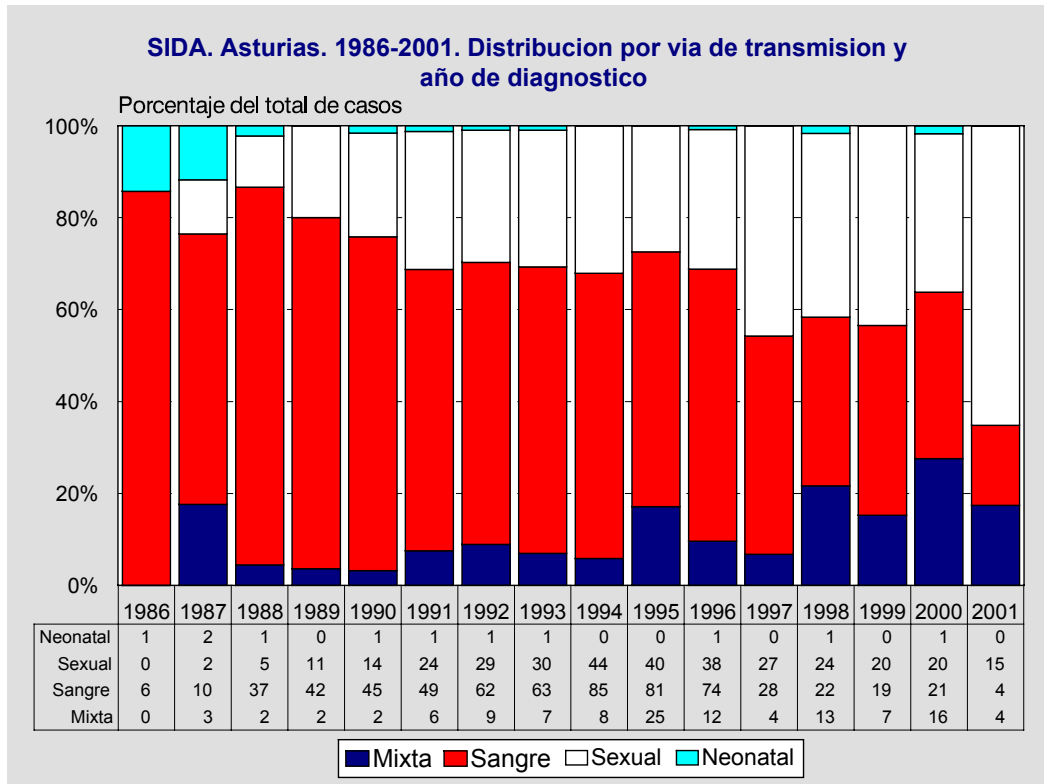
SIDA. Asturias. 1986-2000. Distribucion por sexo y tramo etario



(sida9902) ELABORACION: Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública

Señalar que la variable de género es fundamental, tanto en vih/sida como en cualquier otro proceso de salud y/o enfermedad, para la adecuación de los servicios preventivos y asistenciales.

Respecto a la transmisión vertical la infección ha disminuido drásticamente desde el año 1986 al año 2001 tanto en el ámbito nacional como en el ámbito regional. Esta tendencia ha de relacionarse tanto con la prevención y el diagnóstico precoz, como con la introducción de tratamiento antirretroviral en madres seropositivas.



En el proceso de discusión que tuvo el Grupo de Trabajo sobre Mujer y entorno perinatal se establecen dos áreas bien delimitadas:

1. Area de prevención en la mujer.
2. Area de prevención de la transmisión perinatal.

Prevención en la mujer

Aunque la situación actual en nuestra región es razonablemente buena con una disminución significativa del número de casos nuevos de niños infectados por transmisión vertical, es

necesario coordinar todos los medios disponibles para lograr una prevención eficaz en la mujer y la detección y tratamiento precoz de todos los casos de gestantes infectadas.

Una de las medidas básicas a tomar es la oferta sistemática de la prueba VIH a toda mujer gestante independientemente de las prácticas de riesgo que tenga o conozca. En los hospitales representados en esta reunión (Hospital Central y Hospital Cabueñes) parece que es una práctica habitual, pero es necesario que se entienda de forma efectiva y sistemática a todo el ámbito sanitario y asistencial de la región.

Debido a la repercusión social y personal de la prueba es necesario garantizar la confidencialidad de los resultados y elaborar un adecuado consentimiento informado. Un modelo de referencia puede ser el que se incluye en el documento informativo GESIDA de marzo de 2001.

La universalidad de la prueba de detección de VIH se puede realizar por distintas vías:

- A través de las matronas de los Centros de Salud, incluida en la petición rutinaria de los primeros análisis.
- A través del Obstetra correspondiente cuando no se dé el punto anterior.
- Intraparto, con un test rápido, cuando faltan los dos puntos anteriores. En este sentido un problema a resolver es la disponibilidad de un servicio de laboratorio para realizar el test las 24 horas del día.

Cuando se oferte la prueba y se informe los resultados hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se debe de informar del objetivo de la prueba que es el diagnóstico y tratamiento precoz de la madre durante el embarazo y de esta forma conseguir una disminución de la transmisión perinatal.
- Información del resultado positivo de forma confidencial explicando las medidas preventivas a seguir. El profesional estará preparado para dar la noticia y conseguir que la persona se sienta protegida en su intimidad, asuma su situación y las ventajas de realizar un correcto tratamiento antirretroviral.
- Informar de la posibilidad de acogerse a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) o de continuar la gestación con un correcto control y tratamiento.
- Una vez finalizada la gestación actual (IVE o parto) informar de la posibilidad de adoptar un método anticonceptivo irreversible.

Mención especial merece el colectivo de mujeres con dificultades de accesibilidad a los Servicios Sociosanitarios (inmigrantes, clases sociales desfavorecidas o colectivos que viven en situación de marginalidad). En estos casos es necesario incidir en todos los posibles

puntos de captación y sensibilizar a todos los profesionales sociosanitarios en este sentido.

Posibles vías de acceso serían:

- Campañas divulgativas realizadas y pensadas para estos colectivos, teniendo en cuenta que la información no llega con la misma efectividad a todas las personas.
- Aprovechar cualquier consulta de atención primaria para interesarse por el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos, posibilidad de un embarazo incipiente o planificación de un embarazo. Esta labor puede ser realizada por la matrona, el médico de atención primaria o en su defecto el ATS, y la derivación correspondiente a los Centros de Orientación Familiar (COF).
- Centros de dispensación de metadona y unidades de desintoxicación estableciendo un programa conjunto con los COF. Estos establecerán un régimen de consultas y las unidades controlarán que esta población las cumplan.
- Pacientes que se les haya practicado un IVE por infección VIH, podrían ser derivados por el Servicio de Trabajo Social, Servicio de Atención al Paciente o por la clínica donde se efectuase el IVE, al centro de orientación familiar.

En estos casos se necesita establecer un protocolo de derivación efectiva hacia los servicios encargados de la atención para asegurar que la mujer llegue a los mismos.

Es imprescindible una estrecha relación entre la atención primaria y la atención especializada y una coordinación de los recursos asistenciales socio-sanitarios. De tal forma que la matrona que es la primera en contactar con la embarazada o en su defecto el médico de cabecera deben de asegurar la realización universal de la prueba de detección VIH y repetirla trimestralmente si ella o su pareja tienen prácticas de riesgo, o bien derivarla lo antes posible a las consultas prenatales de alto riesgo obstétrico en caso de ser positiva o en caso de detectarse un embarazo tras el fallo de un método anticonceptivo. A su vez, con esta coordinación atención primaria-obstetra, se facilita el acceso a IVE o a métodos anticonceptivos irreversibles.

Con respecto al tratamiento antirretroviral ofertado a las embarazadas, también se considera imprescindible seguir un protocolo actualizado del que deben de tener información y conocimiento todos los profesionales implicados en el tema, manteniendo el tratamiento no solamente durante el embarazo sino también intraparto y recomendando retirar la lactancia materna.

Debe de existir una coordinación con la Unidad de Infecciosas para seguimiento y control de adherencia al tratamiento.

Se harán en este caso controles obstétricos más frecuentes y exhaustivos y se unificarán criterios de cesárea programada.

Otro grupo que merece una especial atención es de los Adolescentes, para los que es necesario diseñar y programar estrategias de información y captación:

- Campañas efectivas de información y educación sexual y sanitaria a nivel de centros escolares. Los centros de orientación familiar podrían ofrecer personal para formar a los educadores.
- Programas específicos para adolescentes en los centros de atención primaria y orientación familiar con las siguientes características:
 - fácil acceso
 - gratuitos
 - horarios compatibles
 - atmósfera amigable
 - confidencialidad

Actualmente existe un programa de estas características en el COF de Oviedo pero no existe en todos los centros de orientación familiar por falta de horario y personal.

- Los médicos de familia podrían aprovechar cualquier consulta del adolescente, que no suelen ser frecuentes, para abordar este tema y remitirlo a uno de los programas anteriores.
- Administrar gratuitamente la píldora postcoital. Frecuentemente, el primer contacto de un adolescente con un COF es para solicitar la píldora postcoital; es un mecanismo para poder captar a esta población, facilitarles información sobre prácticas de riesgo y administrar el método anticonceptivo más eficaz. Proporcionarla gratuitamente favorece que acudan al centro y contribuimos al descenso de IVE, que en esta población es la única que no ha descendido de forma significativa.

Prevención de la transmisión perinatal

Es fundamental el conocimiento de la infección materna y la estricta aplicación de todas las medidas referidas en el apartado dedicado a la mujer, con administración de tratamiento antirretroviral a la madre durante el embarazo, el parto y continuar en el recién nacido según protocolos establecidos.

Las mujeres embarazadas que padezcan una infección VIH deberían de disponer del recurso social necesario para garantizar los cuidados psicológicos, sociales y sanitarios que necesitan.

Se deben de establecer protocolos unificados de tratamiento inmediato al recién nacido con uno o varios antirretrovirales según la situación concreta de la infección materna. En este sentido los miembros de la mesa creen, por unanimidad, que la guía del GESIDA de marzo de 2001 para la prevención de la transmisión vertical y el tratamiento de la infección VIH en la mujer embarazada, es excelente y no es necesario añadir ni quitarle nada. Habría que garantizar una difusión adecuada de la misma a todos los servicios de Obstetricia y Pediatría de la comunidad.

Se debe de asegurar el acceso de estos niños a todas las vacunas que estén indicadas en su proceso.

Información confidencial a los centros escolares para facilitar la integración del niño, trasladando al médico responsable cualquier situación de riesgo para la salud del niño que pueda existir en el colegio (por ejemplo una epidemia de varicela).

Intervención de los Servicios Sociales para realizar medidas de protección, apoyo o control de los niños cuyas familias presentan problemática social múltiple.

.....

Documento de Trabajo

Prevención en Usuarios de Drogas



Coordinadora:

Ana Otero Sierra

Trabajadora Social
Servicio de Coordinación del Plan de Drogas
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

“Ventana sobre el error.

*Ocurrió en el tiempo de las noches largas y los
vientos de hielo:*

*Una mañana floreció el jazmín del Cabo en el jardín de mi casa, y el aire frío se
impregnó de su aroma, y ese día también floreció el ciruelo y despertaron las
tortugas.*

*Fue un error, y poco duró. Pero gracias al error, el jazmín, el ciruelo y las
tortugas pudieron creer que alguna vez se acabará el invierno.
Y yo también”*

Eduardo Galeano. Las Palabras Andantes

Participantes:

Josefina Arias Domínguez
Técnico del Plan Municipal sobre Drogas. Ayuntamiento de Oviedo

Luisa Espina Alonso
Trabajadora Social. Cáritas Diocesana. Oviedo

Mercedes García Núñez
Educadora de Calle. Colectivo Nacaí

Luis Manuel Martínez Menéndez
Terapeuta de la Fundación C.E.S.P.A. - Proyecto Hombre

Sonia Peña Yebra
Trabajadora Social. Comité Ciudadano Antisida de Asturias

Pilar Pérez Velasco
Médico. Directora Médica del Centro Penitenciario de Villabona

Rosario Reyes Pérez
Técnico y Educadora. Centro de Emergencia Social de Cáritas

M^a José Sánchez Romero
Presidenta del Comité Ciudadano Antisida de Asturias

Aportaciones y sugerencias del grupo

- Necesidad de una política global que trascienda el área estricta de Salud, por lo tanto políticas transversales.
- Incorporar la Carta Europea para la reducción de riesgos (ERIT/99) como base para los programas e intervenciones a desarrollar.
- El concepto de reducción de daños no debe limitarse a los aspectos sanitarios o de salud, sino que debe trascender a corregir necesidades en otros aspectos de la vida de las personas con VIH: necesidades de empleo, de protección social (pensiones), de alojamiento y vivienda, sociales, de apoyo psicológico.
- Las ONGs deben de abrir un debate sobre el papel que tienen ante los problemas socio-sanitarios derivados del VIH/SIDA. Inicialmente se plantea que no todas las asociaciones deben realizar las mismas tareas o cobertura de servicios sino que deben de diversificar sus actividades para cubrir lo más ampliamente posible las distintas necesidades de las personas seropositivas.
- Proporcionar debates más amplios sobre la necesidad de algunos recursos o programas: salas de venopunción, tratamientos con heroína.
- Conseguir una mayor implicación de Colegio de Farmacéuticos para la dispensación de Sanikit para hacerlo más accesible a los drogodependientes en todas las zonas de Asturias.
- Con el objetivo de inducir a un cambio en la vía de consumo (de inyectarse a fumar) que implique menos riesgo para la Salud, debería de proporcionarse en un Kit papel de plata, ácido cítrico y filtros. Con el ácido cítrico sería necesario determinar la dosis, por las dificultades que pueden surgir en la distribución.
- En el intercambio de jeringuillas, sería muy positivo añadir un contenedor ya que así se asegura mayor número de jeringuillas usadas. En este sentido, había que insistir (y conseguir) que devolvieran el mismo número de jeringuillas que se les da. También sería importante, obligarlos en cierta medida, a limpiar las zonas de consumo.
- Mayor dotación de recursos de acercamiento:
 - Por la observación directa y temprana que realizan, son testigos privilegiados de los cambios que se producen en el consumo de drogas.
 - Pueden realizar un mejor seguimiento de los tratamientos de VIH, para asegurar en cierta medida que los drogodependientes continúen tomando la medicación.

- Sensibilización de la población sobre la importancia de este tipo de recursos para evitar conflictos con la población.
- En el Centro Penitenciario son prioritarias las siguientes actuaciones:
 - 1- Más recursos humanos para llevar a cabo los programas actuales.
 - 2- Poner en funcionamiento el intercambio de jeringuillas.
 - 3- Recursos sociales (apoyo social y económico) para la excarcelación.
 - 4- Aumento de plazas en centros de acogida para enfermos terminales y favorecer su excarcelación.
- Habilitar espacios para la higiene básica (duchas y lavado de ropa) ya que en los albergues existe esta posibilidad, pero en días fijos y la mayor parte de estas personas tienen muchas dificultades para sujetarse a un horario.
- Los centros de calor y café deberían estar abiertos toda la mañana y aprovechar para realizar algunas actividades de información y educación sanitaria.
- Creación de más centros de emergencia social que puedan servir de referencia importante, especialmente en el momento de altas hospitalarias.
- Ampliar el metabús a otros municipios, sobre todo en los de mayor población; aumentaría, además de posibilidades de contacto con otras personas que no están a tratamiento de metadona.
- Mujeres seropositivas embarazadas: al ser la mayoría drogodependientes, se prostituyen en un porcentaje alto, por lo que sería imprescindible poder detectar el embarazo lo más rápido posible y ofrecerle un dispositivo de acogida (pisos) para realizar un mejor seguimiento del mismo.
En este sentido, las UTTs deberían insistir (o poner en funcionamiento) talleres de Educación Sanitaria.
- Creación de Oficinas de información sexual en los Ayuntamientos para servir de soporte a los programas de educación para la salud en la población general.
- Es imprescindible que los dispositivos de Salud Mental ofrezcan a las personas seropositivas los soportes adecuados para tratar sus problemas psíquicos, especialmente aquellos derivados del consumo de drogas.
- Desarrollo de políticas transversales, con especial hincapié en los siguientes aspectos:
 - Menores consumidores. Hay más dificultades de poder detectar riesgos en este grupo, ya que no acuden a los servicios de tratamiento y son más difíciles de contactar a través de recursos de acercamiento. Necesidades de políticas preventivas.
 - Empleo. Dificultades de acceder o mantener un empleo debido, entre otras razones, a la mayor frecuencia de consultas médicas, ingresos hospitalarios...

- Pensiones no contributivas. Proponer criterios más flexibles en los baremos para la obtención de la condición de minusvalía necesaria para poder percibir esta prestación social.
 - Implicar las asociaciones de usuarios o grupos de afectados para abordar interés y objetivos concretos entre la población seropositiva las entidades públicas y ONGs.
- Creación de un Foro permanente de ONGs. para el debate y el seguimiento de los programas y actuaciones que se propongan y se lleven a cabo.

Anexos

Anexo 4:

CARTA EUROPEA PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS. ENERO 1999 (página 231)

Prevención en Trabajadoras del Sexo



Coordinadores:

Virgilio Palacio López[†]

Médico. Unidad de ETS del Hospital Monte Naranco

José Antonio Varela

Médico. Unidad de ETS de Gota de Leche. Gijón

Rafael Cofiño Fernández

Médico. Servicio de Promoción y Programas de Salud
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

*“He andado veredas de todas suertes
y he sorbido y sudado la vida que me dieran.
He conocido inviernos tormentosos
y los veranos secos en los que la piel se parte
con la tierra.
He caminado a lo largo y ancho
volado maquinas de todas las especies.
He conocido muertes
y las he amado cubierta de musgo y lagrimas”*

Gioconda Belli

Participantes:

María Isabel Berlanga Pacheco
Mediadora Social. APRAMP – Somaly Mam

Teresa González Acosta
Médicos del Mundo - Avilés

Carmen López Sánchez
Enfermera. Unidad de ETS de Gijón

Montserrat Miguel Pichel
Directora Autónoma de Cruz Roja Juventud

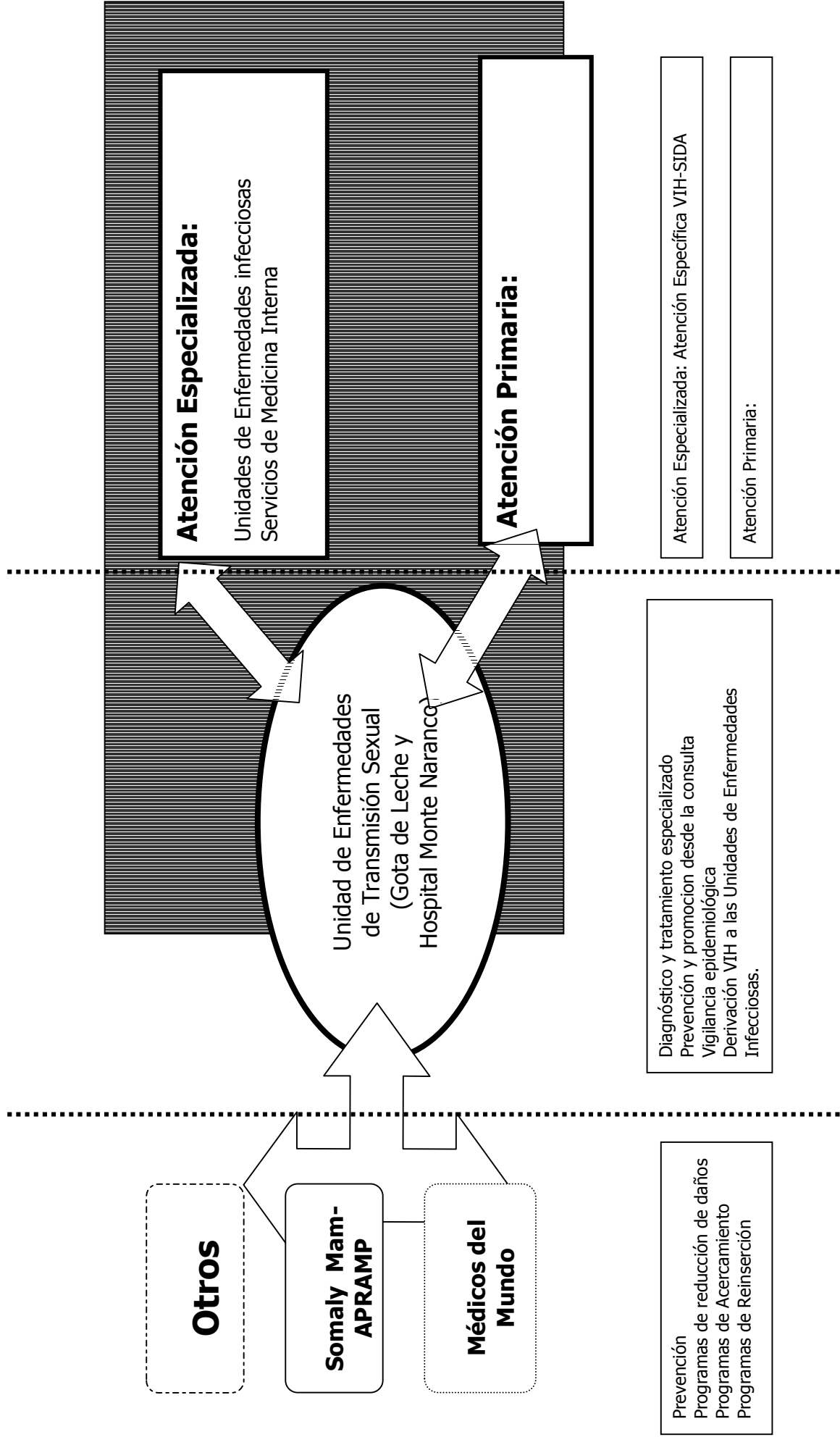
Alfonso Moreno Torrico
*Microbiólogo. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central de Asturias*

Sonia Nieto Fontanillo
Psicóloga. APRAMP- Somaly Mam

Flor Pérez González
Médico. Centro de Salud de La Felguera

Nuria Rodríguez Suárez
Trabajadora Social. APRAMP- Somaly Mam

Trabajadoras Sexuales y distintos Recursos Asistenciales implicados



Magnitud e intensidad del fenómeno de la prostitución en Asturias

Tendencias epidemiológicas en las consultas de E.T.S

Los mejores sistemas de información sobre las tendencias epidemiológicas sobre la situación del virus de la inmunodeficiencia humana y de otras ETS en el colectivo específico de las trabajadoras sexuales en nuestra comunidad autónoma parte de los indicadores de actividad asistencial de las Unidades de E.T.S de Gijón y Oviedo (**Anexo 5**).

Dichos centros participan en un trabajo multicéntrico "*Estudio anónimo no relacionado de la prevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual y VIH 1998-2000*", estudio promovido desde la Secretaria del Plan Nacional sobre SIDA , del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dificultades en la monitorización del fenómeno

No existen sistemas de información sobre el numero real de mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. La existencia de un sistema de registro (con indicadores de actividad asistencial e indicadores de vigilancia epidemiológica) en las consultas específicas de Unidades de E.T.S (Gota de Leche en Gijón y Hospital Monte Naranco en Oviedo) sólo es valido para conocer la situación de la población atendida en dichas unidades, pero no sabemos cual es la "la población real" de trabajadoras sexuales.

La marginación, la ilegalidad, la dificultad de acceso a recursos socio-sanitarios y el elevado porcentaje, en aumento, de mujeres inmigrantes dificulta aun mas el conocimiento del verdadero numero de personas que ejercen esta actividad.

Por consiguiente la ausencia en muchos casos de datos epidemiológicos no justifica la decisión administrativa de no llevar a cabo programas preventivos, asistenciales socio-sanitarios dedicados a esta población. Todo lo contrario. No hay que confundir ausencia de problema con lo que es inaccesibilidad del usuario/a al sistema.

Se plantea una deficiencia en el sentido de la no posibilidad de contar con un sistema informático en línea que integre las bases de datos de las unidad de E.T.S. de Gijón y Oviedo e incluso que permitiera la coordinación con otros sistemas informáticos de Atención Primaria y Atención especializada.

Algunas dificultades percibidas en el colectivo de las trabajadoras sexuales

(Informe de APRAMP-Somaly Mam y Médicos del Mundo)

Existencia de distintos sub-grupos y de distintos perfiles

Se establece un perfil heterogéneo de las trabajadoras sexuales:

- Algunas de ellas ejercen como trabajadoras sexuales obligadas por circunstancias sociales y/o la incapacidad de acceso a otras alternativas.
- Otras realizan un ejercicio libre de la prostitución como un medio alternativo y voluntario de acceso a recursos económicos.
- Un tercer grupo accede a la prostitución de una forma íntimamente ligada al contexto de una drogodependencia....
-

Existencia de rasgos comunes en muchos de dichos sub-grupos

Se pertenezca a uno u otro grupo y quitando casos de "prostitución no manifiesta" existen unos rasgos comunes a los distintos subgrupos:

- Marginalidad y Discriminación social.
- Ausencia de marco legal claro que ampare sus derechos y que reconozca su trabajo.
- Practicas sexuales de riesgo con el consiguiente daño para su salud individual y para la salud colectiva.
- Desinformación de los recursos socio-sanitarios existentes (se expone la dificultad de muchas mujeres inmigrantes para tramitar demandas de petición de residencia en nuestro país, peticiones de asesoramiento jurídico).
- Desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos. El preservativo es el método utilizado, pero se desconoce la existencia de otros métodos anticonceptivos en caso de fallo del preservativo (para la prevención de embarazos no deseados).
- Deterioro en las redes de apoyo familiar y apoyo social.
- Detección de otros comportamientos de riesgo: Dependencia al alcohol, ludopatías, consumo de otras sustancias psicotropicas... El consumo de sustancias en el entorno del trabajo va ligado a pérdida del control y al aumento de la existencia de prácticas de riesgo.

- Aquellos sub-grupos (drogodependientes, redes ilegales...) en los que la incorporación a la prostitución no se realiza de forma *voluntaria* suele haber un marcado deterioro en la esfera de lo bio-psico-social: prácticas sexuales de alto riesgo, dependencia endovenosa de sustancias ilegales, disminución de autoestima, pérdida intensa de vínculos socio afectivos y probablemente daño biológico asociado con hepatopatías, seropositividad al VIH y otras ETS...).

Algunas dificultades percibidas desde los Programas de reducción de daños y desde los programas de acercamiento (Informe de APRAMP-Somaly Mam y Médicos del Mundo)

Dificultades para mantener la continuidad en dichos Programas

Se precisa una estabilidad en la subvención de estos programas. En primer lugar para garantizar una adecuada implementación y en segundo lugar para conseguir su continuidad en el tiempo. En muchos casos, esta financiación múltiple e incompleta –a cargo de fondos públicos y privados- dificulta esos dos objetivos de implementación y continuidad. Muchas veces el origen de esta financiación también lleva asociado la mayor o menor incorporación de estos programas en la red socio-sanitaria.

En todos los casos se comenta la necesidad de que estos programas no supongan una alternativa a los recursos públicos sino que establezcan claros mecanismos de coordinación y complementariedad con recursos públicos existentes.

Dificultades en el proceso de acercamiento

- Dificultades por la *ubicación física* de las trabajadoras sexuales. La calle muchas veces se establece como una "barrera" para el encuentro apropiado entre la trabajadora sexual y las mediadoras. La calle tiene su horario de trabajo y muchas veces los/las mediadores/as no están acostumbrados a educar en la calle. En aquellos ambientes en los que la prostitución se ejerce en locales el acceso muchas veces esta dificultado por los dueños/as de dichos clubs.

- Movilidad en las trabajadoras. Cambio de domicilio frecuentemente. Este fenómeno mantiene se relaciona sobre todo con el colectivo de prostitutas que proceden de otros países.
- La inmigración añade una variable más a las barreras conocidas de estrategias de acercamiento: la interculturalidad. Contar con esta variable supone tener en cuenta aspectos lingüísticos, sociales, educativos, familiares...
- El acercamiento en estos procesos educativos, de igual forma que en cualquier otro proceso educativo -sea cual sea la relación entre educador y educando- supone una estrategia global de acercamiento. Lleva implícita una habilidad de las mediadoras que va mas allá de muchos programas formativos reglados/oficiales que existen en la actualidad. Supone formación, pero también experiencia, originalidad y empatía.
- El punto anterior se relaciona con la dificultad de adaptar los mensajes preventivos para salvar la "brecha educativa" existente en todo proceso educativo. Esta dificultad se manifiesta en las distintas metodologías de la educación para la salud: *counselling*, folletos,... la no adaptación de muchos de estos instrumentos de EPS a la lengua materna de muchas mujeres también supone una barrera.
- En relación con esto se plantea la necesidad de formación del personal que trabaja en programas de reducción de daños y programas de acercamiento. Esta formación incluiría temas específicos relacionados con el colectivo de trabajadoras sexuales y problemas de salud asociados, pero también sería preciso incluir aspectos de formación en metodología: planificación y programación, evaluación de programas de salud...
- El trabajo de prevención en este colectivo muchas veces se plantea a través de la trabajadoras sexuales. Se propone diversificar estrategias de prevención. Realizar campañas de prevención con los clientes o desde los clubs. El principal inconveniente de muchas de estas estrategias "desde el otro lado" es la utilización de una estrategia adecuada para no crear recelo en los dueños de dichos clubs o en los *jefes* de las redes de prostitución...
- En la diversificación de estrategias de prevención se plantea la necesidad de potenciar aspectos concretos: adherencia al tratamiento, técnicas de negociación del preservativo en la relación trabajadora-cliente, adecuar el mensaje preventivo en el sub-grupo de trabajadoras sexuales que tienen una adicción a sustancias...

Algunas dificultades percibidas desde los Recursos Asistenciales

(Informe de APRAMP-Somaly Mam y Médicos del Mundo)

En muchos casos se plantea una dificultad en la accesibilidad de los recursos asistenciales.

- Dificultad para las trabajadoras sexuales en el acceso a los recursos sanitarios de la red pública.
- La discriminación del colectivo les lleva a una inhibición para la utilización de otros recursos sanitarios. Esto hace que recursos como los Centros de Orientación Familiar o los servicios de Ginecología o los mismos Centros de Atención Primaria les queden lejos. Es necesaria que relación tiene esta infrautilización con situaciones como embarazos no deseados o aumento de IVEs en condiciones de ilegalidad y precariedad sanitaria.
- Se plantea la posibilidad de concretar la Cartera de Servicios de las Unidades de E.T.S. y revisar algunas de las actividades sobre todas las relacionadas con la prevención y promoción de la salud en el ámbito de la consulta y en el ámbito comunitario.
- En algunos casos se plantean déficits de formación desde Atención Primaria en el tratamiento de las E.T.S., aunque se facilita la formación de los especialistas en MFyC en dichas patologías posibilitándose su rotación en las Unidades de Gijón y Oviedo.
- Se señala una deficiencia – para este apartado de la salud pero extensible a otros- en los aspectos de Promoción de la Salud o Actividades de Participación Comunitaria que suponen un desarrollo de la Atención Primaria en el ámbito comunitario y que podría permitir el desarrollo de programas preventivos en sus Zonas Básicas de Salud englobando a estos colectivos. La elevada presión asistencial en los equipos de atención primaria, la crisis de las actividades comunitarias, la ausente formación no solo en temas clínicos sino en temas de promoción y educación de estos equipos esta en la explicación de algunas de estas deficiencias.
- Los programas de acercamiento presentes en el grupo de trabajo señalan que se percibe un desconocimiento desde los Equipos de Atención Primaria (de los profesionales y del personal administrativo) para la gestión correcta y la atención a aquellas mujeres inmigrantes que carecen de documentación. Existe un desconocimiento de la normativa al respecto.
- No se expresan especiales dificultades en la relación entre las Unidades de E.T.S. y las Unidades de Enfermedades Infecciosas Hospitalarias.

- Se expresa una necesidad de coordinar los programas de reducción de daños y los programas de acercamiento con los programas asistenciales (tanto unidades de E.T.S, Atención Primaria o Atención Especializada).

Anexos

Anexo 5:

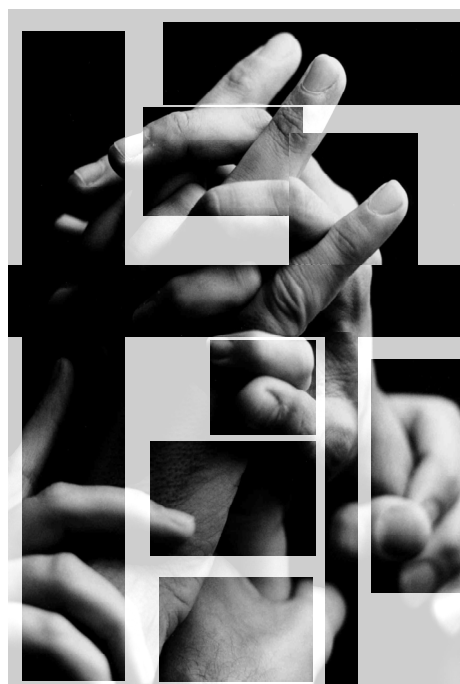
PROSTITUCIÓN FEMENINA Y ETS EN ASTURIAS (página 241)

.....

Documento de Trabajo

Integración, normalización y participación comunitaria

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Coordinadora:

Esther Arbesú Fernández

Médico. Servicio de Promoción y Programas de Salud
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

*“Mire la calle
¿Cómo puede usted ser
indiferente, a ese gran río
de huesos, a ese gran río
de sueños, a ese gran río
de sangre, a ese gran río?”*

Nicolas Guillén

Participantes:

M^a Luisa Espina Alonso
Trabajadora Social. Cáritas Diocesana

Mercedes García Ruiz
Técnico de Salud. Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

Nuria Marcos Alonso
Departamento de Salud Laboral. Sindicato Unión General de Trabajadores

Reyes Otero Furelos
Médico. Consejería de Asuntos Sociales

Carmen Peláez Díaz
Técnica Educadora. Centro de Encuentro y Acogida de Cáritas

Carmen Pérez González
Departamento de Salud Laboral. Sindicato Comisiones Obreras

Francisco Quintana Fonseca
Psicólogo. Fundación Siloé

Isolina Riaño Galán
*Pediatra. Servicio de Pediatría
Hospital Carmen y Severo Ochoa. Comité Asesor de Bioética de Asturias*

José Manuel Suárez Suárez
Psicólogo. Comité Ciudadano Antisida

Luis Trapiella Martínez
*Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central*

Colaboración de:

Rafael González Estrada
*Médico. Servicio de Salud Laboral
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*

José Ramón Hevia Fernández
*Médico. Servicio de Salud Laboral
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*

Situaciones actuales de discriminación que dificultan la integración de las personas afectadas por el VIH

Ambito social

Se detecta que:

- En la población general disminuyó la discriminación hacia las personas infectadas por el VIH, aunque todavía no se percibe como una enfermedad más:
 1. Se sigue pensando que es una enfermedad de sólo determinados grupos, y se identifica a los afectados con una apariencia determinada.
 2. Todavía existe miedo al contagio de personas enfermas, por desinformación sobre los modos de transmisión.
 3. Hay desconocimiento de la enfermedad, aunque la situación actual de cronicidad ayuda a su normalización.
 4. En el Centro de Encuentro y Acogida (CEA) y la Fundación Siloé les resulta difícil encontrar un domicilio normalizado a los enfermos seropositivos, y es frecuente la negativa de admisión en los establecimientos hoteleros, pudiendo acceder tan sólo a pensiones marginales.
 5. Hay un problema de valores que dificulta la aceptación de estas personas y que provoca acciones injustas y de falta de respeto.
 6. Los afectados suelen tener dificultad para tener pareja o mantenerla cuando hay serodiscordancia.
 7. En las familias sólo se percibe rechazo cuando la enfermedad va unida a drogadicción.
- Los enfermos con patología psiquiátrica -trastorno dual en los pacientes toxicómanos, encefalopatía por la infección VIH- cuya vivienda es la calle no pueden acceder a los recursos actuales:
 1. Los Recursos de Salud Mental presentan problemas para atenderles cuando no tienen apoyo familiar.
 2. En las pensiones no les admiten, por lo que están en la calle o son atendidos en el CEA y la Fundación Siloé. Estos recursos tienen una normativa que no permite atender a personas con patología psiquiátrica y además, no están preparados para atenderlos.

Se propone:

- Promover el cambio de actitudes:

1. Continuar con las campañas, que pueden ser más efectivas si personas seropositivas y normalizadas participan en las estrategias de información.
 2. Incluir la prevención de la infección VIH en el proyecto educativo de los centros escolares, teniendo como soporte básico la educación en valores y acompañándose de la formación del profesorado.
 3. Implicar a la Atención Primaria en la prevención de la infección, por la importante utilización que la población general hace de este nivel asistencial.
- En los enfermos con patología psiquiátrica cuya vivienda es la calle:
1. Establecer mecanismos de coordinación de los servicios sanitarios y las ONGs, con los servicios de Salud Mental.
 2. Mayor flexibilidad de los recursos actuales, para que puedan acceder por ejemplo a viviendas tuteladas.

Ambito laboral

Se detecta que:

- 146
- Como hecho habitual que en las empresas no se solicita el consentimiento del trabajador para realizar la prueba VIH, tanto en los reconocimientos médicos previos a la contratación, como en los reconocimientos que se realizan periódicamente a la plantilla.
 - Es difícil denunciar estos sucesos por la dificultad de obtener pruebas que demuestren la vulneración de la ley.
 - Que todavía no se considera al SIDA como una enfermedad más, ya que los enfermos que están trabajando sienten angustia cuando tienen que responder a preguntas de sus compañeros, en relación a sus ausencias por asistir a consulta médica.
 - Que los enfermos de SIDA con la terapia antirretroviral han mejorado su estado de salud, y esto supone que la aplicación del Real Decreto de marzo de 2000 sobre minusvalías dejará sin ingresos a un alto porcentaje de enfermos que están percibiendo una pensión de invalidez o una pensión contributiva.

Se propone:

- Compromiso de las autoridades laborales y sanitarias de actuar en el nivel de las empresas con el fin de evitar cualquier situación de discriminación laboral que se esté produciendo por tener la infección VIH. En la actualidad existe un buen marco legal, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que hace factible dicho compromiso.

- ❑ Denuncia pública por parte de los sindicatos de aquellos casos en los que pueda probarse la realización de la prueba VIH previa a la contratación.
- ❑ Formación, sensibilización y recuerdos periódicos, a las direcciones de empresa, al personal sanitario de los servicios médicos de empresa, y a los delegados de prevención sobre la no realización sistemática de la prueba, y cuando se realiza sobre los requisitos de consentimiento y confidencialidad.
- ❑ En las empresas pequeñas no hay delegados de prevención, por lo que la información debe llegar a través de las campañas que se dirijan a la población general.
- ❑ Si los actuales criterios para conceder una minusvalía no se suavizan, la aplicación del Real Decreto de marzo de 2000 debe acompañarse de medidas de inserción laboral.

- ❑ La utilización de pruebas serológicas para la detección del VIH es innecesaria e injustificada, por lo que no debe ser exigida ni en los reconocimientos preempleo ni en los periódicos. Si después de un **consentimiento informado y por escrito**, se practican estas pruebas a un trabajador, se debe respetar el carácter confidencial de toda información médica (OMS, Organización Internacional de Trabajo; declaración 88.7 de Ginebra de 1988).
- ❑ La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligación de la empresa de vigilar periódicamente el estado de salud de los trabajadores **en aspectos que tengan relación** con los riesgos existentes en el trabajo de que se trate y con las condiciones psicofísicas requeridas para desempeñarlo.
Se especifica que la realización de la serología VIH es siempre voluntaria, lo que implica que la prueba debe realizarse **siempre con el consentimiento del trabajador**.
En dicha ley, al igual que en el Código Civil y Código Penal, también se establece que la información sobre el estado de la salud del trabajador, incluido el resultado de la serología VIH, **es estrictamente confidencial**.
- ❑ Por lo tanto la ausencia de consentimiento y de confidencialidad, se considera una violación al derecho a la intimidad de los trabajadores y constituye un delito contra la libertad individual. Se puede denunciar en la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en la Dirección General de Trabajo y Seguridad Laboral, y en la Inspección de Trabajo. La ausencia de consentimiento también se puede denunciar ante los Tribunales.
- ❑ En el proyecto de Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica de Trabajadores Expuestos a riesgos biológicos, del Ministerio de Sanidad y Consumo, se recomienda la no realización sistemática de serología VIH.

Ambito sanitario

Se detecta que:

- ❑ Todavía existe un trato diferente a los enfermos seropositivos, excepto en los servicios sanitarios donde se lleva a cabo su atención y seguimiento.
- ❑ Acudir a servicios sanitarios específicos es un hecho que les etiqueta.
- ❑ Con la eficacia del tratamiento antirretroviral se percibe una disminución en la labor educativa sobre la enfermedad y las medidas de prevención.
- ❑ Es una conducta generalizada la ausencia de consentimiento informado para realizar la prueba VIH, inclusive en las mujeres embarazadas.
- ❑ También es una actuación generalizada la ausencia de confidencialidad (por ejemplo, se comentan los casos en la cafetería y hay volantes de los enfermos en los mostradores). Esta conducta es extensible a otras enfermedades, pero con el SIDA se debe ser más cuidadoso porque todavía supone discriminación.
- ❑ Atención Especializada no es el nivel adecuado para atender la patología que no es específica de la infección VIH.

Se propone:

- ❑ Sobre consentimiento y confidencialidad:
 1. Realizar el consentimiento informado en la prueba VIH como práctica clínica de calidad, por ello *siempre* se debe poner en conocimiento del usuario la solicitud de la prueba y dejar constancia escrita en la Historia Clínica.
 Únicamente en aquellos casos en que la solicitud de la prueba está motivada por la situación clínica del paciente para llegar a un diagnóstico, no se considera imprescindible cumplir este requisito.
 2. Que las autoridades sanitarias, el personal directivo de las instituciones sanitarias, y las jefaturas de los servicios sanitarios, se comprometan y tomen medidas en el respeto de la legalidad. Este compromiso se puede traducir en la inclusión en sus agendas de objetivos específicos relativos a estos derechos del usuario.
 3. Formar y sensibilizar al personal sanitario, y recordarles con regularidad el respeto de ambos derechos.
 4. Los Comités de Ética Asistencial pueden contribuir al respeto de estos derechos del usuario a través de acciones de sensibilización de los profesionales sanitarios, y elaborando protocolos que permitan sistematizar el manejo de la información.

- ❑ Formar a los profesionales sanitarios en Counselling con el fin de:
 1. Informar más y mejor, a las personas seropositivas, sobre la enfermedad y las medidas de prevención.
 2. Informarles sobre su responsabilidad en relación a evitar la transmisión a terceros, mediante las medidas adecuadas.
 3. Lograr que las personas enfermas y sus parejas tengan una convivencia normal con la infección.
- ❑ Atender a la patología que no es específica de la infección VIH, en el nivel de Atención Primaria, a través de estrategias de formación continuada de sus profesionales y de coordinación con la Atención Especializada.
- ❑ Que ninguna persona, por su condición de VIH, sufra discriminación en el acceso a cualquier técnica o intervención sanitaria. En este sentido, con el fin de normalizar la relación de pareja, una posibilidad sería ofertar limpieza de semen en las técnicas de reproducción asistida.
- ❑ Con el fin de respetar al máximo la autonomía de los pacientes, se podría promover la realización de voluntades anticipadas (directrices previas o testamento vital) que ayudarían a la toma de decisiones en aquellas situaciones en que ésta se encuentra comprometida (demencia por VIH,...).

Otros ámbitos

149

Prisión

Se propone la inclusión de la educación para la salud en prevención de la infección VIH *también* en los módulos que *no son* libres de drogas.

Registro regional de la Infección VIH

Se propone asegurar el derecho a la confidencialidad de los afectados, mediante su identificación con códigos.

Organizaciones No Gubernamentales

- ❑ Las ONGs sienten que realizan un trabajo que es propio de la administración y que sin embargo no se les presta la debida atención.

Se propone crear una coordinadora de ONGs que permitiría elaborar un marco teórico de actuación, donde se defina las líneas de trabajo y cómo llevarlas a cabo. Permitiría también tener más fuerza en denunciar las situaciones de discriminación y en exigir medidas correctoras.

- Potenciar la participación de las personas afectadas en la detección de sus problemas y en la toma de decisiones para su resolución.
- Potenciar la metodología del trabajo entre iguales, en la que los propios afectados actúan de mediadores con las personas seropositivas.

Anexos

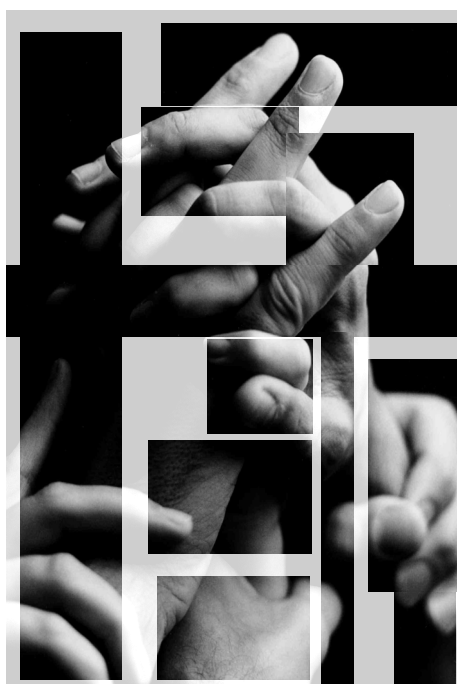
Anexo 6:

VIGILANCIA DE LA SALUD. RECONOCIMIENTOS MÉDICOS (pagina 253)

.....

Documento de Trabajo

Medio Penitenciario y VIH-SIDA



Coordinador:

José Luis Martín Martín

Educador del Módulo Terapéutico
Centro Penitenciario de Villabona

*“pobrecitos creían que libertad
era tan sólo una palabra aguda
que muerte eran tan sólo grave o llana
y cárceles por suerte una palabra esdrújula*

olvidaban poner el acento en el hombre”

Mario Benedetti

Participantes:

José Antonio Bustamante

José Antonio Gorostiaga

Educadores del Módulo Terapéutico del Centro Penitenciario de Villabona

Internos de la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona

El siguiente documento refleja las experiencias de trabajo y reflexión de la Unidad y terapéutica del Centro Penitenciario de Villabona.

El análisis de la realidad que se señala a continuación es fruto de este trabajo y de las reuniones que a lo largo de la realización del Plan (durante el 2001) se tuvieron con los internos del Módulo pertenecientes a la Unidad Terapéutica y con los educadores de la misma.

Análisis de la realidad

¿Dónde nos encontramos actualmente? Principales problemas detectados desde la perspectiva de los afectados en prisión (concretamente en la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona)

1.- Consumo de drogas (en otros módulos).

Mientras el mundo de la prisión esté mediatizado y condicionado por la subcultura que generan las DROGAS, se dará más importancia al consumo de las mismas que a la vigilancia de la salud. Conllevando, en el caso de las personas seropositivas, a no tomar la medicación correctamente y en su defecto a tirarlas por el patio.

153

2.- Acceso del paciente a la atención médica.

- A veces se reparte la medicación tarde, produciéndose un conflicto. Las personas se quedan "pinchadas"- sin medicamento -, repartiéndose la medicación entre los compañeros (para no saltarse pautas).
- El seguimiento médico no es eficiente. Es necesario preocuparse uno mismo por su salud.
- Se sienten limitados por estar presos, con la consiguiente deshumanización que les proyectan los médicos. Quizás debido a la rotación a la que se ven sometidos (no implicación personal).
- Debería haber coordinación entre los servicios médicos / internos / profesionales.
- Poca eficacia en las salidas al Hospital.
- Se da una ínfima explicación por parte de los servicios sanitarios sobre la medicación, asumiendo el paciente un papel pasivo: "me tomo las pastillas porque me lo dicen"

3.- Prevención y Educación.

En la UTE se da información, educación y prevención a través del Taller de Salud, pero en otros Módulos no ocurre lo mismo. Es importante volver a destacar que la toma de medicación, en otros módulos, es baja debido a la mediatización de las DROGAS. Lo que importa es la dosis, el “ponerte” día a día. Falta concienciación.

4.- ¿Hay sentimientos de discriminación por la seropositividad?

En el Taller de Educación para la Salud se sensibiliza positivamente a las personas sobre la seropositividad, generalizándose a las demás personas no seropositivas (internos y profesionales). No obstante, en otros Módulos se sienten discriminados en algunos casos, con una sensibilización negativa entre el colectivo de presos (por ejemplo, a la hora de “chutarse”).

5.- Reinserción social y laboral / Seropositividad.

Hay un sentimiento profundo de limitación en la cárcel, con el “handicap” que los propios muros producen. Necesitan compartir experiencias, información y comprensión social. Reconocen que en prisión se puede tomar CONCIENCIA de su problemática (tanto de toxicomanía como de seropositividad), pero la realidad y el verdadero afrontamiento están en la calle. Les faltan referentes que lleven una vida normalizada, generándose cierto miedo e incertidumbre. La mayoría opta por intentar acogerse a las Pensiones No Contributivas. Son conocedores de la triple espiral de marginalidad: Preso – Toxicómano – Seropositivo.

Abogan por la búsqueda de una solución laboral para personas con enfermedades crónicas ; son conscientes de sus limitaciones, pero comentan que influye mucho la normalización y concienciación que cada uno tenga de su situación.

El tratamiento social que se da a la infección por VIH es sesgado y en todo caso insuficiente, demasiado medicalizado y poco solidario.

Una propuesta de actuación en el Medio Penitenciario: Taller de Educación para la Salud. VIH y adhesión al tratamiento.

Introducción

Instituciones Penitenciarias recibe un número sustancial de personas afectadas por el VIH. Además, la relación entre droga y delincuencia hace que se concentren numerosas personas con antecedentes de uso de drogas inyectadas, principal práctica de riesgo para la transmisión de la infección en un sistema cerrado como es la Prisión.

Grupo de educación entre iguales

El uno de Abril del año 2000, en la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona (un espacio libre de drogas), se inició un Taller de Educación para la Salud que incide principalmente en un “cambio de actitudes y comportamientos” indispensables para prevenir, tratar y afrontar adecuadamente el tema del VIH y su problemática. Utilizando como procedimiento o medio sistematizado de organizar y desarrollar el taller la DINAMICA DE GRUPOS: GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GRUPOS DE APOYO EMOCIONAL).

155

Objetivos generales

- Intercambiar información y experiencias.
- Proporcionar apoyo emocional y comprensión.
- Atender las posibles necesidades que surjan.
- Conseguir una buena adhesión al tratamiento a corto y largo plazo.
- Promover hábitos de vida saludables, preventivos y de autocuidados.
- Formación de mediadores o agentes de salud.
- Intentar, en lo posible, la difusión y generalización del TALLER a otras poblaciones de la prisión, enfatizando principalmente el tema de la prevención (Taller de Sexo Seguro, problemática del VIH, etc.)

Definición del entorno

A la hora de elaborar un programa de intervención sobre el VIH se hizo necesario precisar el entorno de aplicación del mismo, máxime cuando –como sucede en nuestro caso - la estabilidad temporal de los internos con respecto al Taller puede resultar impredecible (movilidad intercentros, expulsión de la UTE, libertad, cumplimiento en Comunidad Terapéutica, etc).

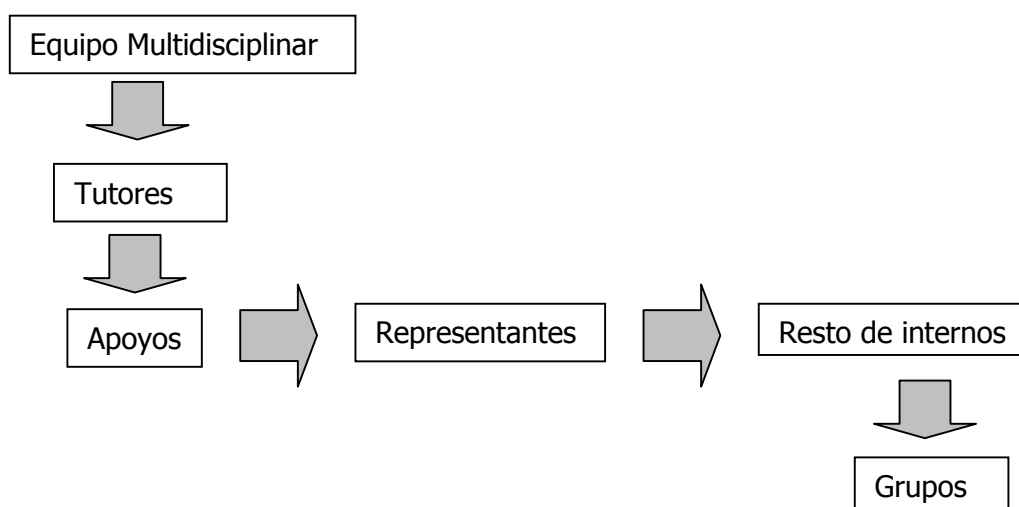
El trabajo se realiza dentro del Centro Penitenciario de Villabona, que cuenta con unos 1.100 internos repartidos en trece Módulos. Más concretamente, la ubicación del Taller está dentro de los Módulos 1 y 2, que actualmente se llaman UNIDAD TERAPÉUTICA Y EDUCATIVA, con una población mixta de 160 hombres y 20 mujeres. Ambos Módulos se comunican entre sí, formando un solo espacio geográfico de convivencia.

Es necesario precisar que los internos adscritos al Taller, a su vez, pertenecen a otro grupo de AUTOAYUDA – con otros fines - dentro de la Unidad .

Breve descripción de la unidad terapéutica y educativa

¿Cómo se interviene?

En el Centro Penitenciario de Villabona un grupo de profesionales trabaja con internos/as drogodependientes en un tipo de acción orientada a la ABSTINENCIA. La intervención deshabitadora se desarrolla en un ESPACIO LIBRE DE DROGAS que constituye la Unidad Terapéutica y Educativa.



- **El equipo multidisciplinar**

Esta compuesto por 28 profesionales: 1 psicólogo, 1 educador, 2 trabajadoras sociales, 2 maestros, 1 monitora ocupacional y 21 funcionarios de vigilancia. Todos ellos son los encargados de realizar los grupos terapéuticos.

- **Tutores**

Los profesionales de vigilancia que trabajan en turnos M/T/N (mañana/tarde/noche), hacen por las tardes un seguimiento de su grupo.

- **Apoyos**

Son internos que llevan un tiempo en la Unidad, tienen un buen nivel de concienciación e interiorización, y una evolución favorable.

- **Representantes**

Internos que ayudan a los Apoyos a llevar un buen control del grupo.

- **Resto de internos**

Actualmente hay en la Unidad 180, divididos en varios grupos.

- **Grupos**

Hay trece, del A al M ; a parte el de Mujeres, Akerando Ron, Alcohólicos Anónimos y Grupo de Educación para la Salud.

157

Requisitos para entrar en la UTE

La entrada en la Unidad Terapéutica es voluntaria, mediante instancia dirigida al Equipo Multidisciplinar. Tienen preferencia los internos en los cuales concurren algunas de las siguientes características:

- Tener menos de 21 años.
- Ser primario.
- Provenir de una Unidad Terapéutica de la calle.

Al ingresar el interno en la Unidad es recibido por un Profesional y los Apoyos, que le explican el funcionamiento y las normas. Se le entrega un CONTRATO CONDUCTUAL, y se le pregunta por sus familiares y amigos negativos (relacionados con el mundo de las drogas) con los que no podrá mantener ningún tipo de comunicación. Seguidamente se le señala un compañero de celda que le hará un seguimiento hasta su adaptación a la dinámica

de la Unidad; a su vez se le asigna un grupo de pertenencia y los Talleres a los que deberá acudir.

La escolarización está programada de la siguiente forma:

- Alfabetización o Neolectores.
- Grupo intermedio o segundo ciclo.
- Grupos de graduado escolar.
- Clases de E.S.O. dado por profesorado voluntario.

Veamos una semana transcurrida en la Unidad:

Lunes:

Se reúne el grupo de Apoyo (unos 20 internos) con varios profesionales, se hace una valoración de todos los internos grupo por grupo.

Martes:

Se dan los grupos A y B (grupos donde están integrados los apoyos), y el de Mujeres.

Miércoles, Jueves y Viernes:

Se dan por las mañanas los restantes grupos.

Fines de semana:

No hay talleres, escuela ni grupos. Se organizan juegos y actividades deportivas.

Formas de salir de la UTE

- Abandono.
- Expulsión.
- Derivación a Centro Terapéutica Extrapenitenciario.
- Libertad.

Facilitadores del taller de educación para la salud

- Profesionales.

En la Unidad Terapéutica somos tres profesionales los encargados de moderar y preparar los grupos y el taller, estimulando y animando este tipo de trabajo.

- Internos.

Utilización de la técnica de los "Líderes pares" (primus inter pares) , para conseguir una mayor cohesión y participación entre sus miembros.

Perfil inicial de las personas afectadas

Toxicómanos en abstinencia infectados de VIH por vía parenteral, con un conocimiento inicial de la medicación sólo a nivel comercial, y con muy poca comprensión e información de su enfermedad. Insuficiente entendimiento de la relación riesgo/beneficio. Gran incertidumbre hacia los efectos secundarios. Dándose, en general, un cúmulo de dudas a nivel vital que presuponen ansiedad, decaimiento, miedos y falta de apoyo emocional. Confiando, la mayoría, en lo que el médico dice como único baluarte de ayuda y motivación; asumiendo un papel pasivo y evitador en su afrontamiento de la enfermedad.

El Taller de Educación intentará paliar estas deficiencias adaptando sus necesidades a este perfil.

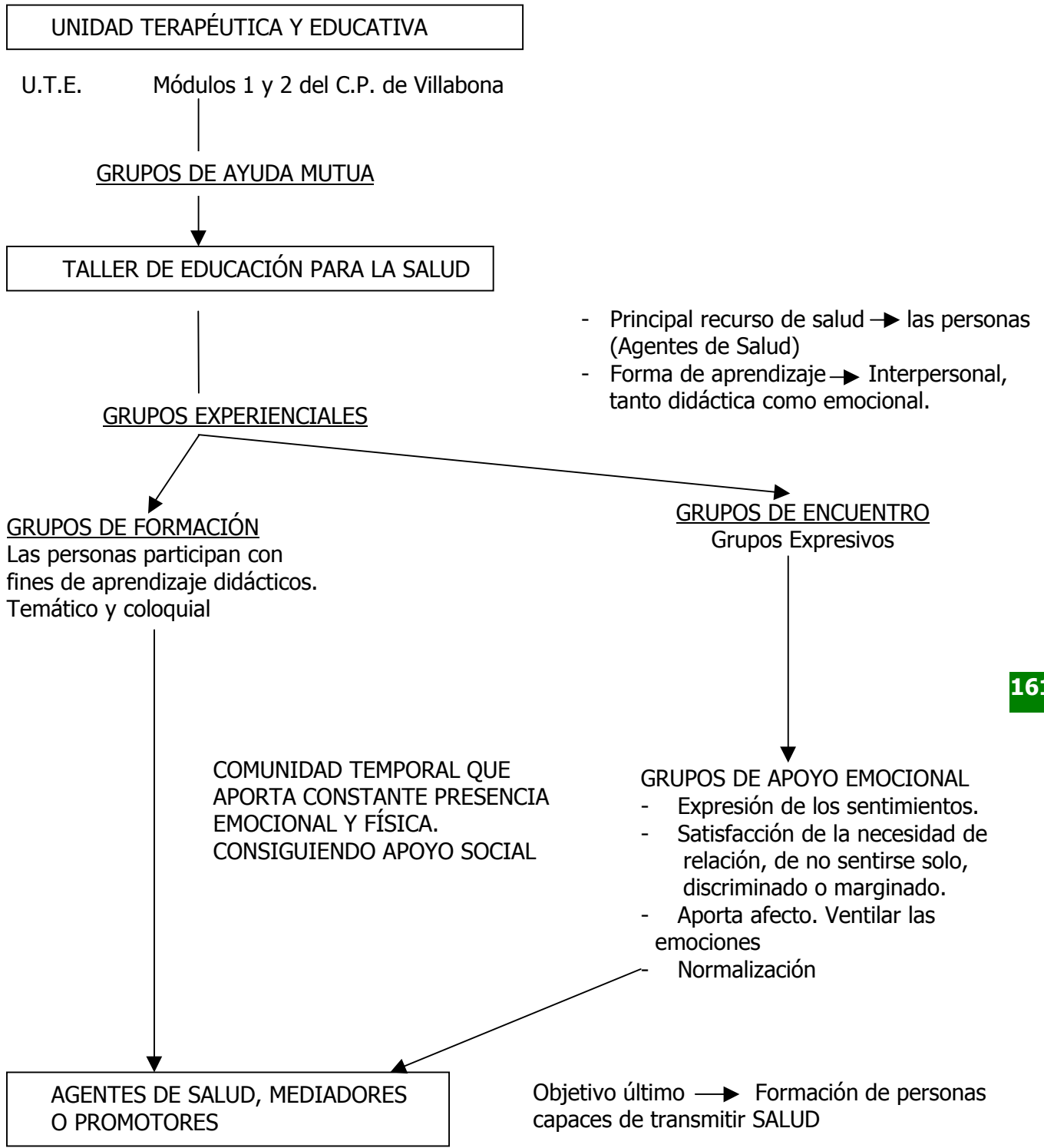
Etapas y actividades en el taller

Desde su inicio hasta el presente ha formado parte del Taller más de 80 personas seropositivas (en un año y siete meses); con una media de 20 personas en las dos reuniones semanales que se hacen.

- Las etapas en la evolución temporal son:
 - a)** Creación del Taller con 13 internos seropositivos. El criterio de inclusión y pertenencia era ser VIH+. Formándose así un GRUPO ENTRE IGUALES DE APOYO EMOCIONAL. El objetivo principal giraba en torno a la concienciación y adaptación al estado de seropositividad.
 - b)** Se debate y discute en el grupo la posibilidad de que asistan internos no seropositivos que hayan estado en situación de riesgo. A su vez, aumenta el número de personas que asisten al grupo, generando un ENCUENTRO DE PROBLEMÁTICA COMÚN ENTORNO AL VIH (más de 20 internos).
 - c)** Las personas que forman parte del Taller de VIH iniciarán y dinamizarán un Taller de Sexo Seguro entre los demás internos del módulo. Empiezan a funcionar como AGENTES DE SALUD O MEDIADORES entre sus compañeros. Se produce una mejora de la comunicación en todos los contextos, el tema del VIH se normaliza en el Módulo.
 - d)** El Taller de Sexo Seguro y VIH se extiende a otros Módulos. Son los propios internos, como promotores de salud, los que facilitan dicha información. Se produce un

IMPACTO ENTRE IGUALES dentro de la espiral PRESO – TOXICÓMANO – SEROPOSITIVO – PRÁCTICAS DE RIESGO.

Organigrama del Taller de Educación para la Salud. Un enfoque grupal



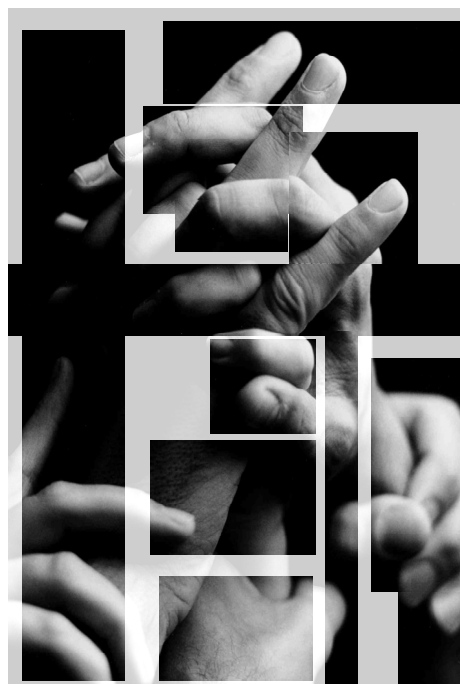
- Aprender a dar ayuda.
- Desarrollo de formas de participación eficaces.
- Estimular la participación comunitaria (otros módulos).
- Conocer y tener acceso a Recursos para "CONTRATAR" apoyo social (ONGS, Consejería, etc) –importancia de las salidas terapéuticas-.

.....

Documento de Trabajo

Medios de Comunicación Social

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■



Redacción del Documento:

Ignacio Montserrat Fuertes

Radio Asturias

Coordinador del GdT:

Rafael Cofiño Fernández

Servicio de Promoción y Programas de Salud
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

“Un día nos dimos cuenta de que faltaba una palabra. Nadie nos la había robado, tampoco la habíamos olvidado. Sencillamente ya no estaba. Pero sin esa palabra no podíamos seguir actuando, porque ya nada daba sentido. Era precisamente la palabra por la que todo se relaciona con todo. ¿Comprende bella dama? Desde entonces viajamos de un lado a otro para encontrarla de nuevo...”

El Espejo en el espejo. Michael Ende

Participantes:

Pablo Álvarez Álvarez
La Nueva España

Amor Domínguez González
Oviedo Televisión

Pilar Fernández Fernández
COPE

Laura Fonseca
El Comercio

José Antonio García Vázquez
Servicio de Promoción y Programas de Salud.
Dirección General de Salud Pública

Alba Rueda Espina
Radio Vetusta

Azucena Vence Fernández
Onda CERO

Pablo Zariquiegui Asiain
La Voz de Asturias

1. ¿Sobre qué informamos?

- Datos epidemiológicos:
 1. Datos de las personas afectadas (incidencia y prevalencia)
 2. Datos asistenciales
 3. Datos farmacológicos
- Otros programas de interés relacionados con el VIH-SIDA
- Noticias de interés en un momento determinado
- Prevención de forma directa o indirecta
- Visiones integrales del problema

2. ¿De dónde nos llega la información?

1. DGSP
2. Organizaciones
3. Personas afectadas
4. Personas clave: expertos sanitarios

Información disponible

Procesamiento de la información

Comunicación de la información

4. ¿Cómo comunicamos?

- Criterios para la inclusión de información.
- Variabilidad según el medio.
- ¿Búsqueda de titulares?
- Originalidad.

3. ¿Cómo procesamos la información?

- Según tiempo y espacio
- Según cómo nos llegue la noticia
- Según formación previa (Aptitud)
- Según sensibilización previa (Actitud)

Información disponible

¿Sobre qué informamos?

Las informaciones de las que disponen los medios de comunicación regionales sobre el VIH-SIDA son fundamentalmente las que tienen que ver con la incidencia y la prevalencia de la enfermedad en Asturias. Así, es habitual la publicación o emisión de informes sobre el número de afectados, de fallecidos o de tipos de contagio en un momento determinado o en un periodo de tiempo señalado. También es común informar de las características sociológicas de los enfermos (estatus social, sexo, hábitos de riesgo, etcétera...).

Otra de las materias de las que suelen informar los medios en Asturias es, cada vez más, la asistencia que el sistema de salud pública dispensa a los enfermos ya sea en forma de fármacos o de programas de asistencia social. Las novedades en la investigación de la enfermedad no suelen salir de laboratorios asturianos por ello cuando se incluyen como noticia proceden de agencias nacionales o internacionales de prensa que solo manejan los principales periódicos regionales. Un avance en el tratamiento farmacológico del VIH-SIDA por ejemplo, se incluye como noticia de interés regional cuando comienza a aplicarse a enfermos asturianos en centros asturianos. Su eficacia en nuestra región en términos estadísticos también se está convirtiendo en noticia habitual.

Menos espacio ocupan en los medios la elaboración y sobre todo el desarrollo de programas de integración de personas con VIH o las campañas de prevención de la enfermedad. Éstas informaciones suelen reducirse a momentos determinados, como la celebración del día mundial del SIDA, y, si son noticia, lo son únicamente con motivo de su presentación, mientras que se ignora su desarrollo. Por otra parte este tipo de campañas ha reducido su presencia en los medios al generalizarse la creencia de que a estas alturas del desarrollo de la enfermedad, el nivel de información sobre su prevención y contagio, de la que dispone la población es suficiente.

En definitiva se podría concluir que lo que más interesa a los medios asturianos sobre el VIH-SIDA hoy es su prevalencia actual, la forma en la que ha ido extendiéndose entre la población y los tratamientos que para paliar sus efectos dispensa la sanidad asturiana. Fuera de estas tres materias el resto no ocupa un lugar destacado en la agenda informativa regional. En ocasiones incluso, sobre todo en el caso de radios y televisiones por razones que explicaremos más tarde, toda esta información se transmite en momentos muy determinados; con motivo del día mundial del SIDA una vez al año, o con motivo de la entrega del premio Príncipe de Asturias a los descubridores del virus. Poco más.

¿De dónde nos llega la información?

A la hora de establecer las fuentes habituales de información sobre VIH-SIDA conviene diferenciar entre los modos de trabajo de la prensa regional y los que tienen que utilizar las radios o televisiones. No detallamos aquí de forma específica esta disparidad porque a lo largo de toda esta exposición quedará patente en diferentes ocasiones como los modos de trabajo de los periodistas de unos y otros medios son distintos y como esa diferente forma de “producción” informativa determina aspectos tales como el interés que tiene para cada uno de ellos las fuentes de información, el contenido de las informaciones o las formas de comunicarla.

En Asturias la fuente más habitual de información sobre VIH-SIDA es la Dirección General de Salud Pública del Principado. Su acceso a todo tipo de datos sobre la incidencia de la enfermedad en el presente y en el pasado, su experiencia en la relación con los medios de comunicación y en la forma de transmitir sus cifras, estudios o estadísticas, así como su conocimiento de todo lo que la sanidad asturiana puede ofrecer a los enfermos la convierten en la fuente perfecta para hablar de VIH-SIDA.

En algunos centros sanitarios de referencia regional o comarcal trabajan determinados profesionales que se convierten también en informadores habituales sobre el VIH-SIDA, especialmente para la prensa. El periodista escrito tiene una mayor especialización en los asuntos que le corresponden dentro de las diferentes secciones del periódico y eso le obliga a informar de manera más habitual sobre los temas de su sección pero le permite disponer de más contactos que sus compañeros de radio o televisión obligados a cubrir un amplio espectro de informaciones de forma menos exhaustiva, pero más variada. Recurrir a los responsables médicos de diferentes áreas sanitarias para informar del VIH-SIDA tiene la ventaja de que la información no es una mera transmisión de datos estadísticos sino que incluye también el comentario especializado del informador. Es una información muy útil pero dispar. No todos los médicos que trabajan con enfermos de VIH-SIDA en Asturias son igual de accesibles y en muchas ocasiones su visión puede verse reducida al ámbito geográfico de su trabajo.

Los medios en Asturias apenas obtienen información de organizaciones ciudadanas que trabajan en este campo ni de personas afectadas. Parece existir cierto recelo en los colectivos que atienden a personas enfermas o que se preocupan de su situación social sobre el papel que los medios de comunicación juegan en esta materia. Se intuye cierta sensación de que se dejan llevar por los prejuicios, por la creencia de que no interesa hablarle a la opinión pública de una enfermedad “mal vista” y de unos enfermos que como

tales son colocados en el grupo de los marginados de la sociedad. Desde el punto de vista de los profesionales de los medios se consideran estos recelos completamente injustificados, pero también es cierto que conviene saber como funcionan los medios para saber que quieren. Por otra parte, después de varios lustros desde que el VIH-SIDA comenzó a aparecer en nuestro país, han pasado ya los tiempos en los que se valoraba informativamente el testimonio anónimo, pero en primera persona, de los enfermos. Los enfermos individualizadamente ya no son noticia. Lo son como amplio colectivo y lo son también los tratamientos para su curación, pero no unos testimonios personales que ya han sido expuestos en múltiples ocasiones.

¿Cómo nos llega la información?

La fórmula más habitual de transmitir información a un medio de comunicación es la rueda de prensa. Más sencilla y más cómoda es la transmisión vía fax o correo electrónico de la noticia pero es poco útil para radios y televisiones que necesitan de la imagen y la voz de quien da la información para que la exposición de la noticia sea lo más completa posible. Aunque pueda parecer lo contrario no es difícil que la información facilitada a través de una rueda de prensa sea recogida por los medios de comunicación regionales. Asturias no es una comunidad grande donde los medios puedan desaprovechar el caudal de asuntos noticiables con lo que a poco que la noticia tenga interés regional (se refiera a Asturias o a asturianos) tendrá su hueco en los medios.

168

Existen, como es, lógico otras formas de transmitir información a los medios pero la rueda de prensa, por ser el sistema más cómodo para los periodistas es la más habitual. El periodista escrito, por esa mayor especialización a la que antes hicimos referencia, puede tener acceso propio a las estadísticas que publiquen las diferentes administraciones públicas, o a publicaciones médicas especializadas, pero en radio y televisión las plantillas reducidas y la necesidad de tener elaborada la información a una hora determinada (habitualmente a mediodía) impiden que sus profesionales puedan dedicarle a una sola noticia todo el tiempo que requiere una investigación periodística más profunda. De esta forma la facilidad que para ellos supone la rueda de prensa convierte a esta en el canal más adecuado para la transmisión de información.

Procesamiento de la Información

¿Cómo procesamos la información?

La forma en que el periodista transmite una noticia estará determinada por el tiempo o el espacio del que dispone, el tipo de fuente al que haya recurrido para obtener dicha información y lógicamente el conocimiento que tenga sobre la materia de la que informa. Menos importancia debería tener la sensibilidad que tenga hacia el tema del que informa. La sensibilidad es pura subjetividad y como tal está reñida con la objetividad que debería guiar el trabajo de un periodista, aunque no se puede negar que influya.

1.1- El tiempo en radio y televisión es habitualmente mucho más escaso que su equivalente en espacio en prensa escrita. Las radios y televisiones regionales no suelen cultivar el género del reportaje que permite un desarrollo más extenso de la información con lo que esta se reduce normalmente a la crónica, la pieza que se incluye en los informativos con una duración media de un minuto y medio. En ese tiempo una noticia radiofónica incluye los datos más importantes y una ilustración sonora, el "corte" del protagonista de la información que completa la crónica. En televisión ocurre algo parecido con el añadido de información que la imagen puede aportar a las palabras del periodista. En tan breve espacio no hay tiempo para la exposición de causas y consecuencias de aquello a lo que se refiere la noticia. Si hablamos del tiempo del que se dispone para elaborar estas noticias entonces hay que insistir de nuevo en su escasez. De forma que todo aquello que facilite el trabajo del comunicador será bien recibido; convocatorias claras, exposiciones sencillas y datos diáfanos contribuyen a asegurar una transmisión de la información lo más aproximada a la realidad.

En prensa el espacio a cubrir es más variado. Puede ir desde las pocas líneas de un breve hasta la página o páginas completas de un reportaje. La cantidad de los datos que posea el periodista, la trascendencia que considere que tiene la información y el espacio que deja libre la publicidad en el periódico determinan el tamaño elegido. Por lo tanto una noticia sobre la incidencia del VIH-SIDA en Asturias puede ir desde la mera información puntual de la situación actual, hasta un completo reportaje sobre la evolución a lo largo de los años, los cambios que se han producido en los modos de contagio, los diferentes tipos de enfermo o la eficacia de los tratamientos que se aplican y sus consecuencias en el desarrollo futuro del mal.

La obligación por lo tanto que tiene el periodista escrito de ofrecer más información, más detallada y más analítica se compensa con la posibilidad que tiene de disponer de más tiempo para elaborarla así como de su mayor especialización. El reparto de trabajo en secciones asegura al menos cierta exclusividad del profesional hacia la información que cubre habitualmente, lo cual mejora su formación y le permite ampliar su agenda de contactos con las fuentes informativas. El disponer de toda la jornada para escribir la información, hasta última hora de la tarde, le permite además completar datos o confirmar afirmaciones. Aún así, lo limitado de las plantillas actuales en los periódicos también les obliga a ocuparse de varias noticias a la vez, multiplicar por lo tanto su esfuerzo y reducir el tiempo que en condiciones ideales requiere la elaboración de un reportaje o una amplia información.

Mención aparte merece la entrevista, una fórmula que aporta indudables ventajas para el entrevistado. En radio y televisión, si la entrevista se hace en directo se asegura que la información que se transmite es la que aporta el propio protagonista de la misma, sin miedo a sufrir malas interpretaciones o titulares erróneos. La entrevista supone para el medio un plus de credibilidad al acompañar la mera transmisión de datos de las opiniones y comentarios de un profesional especializado. Corre el riesgo de que lo que considera más importante pueda quedar difuminado entre otras preguntas y respuestas pero eso sin lugar a dudas se compensa con la mayor cantidad de espacio y tiempo que supone una entrevista sobre una noticia, al menos en radio y televisión.

1.2-La aptitud o el conocimiento que tienen los periodistas del VIH-SIDA es un aspecto importante que determina sin lugar a dudas la forma en la que transmiten la información. Esto es especialmente significativo en el caso de los profesionales de la prensa escrita que como acabamos de señalar tienen que profundizar más en sus informaciones. En cualquier caso un mejor conocimiento de aquello de lo que se habla permite tener claro qué es lo más relevante y novedoso de una información aunque haya que resumirla en 90 segundos.

El periodista que actualmente informa sobre el VIH-SIDA en Asturias debería conocer bien el funcionamiento de la administración sanitaria asturiana. Ya no hace falta una formación científica para conocer con detalle los efectos del VIH en el organismo humano o las causas de su contagio para explicar que es el SIDA. La información es de sobra conocida por lo que la atención se pone en los tratamientos y la incidencia. Conviene conocer, aunque sea someramente, cuales son las principales líneas de investigación farmacológica, aunque también hay que reconocer que lo que más

interesa en una región periférica como Asturias no es tanto como funciona un fármaco sino la efectividad que tiene. Especialmente importante es saber de qué mecanismos dispone la administración sanitaria para atender a los enfermos, los medios técnicos y humanos, su financiación y estructuras administrativas, así como la actividad de organizaciones de afectados, familiares o ciudadanos dispuestos a colaborar con la administración.

La actitud de los periodistas en medios de comunicación regionales es lo de menos. No existen recelos a informar sobre el SIDA y sus enfermos. Como hemos explicado puede haber condicionantes de tiempo, espacio o incluso formación, pero sería absurdo obviar una noticia de interés general sobre la enfermedad, su tratamiento o incidencia. La percepción social del SIDA ha cambiado, su peso específico entre las causas de muertes de determinados colectivos y la importante lucha internacional que ha movilizado en su contra hacen de esta enfermedad una materia fácilmente "noticiable" y más aún en el caso de unos medios de comunicación que, como los regionales, trabajan con un caudal de noticias limitado.

Reconocida por lo tanto la importancia del VIH-SIDA en los medios, si que conviene recordar el peligro que para la difusión de noticias sobre la enfermedad puede suponer determinados cambios en la percepción de la misma. Superado el primer impacto que supuso la irrupción del VIH-SIDA se percibe en algunos ámbitos y colectivos cierta relajación en las medidas de prevención de contagios. A ello contribuyen los avances registrados en los últimos tiempos en la lucha contra el mal, y el optimismo, a veces excesivo, con el que se ocupan habitualmente de las noticias que tienen que ver con la mejora en los tratamientos de ciertas enfermedades.

Comunicación de la Información

De nuevo conviene insistir en que por lo general los medios de comunicación regionales suelen tener más tiempo/espacio que noticias, con lo que, salvo en jornadas excepcionales, toda información que llega a las redacciones con un mínimo interés suele ser recogida. El criterio fundamental para establecer ese interés es el carácter regional de la noticia es decir, que suceda en Asturias o le suceda a asturianos. No interesa saber cuantos enfermos de VIH-SIDA hay en España sino cuantos hay en Asturias, igual que es más interesante el uso en el Hospital Central de un nuevo fármaco que su descubrimiento en un laboratorio de

París. Para los asuntos de interés global están las cadenas nacionales a las que pertenecen las radios y televisiones asturianas, o las agencias de prensa nacionales que surten a los periódicos asturianos.

A la hora de elaborar una noticia no se puede obviar la importancia del titular. En prensa es lo único que muchos lectores leen, mientras que en radio y televisión es lo que más atentamente se escucha al inicio del informativo. La redacción de un titular supone entresacar de la información lo que el periodista considera más llamativo, lo cual no siempre coincide con lo más importante y tampoco tiene porque coincidir con lo que la fuente de información considera más importante. Es inevitable. En un comunicado o un rueda de prensa puede ponerse un énfasis especial en lo que se quiere que sea la parte más importante de la noticia, pero al final el criterio último será del periodista o sus superiores. El conocimiento personal entre periodistas y sus fuentes, propio de ciudades medianas y regiones pequeñas como la nuestra, puede suponer una confianza mutua que, a través del diálogo, contribuya a que el titular deje contentos a ambas partes pero al final el criterio siempre será el del medio.

En el caso de VIH-SIDA conviene señalar una dificultad añadida a la hora de transmitir información. Los destinatarios de muchas de las noticias y campañas de prevención que se realizan son los jóvenes y sin embargo los jóvenes no suelen leer la prensa, ni oír la radio convencional ni ver los informativos televisivos. La fórmula para llegar a ellos a través de los medios está en lo que consumen, radio fórmulas musicales, y programas de entretenimiento. De esta manera el único modo de llegar a ellos es a través de la publicidad. Mensajes claros, directos y sencillos sobre la prevención pueden caber perfectamente en el micro espacio que ocupa una cuña de radio, un spot televisivo o un anuncio en prensa. A través de este sistema se pueden canalizar informaciones sobre campañas de prevención del SIDA destinadas a los más jóvenes, mientras que a las fórmulas habituales de las que hemos hablado pueden destinarse el resto de las noticias que genera esta enfermedad; tratamientos, programas de ayuda a enfermos o situación del VIH-SIDA en Asturias.

.....

Documento de Trabajo

Cooperación y Desarrollo



Coordinadora:

Reyes Otero Furelos

Jefa del Área de Emigración, Inmigración
y Cooperación al Desarrollo
Consejería de Asuntos Sociales

*“Como gustéis señores: silenciad al poeta,
quebrad la guitarra, detened los ríos.
Pero sabed que vuestra época ya murió para siempre.
Porque anegada en luz su mitad anónima,
la tierra se mueve a pesar de vuestro odio”*

Abd al-Wahhab al-Bayati

Participantes:

Luis Casado
Médico. Medicus Mundi

Jorge Coto Suárez
*Coordinador del Área de Medio Ambiente y Cooperación Internacional
Cruz Roja Juventud*

Mercedes García Ruiz
*Técnico de Salud
Consejo de la Juventud del Principado de Asturias*

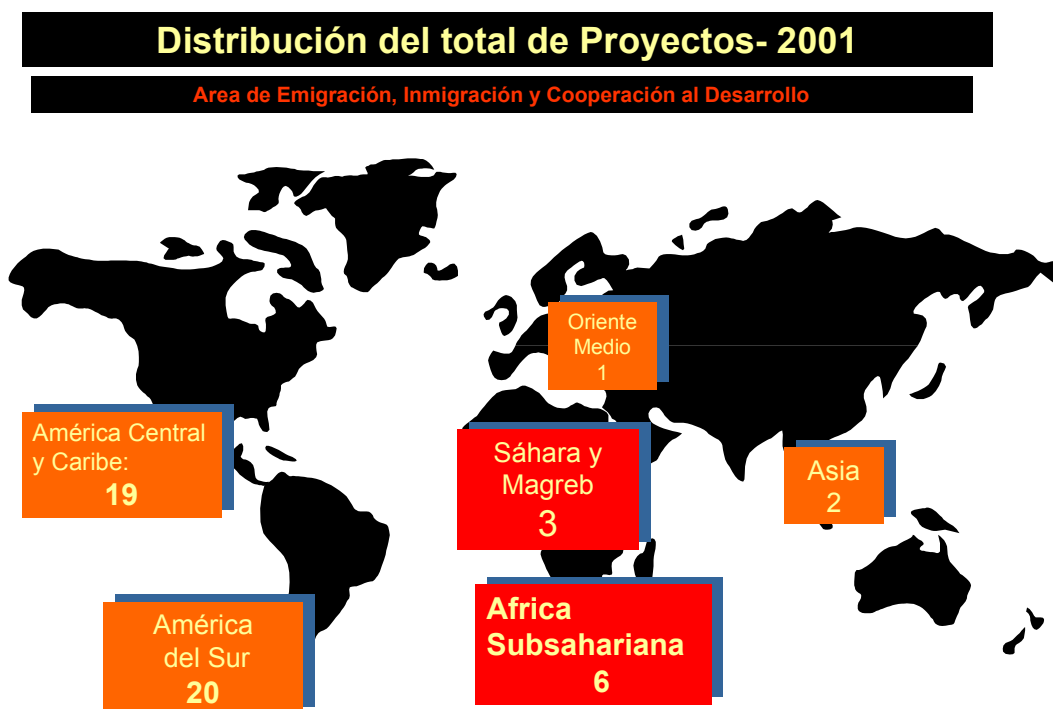
Gabriel Sánchez Ibarra
Coordinador de Médicos sin Fronteras. Asturias

Patricio Suárez Gil
Médico. Médicos del Mundo

Cooperación y desarrollo en VIH/SIDA en países en vías de desarrollo

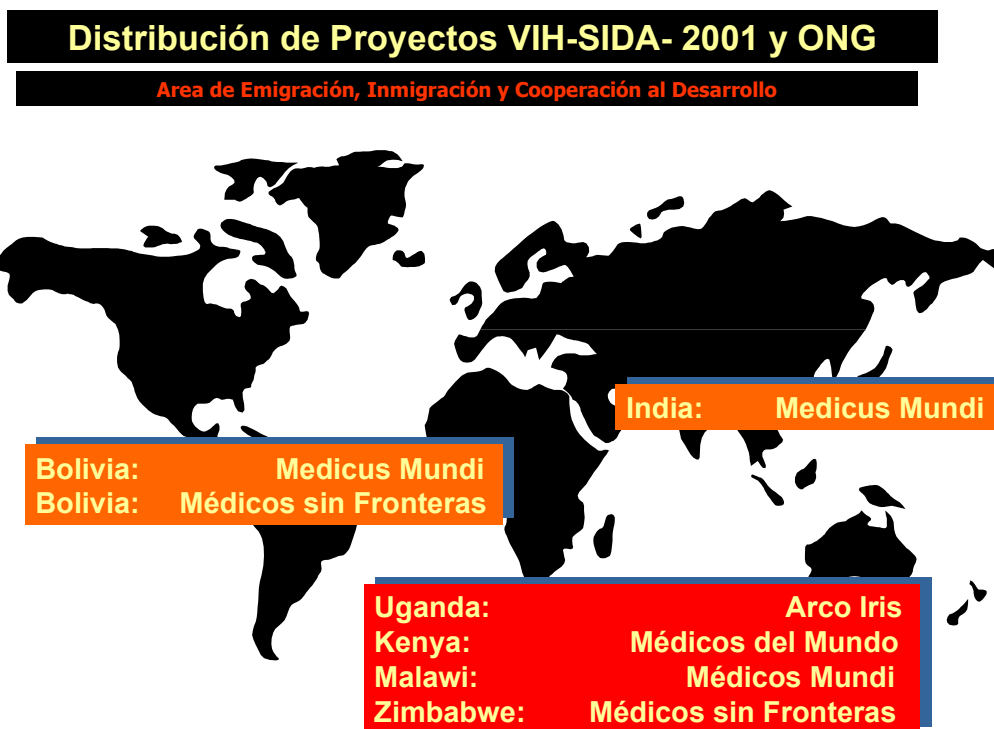
En el marco de la política de cooperación al Desarrollo que viene implantado el Gobierno del Principado de Asturias y centrándose en el Plan cuatrienal de Cooperación al Desarrollo 2000-2003 ,aprobado en la Junta general del Principado (resolución de la Junta General, 122/5, de 23 de Febrero de 2001, adoptada por el Pleno, sobre el Plan Cuatrienal de Cooperación para el Desarrollo), se aprueba en Consejo de Gobierno el día 15 de Febrero de 2001 la autorización del gasto por importe de 420.000.000 ptas, a propuesta del Área de Emigración, Inmigración y Cooperación al Desarrollo, para la convocatoria pública de subvenciones a ONG para el desarrollo de proyectos de cooperación internacional.

Del **total de 52 proyectos** con propuesta de concesión de subvención, la distribución geográfica era la siguiente³:



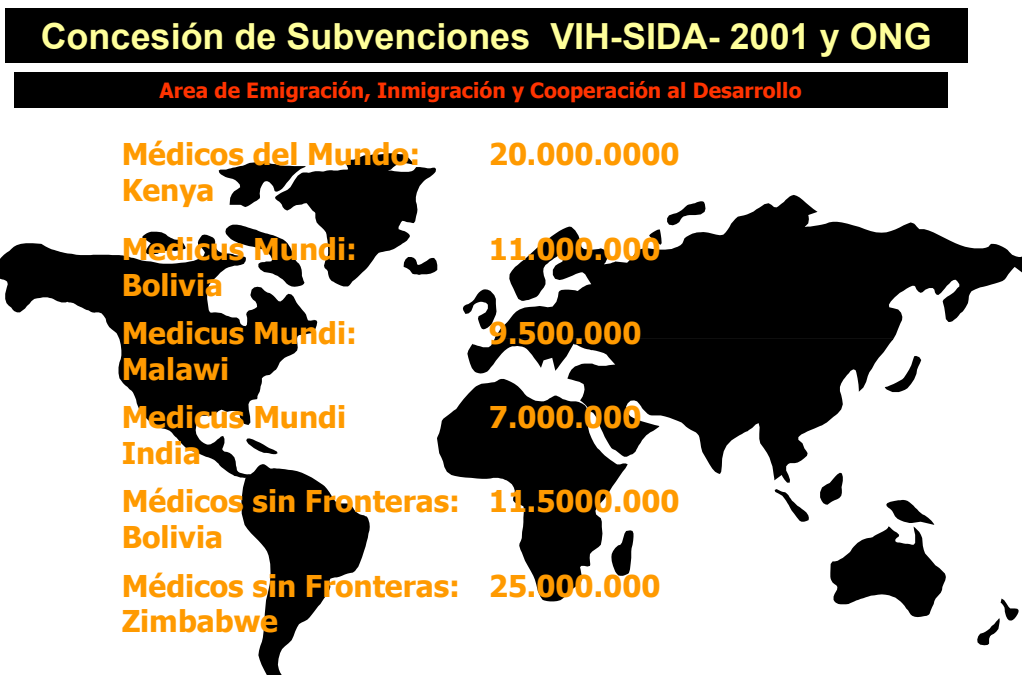
³ BOPA de 19 de Febrero de 2001.

La distribución de **proyectos referidos específicamente a VIH-SIDA** son los que aparecen en la siguiente figura:



La concesión de subvenciones VIH-SIDA a cada una de esos proyectos relacionados concretamente con el ámbito VIH-SIDA aparecen en la siguiente figura:

176



Actualmente está pendiente de la resolución de la resolución en la convocatoria pública de subvenciones a ONGDs para proyectos de Cooperación al Desarrollo del 2002.

Además de estos proyectos subvencionados directamente desde la Dirección General de Servicios Sociales Comunitarios existen otros organismos que han desarrollado o están desarrollando programas de cooperación al desarrollo relacionados con el VIH-SIDA: Cruz Roja Juventud (proyecto en Guinea Bissau) y Consejo de la Juventud del Principado de Asturias (Proyecto de Prevención VIH-SIDA).

La situación dramática en muchos países –como quedó reflejado en la presentación que se hizo sobre la situación mundial del VIH-SIDA , página 27- deja evidente la necesidad de acciones urgentes, coordinadas y continuadas en el tiempo.

Las propuestas realizadas desde el Plan sobre SIDA en el área de Cooperación y desarrollo comprenderían:

- Mantener y potenciar las convocatoria pública de subvenciones a ONG para el desarrollo de proyectos de cooperación internacional desde la Consejería de Asuntos Sociales.
- Potenciar el encuentro y el intercambio de experiencias profesionales entre las ONGDs que trabajan en nuestra comunidad autónoma en proyectos relacionados con el VIH-SIDA .
- Crear un foro autonómico y escenarios de sensibilización sobre la situación en estos países, centrándonos en su situación respecto a la atención del VIH-SIDA.
- Promover la participación de la DGSP mediante apoyo técnico de recursos humanos y mediante financiación específica a programas de prevención y asistencia en países en vías de desarrollo¹.

¹ DECRETO 12/2002, de 8 de febrero, por el que se regula la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Artículo 6.2 d)

“La coordinación de las políticas de cooperación sanitaria con organizaciones no gubernamentales, con la Unión Europea y con otros países, dentro del marco de las competencias propias de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios”

.....

Documento de Trabajo

Formación en el ámbito de la prevención y la asistencia



Coordinador:

Luis Gago Arguello

Médico. Coordinador de Equipos de Atención Primaria
Area Sanitaria III

*El estudiante leyó el significado de la palabra "futuro".
"Tiempo del que disponías antes de perderlo en tonterías"*

Hellén Ferrero

Participantes:

Ana Gutiérrez Suárez
*Enfermera. Departamento de Formación de Enfermería
Hospital Central de Asturias*

Eustaquio Martín Rocés
*Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital Monte Naranco*

M^a del Mar Martínez Suárez
Médico. Coordinadora de Docencia Area IV

José María Rodríguez
*Médico. Coordinador de Docencia Area II
H. Carmen y Severo Ochoa*

Introducción

La formación en VIH-SIDA ha respondido a las necesidades planteadas en cada momento evolutivo de la enfermedad. Inicialmente predominaba la formación en aspectos diagnósticos y terapéuticos, en clara correspondencia a las complejas manifestaciones iniciales de la enfermedad.

Los importantes avances en la terapéutica, han convertido el proceso en una enfermedad crónica, que requiere un abordaje formativo diferente de la etapa anterior.

En el momento actual hay que planificar la formación en función de varias premisas:

- Visión integral de la persona, donde además de los aspectos sanitarios hay que valorar los sociales, laborales, legales, etc..
- Participación multisectorial. No solamente los profesionales sanitarios tienen que participar en el proceso formativo, sino que profesionales de la enseñanza, del área social, de la información, del voluntariado, etc., deben tener un papel protagonista.
- Promover la ciudadanía activa, donde las personas tengan una información que les permita adoptar unas actitudes preventivas y una autonomía en sus decisiones.

La formación ha de responder a los nuevos retos planteados y convertirse en un principio director para la oferta de servicios y la participación ciudadana.

Los profesionales

Muchos grupos profesionales son los implicados, en el binomio enseñanza-aprendizaje en VIH-SIDA, pero queremos destacar a los siguientes:

- **Profesionales de la Salud:**

Importante papel en aspectos diagnósticos, terapéuticos, preventivos, de información, etc.

Dentro de los profesionales sanitarios señalar a:

1. Médicos: Atención Primaria, Atención Especializada, Médicos de Prisiones, Salud Laboral.
2. Enfermeros/as: Atención Primaria, Atención Especializada, Prisiones, Salud Laboral.
3. Auxiliares Enfermería: Atención Primaria y Atención Especializada.

- **Profesionales de la Farmacia:**

Destacan en su papel de información y asesoramiento, así como en prevención de riesgos.

- **Profesionales del Trabajo Social:**

Desempeñan un papel cada día más importante relacionado con aspectos sociales, laborales y legales.

- **Profesionales de la Educación:**

Tienen un papel clave en la información y en la adquisición de hábitos de vida saludables en los jóvenes.

- **Profesionales de la Información:**

Transmiten información desde distintas áreas profesionales a los ciudadanos, para que aumenten su grado de conocimiento.

- **Voluntarios de las ONG:**

Son las personas que tienen un contacto más directo con las personas y un conocimiento más próximo de la realidad.

Las áreas prioritarias de formación

Las áreas de formación en VIH-SIDA son tan amplias como los distintos aspectos de la enfermedad, pero queremos destacar aquellas que consideramos prioritarias:

182

Asesoramiento o consejo breve estructurado

En esta información breve se aportan conocimientos a las personas sobre el riesgo y se enseñan estrategias para reducirlo.

Tiene especial interés para los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada (especialidades con implicación en VIH-SIDA: Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Urología, Dermatología), profesionales sanitarios de Salud Laboral y Prisiones, profesionales de Farmacia, profesionales de Trabajo Social y voluntarios de ONG.

Diagnóstico precoz de la enfermedad

La formación en este área permite un abordaje temprano del proceso y una limitación del daño futuro.

Debería estar orientada la formación a profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Aspectos psicológicos

La adquisición de conocimientos y habilidades en prevención del estrés, trastornos adaptativos y trastornos afectivos, deben estar orientados a profesionales sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada.

Aspectos laborales

Es necesaria formación relacionada con la influencia del puesto de trabajo, horarios, prestaciones, etc.

Los grupos profesionales diana de esta formación serían profesionales del Trabajo Social, profesionales Sanitarios y Voluntariado.

Aspectos éticos y legales

Temas relativos a consentimiento, confidencialidad, información, diagnóstico, secreto profesional, tratamiento, etc., deben ser conocidos por distintos grupos profesionales: profesionales de la Salud, del Trabajo Social, de la Farmacia y del Voluntariado.

Comunicación

Es muy útil tener formación en entrevista clínica y comunicación centrados en aspectos como: Dar malas noticias, afrontar los sentimientos, descubrir problemas ocultos, temas relativos al final de la vida, etc. Esta formación debería ir encaminada a profesionales de la Salud de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Laboral y Prisiones, así como a voluntarios de ONG y colectivos específicos que trabajan en atención directa a pacientes.

183

Terapéutica farmacológica

Se deben potenciar áreas de formación en nuevos fármacos y sus efectos secundarios e interacciones, dirigido prioritariamente a profesionales de la Salud de Atención Primaria.

Adherencia a tratamiento

La continuidad de los tratamientos es el pilar necesario para la correcta evolución de la enfermedad y debe formarse a profesionales de la Salud y Voluntariado.

Accidentes biológicos

Áreas de formación en prevención de riesgos laborales y pautas terapéuticas post-exposición son necesarias en grupos profesionales de la Salud Laboral.

Educación para la Salud a grupos

El aprendizaje de técnicas grupales de Educación para la salud se orientaría a profesionales de la Salud, del Trabajo Social, de la Educación y del Voluntariado.

Planificación y gestión de proyectos

El desarrollo y la implantación de un programa o plan requiere una formación específica, cuyo grupo profesional diana sería el voluntariado.

La metodología docente

La metodología docente debe orientarse al aprendizaje de adultos y tiene que ser práctica y útil para el trabajo habitual.

184

Como métodos docentes proponemos:

- **Cursos y talleres**

Deben ser interactivos y no expositivos, buscando una metodología de aprendizaje orientado a problemas concretos, que se plantean en la vida diaria.

Se puede destacar el método del caso o la representación de papeles como métodos docentes con alto nivel de interactividad.

- **Boletín informativo periódico**

Dirigida a profesionales de la salud y de trabajo social. Su objetivo sería facilitar la difusión de guías de práctica clínica, actualizar conocimientos y difundir actividades de formación continuada.

- **Página Web**

Dirigida a todos los grupos profesionales con información adaptada a cada grupo profesional.

Facilitaría difusión de conocimientos, y una gran accesibilidad a contenidos relacionados con VIH-SIDA, a través de enlaces con otras páginas electrónicas.

- **Sesiones formativas**

Corresponden a sesiones de corta duración, dirigidas a los profesionales de la salud.

Su objetivo es la actualización de conocimientos y el contraste de opiniones.

Este tipo de sesiones pueden ser de varios tipos:

- ❑ Sesiones entre niveles asistenciales.

Tienden a consensuar pautas de actuación complementarias entre Atención Primaria y Atención Especializada.

- ❑ Sesiones clínicas en el propio Centro.

Buscan la actualización periódica y pautas de actuación comunes entre los profesionales de un mismo Equipo.

- ❑ Sesiones bibliográficas

Consisten en la revisión bibliográfica más reciente para actualizar conocimientos.

- **Estancias clínicas formativas**

Tienen interés en algún grupo profesional y en su periodo de formación postgrado.

Se desarrollan las estancias clínicas o rotaciones en unidades especializadas de atención a pacientes VIH-SIDA para el aprendizaje de pautas de actuación.

Conclusiones

- La formación en VIH-SIDA persigue obtener y renovar las cualificaciones requeridas para lograr que todos los ciudadanos puedan acceder a una atención de calidad y a una información suficiente para la toma de decisiones.
- La formación debe desarrollarse mediante métodos y contextos eficaces de enseñanza y aprendizaje, puestos a disposición de los interesados lo más próximo posible a su lugar de actuación.

- La formación debe orientarse a unos grupos profesionales implicados, centrarse en unas áreas prioritarias y desarrollarse con métodos y técnicas interactivas y orientadas a la resolución de problemas.

A n e x o s

O

A n x e o s

e

u

A n e x o s

A n e ^{A n e x o s} x o s

Hoja de Registro de Infección VIH



Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones por VIH en Asturias FICHA DE NOTIFICACIÓN

Nº de formulario _____ CÓDIGO _____

CÓDIGO CONTROL DUPLICADOS E INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA
1. Iniciales (rodear con un círculo)
Primera letra del nombre
a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z
Segunda letra del nombre
a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z
Primera letra del primer apellido
a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z
Segunda letra del primer apellido
a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z
Primera letra del segundo apellido
a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z
Segunda letra del segundo apellido
a b c d e f g h i j k l m n ñ o p q r s t u v w x y z
2. Sexo: [] Varón [] Mujer
3. Fecha de nacimiento dd mm aaaa
4. Edad: (años) (meses si < 2 años)
5. Municipio
6. País de residencia (Si diferente de España)
7. País de origen

4. Fecha del último test negativo: dd mm aaaa
5. Mecanismo de transmisión (marcar todos los que procedan)
[] Inyección de drogas con material o sustancia contaminada
[] Relación homosexual de riesgo
--- Relaciones heterosexuales de riesgo con pareja:
[] Infectada por sangre o hemoderivados
[] Infectada sin riesgo conocido
[] Inyectora de drogas
[] Masculina con relaciones bisexuales
[] Que ha ejercido la prostitución
[] Originaria de África sub-sahariana o Caribe
[] Múltiple
--- Madre a hijo, con madre seropositiva por:
[] Inyección drogas con material o sustancia contaminada
[] Relaciones heterosexuales
[] Otro mecanismo (especificar)
[] Mecanismo desconocido
[] Otro mecanismo, especificar:
6. Estadio clínico de la infección por VIH:
[] Primoinfección
[] Infección asintomática
[] Infección sintomática, pero sin criterios de SIDA
[] SIDA
7. Recuento de CD4 (células por microlitro)
8. Carga viral (copias por mililitro)

Información clínica y epidemiológica
1. Test positivo confirmado frente a:
[] VIH-1 [] VIH-2 [] Ambos
2. Fecha del primer resultado positivo confirmado: dd mm aaaa
3. Tipo de Servicio que prescribió el test:
[] Centro penitenciario
[] Centro de atención a drogodependientes (UTT,...)
[] Centro de Atención Primaria
[] Centro de Planificación Familiar
[] Consulta no hospitalaria de ETS/ VIH
[] Centro o Consulta de Atención al Embarazo
[] Otros servicios hospitalarios
[] Otros (especificar)

CENTRO QUE REMITE LA MUESTRA (NOTIFICADOR)
Institución:
Unidad o Servicio:
Teléfono:
Nombre responsable:
CODIGO MUESTRA:

Asistencia sanitaria al paciente VIH-SIDA en Asturias

Belén de la Fuente García

Medicina Interna

Unidad de Enfermedades Infecciosas

Hospital de Cabueñes

Alvaro Díaz Alvarez

Medicina familiar y comunitaria

Centro de Salud del Natahoyo - Gijón

Rafael Cofiño Fernández

Programa de prevención y control del VIH-SIDA

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

I. Aspectos generales en la situación asistencial del paciente VIH-SIDA

Nuevas situaciones asistenciales en la infección por VIH

La introducción la segunda mitad de la década de los noventa de los nuevos tratamientos antirretrovirales y las pautas combinadas, con las denominados Tratamientos Antirretrovirales de alta eficacia, ha supuesto cambios cuantitativos y cualitativos fundamentales en el pronóstico de la enfermedad:

1. Descenso importante en la morbimortalidad, una situación de cronificación en el proceso y una previsible mejora en la calidad de vida de estos pacientes.
2. Esto ha llevado a un cambio en la utilización de recursos hospitalarios, disminuyendo el número de ingresos hospitalarios y condicionando un aumento en la demanda asistencial en consulta externas.
3. Una complejidad creciente en el manejo terapéutico, no sólo por la combinación de más de dos fármacos sino por la toxicidad y efectos secundarios de muchos de ellos, las pautas cambiantes de combinación de los mismos y la existencia, en ocasiones, de resistencias primarias o secundarias.
4. Esta complejidad se ve acrecentada por el amplio y rápido desarrollo que los conocimientos sobre VIH-SIDA están experimentando.
5. La aparición de "nuevos" procesos, determinantes en buena parte de la mortalidad actual asociada a la infección por VIH. Procesos –infecciosos o tumorales- que hace unos años la historia natural del virus bloqueaba y no daba tiempo a que se desarrollasen.

195

Aspectos de siempre de la infección por VIH

Es necesario tener en cuenta dos aspectos asistenciales básicos en todas las enfermedades y mucho más aun en la infección por VIH-SIDA: la atención integral y la coordinación.

1. La asistencia sanitaria de calidad debe implicar una atención integral, que contemple a todos los aspectos implicados en el riesgo de enfermar y no sanar; teniendo en cuenta las características epidemiológicas de la población con infección por VIH en nuestro país, con un elevado porcentaje de pacientes consumidores de drogas por vía parenteral con un bajo nivel cultural, desarraigados social y familiarmente, con recursos económicos dependientes de ayudas no contributivas (que en determinadas situaciones se les están rechazando), con estancias previas en prisión prolongadas.....

2. Este planteamiento integral obliga a que el planteamiento de su situación de salud se realice desde el abordaje integrado y coordinado, implicando a múltiples profesionales sociosanitarios: asistentes sociales, servicios de minusvalías, unidades de tratamiento de drogodependencias, psiquiatras, médicos de instituciones penitenciarias, ATS, unidades de Enfermedades de Transmisión Sexual, Atención Primaria y unidades de atención especializada..... sin olvidar nunca los anhelos propios del paciente y los planteamientos de las organizaciones ciudadanas.

La Atención Especializada hospitalaria en la atención a los/as afectados/as por VIH-SIDA

La situación actual es muy diferente. Somos muchos los agentes de salud que trabajamos con unas cargas excesivas que nos impiden relacionarnos con el resto de los elementos implicados y establecer unos niveles básicos de valoración, a partir de cuyos resultados se establecería un plan de actuación, según la relevancia de los problemas; por ejemplo ante un paciente toxicómano activo lo prioritario sería captarle por el sistema sanitario más próximo y que más le puede interesar: UTT que le facilitaría un tratamiento sustitutivo o una desintoxicación, a la par que se investigan algunas de las patologías asociadas a dicha adicción, e incluso se puede iniciar un plan de vacunaciones, tratamientos profilácticos, acercamiento hacia la educación sanitaria. única forma de rentabilizar los esfuerzos sin duplicarlos ni malgastarlos.

Dificultades percibidas en la Asistencia Especializada al paciente VIH-SIDA

1.- Dificultades ESTRUCTURALES:

- Teniendo en cuenta la trascendencia social que el diagnóstico de la infección por VIH implica, sería recomendable que el recinto dedicado a consultas externas se ubicara en algún lugar que "no fuera de paso".
- Atendidas por un médico con experiencia suficiente en infección por VIH
- Con disponibilidad para solicitar determinaciones analíticas estándar (subpoblaciones, carga viral, test de resistencias...), y para solicitar el ingreso hospitalario si fuera preciso.
- Teléfono de acceso directo, que permita a los pacientes contactar con el equipo asistencial de consultas externas desde sus domicilios para la eventual resolución de problemas, sobre todo relacionados con la toxicidad de fármacos.

- Base de datos de los pacientes en seguimiento con los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y terapéuticos básicos.
- Espacio para la dispensación y control de los fármacos prescritos.
- ¿Cómo acercarnos a la confidencialidad? En consulta, con las historias clínicas, con los sistemas de registro...
- Formación continuada ¿Cómo? ¿De quien y para quien?
- Carencias en recursos humanos. Necesidad de adecuación de personal
- 1 médico por cada 200-300 pacientes en seguimiento. !Adecuar personal
- 1 ATS por cada 200-300 pacientes, con medios y conocimientos suficientes para realizar:
 - las técnicas habituales,
 - facilitar educación sanitaria,
 - control de la **adherencia al tratamiento**.

2. - Dificultades del PROCESO (lo que hacemos):

- Accesibilidad:
 - Posibilidad de derivación desde diferentes niveles asistenciales
 - Control en la demora de la primera consulta (< 15 días)
- Tiempo de consulta que asegure unos mínimos reales de calidad:
 - Valoración
 - Información
 - Educación
 - Investigación periódica de la situación de la pareja
 - Adherencia a la terapia.....

Sería deseable entre 30-45 minutos por cada paciente nuevo y al menos 15 minutos para cada revisión.

- Posibilidad de asumir las recomendaciones de las guías actuales en cuanto a tratamiento y seguimiento
 - Asegurar la posibilidad de revisiones cercanas si la situación o patología lo requieren.
 - Indicación y control de las terapias profilácticas y revisiones periódicas de otras especialidades: vacunaciones, quimioprofilaxis, citologías ginecológicas periódicas.....
 - Implantación de **TDO** [tratamientos directamente observados] sobre todo en grupos especialmente proclives a los abandonos de terapias, ante patologías

como la tuberculosis bacilífera, con la que tenemos un alto nivel de abandonos del tratamiento y pérdidas de los pacientes...

- La relación con otras especialidades y niveles asistenciales debe ser fluida. La frecuente comorbilidad en estos pacientes (60 - 70 % CDVP) obliga a tener un planteamiento multidisciplinar, siendo los equipos de **atención primaria** junto a los de **salud mental-unidad de toxicomanías** de gran relevancia, no estando diseñado el mecanismo real de contacto.
- La valoración por las Unidades de Trabajo Social, igualmente de gran importancia, podría demandarse en la atención de muchos de estos pacientes.

3.- Dificultades en el RESULTADO:

- En muchos casos y como demuestran algunas de los resultados de la encuesta que se adjunta no tenemos correctos indicadores de la actividad asistencial y de los recursos que empleamos con nuestros pacientes..
- En muchos casos no existe una evaluación objetiva de la calidad científico-técnica de nuestras actuaciones (por ejemplo no se ha puesto en marcha ninguna consulta de adherencia pese al gasto farmacéutico que generan los tratamientos antirretrovirales por paciente y año)
- No existen sistemas de medida de la satisfacción de nuestros pacientes y la valoración percibida del servicio que les prestamos.
- Es necesario contar con indicadores de la asistencia clínica que prestamos y otros indicadores de morbi-mortalidad:

Pacientes en seguimiento, perdidos, muertos, diagnósticos de SIDA

Pacientes en tratamiento: Porcentajes de eficacia

Pacientes vacunados: Tétanos, VHB, Neumococo...

Chequeo periódico de la tuberculina y porcentaje de quimioprofilaxis indicadas y concluidas.

Investigación periódica de la situación de la pareja.

- Evaluación de las actividades planteadas con otros agentes de salud. Medir el nivel de relación, de comunicación y de puesta en marcha de sistemas de coordinación.

II. La Atención Primaria en la atención a los/as afectados/as por VIH-SIDA

¿Qué se está haciendo desde Atención Primaria?

- Diagnóstico precoz de la infección, en personas con conductas de riesgo o patologías sospechosas, o bien a demanda del paciente.
- Información sobre prácticas de riesgo y medidas preventivas.
- Aclarar dudas sobre pronóstico, evolución, riesgos de contagio, etc. de la infección, tanto a pacientes como a familiares.
- Explicación de informes o de cuestiones no aclaradas en las consultas de atención especializada.
- Atención a demandas burocráticas: tramitación de bajas laborales, recetas, interconsultas, informes para minusvalía o jubilación, etc.
- Atención a la patología menor intercurrente.
- En los pacientes en que coexiste una toxicomanía activa, proponer alternativas terapéuticas de deshabituación o bien, en los casos recalcitrantes, intentar solventar las consultas con el menor desgaste personal posible.

¿Qué dificultades se perciben desde Atención Primaria?

199

- Cambios constantes en los tratamientos (nuevos fármacos, múltiples efectos secundarios, variadas interacciones, etc.) que hacen muy difícil que el médico de A.P. pueda estar al día y ofrecer un seguimiento de calidad a éstos pacientes.
- Imposibilidad de acceso a pruebas fundamentales para el seguimiento de la enfermedad (carga viral y, en algunas áreas, linfocitos CD4). Tampoco la medicación es prescrita desde la atención primaria.
- Desinterés de los médicos de A.P. ante una enfermedad que no podemos diagnosticar, tratar ni seguir correctamente.
- Todo lo anterior da lugar a que los pacientes no consideren al médico de A.P. como su médico de referencia, pasando a desempeñar este papel el médico del Hospital. Los propios médicos de A.P. consideran ésta enfermedad como de manejo hospitalario y no asumen a estos pacientes como hacen con otros enfermos crónicos.

- La coordinación con atención especializada es muy variable según las áreas sanitarias: buena en algunas e inexistente en otras.
- Deficiente atención a los problemas de salud mental, que lógicamente no tratan los servicios de interna o infecciosas.
- Los VIH + que son además toxicómanos activos habitualmente mantienen una relación difícil con el profesional de A.P.: van poco a consulta, casi siempre con demandas no justificadas y sin respetar las normas de funcionamiento del centro. Son malos cumplidores de los tratamientos que se instauran
- Problemas de confidencialidad, al no querer los pacientes que se conozca la enfermedad en su entorno.

III. Algunas opiniones de personas afectadas

Enumero los problemas percibidos por los pacientes, la mayoría de los cuales se centran en dos cuestiones: confidencialidad y calidad del trato.

- La zona de farmacia donde se da la medicación carece de intimidad y está poco cuidada. En ese contexto, no se ven adecuadas algunas preguntas personales a que se ven sometidos al recoger la medicación. Se propone que ésta se entregue en los centros de salud.
- Las consultas externas son poco puntuales y nadie nunca se disculpa por ello.
- Falta de intimidad en las consultas, por presencia simultánea de varios médicos y/o enfermeras. Se sugiere que exista un espacio para hablar en privado solamente con un médico, ya que esto facilitaría abordar temas que preocupan a los seropositivos y que no se suelen tratar en las consultas.
- Los retrasos y la saturación de las consultas transmiten sensación de ansiedad y rapidez por terminar. Hace años se cuidaba más el trato.
- En Mieres, las consultas de tarde son exclusivamente para VIH, lo que es considerado una discriminación.
- Los cambios frecuentes en los médicos o enfermeras (Mieres) dificultan una relación médico – paciente adecuada.
- Algunos comentarios que se realizan en las extracciones de sangre tienen un componente que los afectados interpretan como incomodo (evolución de la enfermedad, dificultad para encontrar la vía,...)
- Fundamental: tratar a las personas más que a la enfermedad.
- El hecho de que la medicación se dé solamente para un mes y en fecha casi fija, obliga a excesivos desplazamientos al hospital. Se debería poder aprovechar otras visitas al hospital (análisis, etc.) para recoger la medicación, aunque no sea la fecha.
- Las recetas de pacientes activos con el texto “campaña sanitaria” permiten que en la farmacia se enteren de quienes padecen la enfermedad, lo que es una violación de la intimidad.
- El personal sanitario debería de ser más discreto en los comentarios que hace sobre los pacientes VIH + pues a veces a través de ellos se enteran del diagnóstico algunas personas a las que el paciente no quisiera decírselo.

Otras opiniones expresadas

Sobre Calidad Asistencial

1. Deficiente formación de los profesionales de Atención Primaria para atender la patología. Se les deriva inmediatamente ante cualquier problema por mínimo que sea. El profesional de referencia se sitúa en Atención Especializada.
2. Cambio de facultativo: "Cada día me veía un médico distinto" (en Atención Primaria y en Atención especializada)
3. La relación terapéutica (en Atención Especializada) no va más allá de la explicación de cómo están las defensas, la carga viral y los fármacos que hay que tomarse. No existe apoyo psicológico o la simple pregunta: "*¿Cómo llevas tu enfermedad?*". "*Son demasiado científicos*".
4. Diferencia en la asistencia en los pacientes que están en Centro Penitenciario de Villabona: No acceso a determinada medicación (Combivir®, tampoco en algunos centros hospitalarios de la región), variabilidad en la práctica clínica (seguimiento, periodicidad de las revisiones). Existen preguntas que nos se les contesta del todo: ¿Qué pasa con mi hepatitis C? ¿Técnicas de reproducción para parejas serodiscordantes? ¿Tratamiento en los pequeños?
5. No factibilidad de tratamiento si el paciente es VIH-toxicómano-encefalopatía o paciente psiquiátrico (discriminación dentro de la discriminación).

202

Discriminación

1. Las estructuras asistenciales "marcan" al paciente: la ubicación de la consulta, la cola esperando la medicación, la historia médica...
2. Discriminación por parte de una amplia gama de profesionales (desde administrativos – en la petición de la historia- a profesionales médicos – en la anamnesis).
3. A veces la discriminación no es por mi condición de VIH si no por ser toxicómano o por haber estado en la cárcel. Esta discriminación no se mantiene en afectados/as con un nivel cultural/económico medio-alto (Desigualdades de salud no por la variable enfermedad sino por la variable clase social o situación económica).

IV. Encuesta sobre Recursos y Actividades VIH-SIDA en los Hospitales Asturianos. 2001

Colaboradores en la Encuesta:

Angel Álvarez Fernández
Servicio de Medicina Interna
Hospital de Jarrío

Silvino Rubio Barbón
Servicio de Medicina Interna
Hospital Carmen y Severo Ochoa – Cangas de Narcea

María José Tuya Morán
Servicio de Medicina Interna
Hospital San Agustín – Avilés

José Manuel Pilo Pordomingo
Servicio de Medicina Interna
Hospital Central de Asturias – Oviedo

J. A. Maradona Hidalgo
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital Central de Asturias

Mateo Martínez Celada
Servicio de Medicina Interna
Hospital Monte Naranco – Oviedo

M^a Luisa García Alcalde
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital de Cabueñes – Gijón

Dámaso Escribano Sevillano
Servicio de Medicina Interna
Hospital de Jove – Gijón

Pedro Abad Requejo
Alicia González Marroquín
Juan Carlos Fernández Pérez
Dolores Colunga Argüelles
Servicio de Medicina Interna
Hospital del Oriente de Asturias – Arriondas

M^a Teresa Vázquez Castañón
Servicio de Medicina Interna
Hospital Álvarez-Buylla – Mieres

En julio de 2001 se distribuyó una encuesta por correo a los Servicios de Medicina Interna de los Centros Hospitalarios de uso público de Asturias. La encuesta fue enviada a los Jefes de Servicio de Medicina Interna y en algunos casos fue cumplimentada por ellos mismos y en otros por los responsables de VIH-SIDA de dichos centros hospitalarios.

Podemos resumir los objetivos de esta encuesta en tres bloques:

- Cuantificar el volumen asistencial de pacientes VIH-SIDA en el medio hospitalario y concretamente en los Servicios de Medicina Interna o Unidades de Enfermedades Infecciosas.
- Determinar la distribución geográfica de la población atendida en nuestra región y precisar su agrupación por Areas.
- Describir la utilización de los distintos recursos hospitalarios para poder evaluar en un futuro y dentro del Plan sobre SIDA la evolución temporal de la utilización de los mismos.

El cuestionario está basado en el modelo diseñado por la Secretaría Nacional sobre el SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo, y más concretamente en las modificaciones que a esta encuesta realizó la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana en 1999.

Es fundamental señalar que los datos que se describen a continuación aportan un gran valor en el conocimiento de la distribución de la atención asistencial de los pacientes en las distintas Areas sanitarias y la existencia o carencia de recursos humanos y materiales. Estos son puntos de partida básicos para iniciar una adecuación y ordenación de nuestros recursos sanitarios para una correcta atención a nuestros/as afectados/as por el VIH-SIDA .

Participación

La encuesta se envió a un total de 11 Centros Hospitalarios (**Tabla 1**). Se incluyen los Centros Hospitalarios de uso público de todas las Areas a excepción del Hospital de Avilés (antiguo Hospital de la Caridad) (Area III), Hospital Psiquiátrico Regional (Area IV) y Hospital de Cruz Roja (Area IV) por estimar la baja carga asistencial a esta patología. A niveles eminentemente operativos no se habla de Hospital Central sino de la división entre Hospital Covadonga y Hospital General por ser aquí donde se encuentran actualmente los dos Servicios asistenciales en patología VIH-SIDA del Area IV.

Remiten la encuesta 10 centros, presentando un nivel cumplimentación muy aceptable (un 80 % de los centros habían cumplimentado más del 85% de los ítems). No se aporta ningún dato desde el Hospital Valle del Nalón. Tampoco se aporta ningún dato en los ítems de "actividad de Unidad o Servicio" desde el Hospital General. La ausencia de los datos de estos dos Centros limita la posibilidad de conocer la actividad asistencial en las Areas IV y VIII.

Tabla 1

Hospitales a los que se les envía la encuesta y distribución del número de camas¹

Hospital	Ciudad	Area Sanitaria	Número de camas (1999)
Hospital de Jarrío	Jarrío	I	110
Hospital de Carmen y Severo Ochoa	Cangas de Narcea	II	96
Hospital San Agustín	Avilés	III	335
Hospital Covadonga (Hospital Central de Asturias)	Oviedo	IV	1.450
Hospital General (Hospital Central de Asturias)	Oviedo	IV	216
Hospital Monte Naranco	Oviedo	IV	235
Hospital de Jove	Gijón	V	491
Hospital de Cabueñes	Gijón	V	79
Hospital Grande Covián	Arriondas	VI	186
Hospital Vital Alvarez Buylla	Mieres	VII	255
Hospital Valle del Nalón	Sama de Langreo	VIII	

¹ Datos del Libro Blanco de Servicios Sanitarios de Asturias elaborados a partir de los indicadores de Atención Especializada del Gabinete de Estudios de la Dirección Provincial del INSALUD y los datos remitidos desde los propios establecimientos hospitalarios

Resultados

La organización asistencial sigue dos modelos. A través de los Servicios de Medicina Interna o a través de Unidades de Enfermedades Infecciosas (normalmente dependientes de estos Servicios de Medicina Interna) **(Tablas 2 y 3)**.

En ambas modalidades suele existir un equipo definido de profesionales que se centran específicamente en la atención del afectado/a por el VIH.

Obviamente el porcentaje de pacientes VIH/SIDA respecto al global de patología atendido es considerablemente más alto en aquellos servicios que tienen Unidad de Enfermedades Infecciosas.

La figura del Coordinador/a de SIDA no está definida en la mayoría de los centros encuestados.

Tabla 2

**Hospitales que disponen de Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Recursos y actividad VIH-SIDA**

Hospital	nº de camas	nº de facultativos ¹	% de pacientes VIH/SIDA ²	% de actividad diaria a pacientes VIH/SIDA	Coordinador/a SIDA
Hospital Covadonga	5	3	70	70	SI
Hospital General	Variable	2 ³	30	-	NO
Hospital de Cabueñes	6	2	90	90	SI

Tabla 3

**Hospitales sin Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Recursos y actividad VIH de los Servicios de Medicina Interna**

Hospital	nº de facultativos ¹	% de pacientes VIH/SIDA ²	% de actividad diaria a pacientes VIH/SIDA	Coordinador/a SIDA
Hospital de Jarrio	4	0,5	-	NO
Hospital de Carmen y Severo Ochoa	4	0.01	0,015	NO
Hospital San Agustín	6	15	5	SI
Hospital Monte Naranco	-	0,1	-	NO
Hospital de Jove	3	0,5	1	NO
Hospital Grande Covián	4	1,5	-	NO
Hospital Vital Álvarez Buylla	1	0,5	-	SI

¹ Número de facultativos que habitualmente tratan a estos pacientes.

² Porcentaje aproximado que corresponde a pacientes VIH/SIDA del total de pacientes que la Unidad atiende al año

³ Incluyen 10 facultativos que atienden habitualmente a los pacientes VIH-SIDA, de los cuales 2 forman parte de la Unidad de Enfermedades Infecciosas

Respecto al recurso Hospital de Día son cuatro los centros que refieren este tipo de dispositivo asistencial, presentado datos en la encuesta tres de ellos (*Tabla 4*).

Tabla 4
Nº de pacientes en Hospital de Día atendidos desde 1997 al 2000
y duración media de la atención por paciente¹

	1997	1998	1999	2000
Hospital de San Agustín	7 (22,5)	3 (24,3)	7 (3,3)	4 (7)
Hospital Grande Covián	-	-	-	27 (60)
Hospital de Cabueñes	-	-	-	-
Hospital Covadonga	10 (90)	8 (90)	3 (90)	1 (90)

¹Entre paréntesis se anotan los tiempos –en minutos- de duración media a los pacientes atendidos.

El Hospital de Cabueñes es el único centro en el que se dispone de una Unidad de Atención Domiciliaria (Unidad de Hospitalización a Domicilio). Esta unidad aunque no es específica para patología VIH, actúa en coordinación con la Unidad de Enfermedades Infecciosas para aquellos pacientes que precisen su atención.

Por otro lado sólo tres centros (Hospital San Agustín, Alvarez Buylla y Cabueñes) indican en la encuesta derivaciones a otros recursos socio-sanitarios. Los recursos que se señalan son la Fundación Siloé y el Comité Ciudadano Anti-SIDA.

Un tema importante y que puede estar en la base de cierto grado de variabilidad en la recogida de algunos de los datos incluidos en la encuesta, es la carencia casi total en los Servicios/Unidades de una base de datos informatizada. Solamente el Hospital de San Agustín presenta una base de datos informatizada con datos clínicos y asistenciales. Los datos en esta base son introducidos por el personal médico. El Hospital Alvarez Buylla indica la existencia en su Servicio de un registro de fichas, incluyendo datos clínicos y asistenciales, susceptible de ser informatizado.

Respecto a la actividad asistencial se incluyeron dos apartados:

- Número de historias clínicas VIH/SIDA que el Servicio/Unidad ha abierto desde que comenzó la epidemia (o desde que se recogen datos en el hospital) y la estimación del número de pacientes VIH/SIDA que el Servicio/Unidad tienen en seguimiento en el momento actual.

- Por otro lado se recogen datos sobre las tendencias de actividad asistencial desde 1997-2000 en los apartados de: Número de primeras consultas y de consultas sucesivas, número de ingresos y presión asistencial (media de pacientes VIH-SIDA /día en consultas externas).

Un rápido vistazo a las tablas que siguen sitúan el mayor volumen asistencial en los Hospitales de las Areas Centrales (Oviedo, Gijón y Avilés). La no existencia de datos de actividad asistencial del Hospital General, excepto en el ítem de "Número de pacientes a seguimiento", limita la posibilidad de comparar la asistencia en estas Areas, teniendo en cuenta que se estima este hospital como uno de los que más pacientes tiene a seguimiento (junto con el Hospital Covadonga y el Hospital de Cabueñes, seguidos por el Hospital San Agustín).

Tabla 5
Actividad Asistencial:
Número de Historias Clínicas abiertas y número de pacientes a seguimiento.
Julio 2001

Hospital	Nº de historias clínicas abiertas desde el inicio de la epidemia	Nº de Pacientes en seguimiento	Usuarios en seguimiento/ Facultativos Registrados ¹
H. de Jarrio	34	10	2,5
H. de Carmen y Severo Ochoa	18	12	4,5
H. San Agustín	300	175	29,16
H. Covadonga	1350	400	133,33
H. General	No consta	270	-
H. Monte Naranco	-	-	-
H. de Cabueñes	1200	520	260
H. de Jove	35	30	10
H. Grande Covián	-	27	6,75
H. Alvarez Buylla	235	99	99
H. Valle del Nalón			
Total:	3172	1543	

¹ Indicador que recoge:

$$\frac{\text{Nº de pacientes en seguimiento en el Hospital}}{\text{Facultativos que habitualmente tratan a estos pacientes}}$$

En algunos hospitales el denominador permanece constante, mientras que en otros centros mantiene variabilidad teniendo en cuenta que fluctúa el número de clínicos que atiende a esta población.

Tabla 6

Evolución del número de primeras consultas (1997-2000)

	1997	1998	1999	2000
H. de Jarrío	3	2	5	3
H. de Carmen y Severo Ochoa	3	4	7	11
H. San Agustín	34	29	26	34
H. General	-	-	-	-
H. Covadonga	131	124	117	127
H. Monte Naranco	-	-	-	-
H. de Cabueñes	179	238	247	-
H. de Jove	-	-	-	-
H. Grande Covián	-	-	-	28
H. Alvarez Buylla	33	24	10	16
H. Valle del Nalón				
Total de Primeras consultas:	383	421	412	219

Gráfico de la evolución de primeras consultas 1997-1999 en cuatro Hospitales Asturianos

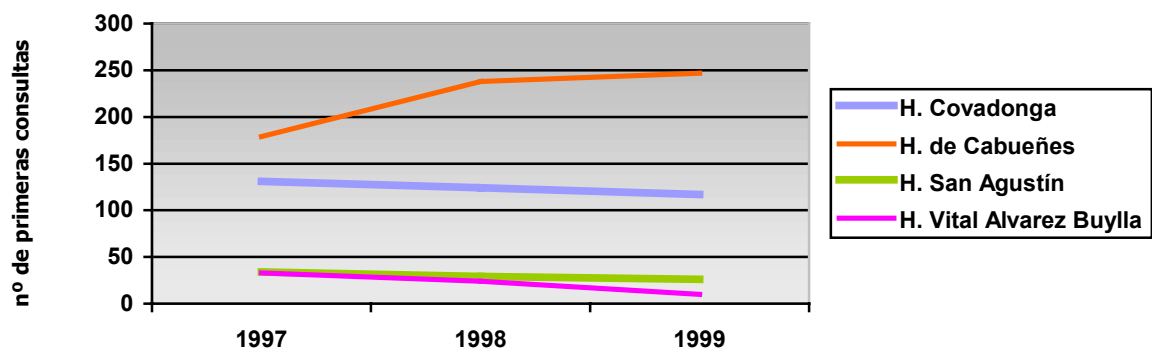


Tabla 7

Evolución del número de consultas sucesivas (1997-2000)

	1997	1998	1999	2000
H. de Jarrío	-	-	-	-
H. de Carmen y Severo Ochoa	14	34	36	52
H. San Agustín	715	875	743	704
H. General	-	-	-	-
H. Covadonga	1715	1674	1620	1606
H. Monte Naranco	-	-	-	-
H. de Cabueñes	1665	1817	1802	-
H. de Jove	-	-	-	-
H. Grande Covián	-	-	-	56
H. Monte Naranco	-	-	-	-
H. Alvarez Buylla	154	160	176	298
H. Valle del Nalón				

Gráfico de la evolución de consultas sucesivas 1997-1999 en cuatro Hospitales Asturianos

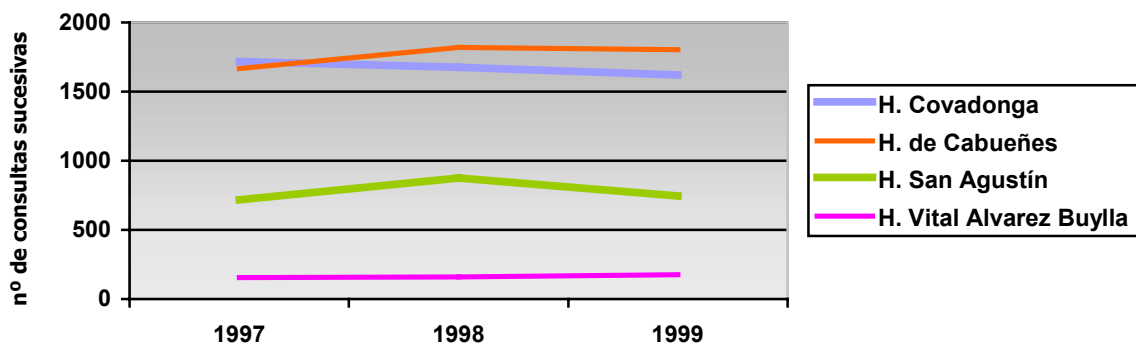


Tabla 8

Evolución sucesivas/primeras (1997-1999)

	1997	1998	1999
H. de Jario			
H. de Carmen y Severo Ochoa	4,67	8,50	5,14
H. San Agustín	21,03	30,17	28,58
H. General			
H. Covadonga	13,09	13,50	13,85
H. Monte Naranco			
H. de Cabueñes	9,30	7,63	7,30
H. de Jove			
H. Grande Covián			
H. Alvarez Buylla	4,67	6,67	17,60
H. Valle del Nalón			
Total:	11,13	10,83	10,62

Gráfico de la evolución de la relación sucesivas/primeras 1997-1999 en cuatro Hospitales Asturianos

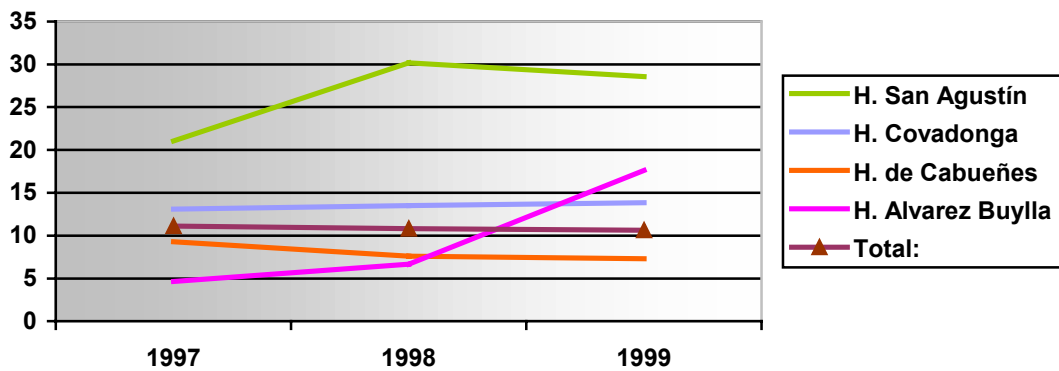


Tabla 9

Evolución Presión Asistencial¹ (1997-2000)

	1997	1998	1999	2000
H. de Jarrío	-	-	-	-
H. de Carmen y Severo Ochoa	0,01	0,013	0,023	0,03
H. San Agustín	2,9	3,6	3,0	2,9
H. General	-	-	-	-
H. Covadonga	10	10	10	10
H. Monte Naranco	-	-	-	-
H. de Cabueñes	-	-	-	-
H. de Jove	-	-	-	-
H. Grande Covián	-	-	-	0,12
H. Alvarez Buylla	4*	5*	5*	7*
H. Valle del Nalón				

¹ Presión asistencial= Media de pacientes VIH-SIDA/día en consultas externas)

* Pacientes/semana

Tabla 10

Evolución nº de ingresos anuales de pacientes VIH-SIDA (1997-2000)

	1997	1998	1999	2000
H. de Jarrío	-	-	-	-
H. de Carmen y Severo Ochoa	3	4	3	6
H. San Agustín	54	32	44	47
H. General	-	-	-	-
H. Covadonga	113	111	96	85
H. Monte Naranco	-	-	-	-
H. de Cabueñes	174	156	168	-
H. de Jove	30	28	22	58
H. Grande Covián	-	-	-	6
H. Alvarez Buylla	43	43	38	11
H. Valle del Nalón				

Gráfico de la evolución de ingresos anuales 1997-1999 en cuatro Hospitales Asturianos

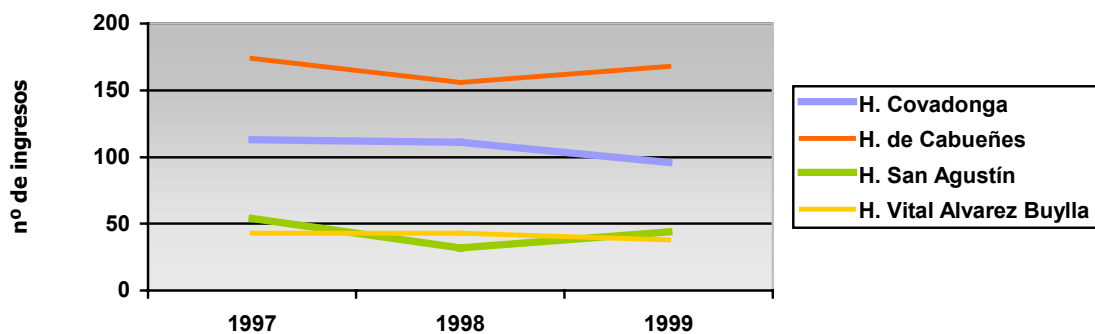


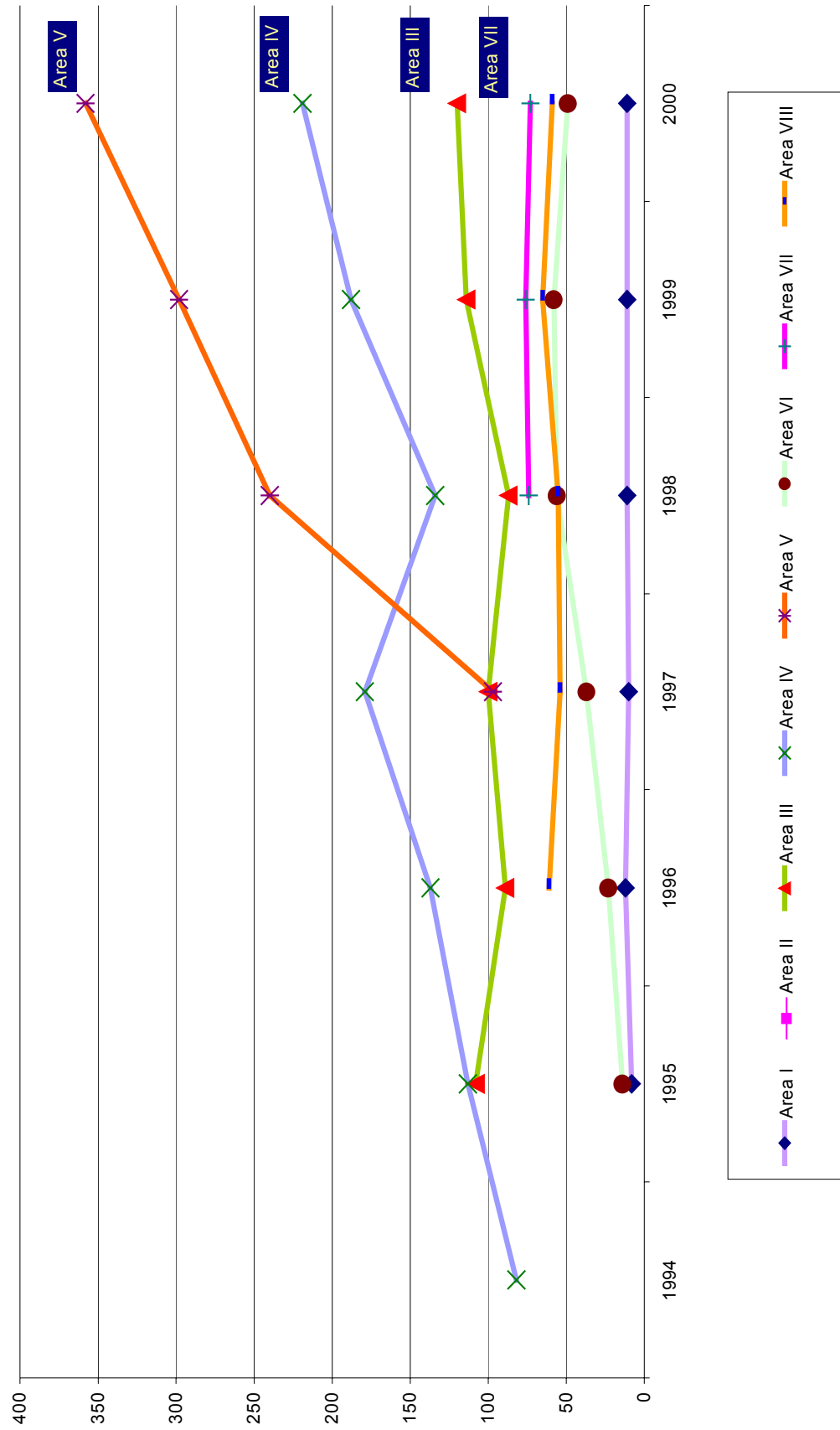
Tabla 11

Actividad de cuatro Hospitales Asturianos: 1997 y 1999

	1997			1999		
	Ingresos VIH/SIDA	Ingresos totales	Ingresos VIH/SIDA (por cada 1000 ingresos)	Ingresos VIH/SIDA	Ingresos totales	Ingresos VIH/SIDA (por cada 1000 ingresos)
H. de Cabueñes	174	17395	10,00	168	18344	9,15
H. San Agustín	54	12588	4,29	44	12796	3,43
H. Alvarez Buylla	43	6276	6,85	38	6048	6,28
H. Carmen y S. Ochoa	3	3560	0,84	3	3454	0,86

V. Atención VIH-SIDA en Atención Primaria

Evolución 1994-2000
Pacientes Incluidos en el Servicio "Atención a Pacientes VIH"



VI. Perspectivas y retos de futuro en la Atención al Paciente VIH-SIDA

Berta Cid Vila
 Médico
 Unidad de Tratamiento de Toxicomanías - Mieres

Mesa redonda:

“Situación actual en la atención al paciente VIH-SIDA: Perspectivas y retos de futuro”

12 de Diciembre del 2000

Quiero plantear mi participación en la Mesa desde las dificultades cotidianas y desde la experiencia clínica y no tanto desde los diagnósticos de Comorbilidad Psiquiátrica en pacientes VIH.

He aprendido con los compañeros de Medicina Interna a referirme al SIDA como “Infección VIH” y creo que las palabras nos llevan a distintos lugares: SIDA/ Plaga, castigo, muerte; INFECCIÓN VIH / Enfermedad crónica, estadios.

Desde la UTT donde trabajo y recurriendo a términos que en sicopatología están llenos de contenido hablaría de “proceso” para referirme a la Infección VIH, esto habla de: Tiempos, espacios y escenarios distintos, profesionales de distintas especialidades, distintas agencias de Salud.

Como la Clasificación ICD10 expresa a veces el hablar de “crónico” a veces nos lleva a “nada que hacer” por eso ha optado por hablar de “persistente”.

Como recoge en su ponencia la Doctora Ana Esther Sánchez “La infección VIH irrumpe en la vida del sujeto y desde ahí se la **invasión vírica del Psiquismo**”.

No es lineal el curso de la infección ni lo es la manera en que cada paciente enfrenta su diagnóstico. Pienso que hay momentos “críticos”, fases estables y fases en que se juega un cambio de estilo de Vida.

Voy a pararme de modo esquemático en algunos momentos del Proceso, escenarios que vivo cada día en la práctica:

1^{er} Escenario

Ajeno al Sujeto. "Algo que puede pasarle, conductas de riesgo". "El enemigo está fuera".

En cuanto a las jeringuillas pienso que ha cambiado y que pese a resistencias y dudas mejoró.

Me preocupa que ahora que "la heroína se fume" un grupo de pacientes en tratamiento con metadona utilice la vía IV para el uso de Cocaína y además por la vida media breve necesiten inyectarse muchas veces. El uso de preservativos cuesta más y sólo con programas de Sexo Seguro van cambiándose costumbres.

2^o Escenario

"La prueba": el juego de la ordalía/la prueba de los Dioses/la Ruleta Rusa.

Nunca debería hacerse solo para saber y la estadística. El momento decisivo para que un terapeuta pueda muchas veces entrar en relación con ese paciente. ¡Y que de rutina se hace!. Momento clave de respeto ético y de buen hacer, que marca la entrada a la posibilidad de actuar y llegar a un sujeto muchas veces perdido en lo confuso de las sustancias, en el paraíso perdido donde el miedo se queda fuera.

3^{er} Escenario

"El resultado de la Prueba" /Si es positivo ya no es algo Ajeno: La invasión empieza, siempre puede "negar" "culpar" "contagiar" "aceptar"... ¿Quién acompaña en todos estos avatares? ¿Quién convence al tocado para que no sea destructivo y justo ahora que ya no importa tome medidas de prevención para otros?. La ética del profesional y del paciente ¿Y los otros? ¿Y su pareja en el secreto?.

4^o Escenario

La Latencia: "Y no pasa nada, años siendo positivo y el invasor no se deja ver". "La omnipotencia". Y eso que me doy caña. Sabe, además pasa algo raro "no contagio". Mi moza es negativa y lo hacemos sin condón. Yo lo quiero y es positivo, también podía ser yo y ya ve la suerte. Por eso tenemos un pacto. (Pacto de amor/negación).

5^o Escenario

"Me decidí, fui a Medicina Interna". "Arrinconar al Invasor". "Neologismos de lo cotidiano: Carga Viral y número de Defensas". Desde ese momento "mis significantes". "Puedo

arrinconar al invasor aunque esté dentro de mí, si cambio". La Libreta del No puedo. Cambio de estilo de Vida a lo Bestia: Sexualidad, hábitos diarios, dependencia, futuro...

"Las pastillas de la bolsa, las azules, las blancas ...esos nombres, son para el bicho". Los efectos secundarios y el mono. "En horario de comidas y sueño" ¿Qué horario?. No me hace nada la Metadona, voy a dejar los fármacos, estaba bien y desde que tomo esto me siento fatal, estas pastillas me matan. Estoy cambiando mire que barriga y estoy delgado. ¿Será ese Crixivan... el que me dio piedras en el riñón?.

6º Escenario

"Primer Ingreso / Primera Infección / Principio de Realidad". El invasor sale de su torre. Era cierto que estaba infectado: Altas voluntarias y a renegar de la enfermedad, viva la omnipotencia, me rindo y me deprimó. Ahora ya nunca más será secreto ¿y mi familia que dirá? ¿Cómo voy a aguantar en el Hospital si seguía fumando Heroína y si no me dan nada para el mono?. Lo persecutorio también aparece "como soy toxicómano no me hacían caso, la comida era mala, estaban experimentando, sino me voy me matan... perdí tres kilos...".

7º Escenario

"Ya no puedo negarlo doy el cante, esta cara pálida, este cansancio...". Ahora la TBC y esa medicación "Están locos, cinco pastillas juntas y yo de Mono..." (Rifampicina/Metadona). Cada queja necesita un médico, cada malestar anuncia una tempestad, ahora todo es Miedo. El invasor invade la cabeza y penetra en todo su disco duro.

217

8º Escenario

Fase Terminal: Cuando morir se deja de ser imposible y todo se viene abajo. El invasor ya casi es todo y el sujeto solo lo sufre y a duras penas puede pensar en algo que no sea su enfermedad. Y para colmo a veces, la soledad, la calle, las deudas con todos, el consumo... ¿Cuánto me queda para arreglar las cosas? ¿Me pasará como a... que perdió la cabeza y no sabía dónde estaba? ¿Tendré más dolor? ¡Cómo van a aguantar mis padres esto en un pueblo pequeño y donde hice tantas!... Bueno siempre puedo matarme, se como...

¿Quién debe acompañar esta fase?. Deberíamos aprender a tolerar nuestra propia angustia para aún entonces aliviar lo posible y acompañar lo intolerable.

Sólo he querido con estos escenarios que pueden ser otros, contar las situaciones que cada día vivo en la UTT con este grupo de Pacientes. Claro que hay situaciones especiales que todavía complican más por ejemplo: fases de gran consumo, politoxicomanía, pobreza, soledad, rechazo, embarazo, ...

¿Cómo ayudar a alguien que está puesto todo el día hasta límites de intoxicación-confusión y ni cognitivamente puede prestar atención?. ¿Dónde ingresarle sin que le rechacen?. Para poder llevarle al menos a un estado en el que sea capaz de comunicarse y atender. Un estado en el que pueda elegir, aunque sea mal, como continuar.

Pienso que deberíamos reunirnos por Áreas Sanitarias los profesionales que con más frecuencia vemos a estos pacientes y valorar de forma realista las dificultades y los recursos con que contamos. Nos serviría también para actualizarnos en estrategias y tratamientos. Ver lo posible en cada Área y pedir a quién tenga la responsabilidad algo de lo imposible que siempre puede conseguirse.

VII. Fundación Siloé: Paciente VIH y Casas de Acogida

Francisco J. Moro Quintana.

Psicólogo

Director del Centro de Día Milsoles. Fundación Siloé - Gijón

Mesa redonda:

“ Situación actual en la atención al paciente VIH-SIDA: Perspectivas y retos de futuro”

12 de Diciembre del 2000

Voy a hablar de lo que la Fundación Siloé está haciendo en tema VIH/SIDA, del perfil de nuestros usuarios y de los problemas y dificultades con los que nos estamos encontrando en el quehacer diario.

El perfil de gente con la que trabajamos se caracteriza además de por estar infectados por VIH o SIDA, por tener un grave deterioro en todos los aspectos de su vida, deterioro sanitario, psicológico y social. Son personas que en la mayoría de los casos son usuarios de drogas por vía endovenosa. De años de evolución tanto en este consumo como en su situación de infección.

Estamos trabajando con dos tipos de recursos:

- Casa de acogida para enfermos terminales.
- Centro de día con dos fases que luego comentaré.

La casa de acogida es una casa con una capacidad para 14 personas en régimen residencial. Es un centro socio-sanitario para personas afectadas por SIDA en fase avanzada y que no dispongan de los medios que garanticen los cuidados que la enfermedad requiere. Intentamos con estas personas mejorar su calidad de vida mediante la cobertura de necesidades básicas.

Servicios que oferta: ¿Qué es lo que hacemos desde este recurso?

Proporcionamos:

- Control sanitario y farmacológico: es uno de los objetivos más importantes dentro de la casa, garantizar que estas personas minimicen el riesgo y se puedan controlar en ellos las enfermedades y los problemas que vayan apareciendo.
- Damos cobertura a las necesidades básicas de la personas en lo que se refiere a alojamiento, alimentación e higiene.
- Apoyo y prestación psicológica.
- Asesoramiento social y jurídico.
- Rehabilitación física de aquellos aspectos que puedan haberse deteriorado por la enfermedad y que sean susceptibles de la misma.
- A la vez se ofrece un espacio solidario y de relación.

De un tiempo a esta parte nos encontramos que a este recurso nos llegaban personas en situación terminal y que a medida que se les daban los cuidados necesarios de medicación, alimentación, higiene, etc., se producían en muchos casos mejorías espectaculares, donde la casa no podía ejercer sus funciones como casa de acogida para terminales. Veíamos que las personas necesitaban hacer cosas y que realmente podían hacerlas pero en otro recurso.

La Fundación apostó entonces por la creación de un recurso más abierto donde la parte ocupacional tuviera una gran importancia. Creemos que la perspectiva futura en la atención al enfermo VIH/SIDA viene por la creación de centros de estas características.

El proceso de necesidades se conforma de esta manera de forma circular, precisando por tanto de un conjunto de apoyos diversificados dentro de un mismo programa, es decir casa de acogida, centro de día pero también en el orden inverso.

El centro de día, es un centro abierto, como ya he dicho, en horario diurno, y que está dirigido a personas afectadas por VIH/SIDA, pero que el grado de afectación les permita tener una autonomía funcional con altas cotas de autogestión. El centro proporciona una asistencia dirigida a una mejora en la calidad de vida, desde una óptica clínica, social y ocupacional.

Servicios que oferta el Centro de Día

- Una vez más el control y seguimiento sanitario y farmacológico. Intentamos que desde el ingreso en el centro se retomen o sigan los contactos con el hospital para realizar

analíticas y revisiones periódicas, que se retomen o continúen en contacto con los centros de salud mental, atención primaria, etc.

- Atención psicológica: tanto a nivel individualizado como grupal: a través de grupos de autoayuda, habilidades sociales, prevención de recaídas, talleres de salud.
- Asesoramiento social y jurídico: gestión de documentos, pensiones asistenciales, situaciones que tienen que ver con aspectos penales y penitenciarios, etc.
- Talleres ocupacionales como parte fundamental del programa en la gestión del tiempo.

No cerramos la posibilidad de dar cobertura a otro tipo de patologías donde sea necesario algún tipo de control sobre aspectos que el centro pueda cubrir: por ejemplo la tuberculosis y el control de la medicación tuberculostática.

El centro cuenta con 20 plazas y con la posibilidad de diversificar el recurso:

- A través de la utilización de todos los servicios del centro: a horario completo.
- A través de la participación en áreas específicas o en algún servicio determinado.
- Programa eje en el centro de día complementado con búsqueda de alternativas más normalizadoras: a través de cursos de capacitación y actividades y recursos externos al centro de día.

Con todo esto, una vez más vimos que había un grupo de personas, también afectadas por VIH, consumidoras de drogas activamente, que por sus características debían ser incluidas dentro programas de baja exigencia con el único objetivo de la reducción de daños asociados al consumo de tóxicos. Eran personas con muy difícil acceso a cualquier tipo de recurso o servicio, con necesidades básicas de higiene, alimentación, ropa. Personas sin ningún tipo de apoyo familiar ni social y sin domicilio fijo.

Para este grupo la Fundación habilitó un espacio dentro del centro de día que planteamos como casa abierta, es decir el usuario acude a él cuando quiere y sin ningún tipo de exigencia salvo la de no consumo en el centro. En este espacio puede ducharse, comer, lavar su ropa, ver la televisión, etc. Y acudir a taller. Se les proporciona también material de inyección estéril y pautas específicas para inyectarse sin riesgos.

Tiene capacidad para 8 personas.

Además de todo esto, la fundación se planteó dar cobertura y asistencia al enfermo de SIDA usuario o no de nuestros recursos en los lugares frecuentados fuera de los centros. Nos hemos planteado trabajar a nivel de calle para establecer un seguimiento y atención continuada del usuario. Lo creemos importante porque son usuarios con una gran movilidad. Están en los centros un tiempo, desaparecen y luego retomar resulta más costoso, mientras que si existe un seguimiento de calle nunca se perderá el contacto con el servicio, o es más difícil.

Problemas con los que nos estamos encontrando

Nos encontramos con que debido al aumento en la calidad de vida y en la cantidad de vida, afortunadamente viven más y mejor, están apareciendo patologías que antes no teníamos, precisamente porque el sujeto moría antes de que afloraran. Me refiero más concretamente a las patologías de tipo psiquiátrico, que es lo que más nos está apareciendo en nuestros centros. La llamada patología dual, que sin apoyo de los servicios especializados, nuestros centros no pueden asumir.

Estamos observando una falta de coordinación entre los distintos servicios tanto a la hora de realizar diagnósticos y tratamientos como de derivación a los recursos que en teoría deben atender a estos sujetos. De este problema deriva que:

- Tenemos una casa de acogida para enfermos terminales que no terminan, con plazas estancas, es decir, sujetos con un nivel de CD4 altos, cargas virales indetectables, que no son ya criterio para permanecer ni en la casa de acogida ni en el centro de día (en este último por las connotaciones psiquiátricas tan importantes), pero que tampoco hay centros alternativos que puedan asumir su problemática por lo que su estancia en la casa es indefinida con el consiguiente perjuicio del resto de posibles usuarios.
- Falta de formación de los profesionales en este tema. Vemos la necesidad y nos parece prioritaria, de una formación continuada sobre todo en este tipo de patologías anteriormente mencionadas y en el establecer pautas de cómo tratar este tipo de cuestiones.
- Vemos falta de coordinación entre los distintos servicios, incluso dentro de un mismo servicio: tenemos gente que utiliza muchos de los recursos a la vez en un breve espacio de tiempo. Hace varios tratamientos para la misma dolencia en muy poco tiempo.
- Duplicidad de recursos, sin que haya complementariedad alguna.
- No vemos tampoco la puesta en marcha o implementación de campañas preventivas en problemáticas muy asociadas al SIDA y al consumo de drogas vía parenteral como por ejemplo campañas en contra de la hepatitis C tan común en este colectivo.
- En cuanto al aspecto ocupacional, tenemos también en el centro personas capaces de realizar trabajos en el exterior que supongan remuneración, aunque sea de forma mínima y que no podrían cumplir las exigencias de un trabajo normalizado. Pedimos a la administración políticas de empleo protegido para este colectivo al igual que se hace con otros.

La solución de estos problemas es lo que la Fundación Siloé plantea como retos de futuro en la atención a este colectivo de afectados.

Responsable de caso: ¿Utopía o posibilidad real?

Documento perteneciente al Plan sobre Drogas para Asturias 2001-2007

Coordinador:

Eduardo Gutiérrez Cienfuegos

Grupo de Trabajo:

Carmen Echegaray
Centro Salud Contrueces

Isabel García Barrio
Consultorio Teverga

Faustina Ibáñez Pascual
Hospital de Día y Comunidad Terapéutica Oviedo

Jacqueline Rodríguez Fernández
Comunidad Terapéutica ARAIS

Javier Fernández Ludeña
Proyecto Hombre

Responsable de caso: ¿Utopía o posibilidad real?

Introducción

El problema de la drogodependencia no consiste únicamente en la conducta de consumo de drogas, sino que conforma un particular estilo de vida. Por ello, es imprescindible abordar la dependencia desde una visión bio-psico-social, y en el seno de un equipo multidisciplinar.

La evolución de la asistencia de las drogodependencias pasó en Asturias por varios períodos y dispositivos: medicina general, asistencia psiquiátrica, tratamientos con metadona desde el sector privado, llegando a un importante grado de mal uso de la misma, dictándose una normativa sobre su uso y dispensación en 1983. La experiencia acumulada no fue óptima y en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica se hace eco de la gravedad del problema y exige el desarrollo de un plan para el abordaje del mismo.

El trabajo en drogodependencias no es exclusivo del sistema sanitario, sino que forma parte del orden del día de diferentes sectores institucionales y sociales (familia, educación formal, acceso al trabajo, legislación, organización y estructura de las ciudades, redes de apoyo sociales, asociaciones y ONGs, redes asistenciales, etc.), combinando entre todos estos sectores, métodos diferentes pero complementarios, útiles todos ellos en la prevención de usos problemáticos. Su planteamiento se lleva a cabo desde el trípode básico de la normalidad, globalidad e integración. A lo largo de los años este trípode se ha ido desvirtuando, por lo que es necesario e imprescindible reconducir esta situación.

La asistencia sanitaria especializada a los pacientes con problemas de drogodependencias se viene realizando desde los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, fundamentalmente desde la problemática surgida con los tratamientos de metadona en el sector privado. La evolución de la atención a los drogodependientes, estos 10 últimos años, pasa por un déficit en el abordaje global y multidisciplinar ofrecido a los usuarios, quizás por la importante carga asistencial de los Centros de Salud Mental (CSM), reduciéndose a las desintoxicaciones y mantenimientos con naltrexona, con un escaso apoyo psicosocial, a todas luces necesario.

Por otra parte, las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías (UTTs) han realizado una labor muy notable en cuanto a la reducción de daños, valorable por la baja tasa de VIH en Asturias, comparado con otras regiones de nuestro entorno, y el porcentaje minoritario de los usuarios de drogas vía parenteral. No obstante, la tendencia ha llevado a la masificación de las mismas, por lo que su labor, cada vez más, se está reduciendo a la mera dispensación de sustitutivos y un seguimiento mas o menos superficial de los pacientes. Por otra parte, no

parece lógico, en principio, que sea el instrumento farmacológico utilizado el que determine las características de los modelos organizativos por encima de los objetivos preventivos y terapéuticos que se pretenden conseguir.

La atención en materia de evaluación, desintoxicación, deshabituación e inicio a la reinserción social, se desarrolla en los CSM, situándose los tratamientos con metadona en las UTTs, Centros de dispensación y, actualmente centros descentralizados de dispensación.

A su vez, el hecho de que los Servicios Sanitarios (Atención Primaria y hospitalaria) tienden a derivar mecánicamente las demandas de los pacientes drogodependientes hacia los Servicios de Salud Mental, ha puesto a prueba la resistencia de esta red al soportar una demanda cuyo carácter y respuesta terapéutica poco tiene que ver con la naturaleza y finalidad de los servicios. Los recursos de infraestructuras materiales y humanos no han ido creciendo y adaptándose en la proporción requerida.

Resaltar el desarrollo desde la última revisión del PRD del abordaje de las dependencias en Instituciones Penitenciarias de manera que garantice el acceso de los pacientes drogodependientes a los recursos normalizados. Queda pendiente el desarrollo óptimo del cumplimiento alternativo de condena en los Centros Asistenciales.

En cuanto a las Comunidades Terapéuticas (CT), se detectaba una falta de canales de información y coordinación, entre estas, la Oficina y los dispositivos asistenciales de Salud Mental. Esto se traducía, en la mayoría de los casos, en un desconocimiento por parte de su terapeuta de referencia del estado del drogodependiente durante su estancia y alta de la CT. También se observaba un exceso de canales de derivación hacia estos dispositivos, canales independientes del dispositivo encargado del proceso terapéutico establecido para cada paciente.

Con el objeto de realizar una oferta amplia y diversificada para el tratamiento de las drogodependencias, nuestra Comunidad Autónoma, establece, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, un sistema de ayudas económicas para facilitar el tratamiento en Comunidades Terapéuticas, en los casos en los que se considere oportuno. Se pretende con ello cubrir la demanda que por parte de drogodependientes, familiares y diferentes Servicios, se viene realizando.

La existencia de Centros y recursos de atención a necesidades básicas se inscribe en una lógica de intervención desde un modelo de priorización de la reducción o disminución de los daños y riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Entre las mayores dificultades que encuentra el drogodependiente a la hora de su total rehabilitación y reinserción social, se encuentra la incorporación al mercado de trabajo, ya de por sí dificultosa para toda la población. Además, las carencias acumuladas por estos sujetos

durante su vida, tanto a nivel formativo como de mantenimiento de otros empleos y actitudes laborales, hace muy difícil su incorporación laboral en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos.

Además, el volumen de pacientes atendidos y la dispersión en diferentes dispositivos (UTT, CSM CT ...), más la aparición de nuevas adicciones, han dejado desatendidos a los casos graves y crónicos.

Por todos los motivos expuestos anteriormente, se plantea la necesidad de buscar alternativas que mejoren las intervenciones, coordinación de recursos, información entre niveles ..., desde una perspectiva globalizadora del drogodependiente. En este sentido, la figura del responsable, tutor, gestor de caso, solventaría gran parte de los déficits que sobre la atención a las adicciones se vienen detectando. Esta figura pretende, por un lado, garantizar la continuidad de cuidados y, por otro, resolver la paradoja existente entre la oferta de unos servicios comunitarios amplios y sofisticados y una población crónica y grave, con diferentes carencias, pobre en muchos casos y desatendida en otros, que no sabe o no puede acceder a ellos, o encuentra inadecuada la presentación de la ayuda o queda desorientado ante la propia complejidad de una oferta que no sabe para que sirve o no sabe autoadministrarse.

Funciones y requisitos que debe reunir un responsable de caso

- Acogida de la demanda.
- Trabajo en equipo para:
 - Establecimiento de objetivos, tratando de combatir no sólo los aspectos patológicos presentes, si no potenciando y actualizando las capacidades conservadas del individuo y desarrollando otras nuevas y necesarias.
 - Co-Evaluación y elaboración del plan individual de tratamiento. Este debe ser altamente individualizado.
- Proporcionar al usuario la ayuda necesaria para que pueda optar con suficiente información sobre los servicios y oportunidades que se le brindan, a la asistencia que necesita, garantizándole el acceso a la misma, proveyéndole el apoyo para las actividades de autoayuda y coordinando todos los servicios para poder satisfacer los objetivos del cliente.
- El tutor favorecerá la coordinación entre niveles, no asumiendo todas las funciones, sino gestionando la más idónea en cada caso. Información de recursos o de quien los conozca

(para ello deberá poseer un censo de recursos socioeconómicos). La ayuda debe ser prestada en cada momento.

- Mejorar la imagen social de las dependencias para facilitar el acceso de este tipo de pacientes a los recursos existentes en igualdad de condiciones que el resto de la población.
- Promover recursos comunitarios que sirvan de soporte social a los enfermos.
- Detectar clientes que no frecuenten los servicios y establecer acciones para intervenir sobre esta población.
- Reevaluación. Re-toma del proceso terapéutico.
- Escucha activa de los problemas, carencias y necesidades de los usuarios y sus familias.
- Mantenimiento de la responsabilidad de los pacientes en el plan terapéutico.
- Asesoría y defensa del usuario.
- Intervención en crisis.
- Evaluación y control de resultados.

Perfil:

- Una sola persona.
- No clínico (educador, enfermería comunitaria, trabajador social).
- Alto grado de motivación, responsabilidad, flexibilidad y disponibilidad.

Dificultades:

- Rígida estructura presupuestaria.
- Sobrecarga asistencial.
- Desconocimiento real de los itinerarios terapéuticos.
- Falta de motivación.
- Formación específica deficitaria.
- Superposición de roles
- Obsesión por abarcar “todo” el proceso terapéutico por parte de algunos profesionales.
- Mala comunicación entre profesionales.
- Sobrecarga burocrática.
- Inestabilidad laboral.
- Las propias del trabajo en equipo.

Propuestas:

- Sí tutor de caso. Preferimos además esta denominación para evitar equívocos con el papel del Clínico responsable.
- Cada paciente debe tener un responsable Creemos que el ratio debe ser 1/25 - 50 pacientes en los CSM.
- En caso de ausentarse del centro, el tutor ha de tener una persona que le sustituya en sus funciones de tutoría.
- Establecimiento de protocolos de actuación.
- El plan individualizado del paciente debe ser escrito y conocido por el interesado, su familia y el mismo tutor.
- El responsable debería ser quien realice el seguimiento del paciente a través de todo el recorrido asistencial. Mayoritariamente en Salud Mental cuando el ingreso sea por la red pública.
- Además de un tutor en el C.S.M., en cualquier otro centro (Hospital de Día, Comunidad Terapéutica, Atención Primaria de Salud, equipos volantes) en el que esté referenciado el paciente, tendrá la figura de tutor, además del clínico.

Responsable de caso: ¿Utopía o posibilidad real?

El grupo de trabajo considera que sería importante establecer esta figura en el campo de las adicciones. Ahora bien, una vez analizadas sus funciones, requisitos que debe reunir, perfil y dificultades observadas, creemos su establecimiento como utópico en el momento actual. La puesta en marcha de planes piloto en algunos Centros, y el análisis de resultados, podría convencer a los gestores de su utilidad e implantación.

Carta europea para la reducción de riesgos **ERIT 1999**

Coordinación:

Luis Morales
Psicólogo

Dirección:

Dr. Alain Morel
ERIT

Con el apoyo de la Comisión Europea

¿Para que una Carta Europea para la reducción de riesgos?

En este momento en que Europa se está confrontando a cambios importantes en lo que concierne el uso y abuso de drogas, nos parece importante hacer un llamamiento al conjunto de nuestros estados para construir una política global y más adaptada sobre toxicomanía. La reducción de riesgos es para nosotros uno de los pilares indiscutibles de esta nueva política. La carta Europea para la Reducción de riesgos tiene como objetivo enunciar los principios fundamentales y federativos de esta practica para que tenga su sitio en la definición de una política europea sobre el abuso de las sustancias psicoactivas. Pasando por encima de las contradicciones y reforzando los puntos de convergencia entre profesionales, esta carta interpela los poderes políticos y llama al desarrollo y al refuerzo de las acciones con vista a la reducción de riesgos en todos los países europeos.

La génesis

En 1998, la federación europea de intervinientes en Toxicomanía (ERIT) hizo, con el apoyo de la Comisión Europea, un estudio sobre la evolución de las prácticas profesionales sobre la reducción de riesgos en Europa.

Este estudio realizado en siete países europeos, (España, Portugal, Francia, Bélgica, Alemania, Italia, Inglaterra) a puesto de relieve una serie de elementos que subrayan la importancia de la reducción de los riesgos como modelo de intervención en el campo de la toxicomanía y las dificultades de los profesionales para desarrollar mas este modelo en el terreno.

A pesar de las diferencias culturales, económicas, y políticas que existen entre los diferentes países, y algunas veces también entre las diferentes regiones de un mismo país, los puntos de convergencia entre los profesionales son mucho más numerosos que lo que podríamos creer a primera vista. Igualmente, el análisis transnacional de este estudio, nos indica que algunos elementos que hoy día son un obstáculo para el desarrollo de la reducción de riesgos encuentran sus raíces en situaciones mas o menos análogas sea cual sea el país o la región.

La iniciativa de una Carta Europea para la Reducción de riesgos que enuncie los valores y principios fundamentales de este modelo apareció a los ojos de los profesionales como una continuación lógica del estudio realizado en 1998.

La importancia de la Reducción de los riesgos como modelo de INTERVENCIÓN en TOXICOMANÍA

La Reducción de los riesgos como modelo de intervención en toxicomanía empezó a desarrollarse en Europa a partir de los años 80.

Este modelo a encontrado una acogida positiva por parte de los profesionales ya que es fundamentalmente pragmático : la reducción de riesgos obedece a una lógica que no tiene por objetivo intervenir sobre los motivos del uso de las drogas, pero interviene sobre las nefastas consecuencias sanitarias ligadas a este consumo.

La aparición del virus del SIDA a jugado un papel muy importante en el desarrollo de este modelo pero, otros factores también ha contribuido a ello.

La degradación de las condiciones de vida del conjunto de la población europea bajo los efectos de lo que se llama « la crisis económica de los años 80 » que alcanzo primero a las poblaciones mas frágiles, ha constituido también un elemento de peso anterior y paralelo a la epidemia del SIDA.

Bajo los efectos de esta crisis estructural, las carencias y las fracturas que han afectado los lazos sociales hasta las condiciones de vida más elementales han pesado mucho en la situación de numerosos sectores de la población, entre los cuales se encuentran con mas dificultades los usuarios de las drogas.

Estos elementos históricos nos permiten hoy día comprender porque la reducción de riesgos no pude y no debe reducirse únicamente al problema sanitario.

Si, al final de los años 80 o al principio de los 90, las acciones han perseguido el objetivo de reducir la incidencia de las infecciones virales (principalmente V.I.H.) con campañas de información y la distribución de material de inyección limpio, hoy día estas acciones se han diversificado mucho y recogen otras necesidades que desbordan el ámbito de la salud publica y el ámbito de los usuarios de drogas intravenosas.

Esta evolución tiene un ritmo diferente en los países estudiados pero parece orientarse sobre tres ejes principales.

1. El trabajo relacionado con la inyección evoluciona hacia la consideración de otras conductas de riesgos :

Es verdad, que la distribución de jeringuillas constituye aun uno de los ejes primordiales de actuación en el uso de las drogas y más en los países del sur de Europa en donde las practicas por inyección son las mas corrientes. Pero, otras formas de uso con riesgo han aparecido en toda Europa y son el objeto de otras formas de acción. El sobre consumo de alcohol y de medicamentos, el consumo de productos ilícitos en paralelo con tratamientos

de sustitución, el uso extendido del éxtasis, el uso precoz del cannabis por los adolescentes o de medicamentos asociados al alcohol, el crecimiento de los usuarios de cocaína y de crack, etc..., son los problemas que encuentran los equipos de reducción de riesgos en Europa.

2. Las acciones de reducción de riesgos no se limitan únicamente al aspecto sanitario, el aspecto social coge cada vez mas importancia:

Parece claro que hoy en día los problemas para acceder a la atención sanitaria se acompañan casi siempre con problemas sociales que tienen que ser tomados en cuenta al mismo tiempo e incluso algunas veces antes de tratar el aspecto sanitario. El tema de los derechos sociales se ha convertido por todos los sitios en un tema inherente al trabajo de reducción de riesgos.

Aunque las acciones con objetivo sanitario sean mayoritarias (acceso a, jeringuillas limpias, a preservativos, a tratamientos de sustitución, a tratamiento médicos y en hospitales...), muchos equipos con estructuras de umbral bajo se han dotado con dispositivos específicos o no que incluyen el alojamiento, la reinserción con el trabajo, el consejo jurídico y administrativo, el acceso al ocio, etc...

Que sea en España, en Portugal, en Bélgica, en Alemania, o en Suiza, un buen numero de instituciones se han visto obligadas a desarrollar dispositivos específicos de ayuda al empleo, de acceso a la cultura, de acogida de categorías específicas de usuarios (mujeres, mujeres con niños, gente en la calle, comunidades de inmigrantes, etc..).

Los problemas que estas instituciones encuentran son de encontrar estructuras lo suficientemente accesibles y flexibles para acoger a personas generalmente inestables que no han dejado de usar las drogas. Hacer que los servicios sanitarios no especializados sean más accesibles a los toxicómanos, y que los servicios sociales de asistencia sean más permeables y mejor adaptados a este tipo de población, son los retos actuales para una reducción de los riesgos.

3. El trabajo de los profesionales de la reducción de riesgos no se hace ya únicamente alrededor de los grupos de usuarios, tiende cada vez mas a integrar la comunidad social del entorno :

El trabajo de restauración de los lazos sociales y la adaptación de las estructuras sociales de las poblaciones en dificultad, lleva a un gran numero de equipos de reducción de riesgos a jugar un papel de mediador entre los usuarios de las drogas y el entorno.

Realmente lo que hay que modificar es el conjunto de las representaciones sociales de los usuarios de las drogas.

Para los equipos que trabajan en la reducción de los riesgos es indispensable establecer verdaderas redes entre los políticos, la policía, las asociaciones locales y las administraciones..

Este punto evidencia la dificultad general para encontrar un consenso social con equilibrios satisfactorios entre los diferentes ejes de las políticas en materia de toxicomanía.

Estos ejes, la represión del tráfico, la reducción de los riesgos, la acción terapéutica, y la prevención, cuando no están aislados y cuando al contrario están integrados en una reflexión de conjunto, llevan a una política global y adaptada que permite el nacimiento de una nueva lógica más adaptada y más operante en el tema de la toxicomanía. Esta política global no se puede poner en práctica sin una voluntad política lo suficientemente fuerte por parte de los Estados europeos.

El valor de un modelo fundamentalmente PRAGMÁTICO

Las estructuras de reducción de riesgos constituyen un pilar esencial de toda política de lucha contra las toxicodependencias. Para nosotros el valor esencial de la reducción de riesgos no es únicamente de contribuir al descenso de las contaminaciones infecciosas entre los usuarios de drogas o la disminución del número de muertos por sobredosis o de la disminución significativa de la pequeña delincuencia entre estos usuarios.

236

Para nosotros la reducción de riesgos permite también:

Estar más cerca de los problemas concretos y de las modalidades de consumo de las poblaciones las más en peligro.

De transmitir los mensajes de prevención de una manera más adaptada en particular a los grupos más reticentes. Los resultados son mucho mejores que los que se obtienen por los canales habituales.

La Reducción de riesgos logra a menudo hacer evolucionar positivamente prácticas con alto riesgo y juega algunas veces un verdadero papel de mediación con los servicios sociales o sanitarios y con el entorno directo de los usuarios.

Cuando se producen prácticas innovadoras, los equipos de reducción de riesgos pueden algunas veces apoyarse en los mismos usuarios asociándoles más o menos directamente en su trabajo.

Por otra parte y es sin lugar a dudas capital, su trabajo contribuye a restaurar la dignidad, la responsabilidad y los derechos elementales de personas y poblaciones que se encontraban cada vez más rechazadas.

Proposiciones para una Carta Europea de la Reducción de los Riesgos

Principios éticos y objetivos

La Reducción de Riesgos es un modelo de intervención en toxicomanía que busca responder a las necesidades sanitarias y sociales de los usuarios de drogas. Este modelo dirige a todos los consumidores y en particular a los que no pueden o no quieren por el momento dejar su consumo. Su objetivo no es solamente reducir los riesgos y los daños ligados al uso de las drogas, sino también contribuir al proceso de cura del individuo, de obrar para la adquisición de los derechos cívicos y sociales favoreciendo la reinserción de los usuarios. En este sentido, la reducción de daños es a la vez una práctica y una política. Basa su acción en un doble precepto: el del pragmatismo de las acciones llevadas a cabo en el terreno y el del respeto de lo que escogen los usuarios.

Pero, la reducción de riesgos no pretende ser autosuficiente, al contrario, se inscribe en una lógica de conjunto dentro de una política global y adaptada de lucha contra el abuso de las sustancias psicoactivas en el ámbito europeo.

1.- La Reducción de riesgos no se puede limitar a la mejora de las condiciones sanitarias:

La Reducción de riesgos tiene que considerarse como un derecho de los usuarios : el derecho a disponer de material de inyección limpio cuando no se contempla parar el consumo, el derecho a beneficiarse de la ayuda de un profesional sin someterse a una petición previa de abstinencia, el derecho a mantener lazos sociales positivos aun cuando el comportamiento adictivo es considerado como socialmente desviante. Para nosotros, la reducción de riesgos permite no solamente mejorar las condiciones sanitarias de los usuarios sino también para crear espacios de resocialización que contribuyen a un reconocimiento mayor de su ciudadanía.

La Reducción de riesgos recomienda también una mayor responsabilidad a los usuarios incitándoles por ejemplo a devolver su material de inyección en los lugares apropiados, lo que lleva a un mayor respeto y a una protección mayor de los otros ciudadanos.

2.- Los profesionales de la reducción de riesgos son favorables a una diversidad de respuestas :

La Reducción de riesgos tiene que ir lo mas posible hacia la individualización de las acciones para no caer en la estandarización de sus respuestas.

Es, el usuario de las drogas como sujeto el elemento central de estas acciones. Este principio conduce a los profesionales implicados en las acciones de reducción de riesgos a respetar plenamente la elección de los usuarios. Todas las respuestas hechas por los profesionales en el terreno obedecen a un principio de pragmatismo según el cual solo se ejecutan las acciones consideradas eficaces sobre el terreno. La búsqueda de esta eficacia, explica las diferencias observadas en las practicas de los diferentes países y en ocasiones inclusive entre las diferentes regiones de un mismo país.

Cualquier forma de estandarizar las respuestas estaría en contradicción con los determinantes culturales, económicos, políticos e individuales de los usuarios.

Nos parece pues importante no confundir este principio de pragmatismo con la estandarización de las respuestas.

3.- La Reducción de riesgos exige un esfuerzo permanente de adaptación al terreno:

Según los principios de la reducción de riesgos, son los profesionales los que deben adaptarse a la situación real del usuario para trabajar desde donde este se encuentra. Esto obliga los profesionales a estar en consonancia con el usuario evitando formular juicios sobre su persona o sobre su manera de vivir.

Esta falta de juicio no tiene que confundirse con un aval del comportamiento de los usuarios, es el elemento indispensable a otro postulado, el de no condicionar la acción de los profesionales a una adhesión del sujeto a un proyecto sanitario pre-establecido.

4.- Las incoherencias inducidas por la penalización del consumo son un freno al desarrollo de la reducción de riesgos:

La capacidad de adaptación, de creatividad y de innovación constituye una fuerza para este modelo pero, en ocasiones esta limitada por las incoherencias de las políticas de salud publica, en particular en los países donde las leyes hacen prevalecer la lógica represiva sobre cualquier otra lógica.

Los firmantes de esta carta denuncian las incoherencias generadas por la penalización del consumo y piden a los poderes públicos que elaboren unos marcos legales adaptados al contexto actual.

5.- La evaluación como una herramienta privilegiada :

Atentos con establecer prestaciones de calidad, los firmantes de esta carta se comprometen a establecer dispositivos de evaluación específicos y adaptados que permitan medir la pertinencia de las acciones y su impacto en el terreno.

Estas acciones tienen que seguir principios adaptados y normas específicas a este tipo de acción.

6.- La articulación entre las diferentes maneras de enfocar la toxicomanía es una necesidad permanente:

Aunque el objetivo a medio o largo plazo de la reducción de riesgos no sea forzosamente el fin del consumo de drogas, hay que reconocer que en muchos casos este tipo de intervención constituye un primer paso hacia un cambio del modo de vida del usuario.

Para los firmantes de esta carta, la reducción de riesgos toma únicamente toda su dimensión en una política global que integre la prevención, los aspectos sanitarios, y la represión del tráfico, etc...

Es en esta política global donde todos los elementos tienen que poder articularse y completarse.

Los firmantes de esta carta llaman a los poderes públicos a sostener las asociaciones y las ONGs con el fin de establecer acciones específicas en materia de reducción de riesgos. Estas acciones tienen que estar dirigidas particularmente hacia los jóvenes, que generalmente son poco sensibles a las campañas de información.

También es indispensable llevar a cabo acciones específicas para mejorar la articulación entre los dispositivos de reducción de riesgos, los de prevención y los de tratamientos.

Pedimos pues que se acrecienten los medios financieros y que se conviertan en perennes los presupuestos que existen para este tipo de acciones.

7.- La acción de los ex-usuarios es una herramienta indispensable para la práctica de la reducción de riesgos:

En la mayoría de los países europeos la intervención de los ex-usuarios en las acciones de reducción de riesgos es una necesidad. Pero un número importante de esos intervinientes trabajan en precario, lo que plantea el reconocimiento del saber y de la transmisión de los conocimientos.

8.- La Cuestión del estatus de los profesionales :

La búsqueda permanente del umbral de exigencias de cara al usuario, implica un alto nivel de competencias de los profesionales. Los firmantes de esta carta se comprometen a hacer todo lo posible para fomentar el reconocimiento y valorar las competencias y las técnicas específicas de los profesionales que trabajan en los diferentes campos de las reducción de riesgos.

Hay que desarrollar acciones de formación y de calificación para garantizar el mejor estatus posible a los intervinientes de este tipo de programas, sean ex-usuarios o no.

Prostitución femenina y ETS

Oviedo, a 24 de mayo de 2001

Dr. Virgilio Palacio López

Coordinador Centros de ETS del SESPA

M^a del Mar Cuesta Rodríguez

Enfermera de la Unidad de ETS - Oviedo

Prostitución femenina y ETS

Introducción

La tendencia actual cuando se hace referencia a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) es la de agrupar a las distintas entidades causantes en dos grupos fundamentales: a) **ETS-curables**: etiología bacteriana, fúngica y parasitaria y B) **ETS no curables**: víricas.

Los datos sobre la situación mundial nos indican la existencia de 333 millones de nuevos casos por año de ETS-curables, en adultos de 15 a 49 años de edad (1). En una distribución numérica corresponden a trichomoniasis, 167,2 millones; 89,1 a procesos causados por *Clamidia trachomatis*; 62,2 a infecciones gonocócicas y 12,2 millones a casos de sífilis activa. En relación a las ETS de etiología vírica, se estiman 20 millones de nuevos casos de herpes genital al año (2). Utilizando como marcador la presencia de ADN viral en citología exfoliativa del cérvix femenino, se puede estimar en cerca de 270 millones las mujeres que en el mundo están infectadas por el virus del papiloma humano (VPH) (3).

Cuando acercamos estas cifras a Europa occidental, se calculan los nuevos casos de ETS al año en 16 millones (4) con una previsión de 5,53 casos de trichomoniasis, 2,75 millones de clamidias, 0,6 de gonococias y 0,1 millones de sífilis.

Sin añadir los casos debidos a la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), las ETS constituyen el segundo proceso que mayor morbilidad provoca en la población a nivel mundial después de las infecciones del tracto respiratorio alto (4).

Las ETS se reconocen como un problema de salud pública de primer nivel con evidentes repercusiones sociosanitarias y en el ámbito del bienestar del individuo (5).

Asumiendo la evidencia de que las ETS pueden afectar a cualquier persona que en alguna ocasión ha realizado sexo no seguro, también es cierto que existen colectivos sociales que por su comportamiento sexual de riesgo acceden con mayor probabilidad a tener una ETS. Entre estos colectivos destaca la prostitución femenina que en virtud de su actividad comercial resulta una población vulnerable a estas infecciones.

Material y métodos

Desde el año 1983 se viene realizando desde la Unidad de ETS un programa de atención a las mujeres prostitutas básicamente de carácter preventivo y asistencial. La asistencia es gratuita y goza de cierta preferencia sobre el resto de las atenciones que realiza la consulta.

En la actualidad se dispone de un histórico que se acerca a las 4.000 historias. Los resultados de las mismas pueden considerarse homogéneos al tener estandarizado la toma de muestras y demás intervenciones diagnósticas. Se analizan las tendencias de las distintas ETS en un grupo de 3.093 mujeres atendidas en la Unidad de ETS entre los años 1986 a 2000.

Adicionalmente y como consecuencia del privilegiado observatorio que supone esta actividad asistencial se hace referencia a los cambios detectados en la tipología de este colectivo con especial referencia al fenómeno de la inmigración.

Resultados

El colectivo de 3.093 mujeres prostitutas analizadas desde 1986-2000 supone una media anual de 206 nuevas historias por año. Sobre este grupo se han realizado alrededor de 15.000 intervenciones exploratorias (Controles ETS). Este Control supone la realización de una historia clínica, exploración, toma de muestras cervico-vaginales y extracción de sangre para estudio serológico.

Analizamos a continuación las tendencias de las distintas ETS durante el periodo de tiempo comentado.

1. Sífilis:

La sífilis es un proceso que inicialmente se manifiesta como una úlcera genital (UG), de distribución mundial y una previsión de más de 12 millones de nuevos casos al año. El impacto de este proceso como UG es diferente al comparar las poblaciones occidentales con los datos procedentes de países en vías de desarrollo. Atendiendo al sistema EDO (Enfermedad Declaración Obligatoria), se observa una clara disminución de la incidencia de sífilis en los últimos años. Según este sistema la tasa de incidencia (número de casos por 100.000 habitantes), ha disminuido desde el año 1984 hasta el 1997 (de 10,3 a 1,94), estabilizándose en los últimos tres años. En Europa la tasa se sitúa alrededor de 10 casos mientras que en Africa, Sudamérica y Asia la incidencia oscila entre 100 a 1.000 casos por 100.000 habitantes (6).

En Europa se dan dos circunstancias que han condicionado un incremento puntual en el número de casos de sífilis y que debemos mencionar. Por un lado y debido a los cambios de carácter político, económicos y sociales en la Unión Soviética, se ha modificado también la política de salud accediendo a una mayor y mejor información sobre la situación sanitaria de las nuevas repúblicas bálticas. Los datos de la situación actual

sugieren una verdadera epidemia en las ETS incluyendo los procesos clásicos. En la Federación Rusa, las tasas de sífilis se han incrementado hasta 43 veces en el periodo comprendido de 1989 a 1996, situándose actualmente en 277 casos por 100.000 habitantes (7). Esta misma circunstancia se detecta en Lituania, donde las tasas se han incrementado hasta 52 veces en el mismo periodo de tiempo (8).

Por otro lado, en los últimos años se ha comprobado el incremento del número de casos de sífilis activa en el grupo de varones homosexuales, actualmente se integran en el término de "hombres que tienen sexo con hombres". En la ciudad de Amsterdam se ha informado un crecimiento del 46% en 1998 al 111% en 1999 (9). Esta tendencia también ha sido observada en el mismo grupo de comportamiento sexual en distintas clínicas del Reino Unido y Estados Unidos relacionándolo con una mayor frecuencia de sexo no seguro probablemente condicionada por la disponibilidad de las nuevas terapias efectivas frente al SIDA y en la idea que se detecta de la fatiga del sexo no seguro. Las tasas de infección en el colectivo de prostitutas ha disminuido del 7.60 en 1986 al 1.52 del año 2000 ($p < 0.001$). En la mayor parte de los casos etiquetados como sífilis se hace referencia a serolúes, tratándose de procesos antiguos no diagnosticados y probablemente inactivos.

2. Infección gonocócica:

Las tendencias detectadas sobre esta infección pueden considerarse paralelas a la situación de la sífilis. En España la disminución de su incidencia ha sido paulatina en los últimos años. Al inicio del sistema EDO entre los años 1982 a 1985 se alcanzó el máximo pico en el número de declaraciones; las tasas crecieron del 27,4 a 79,4. A partir de este año la disminución ha sido progresiva hasta llegar al año 1999 en el que la tasa de infección gonocócica era de 3,9/100.000 habitantes. En Europa la tendencia también es decreciente, salvo las circunstancias ya comentadas para la sífilis en referencia al incremento detectado en los países bálticos y en los varones homosexuales. En el periodo 1995-1997 se detectó un ligero repunte en heterosexuales (10). Aunque la tendencia decreciente es más marcada en los países escandinavos; en Reino Unido, Holanda y Escocia a partir de 38 centros centinela se ha observado un incremento de las gonococias anorectales en varones homosexuales (11). La situación en los países de Europa del Este con crecimiento en las tasas de 105 a 232/100.000 (8), está probablemente condicionada por la liberalización del comportamiento sexual. Este hecho adquiere una singular transcendencia al relacionarlo con el incremento de la transmisión del VIH que se ha detectado en los últimos años.

La observación del crecimiento de la prostitución femenina procedente de estos países puede justificar en un futuro inmediato, un nuevo ciclo de aumento de las ETS clásicas en nuestro medio. A este hecho, epidemiológicamente trascendente, hay que añadir la aparición reciente de resistencias documentadas de *Neisseria gonorrhoeae* a fluorquinolonas probablemente importadas del Sudoeste asiático (10). En nuestro medio también se ha constatado esta situación obligando a replantear los esquemas terapéuticos convencionales.

En el grupo de prostitutas estudiado hemos observado una espectacular disminución de la prevalencia de esta infección, hasta hace poco considerada endémica en este colectivo; de 6.3 en 1986 a 0.13 del 2000 ($p < 0.001$), siendo habitual en los últimos años la no observación de nuevos casos por año.

3. Infecciones no gonocócicas:

La infección por *Chlamydia trachomatis* (CT) es el proceso bacteriano más frecuente en los países occidentales (12). El frecuente infradiagnóstico de este proceso, sobre todo en las mujeres, propicia la elevada frecuencia de aparición de complicaciones relacionadas con la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI): dolor pélvico crónico, embarazos ectópicos e infertilidad por afectación tubárica. El costo asistencial de estos procesos constituye una de las preocupaciones más relevantes en el diseño de políticas de prevención. En 1998 el Congreso de los Estados Unidos aprobó una partida presupuestaria de 17.5 millones de dólares para el Programa de Prevención de la Infertilidad, directamente relacionada con esta enfermedad. Estas complicaciones adquieren una trascendencia amplificada al comprender que la población adolescente es una de las más vulnerables. La infección por CT es muy frecuente en este colectivo observándose tasas que oscilan entre 563 a 1.081 casos por 100.000 adolescentes (13).

La incorporación de técnicas diagnósticas basadas en la amplificación del ácido nucleico: PCR (*polymerase chain reaction*), LCR (*ligase chain reaction*) y TMA (*transcriptase mediated reaction*), ha mejorado notablemente los niveles de sensibilidad en el diagnóstico de estos procesos e incluso facilitado la comodidad al posibilitar su detección en muestras como la orina (14). En las mujeres estudiadas se ha observado una disminución significativa en el número de aislamientos de CT en el cérvix; 16.23 vs 4.70. Sin embargo se constata que los niveles de infección por CT en este colectivo siguen siendo notorios y mucho más frecuentes que la infección gonocócica.

4. Herpes genital:

La infección producida por el Virus del herpes simple (VHS) es el proceso que con mayor frecuencia es causa de UG en los países occidentales. Anualmente en los Estados Unidos se contabilizan más de medio millón de nuevos casos que se suman a los ya 40 millones de americanos infectados alcanzando estos datos proporciones verdaderamente epidémicas (15). En Inglaterra a partir de los datos de las clínicas genitourinarias, se diagnostican 30.000 nuevos casos de HG al año, desde el año 1995 (16). La prevalencia de anticuerpos frente al VHS-2 en pacientes que acudían a consultas de ETS en Estocolmo en 1985, era del 30,9 % (17); en las clínicas venerológicas inglesas era del 22,7 % (18). Con técnicas serológicas basadas en la glicoproteína gG-1 y gG-2 del VHS se han realizado estudios en población general, de esta manera y a partir de sueros de donantes de sangre, se observó que la prevalencia de anticuerpos frente al VHS-2, oscilaba entre el 7,6 % en hombres y el 12,4 % en mujeres (18). Estudios similares realizando un seguimiento durante varios años en distintas poblaciones (Estudio NHANES), confirman que la prevalencia de infección VHS-2 es cada vez más elevada (19). Uno de los cambios más significativos en el comportamiento de esta infección durante los últimos años, es el incremento de aislamientos de VHS-1 en lesiones genitales. En la década de los 80 era el VHS-2 el serotipo que con mayor frecuencia se relacionaba con el HG. Probablemente condicionado por una mayor frecuencia de prácticas sexuales orogenitales se observa actualmente una tendencia al incremento de lesiones genitales producidas por el VHS-1, sobre todo en las mujeres y en los adolescentes (20). Este cambio documentado de tendencias en la infección herpética tiene implicaciones sobre el pronóstico de la enfermedad (recidivas) y sobre todo en el desarrollo de estrategias para la futura disponibilidad de vacunas específicas. En las prostitutas estudiadas se ha observado un ligero crecimiento en el diagnóstico de HG: 3.17 vs 4.70 (ns), resultando llamativo el crecimiento de aislamientos del serotipo-I en las muestras genitales.

5. Infección por el virus del papiloma humano (VPH):

La prevalencia de los condilomas acuminados, manifestación clínica de la infección VPH, varía mucho según las poblaciones estudiadas. Los resultados de distintos estudios realizados nos aportan rangos que oscilan entre el 0,3 % al 15 %. En población general, la prevalencia ronda alrededor del 1 %; mientras que en pacientes que acuden a Clínicas de ETS se dan frecuencias del 10-15 %. En los Estados Unidos, se estima una tasa anual de nuevos casos al año de alrededor de 100 / 100.000 habitantes (21). La ausencia de sistemas de información universales y homogéneos, nos impide disponer de datos

exactos; sin embargo basándose en el registro de tumores y otros observatorios epidemiológicos se puede comprobar el crecimiento notable que ha tenido esta infección en los últimos años hasta situarla en el primer lugar de las ETS en muchos países occidentales. Realizando extrapolaciones de datos procedentes de estudios basados en la recuperación del ADN-VPH en citologías exfoliativas del cérvix, se estima en el 10 % la prevalencia de infección en mujeres de países occidentales y en el 15 % de las mujeres procedentes de países en vías de desarrollo. Las prevalencias de condilomas acuminados y de lesiones de bajo grado en cérvix, se sitúan en el 1-2% en países occidentales y en el 1,5-3% en países subdesarrollados para cada caso. Aplicando estos porcentajes a la población mundial de las mujeres de más de 15 años (1.900 millones), estamos hablando de 270 millones de mujeres portadoras de ADN-VPH; de 27 millones de pacientes con condilomas genitales, de 27 millones de mujeres con lesiones de bajo grado, de 1,5 millones con lesiones de alto grado y de alrededor de 400.000 casos de carcinoma invasor del cérvix (22). Al margen de estas rotundas cifras, la infección VPH ha adquirido una singular importancia en el último decenio al demostrarse sin lugar a dudas la relación etiológica entre esta y la aparición de cánceres del tracto anogenital (23). La infección VPH es una infección muy frecuente, sobre todo en los años siguientes a las primeras relaciones sexuales y en relación directa con el número de compañeros sexuales. La mayor parte de las infecciones subclínicas se resuelven espontáneamente mediando fundamentalmente una respuesta inmune celular. Sin embargo, la persistencia de la infección y su relación con ciertos genotipos del VPH está íntimamente relacionada con el riesgo de progresión neoplásica (3). Recientemente hemos podido comprobar que los grupos sociales con mayor riesgo de exposición a las ETS tienen porcentajes de infección frente al VPH muy superiores a la población normal. Utilizando novedosas técnicas de serología se observó un porcentaje de anticuerpos anti-VLPs en mujeres prostitutas del 61,1%; frente al 10,4% obtenido en un grupo de mujeres de la población general (24). Por otra parte hemos observado un crecimiento espectacular de lesiones clínicas por VPH en este colectivo de mujeres; de 5.78 a 16.59 en el año 2000 ($p < 0.001$).

6. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia adquirida (VIH):

Tradicionalmente se ha relacionado a la prostitución femenina como responsable principal de la transmisión heterosexual del VIH entre la población general. Esta suposición se ha basado principalmente en la observación de las escandalosamente elevadas prevalencias de la infección en prostitutas africanas (25,26).

En nuestro medio la prevalencia de infección VIH en prostitutas sin antecedentes de toxicomanía está por debajo del 1%. El estudio más importante por su solidez y que aporta datos recientes se refiere al anónimo no relacionado, multicéntrico entre los años 1998 y 1999. Durante este periodo se reclutaron 1.743 mujeres entre distintos centros de ETS del territorio español. Las mujeres tenían una edad media de 29,4 años (DE=7,6). La seroprevalencia fue del 1,2% (IC 95%, 0,8-1,9). Entre las toxicómanas la prevalencia se disparó al 42,9% resultando muy significativo en relación al grupo no ADVP ($p < 0,0001$). El 47,9% de todas las mujeres que ejercían la prostitución analizadas para el VIH eran procedentes del Africa sub-sahariana y Caribe. Entre estas mujeres no se localizó ningún antecedente de consumo de drogas intravenosas, la seroprevalencia era del 0,6% frente al 1,1% de las españolas en la misma situación (27).

7. Otras infecciones:

Las vaginitis y uretritis por *Trichomonas vaginalis* afectan según estimaciones actuales a 170 millones de personas al año. La transcendencia de esta infección no viene dada solamente por el elevado número de personas afectadas sino también por la posibilidad de sus complicaciones: ruptura prematura de membranas; y su relación con el incremento de riesgo de infección por el VIH detectado esencialmente en países del área subsahariana. Recientes trabajos han estimado la media de duración de la infección en 3-5 años en mujeres y en 4 meses en hombres, justificándose así la elevada frecuencia de portadores asintomáticos directamente responsabilizados en la diseminación de la infección. La búsqueda activa de estos portadores y su adecuado tratamiento, screening, sería el método más eficaz para controlar la infección en la población (28).

Las vulvovaginitis y balanopostitis producidas por hongos del género *Cándida* no se pueden considerar una ETS aunque facultativamente puedan comportarse como tal. Al igual que la vaginosis bacteriana se las considera consecuencia de alteraciones del ecosistema genital. Son procesos extremadamente frecuentes (29) en la población en general, observándose también un notable incremento en grupos con comportamientos sexuales de riesgo (30). Los procesos de CVV se han incrementado en el colectivo de prostitutas del 17.93 al 22.82 ($p < 0.001$).

Resumen

Las ETS constituyen un amplio grupo de procesos infecciosos de diversa etiología que comparten el mecanismo de transmisión. Por su frecuencia son consideradas un grave

problema de salud pública fundamentalmente por la morbilidad directa que ocasionan y por las complicaciones psico-físicas con las que se suelen acompañar. La dinámica de sus tendencias puede verse influida por condicionantes propios del agente causal y por modificaciones del entorno socio-cultural y del particular comportamiento sexual del individuo. Estos condicionantes se dan en la población general y también en colectivos con comportamientos sexuales de riesgo como lo son el grupo de mujeres que ejerce la prostitución. En este colectivo es constatable una significativa disminución en la prevalencia de las ETS clásicas (Sífilis, gonocócica, etc...) justificada fundamentalmente por la generalización en el uso del preservativo en las relaciones de sexo comercial. La prostitución es un grupo heterogéneo en el que se dan distintas tipologías de comportamiento que justifican prevalencias de ETS diferentes. En cualquier caso certificamos que es un colectivo receptivo a las medidas preventivas y además es un grupo en el que es posible intervenir y utilizar como agentes sanitarios que trasladan los mensajes preventivos al difuso y poco accesible grupo de varones consumidores de esta actividad. El conocimiento de estas circunstancias resulta fundamental para entender los procesos y para desarrollar las estrategias necesarias que persiguen reducir el impacto de estas enfermedades y sus consecuencias (31-32).

Bibliografía

1. Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DHL, Berkley SF, Piot P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex Trans Infect* 1998; Suppl. 1: S12-16.
2. Vanderhooft S, Kirby P. Genital herpes simplex infection. Natural history. *Sem Dermatol* 1992; 11: 190-199.
3. Bosch FX, de Sanjosé S, Lloveras B. La epidemia oculta de las infecciones por el virus del papiloma humano: Características y riesgos. En: *La infección VPH en el área genital: Clínica, diagnóstico y tratamiento*; Palacio V (ed) 2000: 37-45.
4. WHO/ Global Program on AIDS. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. *WHO/GPA/STD* 1995; 1: 1-26.
5. Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Lancet* 1998; 351 (Suppl III): 2-4.
6. Janier M. La syphilis. *Ann Dermatol Vénéreol* 1999; 126: 625-628.
7. Borisenko KK, Trichonova LI, Renton AM. Syphilis and other sexually transmitted infections in the Russian Federation. *Int J STD AIDS* 1999; 10 (10): 665-8.
8. Lapinskeite GS, Bingham JS. Sexually transmitted diseases in Lithuania: some epidemiological and social aspects. *Int J STD AIDS* 1999; 10 (10): 673-6.
9. Fennema JS, Cairo I, Coutinho RA. Substantial increase in gonorrhoea and syphilis among clients of Amsterdam Sexually Transmitted Diseases Clinics. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144 (13): 602-3.
10. Van Duynhoven YT. The epidemiology of *Neisseria gonorrhoeae* in Europe. *Microbes Infect* 1999; 1 (6): 455-64.

11. Van der Heyden JH, Catchpole MA, Paget WJ, Stroobant A. Trends in gonorrhoea in nine Western European Countries 1991-6. European Study Group. *Sex Trans Infect* 2000; 76 (2): 110-6.
12. Centres for Disease Control and Prevention. *Chlamydia trachomatis* infections: policy guidelines for prevention and control. *MMWR* 1993; 42: 1-39.
13. Panchaud C, Singh S, Feirelson D, Darroch JE. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Fam Plann Perspect* 2000, 32 (1): 24-32.
14. Oletton JH et al. Diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infection in high risk females with PCR on first void urine. *Acta Derm Venereol* 1996; 76: 226-227.
15. Brugha R, Keermaekers K, Renton A, Meheus A. Genital herpes infection: A review. *Int J Epidemiol*; 26: 698-709.
16. Hughes G, Simms I, Rogers PA. New cases seen at genitourinary medicine clinics: England 1997. *CDR Supplement*. 1998; (supp): 2-11.
17. Nahmias AJ, Dowdle WR, Naib ZM et al. Sero-epidemiological and sociological patterns of herpes simplex virus infection in the world. *Scand J Infect Dis Suppl*. 1990, 69: 19-36.
18. Cowan FM, Johnson AM, Ashley R et al. Relationship between antibodies to herpes simplex virus HSV infection. *J Infect Dis* 1996; 174: 470-5.
19. Fleming DT, Mc Quillan GM, Johnson RE et al. Herpes simplex virus Type 2 in the United States, 1976-1994. *NEJM*; 337: 1105-11.
20. Nilsen A, Myrmet H. Changing trends in genital herpes simplex infection in Bergen, Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79 (8): 693-6.
21. Chuang TY, Perry HO, Kurland LT, Ilstrup DM. Condyloma acuminatum in Rochester, Minnesota, 1950-1978 (Parts I and II). *Arch Dermatol* 1984; 120: 469-83.
22. Foro VPH. Epidemiología de la infección VPH. En: Documento de consenso sobre infección VPH. ACH (ed) 2001: 9-12 (en prensa).
23. Bosch FX, Manos M, Muñoz N, Sherman M, Jansen A, Peto J, Schiffman M, Moreno V, Shah KV, the IBSCC study group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87: 796-802.
24. Touzé A, de San José S, Coursaget P, Almirall MR, Palacio V, Meijer CJLM, Kournegay J, Bosch FX. Prevalence of anti-human papillomavirus type 16, 18, 31 and 58 virus-like particles in women of the general population and in sex workers. *J Clin Microbiol* 2001 (in press).
25. Simonsen JN, Plummer FA, Ngugi EN, et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS* 1990. 4: 139-144.
26. Nzila N, Laga M, Abib Thiam M, et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991. 5:715-721.
27. Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH Anónimo no Relacionado en pacientes de Consultas de ETS. Seroprevalencia de infecciones por el VIH en pacientes atendidos en Consultas de enfermedades de transmisión sexual. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 211-213.
28. Bowden FJ, Garnett GP. *Trichomonas vaginalis* epidemiology: parameterising and analyzing a model of treatment interventions. *Sex Trans Infect* 2000; 76 (4): 248-56.
29. Sobel JD, Faro S, Force RW, Foxman B, Ledger WJ, Nyirjesy PR, Reed BD, Summers PR. Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 178: 21-203.

30. Otero L, Palacio V, Carreño F, Mendez FJ, Vázquez F. Vulvovaginal candidiasis in female sex workers. *Int J STD AIDS* 1998; 9: 526-530.
31. Garnett GP; Bowden FJ. Epidemiology and control and curable sexually transmitted diseases: opportunities and problems. *Sex Trans Dis* 2000; 27 (19): 588-99.
32. Brackbill RM, Sternberg MR, Fishbein M. Where do people go for treatment of sexually transmitted diseases?. *Fam Plann Perspect* 1999; 31 (1): 5-10.

Vigilancia de la Salud. Reconocimientos Médicos

Agosto 2001

Rafael González Estrada
Servicio de Salud Laboral.
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Sobre la Voluntariedad

Artículo. 22.1 – Ley de Prevención de Riesgos laborales.

Establece la **obligación del empresario** de vigilar periódicamente el estado de salud de los trabajadores en función de los riesgos inherentes al trabajo y **supeditada al consentimiento que voluntariamente preste el trabajador (consentimiento “expreso”)**.

En principio, el empresario **debe ofertar** los reconocimientos médicos, **pudiendo el trabajador aceptar o rehusar**.

Pautas

- En función de los riesgos inherentes al trabajo
- Que causen las menores molestias al trabajador
- Que sean proporcionales al riesgo
- Han de ceñirse a los aspectos que tengan relación con los riesgos existentes en el trabajo de que se trate y con las condiciones psicofísicas requeridas para desempeñarlo.

Los reconocimientos médicos laborales han de ceñirse a los aspectos que tengan relación con los riesgos existentes en el trabajo de que se trate y con las condiciones psicofísicas requeridas para desempeñarlo, de modo que el exceso “objetivo” en el examen de la salud de los trabajadores por ausencia o insuficiencia de tales pautas justificativas podría constituir, salvo expreso consentimiento individual de cada trabajador afectado, una intromisión ilegítima en el ámbito de la intimidad personal.⁴

255

Excepciones

1. Cuando los reconocimientos médicos sean imprescindibles para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.

⁴ La Intimidad del trabajador y las medidas de prevención de riesgos laborales. Francisco Javier Sánchez Pego. Revista Actualidad Laboral nº 2- enero 1997

2. Cuando los reconocimientos médicos sean imprescindibles para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa
 3. Cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad
- Parece también claro, que la decisión que adopte el empresario sobre la concurrencia de alguno de los supuestos de "obligatoriedad" de los reconocimientos médicos, requiere el previo **informe de los representantes de los trabajadores**, pero dicho informe no será vinculante para el empresario.
 - Ante un incumplimiento de lo previsto en el apartado anterior, se podría trasladar la correspondiente comunicación o denuncia a la Autoridad Sanitaria o directamente a la Laboral o Inspección de Trabajo.

Sobre la protección de la intimidad y dignidad de los trabajadores

Confidencialidad de la información sobre el estado de salud

256

Están mucho más claros, al tratarse de derechos fundamentales reconocidos no sólo en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales como infracciones administrativas, sino en el ámbito Penal (vigente Código Penal de 1995) y Civil Ley Orgánica 1/1992 con posibles indemnizaciones.

Lógicamente, en materia de Salud Laboral, la transgresión de estas normas por el personal sanitario que practica los reconocimientos médicos, constituiría una circunstancia **agravante** del delito tipificado penalmente.

A modo de resumen, se podrían establecer los siguientes criterios sobre Información o Comunicación de datos sobre la Salud de los trabajadores.

1. Son receptores de esta comunicación siempre los propios vigilados y las empresas donde trabajan o han de trabajar y circunstancialmente los técnicos no sanitarios del Servicio de Prevención, los Delegados de Prevención, el Comité de Seguridad y Salud y la Autoridad Sanitaria.

2. Los contenidos de estas obligadas comunicaciones varían según sean sus receptores para garantizar la confidencialidad de la intimidad personal de los datos de salud de los vigilados.
3. Así tenemos las siguientes pautas sobre los contenidos a comunicar:
 - **Para los Trabajadores:** todas las conclusiones diagnósticas y pronósticas, todos los asesoramientos de los consejos y de las recomendaciones, y cualquier dato personal sobre su salud que sea significativo.
 - **Para las empresas:** exclusivamente los diagnósticos de patología del trabajo, las conclusiones sobre la idoneidad o ajuste sanitario laboral y las recomendaciones preventivas de adaptación, prevención y protección sobre las condiciones de trabajo.
Sin ninguna comunicación de diagnósticos de patología común u otros datos personales e íntimos de salud.
 - **Para los técnicos no sanitarios de los Servicios de Prevención, los Delegados de Prevención y el Comité de Seguridad y Salud,** aparte de los datos agregados anonimizados, cuando sean conveniente para la prevención, los mismos datos que se comunican a las empresas exceptuando las conclusiones sobre la idoneidad sanitario laboral
 - **Para la Autoridad Sanitaria:** los diagnósticos de las patologías de declaración obligatoria y los subyacentes a cualquier brote de cualquier patología.

257

Preceptivamente ***la comunicación debe ser escrita, si bien es aconsejable la verbal siempre que sea posible y sin detrimento de la escrita.***

Por nuestra parte cabría asumir la actuación sobre los Servicios de Prevención tanto Propios como Ajenos recordando los criterios legales sobre confidencialidad de datos sobre la Salud.

SIDA: notas técnicas de prevención

(Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo)

En cuanto a la práctica de solicitar, sin consentimiento informado, pruebas serológicas para la determinación de anticuerpos contra el VIH, es necesario resaltar algunas de las

conclusiones de la **"Reunión Consultiva sobre el SIDA en el lugar de Trabajo"** que, promovida por la OMS y la OIT, se celebró en Ginebra del 27-29 de Junio de 1988:

- En la inmensa mayoría de ambientes laborales, oficios o profesiones, el trabajo NO entraña ningún riesgo de adquisición o de transmisión del VIH de un trabajador a otro, de un trabajador un cliente o de un cliente al trabajador.
- La utilización de pruebas serológicas para la detección del VIH es innecesaria e injustificada, por lo que no debe ser exigida ni en los reconocimientos preempleo ni en los periódicos.
- Si después de un consentimiento informado y por escrito, se practicaran estas pruebas a un trabajador, se debe respetar el carácter confidencial de toda información médica, no estando en ningún caso el trabajador obligado a comunicar a su empresario ningún dato referente a su contaminación por el VIH.
- Los portadores o enfermos de SIDA no deben cesar, involuntariamente, su actividad laboral, mientras estén médicamente en condiciones de desempeñar un empleo apropiado.
- Si la infección por el VIH menoscaba la aptitud para el trabajo, se tomarán medidas para un cambio razonable de las condiciones de trabajo.

En este mismo sentido se ha manifestado el Consejo de Europa y los Ministros de Sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, el 15 de diciembre de 1988 (89/C 28102), quienes señalaron, además, que "a los trabajadores afectados por el SIDA se les debería dispensar el mismo trato básico que a los trabajadores aquejados de otras enfermedades graves que influyan en el desempeño de su trabajo".

**Guía breve de Información y Recursos
relacionados con el VIH-SIDA en el
Principado de Asturias**

Información general sobre VIH-SIDA

Para recibir información general sobre el VIH-SIDA: cómo se transmite y cómo no se transmite, programas y campañas de prevención, realización del test VIH, prestaciones sanitarias, recursos existentes para las personas infectadas o enfermas, derechos legales, etc. dirigirse a:

- **Programa de Prevención y Control de la Infección VIH-SIDA.**

Dirección General de Salud Pública.

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

General Elorza 32, OVIEDO

todosida@princast.es

Tlf.: 985106519 (de 8 a 15 horas)

- **Comité Ciudadano AntiSIDA.**

C/ Ramón y Cajal 39, bajo, GIJÓN.

Lunes a viernes de 10 a 14 y de 16 a 20 horas.

Tlf. 985338832

sidastur@mixmail.com

- **Unidades de Enfermedades de Transmisión Sexual:**

- *GIJÓN: Dr. José A. Varela.*

Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Ambulatorio de Pumarín. C/Orán 18.

Tfno 985 389 288 (a partir de las 15,30 horas)

- *OVIEDO: Dra. Marisa Junquera.*

Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual. Hospital Monte Naranco.

Avda. Dres. Fernández Vega, 107

Tlf.: 985106900 (a partir de las 15,30 horas).

Información sobre recursos para personas que consumen drogas

Si se desea información sobre centros para desintoxicación, programas de mantenimiento con metadona, ayudas, prestaciones, etc., ponerse en contacto con:

- *Oficina de Información y Ayuda al Drogodependiente*
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
C/. General Elorza 32, OVIEDO.
Tlf. 985106564 (de 8 a 15 horas)

Programas de reducción de daños para personas que consumen drogas

- **El Trolebus:**

Para facilitar el acceso a la metadona de algunos usuarios se ha puesto en marcha en Gijón un autobús que además de la dispensación de la metadona realiza funciones de información, curas, seguimiento y adherencia de tratamiento, derivación a otros recursos, etc..

Nacai es un colectivo de educadores de calle que desde el Trolebús realiza funciones educativas de acercamiento, educación, información e intercambio de jeringuillas.

Las paradas del autobús (De lunes a viernes) son:

- 9:15-9:45: La Camocha
- 10-10:30: Parque de Contrueces
- 10:45-11:15: Calle Manuel R. Alvarez (La Calzada)
- 12:15-12:45: Apeadero Renfe La Calzada
- 13:00-13:30: Jardines de la Reina

- **Farmacias:**

*En las farmacias se vende el kit anti-SIDA (SANIKIT) que contiene los útiles necesarios para inyectarse. Incluye un envase para tirar la jeringuilla sin que suponga riesgos para los demás. El precio es igual que el de la jeringuilla.

- **Programas de intercambio de jeringuillas:**

*El Comité Ciudadano AntiSIDA, subvencionado por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, tiene un programa de intercambio diario en GIJON, C/ Ramón y Cajal 39, bajo.

Lunes a viernes de 10 a 14 y de 16 a 20 horas.

Tlf. 5338832

sidastur@mixmail.com

*El Comité Ciudadano AntiSIDA, subvencionado por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, realiza un programa de intercambio en la calle por medio de una furgoneta estacionada en:

La Felguera. Parque Nuevo. Lunes de 12 a 2 (mediodía).

Mieres. Plaza de Pepa la Lechera. Lunes de 3 a 5 (tarde) y Jueves de 5 a 7 (tarde).

Oviedo. C/. Padre Suárez esquina Postigo Alto. Lunes de 6 a 8 (tarde).

Gijón. La Calzada (túnel de la vía del tren) y Contrueces: martes de 4 a 7 de la tarde

* Los puntos de intercambio y los horarios pueden sufrir modificaciones, según cambios de localización de los usuarios.

Pruebas de VIH-SIDA y tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual (incluido el seguimiento clínico de la infección VIH)

Si se desea realizar la prueba del SIDA de forma gratuita y confidencial, o consultar por enfermedades de transmisión sexual, dirigirse a:

- *GIJON: Dr. Varela. Unidad de ETS, Edificio Gota de Leche, C/ Palacio Valdés s/n. Tlf. 985342005 (a partir de las 15,30 horas).*
- *OVIEDO:, Unidad de ETS, Hospital Monte Naranco, C/ Vázquez de Mella 38. Tlf. 985106900 (a partir de las 15,30 horas).*
- *También puede solicitarse la prueba del SIDA al médico de cabecera en centros de salud, consultorios o ambulatorios en toda la red pública del SESPA.*

263

Programas de Reducción de Daños para personas que trabajan en la prostitución

- **SOMALY-MAM. APRAMP:**

C/Ruiz Gómez, 4 – 1º. 33400 Avilés. Teléfono: 985.51.23.30

somalymam@telecable.es

- **Médicos del Mundo:**

C/ Alfonso VII – nº 8- 1º 33400 Avilés. Teléfono: 985.20.78.15

asturias@medicosdelmundo.org

Consulta Joven. Centros de Orientación Familiar

Para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, el programa Jóvenes y Sexualidad oferta consultas específicas para jóvenes con atención inmediata y personalizada en todos los **Centros de Orientación Familiar** (COF).

Para solicitar información sobre horarios llamar de 8 a 14 horas a:

- **COF Avilés.** *C/ El Fuero, nº 18. Centro de Salud el Quirinal. Avilés. Tfno 985 128508*
- **COF Gijón.** *C/ Trinidad. 6 1º. Tfno 985175045*
- **COF Langreo.** *Ambulatorio Valle del Nalón. C/Alejandro Ballesteros, 1. Tlf.: 985652222*
- **COF Mieres.** *Tlf.: 985463036*
- **COF Oviedo.** *Ambulatorio La Lila. Cuarta Planta. Tlf.: 985108910*

Interrupción Voluntaria del Embarazo

Las mujeres embarazadas que sean pueden abortar acogiéndose a los supuestos de "*peligro para la salud física o psíquica de la embarazada*" o "*riesgo de que el feto nazca con graves taras físicas o psíquicas*", tanto en la sanidad pública como en las clínicas privadas acreditadas.

Los hospitales de la red pública y las siguientes clínicas privadas están acreditados para practicar interrupciones del embarazo:

- *Belladona: Gijón Tlf.: 985351576, Avilés Tlf.: 98552 03 48*
- *Buenavista: Oviedo Tlf.: 985244263.*
- *Gineastur. Oviedo Tlf.: 985273917.*
- *Sirona. Gijón Tlf.: 985154211.*

Para recibir información sobre la posibilidad de abortar en la red pública ponerse en contacto con:

- *Médico de cabecera o trabajadora social del centro de salud, consultorio, ambulatorio u hospital que corresponda.*
- *Centros de Orientación Familiar*
- *Unidades de Trabajo Social de cada barrio en los grandes municipios y en las de los ayuntamientos en el resto.*

Información y talleres para jóvenes

El Consejo de la Juventud del Principado de Asturias desarrolla talleres específicos sobre métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA en Asociaciones Juveniles, centros de enseñanza y otras entidades de ámbito juvenil.

Para mayor información ponerse en contacto con:

- ***Consejo de la Juventud del Principado de Asturias***

C/ Fuertes Acevedo, 10 - patio interior OVIEDO.

Tif. 985250065 - 9852506 68.

Lunes a Viernes de 9 a 14 y de 17 a 19 horas.

cmpast@netcom.es

Para más información sobre el Programa Afectivo sexual desarrollado desde distintas instituciones autonómicas desde el 2002 ponerse en contacto con:

Programa Afectivo-Sexual

Tfno 985 106519.

marianuu@princast.es

Información para gente gai

El grupo XEGA (Xente Gai Astur) proporciona información y apoyo en relación al VIH-SIDA a hombres y mujeres gais y lesbianas.

Para recibir información ponerse en contacto con:

- ***XEGA:***

OVIEDO, C/ Gascona, 12 - 3º. Lunes a Jueves, por la tarde de 18,30 a 20,30 horas

Tif.: 985224029. Tif.: 985354044.

*Correspondencia: Apartado 1397 Oviedo. xentegaiastur@wanadoo.es
GIJÓN, Avda. Pablo Iglesias, 83 Entlo. Tlf.: 985.37.32.21*

Apoyo psicológico

Si se desea formar parte de un grupo de autoayuda formado por personas afectadas por el VIH-SIDA, o recibir apoyo psicológico:

- *El Comité Ciudadano AntiSIDA ofrece apoyo psicológico individual y en grupo. El Comité está en la C/ Ramón y Cajal 39, bajo GIJON, de lunes a viernes de 10 a 14 y de 16 a 20 horas. Tlf. 985338832 sidastur@mixmail.com*

Lucha contra la discriminación laboral

Para prevenir, denunciar y acabar con: exigencia de tests VIH, tanto en la convocatoria de ingreso como en los reconocimientos médicos ordinarios, conductas discriminatorias en el puesto de trabajo o despidos a personas infectadas o enfermas, vulneración del derecho a la intimidad personal en los centros de trabajo, uso no confidencial de los partes de baja médica, etc. Realización de actividades dirigidas a la sensibilización e información de representantes sindicales y trabajadores en general.

Para recibir información ponerse en contacto con:

- *Departamento de Servicios Sociales de UGT
Plaza Ordóñez, 1 Planta 13
OVIEDO. Tlf. 985276729*
- *Departamento de Salud Laboral de CCOO Asturias
C/. Sta. Teresa 15, bajo
OVIEDO. Tlf. 985257199 ext.2022*

Derechos de las personas VIH-SIDA

Las personas infectadas por el VIH tienen los mismos derechos que cualquier otro ciudadano.

Para prevenir, denunciar y acabar con:

- Discriminación en la escolarización de niños seropositivos o enfermos de Sida
- Discriminación en el acceso a la vivienda, uso de servicios públicos, etc.
- Falta de confidencialidad, realización de pruebas sin consentimiento, trato inadecuado o irrespetuoso por trabajadores sanitarios, etc.

Dirigirse a:

- *Asesoría Jurídica del Comité Ciudadano AntiSIDA.*
C/ Ramón y Cajal 39, bajo. Gijón.
Tlf.: 985338832.
sidastur@mixmail.com
- *Programa de Prevención y Control de la Infección VIH-SIDA*
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
Tlfs.: 985106519
todosida@princast.es
- *Servicio de Atención al Paciente en hospitales y trabajadora social en centros de salud.*

Prestaciones económicas para personas infectadas/enfermas de SIDA

- Para recibir información general sobre distinto tipo de prestaciones económicas, dirigirse a:
 - *Unidades de Trabajo Social de cada barrio en los grandes municipios, o de los ayuntamientos en el resto.*
- Las personas que estén trabajando, o cobrando el desempleo y que hayan cotizado el tiempo mínimo exigido, pueden ser beneficiarias de Pensiones Contributivas. Para recibir información y comenzar los trámites para percibir las, dirigirse a:

- *Centro de Atención e Información del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).*

C/ Sta. Teresa de Jesús, 8 OVIEDO. Tlf. 900166565

(lunes a jueves de 9 a 14 y 16,30 a 18,30 horas y viernes de 9 a 14 horas).

(Existen también centros comarcales)

- Las personas enfermas de SIDA que nunca han trabajado o cotizado a la Seguridad Social, pueden acceder a Pensiones no Contributivas (PNC).

Por otro lado en los 3 primeros meses de cada año se realiza una convocatoria pública de ayudas individualizadas para personas con minusvalías, entre ellas personas enfermas de SIDA.

Para recibir información dirigirse a:

- *Unidades de Trabajo Social de cada barrio en los grandes municipios, o de los Ayuntamientos en el resto.*
- *Consejería de Asuntos Sociales, Unidad de PNC, C/ General Elorza 35, OVIEDO. Tlf. 985106565 y 985106551 de 8 a 15 horas*

- Las personas infectadas por el VIH como consecuencia de cualquier actuación efectuada en un centro sanitario público tienen derecho a una indemnización.

Para recibir información ponerse en contacto con:

- *Servicio de Atención al Paciente en hospitales y trabajadora social en centros de salud.*
- *La Asesoría Jurídica del Comité Ciudadano AntiSIDA, C/ Ramón y Cajal, 39 - bajo. Gijón. Tlf.: 985338832, realiza los trámites necesarios.*

sidastur@mixmail.com

- Existen otras prestaciones para casos de emergencia, ingreso mínimo de inserción (IMI), etc. La información puede ser solicitada en:

- *Unidades de Trabajo Social de cada barrio, en los grandes municipios, y en las de los Ayuntamientos en el resto.*

Prestación farmacéutica para enfermos de SIDA

Las personas enfermas de SIDA tienen derecho a recibir la medicación pagando únicamente un 10% de su precio.

Para tener acceso a esta reducción en el precio de los medicamentos, deberán disponer de un informe firmado por el médico que haya realizado el diagnóstico. El especialista o el médico de atención primaria pueden proporcionar el impreso de solicitud y la información necesaria para recibir la tarjeta que permita conseguir esta prestación.

En caso de dudas o problemas, dirigirse a:

- *Unidad de Trabajo Social o centro de salud que corresponda, o:*
- *Programa de Prevención y Control de la Infección VIH-SIDA.*

Tlf.: 98510 65 19.

todosida@princast.es

Programas de ayuda a domicilio para enfermos de SIDA

La Cruz Roja Española desarrolla en Oviedo, Gijón, Avilés, Nalón y Caudal un programa de atención a domicilio para enfermos de SIDA, consistente en: acompañamiento en domicilio, visitas hospitalarias, apoyo familiar y actividades de ocio. Para recibir información dirigirse a:

- *Cruz Roja Española, C/ Martínez Vigil 36, OVIEDO, Tlf. 985216093.*

Los ayuntamientos, a través del programa de ayuda domiciliaria (dirigido a la población general) pueden proporcionar a enfermos de SIDA: compañía, aseo y atención personal, atención en las labores del hogar y acompañamientos. Para recibir información, ponerse en contacto con:

- *Unidades de Trabajo Social de cada barrio, en los grandes municipios, y en las de los ayuntamientos en el resto.*

El Comité Ciudadano AntiSIDA tiene un programa de ayuda a domicilio y acompañamiento en hospitales.

Centros de Emergencia y Acogida

Existen distintos tipos de centros de acogida para personas en situación de emergencia social, claramente orientados a población drogodependiente. En algunos de estos centros también se realiza intercambio de jeringuillas.

- **Centro de Encuentro y Acogida (CEA)**

Es una casa de acogida dirigido a drogodependientes en situación de emergencia social. Está abierto las 24 horas del día (salvo sábados y domingos por la tarde).

Cubre necesidades básicas (comida, descanso, ...), de salud (vacunas, tratamientos, información y seguimiento para solicitud de analíticas y revisiones hospitalarias, derivación a centros de salud mental, etc.) y sociales (gestión de PNC, documentación, contactos jurídicos, etc.)

Igualmente se realiza intercambio de sanikits por jeringuillas usadas

- *El CEA está en la C/ Francisco González Argüelles 10, 2º chalet (Tenderina Baja) 33010 OVIEDO.*

Tif.: 985215427

- **Calor y Café. Oviedo**

C/Azcárraga, 43-45. 33010 OVIEDO. Tif.: 985205300 - 985200227

- **Calor y Café. Gijón**

C/Diario El Comercio, s/n. GIJÓN. Tif.: 985176041

Fundación Siloe

- **Casa de acogida para enfermos de SIDA**

Villa Siloé es una Casa de Acogida para personas enfermas de SIDA que no dispongan de medios o apoyo familiar para garantizar los cuidados que requiere su enfermedad.

Se puede acceder a ella solicitándolo desde: los hospitales a través de los servicios médicos o de trabajo social, desde los centros penitenciarios a través de la Comisión de Asistencia Social Penitenciaria, desde las Unidades de Trabajo Social municipales, desde las familias, o personalmente.

- **Centro de Día Milsoles**

Es un centro abierto en horario diurno, dirigido a personas afectadas por el VIH con grave necesidad social. La finalidad es mejorar la calidad de vida, desde una óptica clínica (información, seguimiento de tratamientos, derivaciones...), social (alimentación, gestión de documentación...) y ocupacional (talleres).

Se puede acceder solicitándolo desde los servicios médicos o de trabajo social de hospitales o centros de salud, desde las Unidades de Trabajo Social municipales, desde las familias o personalmente

- *La Fundación Siloé está en la C/ Cabrales 132-1º GIJÓN*

Tlfs. 985373781. Fax: 985372815

fundacion-siloe@teleline.es

Glosario de términos:

Glosario de términos:

1. Nutbeam D. Promoción de la Salud. Glosario. OMS, Ginebra, 1998.
2. Safety of injections.WHO. Fact Sheets. Nº 233. Octubre 1999.

Acción comunitaria para la salud

La *acción comunitaria para la salud* se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia para mejorar la *salud*¹.

En este documento equiparamos este concepto al de Participación Comunitaria en Salud.

Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables¹.

Referencia: Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978.

273

Calidad de vida

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Referencia: Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra

Conducta de riesgo

Forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente¹.

Consejo- Counselling

A lo largo del documento se emplea no con el significado de “aconsejar” sino como una herramienta específica de ayuda en la entrevista profesional-paciente o educador-educando. El consejo se caracteriza por ser una intervención normalmente breve, empática, motivadora, reforzadora de hábitos saludables y dentro de un encuentro terapéutico de empatía, confianza y respeto.

Dependencia

Desde un punto de vista relacionado con la autonomía podemos considerar la dependencia como el estado en que se encuentran las personas que por razón de su falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de la vida cotidiana.

Referencia: Consejo de Europa 1997.

Determinantes de la salud

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el *estado de salud* de los individuos o poblaciones¹.

Discriminación Arbitraria

Cualquier medida acarree una distinción arbitraria entre las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, confirmado o sospechado.

Referencia: ONUSIDA/01.71S (versión española, noviembre de 2001): Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH.

Educación para la Salud (EPS)

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad*¹.

Equidad en salud

Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

Referencia: Equidad en Salud y Asistencia Sanitaria, OMS, Ginebra, 1996.

Género

Se refiere a los roles y responsabilidades de los hombres y las mujeres que están socialmente determinados. El género está relacionado a la forma en la que percibimos y esperamos que piensen y actúen como hombres y mujeres debido a la forma en que la sociedad está organizada y no sólo teniendo en cuenta aspectos biológicos concretos.

Género: femenino y masculino, rasgo cultural que se construye socialmente en cada contexto histórico y es asimilado por las personas por medio del aprendizaje. El género es un principio de organización social con un claro carácter jerárquico.

El género es una construcción social y, por tanto, potencialmente transformable.

Indicador de salud

Un indicador de salud es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo)¹.

Inyección Segura

Nos referimos a este término cuando el proceso de inyectarse alguna sustancia ilegal vía endovenosa (fundamentalmente heroína) no produce daño (del tipo infecciones por ejemplo) a la persona que se inyecta. También se extiende este término cuando no se produce exposición a ningún riesgo al personal sanitario ni tampoco a la comunidad donde vive el drogodependiente (por ejemplo por abandono de jeringuillas en el suelo).

275

Mediación

En *promoción de la salud*, es un proceso mediante el cual los distintos intereses (personales, sociales, económicos) de los individuos y de las *comunidades*, así como diferentes sectores (público y privado) son puestos de acuerdo de forma que promuevan y protejan la salud¹.

Programas de Acercamiento

En el documento también se utiliza la terminología anglosajona de programas de outreach. Se basa en la necesidad de crear recursos accesibles para los usuarios. En este sentido se encontraría un amplio abanico de recursos preventivos: los dispositivos móviles de intercambio de jeringuillas, el trabajo con educadores de calle en colectivos de prostitución o consumidores de drogas, el trabajo entre iguales...

Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJs)

Lugares donde las personas que consumen drogas por vía endovenosa pueden intercambiar sus jeringuillas usadas por jeringuillas nuevas. Existen dispositivos móviles (furgoneta de intercambio del Comité AntiSIDA o Trolebús) o dispositivos fijos (local del Comité AntiSIDA).

Programas de reducción del daño

Conjunto de políticas o de programas específicos que reducen las consecuencias negativas del uso de drogas. Para ello incorporan una serie de estrategias que van desde la inyección segura, la disminución del consumo y el control de situaciones de abstinencia. Los programas de reducción de daños interactúan con los consumidores de drogas donde ellos están, caracterizándose por ello por su accesibilidad².

Promoción de la Salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

Redes sociales

Relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del *soporte social* a favor de la salud¹.

Reorientación de los servicios sanitarios

La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr *resultados de salud* para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.

Referencia: adaptada de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

Salud pública

La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

Referencia adaptada del "Informe Acheson", Londres, 1988.

Sanikit

Paquete que se reparte en los Programas de Intercambio de Jeringuillas y en el Programa Sanikit de las farmacias, dentro, por tanto, de lo que conocemos como Programas de reducción de daños para personas que consumen drogas por vía endovenosa. Contiene materiales para permitir una inyección de bajo riesgo: Una jeringuilla estéril junto a un envase rígido para introducir la jeringuilla una vez utilizada, agua destilada, toallitas con alcohol y, opcionalmente, un preservativo.

TARGA

Tratamiento antirretroviral de gran actividad. A veces se utiliza un equivalente anglosajón HAART. Se denomina así a los actuales tratamientos combinados que se utilizan en determinados pacientes afectados.

Abreviaturas

empleadas

en el

documento:

AB:	Accidentes Biológicos
AEP:	Asociación Española de Pediatría
APAS/AMAS:	Asociaciones de Padres y Asociaciones de madres
CEA:	Centro de Encuentro y Acogida-Cáritas.
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention
COFs:	Centros de Orientación Familiar
CSM:	Centros de Salud Mental
DGSP:	Dirección General de Salud Pública
EAP:	Equipos de Atención Primaria
EAR:	Embarazo de alto riesgo
EPS:	Educación para la Salud
ETS:	Enfermedades de Transmisión Sexual
GERABTAS:	Grupo Español de Registro de Accidentes Biológicos en Trabajadores de Atención de Salud.
GESIDA:	Grupo de Estudio del SIDA- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
INSALUD:	Instituto Nacional de la Salud
IVE:	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LSP:	laboratorio de Salud Pública
MCS:	Medios de Comunicación Social
MDM:	Médicos del Mundo
MPU:	Medidas de Precaución Universal
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONGs:	Organizaciones No Gubernamentales.
PIJ:	Programa de Intercambio de Jeringuillas
SEGO:	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SEIMC:	Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y de Microbiología
SEIT:	Sistema Estatal de Investigación en Toxicomanía
SESPA:	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
SPNS:	Secretaría del Plan Nacional de SIDA
UDH:	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria
UDIs:	Usuarios de Drogas por vía intravenosa
UDVP:	Usuario de Drogas por vía parenteral
UTT:	Unidades de Tratamiento de Toxicomanías.
VHB:	Virus de la Hepatitis B
VHC:	Virus de la Hepatitis C
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
XEGA:	Xente Gai Astur

