

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCION NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

ACTUALIZACION

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DEL VIH/SIDA

CUBA, Abril de 1997

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Dr. Carlos Dotres Martínez
Ministro

AREA DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA

Dr. Raul Pérez González
Viceministro

Dr. Manuel Santín Peña
Director Nacional de Epidemiología

PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL PROGRAMA

AUTORES:

Dr. Reinaldo E. Gil Suárez
Dirección Nacional de Epidemiología

Dr. Rolando Ramírez Fernández
Dirección Nacional de Epidemiología

Dr. Rigoberto Torres Peña
Dirección Nacional de Epidemiología

Dr. Manuel Santín Peña
Director Nacional de Epidemiología

Dr. Antonio Marrero Figueroa
Dirección Nacional de Epidemiología

Dr. Francisco Machado Ramírez
Director Laboratorio de Investigaciones del SIDA

Dr. Jorge Pérez Avila
Subdirector IPK

Dra. Olenia Hernández Gutiérrez
Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.

Dra. María Ester Alvarez Lauzarique
Dirección Nacional de Estadísticas

Lic. Manuel Hernández Fernández
Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud

Dra. Ilsa Gil Garay
Grupo Nacional de Medicina General Integral

Lic. Raisa Estrada Muñoz
Dpto. Nacional de Enfermería

Dra. Silvia Delgado Zapata
Dirección Nacional de Hospitales

Lic. Rene Franco Rivero
Asesor Jurídico MINSAP

Dr. Luis Delgado Méndez
Director Nacional de Estomatología

COLABORADORES:

Jefes de Programa de Control en las provincias:

Dr. Niel Acosta (Pinar del Río)

Dr. Jaime Pinto (Ciudad de La Habana)

Dra. Mercedes Hernández (Matanzas)

Dra. Esther Rivero (Villa Clara)

Dra. Esperanza Zaldivar (Cienfuegos)

Dr. Orlando Sánchez (Sancti Spíritus)

Dr. Orlando Paez (Ciego de Avila)

Dr. Fernando Gómez (Camagüey)

Dr. Ricardo Ramírez (Las Tunas)

Dr. Gilberto Urbino (Holguín)

Dr. Ibraín Quintana (Granma)

Dr. Francisco A. Durán (Santiago de Cuba)

Dr. Egberto Pico (Guantánamo)

Dr. Archivaldo Marín (Isla de la Juventud)

Directores de Sanatorios:

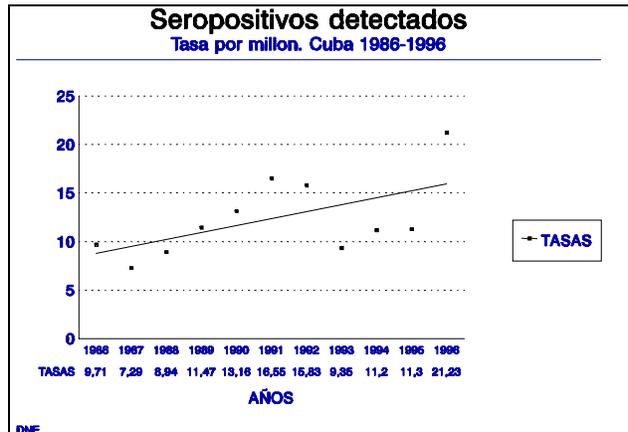
Dr. Pablo Hernández (La Habana)

Dr. Guillermo de la Portilla (Matanzas)

Dra. Marta Molina (Villa Clara)

I-INTRODUCCION, ¡Error! Marcador no definido.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) aparece por vez primera en la primavera de 1981 en los Angeles, EE. UU, cuando el Dr. M. Gottlieb describe los cinco primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos. Desde entonces el mundo ha visto cómo una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombres homosexuales y usuarios de drogas inyectables, se transformó en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes.



Hoy se reconocen por lo menos, dos agentes productores del SIDA, el VIH-1 y el VIH-2. El primero, que presenta una distribución mundial, es el responsable de la mayor parte de los casos conocidos y presenta una mayor virulencia, el segundo está más circunscrito a la región occidental del continente africano, aunque también se han identificado algunos enfermos en otras regiones del mundo.

-SITUACION MUNDIAL:

Hasta fines de 1996 se habían reportado más de 1.5 millones de casos SIDA en el mundo, un aumento del 20% con respecto a los casos informados hasta igual fecha 1995.

ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman, dado el subregistro existente en los países, que desde el comienzo de la pandemia hasta finales de 1996, más de 29.4 millones de hombres, mujeres y niños han sido infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), de los cuales, 8.4 han desarrollado el SIDA y 6.4 millones han fallecido por esta causa.

Se calcula que para el año 2000 se habrán infectado a nivel mundial más de 20 millones de niños y adultos por VIH y habrán desarrollado la enfermedad clínica unos 10 millones de adultos.

Aproximadamente un tercio de los recién nacidos de madres infectadas son portadores del VIH. Se calcula que para el año 2000 habrá de 5 a 10 millones de niños que aún cuando no se hayan infectado con el virus procedente de la madre, habrán quedado huérfanos a causa del SIDA.

La interacción potencial del VIH con otras enfermedades infecciosas es causa de una gran preocupación clínica y de salud pública. La OMS estima que a nivel mundial no menos de 4 millones de adultos están infectados por el VIH y por el Mycobacterium tuberculosis, la mayoría en el África Subsahariana.

-TUBERCULOSIS Y SIDA:

En 1993 la OMS declaró la Tuberculosis un problema de salud mundial y advirtió que el número de defunciones por esta enfermedad alcanzará los 30 millones durante la próxima década si no se toman las medidas de control necesarias.

La OMS estima que desde el inicio de la epidemia del SIDA hasta finales de 1993, el número de personas infectadas simultáneamente por VIH y M. tuberculosis, en el mundo entero, ascendió a 5.1 millones. Se pronostica que para el año 2000 habrá cerca de un millón de nuevos casos de coinfección VIH/TB.

Hoy día resulta evidente que para poder hacer frente al problema de la TB y su asociación con el VIH es necesario realizar un intenso trabajo multidisciplinario que permita dar respuesta a las múltiples interrogantes existentes.

-ANTECEDENTES EN CUBA.

Desde inicios del año 1983, fecha en que llegan a Cuba las primeras informaciones sobre la situación que venía produciéndose en algunos países con el llamado SIDA, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) comenzó a tomar una serie de medidas para evitar la diseminación de esta enfermedad en el país.

Una de las primeras medidas tomadas fue la prohibición de importación de hemoderivados, como era el caso de la Trombina Tópica de origen humano, gammas globulinas de diferentes tipos, así como cualquier hemoderivado procedente de plasmas procesados en países donde se conocía de la circulación del VIH. La alternativa utilizada en este caso fue la de importar solamente de los países de Europa del Este e ir desarrollando esta producción en nuestro país en los laboratorios existentes para biológicos de este tipo.

En octubre de 1983 se pone en vigor, un sistema de vigilancia epidemiológica en las unidades hospitalarias, estableciéndose el reporte de los casos de Sarcoma de Kaposi, Neumonías a repetición, o cualquier otro proceso que pudiera hacer pensar en SIDA.

En 1985 aparecen en el mercado internacional los kits para detección de anticuerpos al VIH y se establecen los primeros algoritmos para la confirmación de un infectado. De inmediato se decide por las autoridades del país la elaboración y ejecución de un Programa de Control que tenía como objetivo limitar la diseminación de la infección en el país.

Teniendo en cuenta las características y desarrollo de nuestro Sistema de Salud (SS), sus tradiciones establecidas en los últimos 30 años, el nivel de educación de nuestra población, la situación social existente, y la aparición del primer caso seropositivo, se adoptaron como premisas básicas:

- Era factible evitar la transmisión a través de la sangre.
- Era posible limitar al mínimo la transmisión perinatal.
- La drogadicción no constituía un problema en el país por lo que esta vía de transmisión no representaba riesgo importante.
- La transmisión sexual constituía el elemento principal de riesgo y hacia esta vía debían dirigirse los esfuerzos principales.

En base a estos principios, para fines de 1985 se elabora el Programa de Control y Prevención del VIH/SIDA, el que comienza a ejecutarse desde principios de 1986 con la adquisición de los equipos, medios diagnósticos y otros insumos necesarios para el montaje de 50 laboratorios de pesquisa y el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR). Al mismo tiempo se inicia un proceso acelerado de capacitación de personal profesional y técnico para estos laboratorios, lo que posibilita que para el mes de mayo de 1986 toda la sangre que se donaba en el país se comience a examinar, eliminándose virtualmente estas vías de transmisión.

Desde el año 1986 se concibió la necesidad de desarrollar en Cuba la producción de los kits diagnósticos para eliminar futuras importaciones costosas en el mercado internacional, contándose en el momento actual con kits nacionales para el Sistema Ultramicroanalítico (SUMA), el utilizado en estos momentos en toda nuestra red diagnóstica y el DSVIH-BLOT para la confirmación.

En cuanto a la transmisión sexual se tuvieron en cuenta las experiencias que existían en el control de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), estableciéndose como elementos básicos:

- La pesquisa masiva en grupos con conductas de riesgo a fin de lograr la detección temprana de la infección.
- El estudio epidemiológico de todo infectado detectado para identificar sus contactos sexuales en busca de la fuente de infección y posibles casos secundarios.
- El ingreso sanatorial del total de la prevalencia identificada como una forma de limitar la transmisión, de prepararlo para vivir con el SIDA y de garantizar las mejores condiciones de diagnóstico y tratamiento.

En el programa se estableció también un componente de educación para la salud, basado en lograr lo que posteriormente se ha denominado sexo seguro, utilizando todos los medios posibles y especialmente la educación directa a las personas de acuerdo a las potencialidades que brinda nuestro SS, en especial mediante el Sistema del Médico de la Familia (SMF), que en aquel entonces comenzaba a desarrollarse y ya mostraba sus inmensas posibilidades.

Producto de la experiencia adquirida en el desarrollo del programa, se incorpora, a partir de 1993, la posibilidad de un Sistema de Atención Ambulatoria (SAA) que permite a los infectados o enfermos, decidir si desean recibir su atención ambulatoria o sanatorial, siempre que hallan demostrado ser consecuentes con su enfermedad, es decir, si son responsables con su salud y con la de los demás.

-SITUACION ACTUAL EN CUBA:

Desde que se comenzó el pesquisaje seroepidemiológico hasta el cierre de 1996, se han detectado 1468 personas infectadas por el VIH, de ellos han enfermado 534 y han fallecido 381.

El período de incubación promedio ha sido de 10 años y el de sobrevida de 18 meses, aproximadamente.

La distribución por sexo ha mantenido un predominio en el sexo masculino, dentro de éstos, un porcentaje elevado presentan conducta homobisexual (65 %).

Según lugar de contagio tenemos que el 83,59% se contagiaron en Cuba, el 15,75% en el extranjero y un 0,66% no ha sido precisado, aunque esta proporción ha ido sufriendo cambios con el decursar de la epidemia pues en 1986 la cifra de infectados en el exterior constituyó el 58,6% del total.

Las provincias con mayores tasas de detección durante 1996 fueron: Villa Clara (66,1), Ciudad Habana (52,0) y Matanzas con 17.1 x millón de habitantes.

En el pesquisaje activo según grupos de estudio se destacan los resultados obtenidos en:

- Contactos de VIH: 79 seropositivos (33,8%).
- ETS: 35 " (15%)
- Reclusos: 33 " (14,1%).

II-OBJETIVOS DEL PROGRAMA

GENERAL

Evitar que el proceso de la infección enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana.

ESPECIFICOS.

- 1-Fortalecer las acciones de información, educación y comunicación que contribuyan a disminuir el riesgo de infección por el VIH, especialmente a través de las relaciones sexuales.
- 2-Desarrollar el mercadeo social de condones con la participación de los sectores y organismos afines.
- 3-Determinar los niveles de circulación del VIH en nuestra población.
- 4-Eliminar la transmisión virtual del VIH a través de la sangre y los hemoderivados.
- 5-Determinar los principales factores y condiciones de riesgo de la infección por VIH en la población cubana.
- 6-Garantizar la atención médica integral, ambulatoria o sanatorial a la totalidad de los infectados o enfermos.
- 7-Establecer el sistema de notificación, registro y vigilancia de los infectados por VIH y de los enfermos de SIDA, guardando la discreción necesaria.
- 8-Reducir al mínimo el riesgo de transmisión perinatal por el VIH.
- 9-Mantener como una prioridad la adquisición de recursos necesarios para el perfeccionamiento del programa en todo el país.
- 10-Coordinar con el Viceministerio de Docencia el plan de investigaciones necesarios que permita un mejor conocimiento del problema y la optimización del programa.
- 11-Imprimir una mayor exigencia a todos los niveles con vistas a lograr que el personal de salud adquiriera los conocimientos necesarios para enfrentar este problema de salud.
- 12-Prevenir la infección ocupacional del VIH.

III-LIMITES.

1-En el tiempo:

El programa se desarrollará en forma permanente con actualización quinquenal.

2-En espacio:

El programa será ejecutado en todo el territorio nacional, abarcando el total de unidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) y a toda la población cubana.

IV-ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA.

1-Un amplio programa de Educación para la Salud a la población general y a grupos específicos con conductas de riesgo para disminuir al mínimo los nuevos infectados.

2-Los estudios a grupos de población con conductas de riesgo.

3-El estudio epidemiológico del 100% de los casos infectados.

4-El tratamiento ambulatorio o sanatorial del 100% de los casos VIH+/SIDA.

V-ORGANIZACION Y FUNCIONES.

El MINSAP será el máximo responsable del desarrollo del programa, haciendo cumplir las estrategias del mismo.

VI-COMPONENTE EDUCACION Y PROMOCION DEL PROGRAMA CUBANO DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA:

1- OBJETIVO GENERAL

Promover comportamientos, actitudes y prácticas sexuales saludables que permitan una autoevaluación más adecuada del riesgo a la infección con VIH/SIDA y incidan en la prevención de nuevos infectados por el VIH.

2- OBJETIVO ESPECIFICOS

- Realizar un diagnóstico comunicacional a nivel local como precedente a las acciones educativas a realizar.
- Propiciar una adecuada convivencia social con personas seropositivas al VIH y enfermos de SIDA.
- Proveer a la población mediante diferentes técnicas, las habilidades necesarias para negociar un sexo más seguro, fomentando una adecuada autoestima y asertividad.
- Fomentar una disposición favorable al uso del condón.
- Facilitar en adolescentes y jóvenes una sexualidad responsable que minimice el riesgo de infección en los que ya iniciaron relaciones sexuales y retardar las mismas en los que no han tenido esta experiencia.

- Capacitar al médico y enfermera de la familia, comunicadores sociales, maestros y profesores (Diseño curricular y extra curricular), líderes formales e informales, promotores y voluntarios, educadores en salud, en técnicas y procedimientos que faciliten promover conductas positivas para la prevención del VIH\SIDA, mediante la creación de una comunidad educativa.
- Estimular la creación de estructuras no formales en el ámbito escolar, laboral y comunitario con vistas a la formación de promotores y facilitadores de conductas sexuales saludables en los distintos grupos sociales.
- Identificar, captar y entrenar a individuos que por sus prácticas sexuales son más vulnerables a la infección con el VIH\SIDA y que pudieran resultar promotores de salud dentro de grupos más expuestos.
- Complementar las acciones educativas mediante la utilización de los medios de comunicación social.
- Medir la efectividad de las acciones de prevención.

3-INFRAESTRUCTURA

La accesibilidad de la población al programa educativo se realizará mediante la infraestructura del SNS, con la acción de los MF, el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CNPES), los Centros y Departamentos Provinciales, otras unidades del SS, así como en todos los espacios de la comunidad que reúnan las condiciones para ejecutar las acciones de información, educación y comunicación en estrecho vínculo con organismos y organizaciones de la comunidad, para lo cual se ha estructurado un Programa Intersectorial que nuclea las acciones de prevención de los diferentes sectores y potencializa el abordaje comunitario e intersectorial.

4-ESTRATEGIAS

El programa educativo se basa en la promoción de una sexualidad responsable mediante la utilización de estrategias educativas múltiples, comunicación interpersonal, grupal, realizándose énfasis en la discusión a nivel de pequeños grupos, toda vez que está demostrado que esta vía es la más eficaz para lograr un compromiso emocional que se revierta en cambios comportamentales.

Las actividades a realizar darán salida a cada una de los objetivos específicos anteriormente señalados, y estarán conformados en proyectos locales, bien en el ámbito escolar, laboral o comunitario que permitan con indicadores de evaluación poder desarrollar desde la etapa de diagnóstico, una evaluación del proceso, impacto y resultados.

Se empleará metodología de acción participación y las propuestas comunicacionales a emplear estarán despojados de juicios de valor, de manera que propicie en los perceptores de mensajes la toma de decisiones a partir de alternativas viables de acuerdo a las características socio-culturales y a la detección de necesidades educativas encontradas en la etapa diagnóstico y durante el proceso de acción-participación. Además, los mensajes a emplear promoverán un desprejuiciamiento y desestigmatización de la enfermedad y de las personas VIH positivas, con lo cual se facilitará las acciones de promoción a ejecutar.

Las acciones a desarrollar en cada uno de los planes de acciones a ejecutar a nivel de proyectos locales, serán respaldadas por los medios masivos de comunicación social y los mensajes a emplear reforzarán las acciones de la comunicación interpersonal y grupal reflejando las necesidades de la población obtenidas en el diagnóstico inicial.

4.1- DIAGNOSTICO COMUNICACIONAL

Realización de un diagnóstico comunicacional como precedente a las acciones educativas a ejecutar, utilizando para ello fundamentalmente metodologías cualitativas y escalas valorativas, teniendo en cuenta las mediaciones socio-culturales de la localidad.

4.2- CAPACITACION

Capacitar al médico y la enfermera de la familia, comunicadores sociales, maestros y profesores, líderes formales e informales, promotores y voluntarios, educadores en salud, mediante la realización de talleres sobre técnicas y metodologías participativas, orientadas a crear un clima de sensibilización y a un ejercicio adecuado de la autoestima y la asertividad.

Talleres sobre "Vida Erótica Protegida" y de desgenitalización de la relación sexual.

Talleres de comunicación en VIH\SIDA con énfasis en la identificación de barreras y facilitadores para la prevención.

Talleres con técnicas vivenciales que promuevan el autocuidado y la comprensión hacia las personas VIH positivas y enfermas de SIDA.

Talleres que promuevan habilidades y conocimientos sobre cómo convivir con el VIH\SIDA, la responsabilidad individual y hacia los otros, la compasión y la muerte.

Talleres de orientación y consejería individual y familiar, mediante la utilización del modelo de reducción del riesgo.

Talleres sobre intervención sociopsicológica en el individuo seropositivo al VIH\SIDA y funcionalidad familiar.

5-ACTIVIDADES

Las actividades a desarrollar en los proyectos locales incrementarán los conocimientos de las personas sobre el VIH\SIDA, mejorarán sus destrezas comunicativas y técnicas para explorar sus sentimientos sobre la sexualidad y los cambios requeridos para la autoprotección.

-Establecer una concertación positiva con los decisores para la implementación de los proyectos locales a desarrollar.

-Aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas que faciliten el diagnóstico y evaluación.

-Aplicación de técnicas afectivo participativas a partir de un enfoque de género, y de riesgo, teniendo en cuenta además la edad y la orientación o preferencia sexual.

-Utilización de personas seropositivas al VIH como agentes de cambio y para la concertación con grupos comunitarios en la formación de redes de apoyo.

-Creación de un marco sociopsicológico adecuado en el entorno de las personas seropositivas al VIH.

-Facilitar la formación de promotores de prevención en grupos más vulnerables.

-Propiciar la creación de asociaciones, grupos informales, en el ámbito escolar, laboral y comunitario que faciliten crear un clima apropiado para la prevención y promoción de conductas sexuales saludables.

-Facilitar estilos de enfrentamiento adecuados a la infección con el VIH\SIDA.

-Propiciar líneas telefónicas de información (HOT LINE).

-Promover una desestigmatización alrededor del uso del condón, con actividades dirigidas a la erotización del mismo.

-Establecer consejería individual y familiar.

-Asesorar los programas de las vías formales de educación, mediante un diseño curricular que se ajuste a los requerimientos de los resultados del diagnóstico, así como en el diseño extracurricular.

6-EVALUACION

Su objetivo es monitorear las actividades que integran el programa de acuerdo a lo establecido en el mismo, con el propósito de detectar errores, rezagos y desviaciones de las mismas, para, en el caso necesario, realizar ajustes de orden técnico.

7-PARAMETROS DE EVALUACION

Conocimientos de prácticas de prevención. (CP)

Este indicador se recogerá mediante encuestas a la población en muestras probabilísticas de lugares seleccionados como: escuelas, centros de trabajo, población en consultorios del MF, consejo popular, etc.

de personas entre 15 y 49 años que pueden citar por lo menos dos formas aceptables de protegerse así mismos de la infección por VIH.

-----X 100
Población informante de 15 a 49 años

Actitudes ante prácticas sexuales riesgosas (PS)

de personas entre 15 y 49 años con una disposición favorable hacia la modificación de prácticas sexuales riesgosas en los últimos 12 meses.

-----X 100
Población informante entre 15 y 49 años.

El numerador se obtendrá mediante la aplicación de escalas de actitudes en muestras probabilísticas de lugares seleccionados.

Actitudes favorables al uso del condón. (AC)

de personas entre 15 y 49 años con una disposición favorable al uso del condón.

-----X 100
Población informante entre 15 y 49 años.

Distribución de condones. (DIS. C)

total de condones disponibles para ser distribuidos en los próximos 12 meses.
-----X 100
Población entre 15 y 49 años.

Disponibilidad de condones. (DC)

de personas que pueden adquirir un condón.
-----X 100
Población entre 15 y 49 años.

El numerador se obtendrá mediante encuesta en muestras probabilísticas donde se explore: acceso a lugares de venta, disponibilidad del producto, costo del mismo, en lugares seleccionados.

Relaciones sexuales fortuitas. (RF)

de personas entre 15 y 49 años que declaran haber tenido por lo menos una vez, relaciones sexuales con otra persona además de su pareja y sin protección.
-----X 100

de personas ente 15 y 49 años que declaran llevar una vida sexual activa durante los últimos 12 meses.

Este indicador se obtendrá mediante encuesta en muestras probabilísticas en lugares seleccionados.

Declaración de uso del condón con compañero(a) sexual fortuito (UC)

de personas entre 15 y 49 años que declaran utilizar condón en una relación sexual más reciente con un compañero(a) sexual fortuito
-----X 100
total de personas entre 15 y 49 años que declaran tener una relación sexual fortuita en los últimos 12 meses.

Este indicador se obtendrá mediante encuestas a la población en muestras probabilísticas con entrevistas a profundidad en lugares seleccionados.

Capacitación

En el numerador se pondrá el # de médicos de familia, maestros, líderes formales o informales, educadores, promotores, voluntarios etc. capacitados en las temáticas propuestas en los talleres que aparecen en la sección de capacitación del componente.

Ej. # de médicos de la familia que han recibido talleres de...en el último año.
-----X 100
total de MF en el área de salud.

Líderes formales (C. LF)

de líderes formales que han recibido capacitación
en talleres de...
-----X 100
de líderes formales en el consejo popular.

Promotores. (CP).

de personas entre 15 y 49 años capacitados como
promotores en los últimos 12 meses.
-----X 100
total de personas entre 15 y 49 años en consultorios
de MF.

El denominador se obtendrá cuantificando la población de estas edades o por grupos más vulnerables en consultorios, escuelas, centros de trabajo y en la comunidad.

Comunicadores sociales. (C. CS)

de comunicadores sociales capacitados en talleres
de.....en el último año
-----X 100
de comunicadores sociales en la provincia/municipio.

Otras valoraciones

Valoración cualitativa de indicadores de comportamiento y de capacitación mediante la técnica de grupos focales. Monitoreo permanente desde el diagnóstico y durante todo el proceso.

Valoración cualitativa de las redes de apoyo comunitario a las personas seropositivas al VIH.

VII-VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

A-GRUPOS DE ESTUDIO:

La Vigilancia Epidemiológica se realiza mediante la búsqueda activa por encuesta seroepidemiológica y en estos momentos se plantea realizarlas en los siguientes grupos:

1-DONANTES: Comprende a todas las personas que realicen una donación sanguínea y a las cuales se les efectúan las investigaciones en busca del VIH.

2-GESTANTES: Corresponden a las pruebas que se le realizan a las mujeres embarazadas en el momento de su captación.

3-CONTACTOS: Este grupo está constituido por aquellas personas que hallan mantenido relaciones sexuales con un seropositivo al VIH a los que se les realiza la serología al VIH cada tres meses y hasta un año de su última relación sexual y a los sospechosos y asociados en una sola oportunidad. En el caso de las parejas estables el examen se realizará cada 6 meses.

4-E. T. S: Están comprendidas en este grupo, las pruebas que se le realizan, en busca del VIH, a los enfermos, contactos, sospechosos y asociados de los casos de Sífilis y Gonorrea cada vez que sean notificados.

5-CAPTADOS: A este grupo corresponden las personas a las que el médico de la familia (MF) u otro especialista realiza la prueba del VIH sin pertenecer a ninguno de los otros grupos de estudio y que tienen alto riesgo por su conducta sexual o social.

6-ESPONTANEOS: Se clasificarán dentro de este grupo a aquellas personas que espontáneamente concurren a una Unidad de Salud Pública y solicitan que se les investigue si están o no infectados por el VIH.

7-RECLUSOS: Comprende las investigaciones de laboratorio hechas para buscar infección por VIH a todas las personas que están sometidas a régimen penitenciario del país, se le hará en el momento de su ingreso, anualmente y a su salida definitiva.

8-TUBERCULOSOS: A este grupo corresponden las personas que se les diagnostique esta enfermedad y a los cuales se les indica la serología al VIH.

9-NEFROPATAS: Se clasifican en este rubro las pruebas hechas a los pacientes que teniendo una nefropatía crónica requieren de diálisis peritoneal, hemodiálisis o transfusiones frecuentes como parte de su tratamiento.

10-DONANTES DE ORGANOS O TEJIDOS: Corresponde clasificar en este grupo a aquellas pruebas que se le debe realizar a todo donante de órgano o tejido como requisito indispensable para efectuar el trasplante.

11-HEMOPATIAS: Corresponde clasificar en este grupo a todas aquellas personas que padezcan estas enfermedades y por ello están expuestas al riesgo de infección al VIH.

12-INGRESOS: Se clasifican en este grupo aquellas personas que estando ingresadas en cualquier unidad del SNS, se les indica la serología al VIH por sospecha clínica o epidemiológica del médico de asistencia.

13-EMIGRANTES: Son aquellas personas que viajan a países en los cuales se exige como requisito para obtener visa de entrada el realizarse la serología al VIH.

14-EXTRANJEROS: Son aquellas personas de ciudadanía extranjera que solicitan realizarse la serología al VIH durante su estadía en nuestro país.

B-NOTIFICACION Y REGISTRO DE CASOS.

Evaluación del Programa. Sistema de Información Estadística.

La evaluación del programa se sustenta en un sistema de información estadístico, el cual será confeccionado por los Departamentos de Estadística a los diferentes niveles del SNS, cuya periodicidad de la información será según calendario establecido.

C-VIGILANCIA TB-SIDA.

La vigilancia epidemiológica del binomio TB-SIDA se llevará a cabo mediante el pesquisaje activo de VIH a todos los casos de tuberculosis diagnosticados en el país y de acuerdo a la reciente definición de caso establecida en el nuevo Programa de Control de la TB, realizando búsqueda activa además, del M. tuberculosis en todos los casos VIH+.

Se administrará quimioprofilaxis con Isoniacida a todo caso seropositivo al VIH durante un período de 12 meses en instituciones cerradas.

En los casos de pacientes VIH/SIDA diagnosticados con una TB, se procederá a su aislamiento y tratamiento inmediato mientras se mantenga bacilífero o hasta tanto concluya la primera fase de tratamiento ya sea en el hospital provincial seleccionado o en el Instituto de Medicina Tropical.

En el control de foco de estos pacientes se tendrá en cuenta la reactividad o no de la Prueba de la Tuberculina para el diagnóstico y se administrará quimioprofilaxis con Isoniacida durante 12 meses a los pacientes VIH+ contactos del caso.

A los pacientes VIH positivos que se encuentren en el SAA (Sistema de Atención Ambulatorio), se les realizará una vigilancia estrecha de la TB, estando la administración de la quimioprofilaxis, en dependencia del riesgo de infección por TB.

VIII-COMPONENTE DE ATENCION MEDICA A INFECTADOS Y ENFERMOS POR EL VIH:

La atención médica de los individuos seropositivos al VIH está concebida en forma escalonada al igual que el resto del SNS.

1-Atención médica primaria (dispensarización) por el MF para todo infectado o enfermo bajo el SAA.

2-Atención médica primaria por un equipo multidisciplinario en modalidad sanatorial (Generalistas, Internistas, Neurólogos, Dermatólogos, Estomatólogos, Trabajadores Sociales, etc.).

3-Atención médica secundaria especializada en servicios quirúrgicos y de cuidados intensivos en los hospitales provinciales.

4-La atención médica especializada del tercer nivel se efectuará en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí "(IPK), el cual servirá como Centro Nacional de Referencia (CNR) y al que tendrán acceso todos los pacientes que según criterio médico lo necesiten.

IX-COMPONENTE INVESTIGATIVO:

El componente investigativo del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA en Cuba está basado en la estrategia general que realiza el país con vistas a utilizar en forma eficiente todo el potencial que en este sentido disponemos, por lo que junto al MINSAP, se encuentran Instituciones de alto nivel científico tales como: Ingeniería Genética y Biotecnología, Centro de Inmunoensayo, Instituto Finlay, Instituto de Medicina Tropical, Laboratorio Nacional de Referencia y otros.

Las principales líneas de investigación que nos proponemos son las siguientes:

1-Desarrollar medios diagnósticos para la detección de anticuerpos a retrovirus humanos con la utilización de métodos inmunoenzimáticos (ELISA), de inmunoelectrotransferencia (Western Blot), Sistema Ultramicroanalítico (SUMA) y Análisis de Radio Inmuno Precipitación (RIPA).

2-Desarrollar las técnicas diagnósticas basadas en la biología molecular, tal como la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR).

3-Llevar a cabo estudios seroepidemiológicos para determinar la prevalencia de retrovirus humanos.

4-Realizar la caracterización biológica y genética de las cepas de VIH que circulan en Cuba.

5-Determinar la importancia epidemiológica de las personas seronegativas a las pruebas convencionales de detección de anticuerpos al VIH que presentan una conducta sexual de riesgo.

6-Realizar evaluación anual epidemiológica del Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA en Cuba.

7-Evaluar los diferentes esquemas terapéuticos en el uso de los Interferones.

8-Evaluar los efectos antiretrovirales de diferentes drogas.

9-Evaluar los aspectos psicológicos, sociales y psiquiátricos de las personas infectadas por VIH/SIDA en Cuba.

Este componente esencial del Programa será retroalimentado por el surgimiento dinámico de necesidades en el campo asistencial y docente por lo que anualmente se someterá a evaluación y control.

X-CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO

Con el objetivo de mantener actualizados desde el punto de vista científico técnico al personal que dirige y ejecuta el programa, se ha planificado la realización de talleres locales y nacionales con la colaboración del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico (CENAPEM), la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y ONUSIDA en los que participarán todos los componentes del programa (Epidemiología, Asistencia Médica, Laboratorio y Educación para la Salud). (Ver anexo).

El personal dedicado a esta actividad, recibe adiestramiento y asesoría en forma sistemática, tanto por parte de especialistas del Nivel Central, como la participación en cursos y eventos internacionales, lo cual garantiza una permanente actualización.

En la formación de Pre y Post grado del personal médico, es importante destacar los aspectos promocionales y preventivos en relación con el VIH/SIDA, pues serán estos profesionales los que podrán influir positivamente en los cambios de conducta, del estilo y modo de vida de la población.

XI-CONTROL DE LA CALIDAD EN LA RED DE LABORATORIOS.

-FUNCIONES DEL LABORATORIO DE REFERENCIA

Dentro de las principales funciones del LNR se encuentra elaborar las pautas para el control de la calidad en la red de laboratorios que incluye las siguientes actividades:

1-Realizar las pruebas suplementarias (confirmatorias) a las muestras enviadas por los laboratorios de la red. Además, realiza pruebas serológicas para la evaluación de las personas seropositivas y pacientes de SIDA.

2-Realizar el aislamiento viral y caracterizar los mismos por diferentes técnicas. Además, realiza investigaciones virológicas para la evaluación de diferentes fármacos.

3-Realiza estudios serológico y pruebas suplementarias a otros retrovirus humanos como el VIH-2, el HTLV-I y el HTLV-II.

4-Establece normas operacionales para la calidad del diagnóstico.

5-Promover las normas de bioseguridad en los laboratorios de la red.

6-Establecer el sistema de control de la calidad que incluye: evaluación y aprobación de los Kits diagnósticos que se producen en el país o importan, desarrollo de bancos de suero y su distribución para las evaluaciones a productores de Kits diagnósticos.

7-Proporcionar entrenamientos al personal de laboratorio, educación continuada y asistencia técnica.

8-Participar en la vigilancia epidemiológica para determinar las características de la transmisión de retrovirus en el país.

9-Recopilar, analizar y brindar la información sobre la infección por retrovirus humanos a la Dirección Nacional de Epidemiología y a la Comisión Nacional de SIDA.

10-Establecer relaciones con los centros de referencias de otros países y de los Organismos Internacionales.

Desde 1989 comenzó a introducirse el equipo SUMA de fabricación cubana, el cual se encuentra instalado en todos los laboratorios de la red desde el 2do semestre de 1995.

Los 63 laboratorios realizan como promedio 125000 pruebas mensuales, utilizándose juegos de diagnóstico de producción nacional (UMELISA HIV-I-II recombinante).

Como pruebas confirmatorias, el LNR utiliza el método ELISA con juegos diagnósticos diferentes a los de producción nacional y el juego diagnóstico de WESTERN BLOT (WB) de fabricación nacional (DAVIH BLOT) y de importación (NEW LAV BLOT DIAGNOSTIC PASTEUR).

XII-EVALUACION.

La evaluación y monitoreo del programa debe ser un proceso permanente que permita caracterizar la actividad en cada Provincia.

Se efectuará una evaluación mensual del programa a nivel de Municipios, Provincias y semestral en el nivel central.

Los principales indicadores que se evaluarán serán los siguientes:

- Marcha de los proyectos de investigación específicos.
- Eficiencia y oportunidad del sistema de confirmación.
- Investigación epidemiológica.
- Control de los aspectos logísticos del programa.
- Tasas de detección de VIH+.
- Análisis de la morbilidad según grupos de edad, sexo y orientación sexual.
- Análisis de las tasas de mortalidad por SIDA.
- Proporción de contactos declarados de VIH localizados.
- Proporción de casos de ETS estudiados para VIH.
- Proporción de donantes de sangre investigados
- Proporción de gestantes investigadas.
- Proporción de casos de TB investigados para VIH.
- Proporción de reclusos investigados al VIH.
- Proporción de pacientes hemofílicos investigados.
- Proporción de casos con nefropatías investigados.
- Proporción de donantes de órganos investigados.
- Diagnósticos tardíos (casos clínicos).
- Proporción de los grupos captados y espontáneos investigados.

SUPERVISION

Se efectuará al menos 1 supervisión anual por el nivel central a las provincias y éstas lo harán trimestralmente a los municipios y mensualmente a los sanatorios, para lo cual tendrán en cuenta los criterios de estratificación de problemas de salud y conformar los planes de acción correspondientes.

Los municipios y las áreas de salud realizarán evaluaciones mensuales a los consultorios del MF y a los laboratorios donde los hubiera.

XIII-ANEXOS:

1-MANUAL DE PROCEDERES

2-NOTIFICACION Y REGISTRO

3-ESTRATEGIA EN LA PROMOCION DEL USO DEL CONDON

4-LEGISLACION Y SIDA.

1.1-ATENCION MEDICA:

Todo individuo seropositivo, transita los tres niveles de atención médica según los trastornos que la infección por VIH le produzca, así como aquellas intercurrentes no relacionadas con esta infección retroviral.

A-NIVEL PRIMARIO: SAA.

Será atendido por el MF.

- El MF tendrá dispensarizados al 100% de los casos infectados con el virus VIH, los cuales conocerá a través del Epidemiólogo o responsable del programa en la provincia.
- Clasificará a los portadores dentro de los grupos de riesgo (Grupo II) y a los enfermos dentro del grupo III según lo establecido dentro del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.
- Visitas de terreno:
 - Se efectuará en la vivienda del portador VIH, con una periodicidad que no sobrepase a la semana, aunque de acuerdo a como se comporte el proceso, podrá tener una frecuencia menor.
 - En su interrelación con el seropositivo y su núcleo familiar conocerá si el mismo cumple con los requisitos básicos del (SAA): "Ser responsables con su salud y la de los demás".

Los elementos de responsabilidad con su salud, entre otros, son:

- .Si cumple con la dieta adecuada.
- .Si cumple con las indicaciones médicas. (Administración de medicamentos, visitas programadas a consulta médica, exámenes complementarios, etc.).
- .Si tiene buena higiene personal y ambiental.
- .Si no ingiere bebidas alcohólicas habitualmente.

Los elementos de responsabilidad con la salud de los demás son:

- .Uso del condón en sus relaciones sexuales.
- .Mantener pareja estable y única.
- .Advertir a su pareja, antes de la primera relación sexual, de su condición de seropositivo al VIH.
- .Cualquier otro requisito que el MF considere de importancia.

- Realizará el examen médico físico y psíquico adecuado y observará si existen cambios o alteraciones de su estado de salud.

Estos cambios pueden ser:

- .Cambios de conducta.
- .Falta de aire o cianosis.
- .Taquicardia.
- .Arritmia
- .Cambios de coloración en la piel.
- .Diarreas.
- .Fiebre.
- .Aumento de volumen de los ganglios.
- .Pérdida de peso y otros.

- Remitirá el caso hacia el centro asistencial que corresponda, si así lo estima pertinente.

- Ante una urgencia médico quirúrgica (trauma, herida, fractura, etc.) dará los auxilios básicos establecidos y tomará las medidas de bioseguridad dispuestas para la desinfección del virus y procederá posteriormente a su remisión al centro asistencial designado.

- Controlará el examen para detección de anticuerpos anti-VIH en la pareja del o los seropositivos en la población bajo su control.

- Interconsultará, con el especialista correspondiente, cualquier caso que estime oportuno.

- Indicará algún examen complementario, que corresponda según su nivel, si lo entiende adecuado.
- Debe controlar que el seropositivo asintomático se realice los siguientes análisis en la unidad designada en cada territorio, según su grupo clínico:

FRECUENCIA ANUAL:

- 1-Western Blot (banda p24).
- 2-Hemograma con diferencial.
- 3-Eritrosedimentación.
- 4-Coagulograma mínimo.
- 5-Serología VDRL.
- 6-Glicemia.
- 7-TGP y TGO.
- 8-Urea.
- 9-Subpoblaciones linfocitarias.
- 10-Serología CMV, HSV, EBV.
- 11-Antígeno de Hepatitis B
- 12-Rx de tórax.
- 13-Electroencefalograma, preferiblemente computarizado.

El médico podrá indicar cualquier análisis ante una sospecha clínica y no necesariamente esperar el normado.

- Pacientes en los grupos SIDA MENOR (IV-A, IV-B, IV-C2 y IV-E) (Leucoplasia pilosa, Candidiasis oral, Herpes zoster, Herpes simple)

FRECUENCIA SEMESTRAL:

- 1-Hemograma con diferencial.
- 2-Eritrosedimentación.
- 3-Coagulograma mínimo.
- 4-Serología VDRL.
- 5-Glicemia.
- 6-TGP y TGO.
- 7-Urea.
- 8-Subpoblaciones linfocitarias.

- Pacientes en Grupo SIDA MAYOR (Grupos IV-C1 y IV-D: Neumonía por *Pneumocystis carinii*, Toxoplasmosis, Cryptococosis, Cryptosporidiasis, Candidiasis esofágica, etc.).

FRECUENCIA TRIMESTRAL:

- 1-Banda P24.
- 2-Hemograma con diferencial.
- 3-Eritrosedimentación.
- 4-Coagulograma mínimo.
- 5-Cualquier otro análisis a criterio médico.

FRECUENCIA DE ATENCION MEDICA EN LAS UNIDADES DESIGNADAS.

- 1-Grupo II y III: mensual.
- 2-SIDA MENOR (Grupos IV-A, IV-B, IV-C2 y IV-E): quincenal.
- 3-SIDA MAYOR (Grupos IV-C1 y IV-D): semanal

- A los enfermos:

- Visitar mensualmente al enfermo ingresado con el objetivo de conocer su evolución y poder informar a la familia.

- Visitar a la familia mensualmente y realizar las siguientes actividades:

a- Información sobre el estado de salud del paciente ingresado.

b- Conocer el resultado de las investigaciones realizadas para detectar cambios en el estado de salud.

c- Proceder de inmediato a la dispensarización de cualquier caso nuevo.

La atención médica especializada en el SAA se ofrece en tres niveles:

-NIVEL PRIMARIO:

- Área de Salud: Se realizan interconsultas del MF con otros especialistas.

- Sanatorios: El diagnóstico es eminentemente clínico, no se dispone de laboratorio, aunque pueden realizarse análisis clínico microbiológicos en coordinación con Hospitales, así como Rx. simples y contrastados.

-NIVEL SECUNDARIO:

- Hospitales Provinciales Docentes, donde se cuenta con Laboratorios Clínico Microbiológicos, Servicios de Rx, Cirugía y Terapia Intensiva.

-NIVEL TERCIARIO:

- La atención se brinda en los Institutos de Investigación (Instituto de Medicina Tropical), que cuenta con Laboratorios Clínico Microbiológico, incluidos estudios virológicos, servicios de Imagenología, Endoscopia y de Unidad de Cuidados Intermedios.

1.2-CENTROS DE EXTRACCIONES: FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS.

El país cuenta con 28 Bancos de Sangre (BC), 200 Centros de Extracciones (CE) y 21 Equipos Móviles (EM). Se procesan en el año 600,500 donaciones de sangre. Los BS cuentan para procesar las muestras con la tecnología de ultramicroelisa (SUMA).

A- La toma de datos de localización de los donantes:

1-Todos los donantes del país que acudan a los BS, CE o EM, deben presentar el carnet de identidad, de donde se recogerán los datos para su rápida localización, caso de ser necesario. Estos datos de identidad constarán en la historia clínica del donante.

2-De todas las donaciones se obtendrá un tubo piloto (según lo establecido, tendrá el mismo número que la historia clínica del donante) que se utilizará para la determinación de anticuerpos contra el VIH.

3-A los tubos pilotos se les señalará el grado de priorización de la prueba en los casos de grupos pocos frecuentes y cuando la sangre sea empleada en la producción de componentes.

B- Sobre la prueba serológica para el VIH:

1-Será obligatorio efectuar la prueba a todas las donaciones, tanto las utilizadas para terapéutica como para reactivos.

2-Los CE y BS que desplasmaten, podrán confeccionar los componentes o las fracciones, pero no la liberarán hasta obtener los resultados.

3-Debido a lo anterior, y a que pueda darse la posibilidad de que transcurran mas de 6 horas antes de tener el resultado, se debe trabajar para lograr un uso racional y científico de la sangre, de manera que se pueda tener una reserva estudiada del día anterior, lista para ser utilizada.

4-A pesar de lo señalado en los puntos 1 y 2 (ver adelante), en situación de emergencia y en los casos de vida o muerte, el médico de asistencia podrá autorizar la utilización de la sangre o sus componentes, sin los resultados de las pruebas, previa autorización del director del hospital o su representante y de los familiares del paciente. Deberá anotar en la historia clínica y reportar al Banco de Sangre Provincial y al Centro Provincial de Higiene y Epidemiología (CPHE) al otro día por escrito, los que verificarán si el caso es positivo o no.

C- Proceder con los casos positivos a la prueba de SUMA y otros problemas asociados:

1-Los casos positivos (en la primera determinación) se les debe comunicar inmediatamente a la unidad donde se extrajo la sangre para la destrucción o inactivación de la misma.

2-La inactivación de los líquidos de lavado con poca concentración de proteínas se realizará añadiendo hipoclorito de sodio hasta lograr una concentración final del 5%. Los frascos de sangre se introducirán en un recipiente metálico y se esterilizarán en autoclaves para su posterior eliminación. También pueden destruirse en el crematorio en los lugares donde éste exista.

3-Cuando el caso es positivo, se anotará en la Historia Clínica del donante "**NO APTO**", cuando éste repita su donación, se controlará como en el punto A-1.

4-Todos los casos positivos se repetirán y a la segunda prueba positiva se remitirán para el CPHE, en estas muestras se anotará ATENCION (ARB) y para su transporte al CPHE se introducirán en un segundo recipiente, por ejemplo: una bolsa impermeable, comprobándose cuidadosamente que el saquito no tenga escape o grietas.

5-Todas las muestras de sangre se deberán tratar como potencialmente contaminantes y se deben cumplir las normas establecidas para su manipulación.

6-Toda salpicadura de sangre o suero, debe ser lavada según las normas previstas de descontaminación.

7-Todas las puntas de pipetas y todo el material utilizado se pasará por autoclave. Los líquidos de lavado y otros, serán tratados por una solución de hipoclorito de sodio por 12 horas.

1.3-PREVENCIÓN OCUPACIONAL DEL SIDA:

El riesgo de infección ocupacional por el VIH, se debe fundamentalmente a la contaminación de las manos, mucosa ocular, nasal y bucal, por sangre y otros humores orgánicos infectados o por accidente (cortaduras o pinchazos) que ocurren con material contaminado en la manipulación de los pacientes.

Para una buena seguridad es necesario una adecuada capacitación y adiestramiento sistemático, del personal técnico y de servicio expuesto a estos riesgos.

Las acciones preventivas estarán dirigidas a garantizar:

- Educación del equipo de salud en las normas de bioseguridad.
- Vigilancia de las exposiciones laborales.
- Procedimiento de esterilización y desinfección.
- Normas de bioseguridad en los procedimientos de laboratorio.

1.3.3.-RECOMENDACIONES PARA LA ESTERILIZACION Y DESINFECCION DE OBJETOS CONTAMINADOS:

-ESTERILIZACION POR VAPOR:

Es el método recomendado para todo material médico reutilizable, siguiendo las especificaciones establecidas en el manual de procedimientos de esterilización.

-ESTERILIZACION POR CALOR SECO:

Se utilizará donde no se disponga de la esterilización por vapor, siempre siguiendo las especificaciones de los fabricantes y las establecidas en el manual de procedimientos de esterilización.

-ESTERILIZACION POR METODOS QUIMICOS:

En este método se podrá utilizar la esterilización por gas (óxido de etileno), o por peróxido de hidrógeno al 7% y el glutaldehido al 2%, siguiendo las especificaciones de los fabricantes y las establecidas en el manual de procedimientos de esterilización y desinfección.

-DESINFECCION POR EBULLICION:

Se recurrirá a este proceder cuando no se disponga de ninguno de los métodos anteriores, hirviendo el material por un tiempo de 20 minutos.

-DESCONTAMINACION:

Ver las indicaciones que se establecen en el manual de procedimientos de esterilización y desinfección.

En general las sustancias más utilizadas son los derivados del cloro: Hipoclorito de sodio (5% de cloro disponible) en soluciones que van en un gradiente de 0,5% (5 g x litro, 5000 ppm) hasta 0,05-0,01% (1 g x litro, 500-1000 ppm), en dependencia de la carga de materia orgánica.

Hipoclorito de calcio (70% de cloro disponible), en soluciones que van desde: 7 g x litro hasta 0,7-1,4 g x litro.

NADCC (60% de cloro disponible) en soluciones que van desde: 8,5 g x litro a 0,9-1,7 g x litro.

Cloramina (25% de cloro disponible), soluciones de 20 g x litro hasta 10-20 g x litro.

-ANTISEPSIA:

Los antisépticos mas recomendados son: el alcohol etílico al 70% y yodopovidona al 10% (1% de yodo libre).

-PRECAUCIONES UNIVERSALES CON LA SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES:

El sustento de estas medidas es la utilización de los mecanismos de barrera para prevenir la exposición.

En cada unidad asistencial o de investigación, se deberá garantizar las medidas siguientes:

- 1.- Identificar los fluidos de riesgo y las condiciones y procedimientos en que pueda ocurrir una contaminación o accidente.
- 2.- Utilizar barreras protectoras (guantes, máscaras, espejuelos, delantales, etc.) en los procedimientos en los cuales exista posibilidades de contagio.
- 3.- Prevención de los pinchazos y cortaduras mediante la realización de procedimientos seguros que eviten el accidente con material cortopunzante o no. Estas acciones estarán dirigidas a desechar este material, sin manipular en envases resistentes para su manipulación o en su defecto, garantizar la descontaminación previa del material reutilizable.
- 4.- Descontaminación de los derrames de los fluidos corporales en la superficie.

CLINICAS ESTOMALOGICAS:

Existe evidencia científica internacional que apunta hacia un mayor riesgo de infección durante la práctica clínica de la Estomatología. Se ha observado que el personal de estomatología tiene una mayor incidencia de Hepatitis B que la población en general. De ahí la necesidad de establecer medidas de bioseguridad para la protección de este personal y de los pacientes contra la infección por el VIH, tanto en los servicios para la atención a la población en general, como en aquéllos destinados a la atención a pacientes portadores del virus y de la enfermedad.

Para los servicios de atención a la población general

Teniendo en cuenta que es imposible conocer a ciencia cierta si un paciente cualquiera es portador o no del VIH, todo paciente que acuda a recibir tratamiento a un servicio estomatológico debe ser considerado como posible transmisor de la enfermedad. Por ello, se adoptarán, de manera permanente, las siguientes medidas:

Todos los estomatólogos deberán usar guantes para la atención de sus pacientes, los cuales, no necesitan esterilización previa, con excepción de los que, como es habitual, se utilicen en actividades quirúrgicas.

De ser posible, los guantes se cambiarán entre pacientes y siempre que sufran alguna rotura. De no poder cambiarse, se lavarán con agua y jabón, tal como se realiza con las manos.

Es imprescindible un minucioso lavado de las manos con agua y jabón antes y después del uso de los guantes. Cuando sea necesario producir el cambio de guantes por rotura durante la atención a un paciente, ello debe realizarse de forma inmediata, en cuyo caso, el estomatólogo deberá proceder al lavado de las manos antes de colocarse los nuevos guantes.

Es aconsejable prestar la debida atención durante la manipulación del instrumental, en evitación de pinchazos o heridas.

Es obligatorio el uso de tapabocas (nasobuco) por parte de todos los estomatólogos durante la atención a los pacientes, el cual se deberá cambiar como mínimo, al finalizar cada jornada de trabajo. Si durante la atención a un paciente el nasobuco se salpica con sangre o fluidos bucales del paciente, el mismo debe ser sustituido de inmediato.

En los servicios donde sea posible, es recomendable usar espejuelos para la protección de los ojos.

El instrumental utilizado en la atención a los pacientes deberá depositarse en una bandeja con agua jabonosa o detergente durante un período de 15-30 minutos, antes de proceder a su limpieza, la que debe realizarse con cepillo, a fin de eliminar todo residuo orgánico, para luego proceder a su esterilización. De contarse con hipoclorito de sodio, debe utilizarse una solución en una dilución de 1:100, equivalente a 1/4 de tasa de hipoclorito para un galón de agua, la que deberá cambiarse al concluir cada sesión de trabajo, por cuanto el hipoclorito es inactivado por los residuos orgánicos.

En aquellos servicios estomatológicos que no cuenten con ninguna de estas dos posibilidades, entonces se introducirá el instrumental durante 1-2 minutos en agua hirviendo, procediéndose de inmediato a su limpieza y secado, en evitación de un mayor deterioro, antes de su esterilización.

Resulta imprescindible el estricto cumplimiento de las normas de esterilización actualmente vigentes para los servicios estomatológicos del país.

La eliminación de las agujas desechables al finalizar la atención a cada paciente, resulta de estricto cumplimiento para todos los servicios estomatológicos del territorio nacional.

Las fresas de airtor que se utilicen para realizar una apertura cameral o cualquier otra actividad mediante la cual puedan ponerse en contacto con sangre, deberán ser esterilizadas antes y después de cada tratamiento, lo mismo que todo el instrumental considerado como "crítico".

Después de la atención a cada paciente, se debe accionar la pieza de mano del airtor durante 20-30 segundos, para descargar el agua y el aire que quedaron en el interior de la misma. Esta maniobra debe realizarse sobre la escupidera y alejado del paciente y del propio operador, para evitar la contaminación con la nebulización. Este proceder debe repetirse al iniciarse la jornada laboral de cada día, para disminuir los microorganismos que puedan haberse acumulado durante la noche o el fin de semana.

Todo espécimen quirúrgico que vaya a ser analizado (biopsias) debe ser manipulado y almacenado en recipientes resistentes para su transportación, evitando contaminar la superficie externa del mismo.

Todo diente extraído debe ser considerado infeccioso, por lo que se deben tomar las mismas precauciones. De ser posible, deben ser esterilizados antes de su utilización como elemento de enseñanza. De igual forma, deben utilizarse guantes para su manipulación.

La técnica de atención estomatológica o el personal dedicado al fregado del instrumental, debe utilizar guantes protectores y tomar las precauciones adecuadas para evitar pinchazos y heridas.

Después de la atención a cada paciente y al concluir las actividades laborales de cada día, se deben limpiar adecuadamente, con los recursos disponibles, todas las superficies de las unidades dentales y de las mesas de instrumental.

En los servicios estomatológicos en que ello sea factible, el material de desecho (agujas, torundas, etc.), debe ser recogido en un recipiente cerrado y resistente y ser cremado.

LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA:

MEDIDAS A TOMAR CON EL MATERIAL DE NECROPSIAS Y PIEZAS QUIRURGICAS.

El personal que trabaja en Anatomía Patológica, al manipular cadáveres, piezas de necropsias, sangre, secreciones y excreciones corporales potencialmente contaminados deberán cumplir rigurosamente:

-LIMITAR EL ACCESO

1- Se prohíbe el acceso a toda persona ajena a la actividad mientras se esté realizando la necropsia a un fallecido por el SIDA, así como durante la limpieza y descontaminación del local.

2- No manipularán muestras de enfermos o fallecidos por SIDA: gestantes y personas inmunodeprimidas o con heridas abiertas.

PRECAUCIONES EN LAS AUTOPSIAS:

1- El fallecido se recibirá dentro de una bolsa de nylon.

2- Durante el proceso, desde el comienzo y hasta que termine la descontaminación del local, todas las personas, incluidos médicos, técnicos y personal de limpieza, usarán guantes dobles nuevos, batas largas, botas de goma, delantal impermeable y máscara protectora o en su defecto, lentes de protección y nasobuco. También deberán evitar heridas o cualquier contacto accidental de piel y mucosas con material infectado.

3-El fallecido se extrae de la bolsa de nylon y se procede de la misma forma que con cualquier otro caso, siempre y cuando se cumplan con las medidas de protección antes señaladas, además para la extracción del encéfalo se introduce la cabeza y la sierra en una bolsa de nylon transparente y después de serrado el hueso se deja reposar cinco minutos para que el polvo se deposite.

4-Después de extraídas las partes del cadáver que se estimen necesarias, éste se rellena y cierra con esparadrapo (no usar agujas e hilo).

5-Terminado de cerrar el cadáver, se viste, si la familia así lo desea, se coloca en el ataúd sin bolsa de nylon y se cierra sin sellarlo.

SOBRE LA TOMA DE MUESTRAS

1- Las piezas pueden ser disecadas sobre la misma mesa donde se hizo la autopsia.

2-El pesaje de los órganos se hará en la pesa habitual, cubriendo la bandeja con plástico.

3-Una vez tomada las muestras necesarias, el resto de la pieza se deposita dentro de una bolsa de nylon y se envía al crematorio para su incineración. El fragmento escogido para estudio se sumerge en formol al 10% por 72 horas.

SOBRE LA DESCONTAMINACION

1-Después de terminado todo el proceso, se descontaminarán los líquidos orgánicos, instrumentos, recipientes y superficies de trabajo con una solución de hipoclorito de sodio o de calcio al 5.25% y diluido a razón de una parte en diez de agua o también con una solución de formol al 4%, manteniéndose bajo la acción de una de estas dos soluciones durante 20-30 minutos.

2-Pasado el tiempo señalado anteriormente, se limpiarán los instrumentos, recipientes y superficies de trabajo con agua y jabón abundantes.

3-Los líquidos orgánicos descontaminados y el agua, pueden ir a la red de residuales del hospital.

4-El instrumental, después de lavado, se envía a esterilizar en autoclave durante 30 minutos a 121°C y a 1.4 kg./m (una atmósfera).

5- Terminada la limpieza, las botas, instrumental, delantal y guantes utilizados se desinfectarán con una solución de hipoclorito igual a la señalada en 1 y posteriormente se lavarán con agua y jabón o detergente.

Las batas, gorros y otras piezas de tela que se hayan utilizado, se empaquetan dentro de una bolsa de nylon y se envían a la lavandería donde deben ser hervidas durante 30 minutos y después lavadas.

6- El personal debe bañarse antes de retirarse.

IDENTIFICAR Y LIMITAR LOS RIESGOS POTENCIALES PARA OTRAS PERSONAS.

- 1- Todo el instrumental, recipientes, batas, etc., estará marcado con la palabra SIDA.
- 2- Se fijará una tarjeta de aviso en la identificación del cadáver.
- 3- Prohibición estricta de donar órganos para trasplantes.
- 4- No distribuir tejidos de personas con SIDA o seropositivos al VIH para investigaciones, salvo en el caso de que exista acuerdo específico al respecto.

PRECAUCIONES EN EL MANEJO DE PIEZAS QUIRURGICAS

- 1- Las muestras quirúrgicas de pacientes infectados por VIH deben ser recibidas en el laboratorio de patología en recipientes marcados con la palabra SIDA.
- 2- El patólogo y el técnico deben usar guantes dobles.
- 3- Las muestras, una vez descritas, se sumergen en formol al 10% por 72 horas. Es importante que la relación tejido/formol sea 1/20.
- 4- La mesa y el instrumental deben ser descontaminados con hipoclorito y posteriormente lavados con agua y jabón o detergente.

El instrumental además será esterilizado en autoclave y lo que se deseché se pone en una bolsa plástica y se incinera.

- 5- Si se hace biopsia por congelación (transoperatoria) se descontamina la cuchilla con alcohol al 70% por dos horas para evitar la corrosión del hipoclorito.

1.4-MEDIDAS EN EL MANEJO DE PACIENTES SOSPECHOSOS O ENFERMOS

En el manejo sanatorial, hospitalario y en la atención ambulatoria de estos pacientes deben ser aplicadas las Precauciones Universales en la Prevención de las Infecciones Hospitalarias:

- A) Evitar heridas accidentales con instrumentos punzantes o cortantes contaminados o impedir el contacto de lesiones cutáneas con material proveniente de pacientes infectados.

Las jeringuillas y agujas desechables, hojas de bisturí y demás instrumentos cortantes deben guardarse en recipientes irrompibles en el mismo lugar donde se utilicen o lo mas cerca posible. A fin de evitar pinchazos, las agujas no se deben tapar, doblar, romper ni separar de las jeringuillas desechables.

Al efectuar procedimientos que impliquen contacto con sangre o líquidos corporales potencialmente infecciosos, tales como endoscopías, operaciones odontológicas o necropsias, es necesario usar guantes, bata, nasobuco, mascarilla y gafas protectoras.

B) USAR GUANTES cuando se trabaje con muestras o se manipulen objetos manchados de sangre, fluidos corporales, excreciones y secreciones, así como superficies, materiales y objetos expuestos a ellos.

C) USAR BATAS PROTECTORAS siempre que exista el peligro de mancharse con fluidos corporales, secreciones o excreciones.

D) LAVARSE LAS MANOS después de quitarse las batas y los guantes; si las manos se manchan con sangre o fluidos corporales, lavarse inmediata y enérgicamente con agua y jabón.

E) Si se produce un accidente por instrumentos punzantes o cortantes, se deberá inmediatamente ejercer presión en el lugar de la puntura o herida con miras a eliminar la mayor cantidad de sangre potencialmente contaminada de la zona afectada, así como proceder al lavado con agua y jabón en forma enérgica y posteriormente realizar la desinfección de la zona afectada con alcohol al 70%.

Si el accidente ocurre con sangre potencialmente infectada, se hace necesario realizar chequeo con prueba de SUMA con la periodicidad establecida en el PNCPS, registrando los resultados del seguimiento del accidentado.

2-NOTIFICACION Y REGISTRO:

Procedimientos fundamentales.

-PROCEDER CON EL PACIENTE SEROPOSITIVO DETECTADO:

Una vez detectado el individuo como seropositivo al VIH, los servicios epidemiológicos del país, a través de los epidemiólogos que laboran en los diferentes CPHE, le explican al seropositivo la necesidad de ingresar en un sanatorio de los existentes en el país con vistas a realizar una evaluación del paciente, modular su conducta y educarlo para que pueda reintegrarse a la sociedad sin que constituya un riesgo para los demás.

En casos muy seleccionados, la provincia podrá evaluar la posibilidad de que el infectado pase directamente a la atención ambulatoria sin necesidad de ingreso previo en el sanatorio, lo que tiene que ser aprobado por la comisión provincial.

En cada Sanatorio, existe una Comisión de Admisión, integrada por los servicios de Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Medicina, Epidemiología y Psiquiatría que reciben al paciente y le explica lo que representa el Sanatorio, su reglamento, sus funciones etc.

Como parte de la Asistencia Médica, el médico reconoce al paciente, le confecciona su historia clínica, le indica los exámenes sanguíneos que incluye: hemograma con diferencial, conteo de células CD4, y CD8, pruebas cutáneas de hipersensibilidad, serología de Citomegalovirus (CMV), Epstein Bar Virus (EBV) y virus del Herpex Simples, Criptococos, Histoplasma, Cándida, Toxoplasma y otros.

Pasados 15 días, esta Comisión presenta los resultados de la evaluación integral del paciente, lo cual permite decidir si el paciente reúne los requisitos para incorporarse al SAA inmediatamente o si requiere de un tiempo mayor de evaluación.

Transcurridos los 6 primeros meses como plazo máximo, y en dependencia de la conducta del seropositivo, del medio familiar que lo rodea y de los resultados de su evaluación integral se decide, si así lo desea, su incorporación al SAA.

Durante su estadía en el Sanatorio, el paciente se clasifica en los distintos grupos según las etapas por las que pasa la infección del VIH, según la clasificación de los CDC, en grupos I, II, III,IV.

Los grupos IV y los casos de SIDA son observados periódicamente y, si muestran alguna sintomatología o complicación, se ingresan en la sala de observación del Sanatorio, donde se determina si es factible de tratamiento en ésta, en un Hospital Provincial o en el IPK.

Los pacientes en el Sanatorio pueden recibir visitas de amigos y familiares en los horarios que se determinen en cada institución de acuerdo a las características de cada provincia, realizando actividades recreativas, deportivas, culturales, etc., lo mismo dentro que fuera de la ciudad.

Todos los pacientes salen de pase a visitar a sus familias, de acuerdo al Reglamento Interno de cada Institución. Ante cualquier situación social importante, de índole personal, el paciente puede ir a su casa a dar frente a la misma, independientemente de que es función del Sanatorio conocer y resolver cuanto problema pueda surgir en el seno de la familia.

Sanatorio

- Mantendrá actualizado el registro de los seropositivos y enfermos, especificando su localización.
- Recepcionará los casos notificados por el CPHE y el laboratorio de referencia nacional.
- Confeccionará la información del parte telefónico referido al universo de seropositivos y enfermos, independientemente del lugar en donde reciban tratamiento o se encuentren, conjuntamente con el epidemiólogo de la unidad.
- Comunicará semanalmente al CPHE la información contenida en el parte telefónico.
- Tramitará con el CMHE o CPHE nuevos contactos de los seropositivos o enfermos que se detecten posterior a su notificación, especificando nombre, edad, dirección y número índice del caso a que corresponda.

CMHE Y CPHE

- 1.- Recepcionará los casos notificados como positivos por el Laboratorio de Referencia Nacional y nuevos contactos que se detecten posterior a la notificación, por el Sanatorio del Territorio.
- 2.- Recepcionará semanalmente el total de pruebas analizadas por los laboratorios correspondientes a su territorio.
- 3.- Confeccionará la Encuesta Epidemiológica de cada caso, y mantendrá actualizado el fichero de cada caso y contactos (chequeados y altas).
- 4.- Confeccionará el parte telefónico a partir de la información proveniente del Laboratorio y el Sanatorio del territorio.
- 5.- Enviará la Encuesta Epidemiológica de todo caso notificado a la Dirección Nacional de Epidemiología.
- 6.- Confeccionará el modelo 84-01 "Enfermedades de Declaración Obligatoria. Notificación de Caso" a todo seropositivo de VIH que sea diagnosticado como enfermo de SIDA, consignando en el mismo número de caso índice, edad, sexo, municipio y diagnóstico. Se omitirá el nombre del paciente.

LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA:

- Comunicará semanalmente el total de casos seropositivos al VIH detectados según grupos de riesgo y provincia de procedencia a la Dirección Nacional de Estadísticas.

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS:

- Verificará que la incidencia de enfermos de SIDA reportada por los sanatorios se le haya confeccionado el modelo 84-01 "Enfermedades de Declaración Obligatoria. Notificación de Caso."

- Confeccionará conjuntamente con el epidemiólogo el parte telefónico y enviará al nivel correspondiente superior con la periodicidad establecida.

- Actualizará las series cronológicas con la información reportada cada semana.

LEGISLACION Y SIDA:

En Cuba no se han efectuado modificaciones especiales para el VIH/SIDA a la legislación vigente. No obstante existen diferentes Leyes, Decretos Leyes y Resoluciones que protegen al seropositivo al VIH o enfermo SIDA en cuanto al derecho que tienen todos los ciudadanos a recibir una adecuada atención médica, derecho al trabajo y a la seguridad social.

Todas las acciones de Control epidemiológico, de Asistencia Médica y de Seguridad Social para las enfermedades transmisibles, incluyendo el SIDA, tienen como basamento legal las disposiciones siguientes:

- Ley No. 24 del 28 de Agosto de 1979 sobre el Sistema de Asistencia y Seguridad Social:

- Artículo 1: El Estado garantiza la protección adecuada al trabajador, a su familia y a la población en general, mediante el Sistema de la Seguridad Social, que comprende un régimen de Seguridad Social y un régimen de Asistencia.

- Artículo 2: El régimen de Seguridad Social ofrece protección al trabajador en los casos de enfermedad, accidente de origen común o profesional, maternidad, invalidez, vejez y, en caso de muerte del trabajador protege a su familia.

- Artículo 3: El régimen de Asistencia Social protege especialmente a los ancianos, a las personas no aptas para trabajar, y en general a todas aquellas personas cuyas necesidades esenciales no estén aseguradas o que por sus condiciones de vida o de salud requieran protección y no puedan solucionar sus dificultades sin ayuda de la Sociedad.

- El Decreto Ley No. 54 de abril de 1982 "Disposiciones Sanitarias Básicas" que establece las disposiciones necesarias para la mejor organización y funcionamiento del servicio higiénico sanitario del país y las medidas para la prevención y control de las enfermedades transmisibles.

En el capítulo II. **Medidas para la prevención y control de enfermedades**, señala:

- Artículo 9: Para el ejercicio de las acciones de prevención y control de enfermedades transmisibles se adoptan, según el caso de que se trate, una o mas de las medidas siguientes:

a) El aislamiento de los sospechosos de padecer una enfermedad transmisible y de los posibles portadores de sus gérmenes, si se estimara necesario, así como la suspensión o limitación de sus actividades cuando el ejercicio de éstas implique peligro para la salud pública.

- Artículo 10: Es de obligatorio cumplimiento la observancia de las medidas establecidas para la prevención y control de las enfermedades transmisibles así como la notificación de las enfermedades y la información por parte del profesional que realice su diagnóstico de acuerdo con las disposiciones que al efecto se dicten.

- Decreto Ley No. 67 de abril de 1983 "Ley de organización de la Administración Central del Estado", que establece en su artículo 81 que el Ministerio de Salud Pública es el organismo encargado de dirigir ejecutar y controlar la aplicación de la política del estado y gobierno en cuanto a la atención de los problemas de salud del pueblo y a ese fin tiene entre otras la función principal de ejercer el control epidemiológico de las enfermedades.

- La ley No. 41 del 13 de julio de 1983 "Ley de Salud Pública":

- Artículo 4: La organización de la salud y la prestación de los servicios que a ella corresponde en nuestra sociedad socialista se basan en:

-b El carácter estatal de las Instituciones, la gratuidad de los servicios de la salud y de la asistencia médica de acuerdo con las regulaciones que al efecto se establecen.

- Artículo 20: El Ministerio de Salud Pública determina las enfermedades que representan peligro para la comunidad, adopta las medidas para su prevención y diagnóstico y establece los métodos y procedimientos para su tratamiento obligatorio en forma ambulatoria u hospitalaria, acciones estas que se ejecutan a través de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

- Artículo 54: A los efectos del desarrollo y perfeccionamiento de la prevención, protección y control de la salud en el campo de la higiene y la epidemiología, el Ministerio de Salud Pública promueve estudios e investigaciones en coordinación con los órganos y organismos, e instituciones científicas que corresponda y con la participación activa y organizada de la población si fuese necesario.

- Decreto 139 de 4 de Febrero de 1988 "Reglamento de la Ley de Salud Pública".

- Artículo 123-C-1. Corresponde al Ministerio de Salud Pública ejecutar las acciones encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades transmisibles o no que dañen la salud humana y planificar, ejecutar y controlar los planes, programas y campañas tendentes al control o erradicación de enfermedades y otras alteraciones de la salud. A estos fines antes señalados tendrá las atribuciones siguientes:

c) En la ejecución de acciones para la prevención y control de las enfermedades transmisibles, disponer las siguientes medidas:

1-Aislamiento de casos confirmados o presuntivos y otros posibles reservorios humanos durante el tiempo y lugar que determine la autoridad sanitaria correspondiente.

El Código Penal establece en su capítulo V delitos contra la Salud Pública, sección Primera Propagación de epidemias, artículo 187.

- El que infrinja medidas o disposiciones dictadas por las autoridades sanitarias competentes para el control de las enfermedades transmisibles y los Programas o Campañas para el control o erradicación de enfermedades o epidemias de carácter grave o peligrosas, incurre en sanción de privación de libertad, de 3 meses a 1 año o multa de 100 a 300 cuotas o ambas.

2-En igual sanción incurre el que se niegue a colaborar con las autoridades sanitarias en los lugares del territorio nacional en que cualquier enfermedad transmisible adquiera características epidémicas graves o en los territorios colindantes expuestos a la propagación.

3-El que maliciosamente propague o facilite la propagación de una enfermedad, incurre en sanción de privación de libertad de tres a ocho años.

REGLAMENTO SOBRE EL SISTEMA DE ATENCION AMBULATORIA PARA PORTADORES DEL VIH Y ENFERMOS DEL SIDA.

CAPITULO I

GENERALIDADES

ARTICULO 1 A los efectos del presente Reglamento las Siglas que en él aparecen se utilizan para identificar las denominaciones que a continuación se relacionan:

SAA: SISTEMA DE ATENCION AMBULATORIA

VIH: VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

CEOI: COMISION DE EVALUACION Y ORIENTACION INTEGRAL

MINSAP: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SIDA: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

SNS: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ARTICULO 2 El presente Reglamento tiene como objetivo, establecer las disposiciones que habrán de cumplirse en el perfeccionamiento del Programa Nacional de Control del SIDA, a través del (SAA), cuyo contenido viene dado fundamentalmente por los deberes y obligaciones que deben ser observados, tanto por los pacientes como de las Unidades Asistenciales que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS).

ARTICULO 3 Este reglamento es de aplicación a todos los ciudadanos cubanos diagnosticados seropositivos al VIH, que después de ser detectados y confirmada su seropositividad, hayan sido integralmente caracterizados, y decidan voluntariamente acogerse al tratamiento especializado ambulatorio.

CAPITULO II

PRINCIPIOS EN QUE SE FUNDAMENTA EL SISTEMA DE ATENCION AMBULATORIA.

ARTICULO 4 El Sistema de Atención Ambulatoria de todo paciente que se diagnostique como seropositivo al VIH y que voluntariamente opte por acogerse al mismo, se sustenta en los siguientes principios:

a) La determinación de aptitud para el SAA solo se realizará en aquellos casos que voluntariamente hayan optado por dicho sistema.

- b) La persona seleccionada como apta para el SAA, ha de ser un individuo cuya conducta no represente riesgo para la propagación del VIH y asuma una actitud responsable con su propia salud.
- c) Se le garantizará a toda persona seleccionada una atención médica integral altamente especializada según lo requiera su caso y determinen los facultativos.
- d) La determinación de aptitud para el SAA, se establece por una Comisión Técnica Provincial que ha de constituirse al efecto, integrada por los miembros que designe el Director Provincial de Salud.
- e) La condición de aptitud para el SAA, puede ser revocada por la Comisión Técnica Provincial si la conducta del individuo varía en el sentido de adoptar una forma de comportamiento distinta a la que lo hizo merecedor del Sistema Ambulatorio.
- f) Las decisiones adoptadas por las Comisiones Técnicas Provinciales podrán ser revocadas a instancias de la parte interesada, por la Comisión Técnica Nacional presidida por el Viceministro que atiende el área de Higiene y Epidemiología.
- g) Las Comisiones Técnicas Provinciales y la Comisión Técnica Nacional, tendrán dentro de sus funciones, la de controlar mediante inspecciones periódicas, el cumplimiento del SAA en su esfera de competencia.

CAPITULO III

DEL SISTEMA DE ATENCION AMBULATORIA.

SECCION I

DE LOS PASOS PARA LA APLICACION DEL SAA

ARTICULO 5 El SAA se aplicará a través de los pasos siguientes:

- a) Detección y confirmación del seropositivo al VIH:

La detección y confirmación del seropositivo se ejecutará de conformidad al Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA en el país.

b) Ingreso del paciente en el Sanatorio que corresponda, según su lugar de residencia.

Una vez confirmada la persona como infectado al VIH, los funcionarios del servicio epidemiológico correspondiente le comunican al paciente la necesidad de ingresar en uno de los Centros Senatoriales existentes en el país, con el objetivo de ser evaluado integralmente y recibir la información sanitaria requerida.

Esto se llevará a cabo por decisión de la autoridad sanitaria competente, mediante acta de notificación al interesado una vez detectado y confirmada su seropositividad.

c) Evaluación Integral de Caracterización en el Sanatorio.

La evaluación integral de los pacientes se realizará por las CEOI de cada Institución en un plazo mínimo de 15 días y en un plazo máximo de 6 meses, período de tiempo en el cual se determinarán las acciones a seguir con el interesado en el orden epidemiológico, clínico y social antes de ser aprobado o no para el SAA. Los resultados de la evaluación efectuada por la CEOI, se remitirán al Consejo de Dirección del Centro, lo cual constituye una segunda instancia de evaluación aprobación el que, en coordinación con la Dirección Provincial de Salud, determinará el otorgamiento o no del SAA al paciente.

d) En el proceso de evaluación que se realice por el Consejo de Dirección del centro sanatorial, de los casos que soliciten su incorporación al SAA, se estudiarán las posibilidades de incorporación laboral que puedan existir para el paciente en la propia institución sanatorial, en centros del SNS o en el centro de trabajo de procedencia, con vistas a obtener vías alternas para su productiva incorporación laboral, efectuando las propuestas que corresponden a la Comisión Técnica Provincial.

e) Culminado el proceso de evaluación por parte de los Consejos de Dirección sanatoriales, estos formularán sus propuestas argumentadas de admisión o no del paciente al SAA ante la Comisión Técnica Provincial, la que evaluará los casos con vistas a su toma de decisión teniendo en consideración los criterios de la CEOI, los que se formulen por los propios consejos de dirección de los sanatorios y los de cualquiera otra institución u organización que se considere pertinente.

5- Aprobada o no por la Comisión Técnica Provincial la incorporación de un paciente al SAA, se procederá comunicarle a éste la decisión adoptada mediante acta de notificación de la Dirección del Centro al que esté vinculado.

SECCION II

DE LAS INCONFORMIDADES

ARTICULO 6 Contra la decisión adoptada por la comisión Técnica Provincial, la parte interesada podrá mostrar inconformidad dentro de los 10 días hábiles siguientes a la notificación ante la Comisión Técnica Nacional, la que dentro del término de 30 días hábiles siguientes al de la presentación de la inconformidad, resolverá lo que corresponda.

ARTICULO 7 Contra la decisión de la Comisión Técnica Nacional no se admitirá inconformidad, teniendo la misma, carácter definitivo. No obstante lo anterior, si posteriormente aparecieren elementos que justifiquen una nueva evaluación del paciente, podrá iniciarse un nuevo proceso en cumplimiento de los pasos establecidos en el presente Reglamento.

SECCION III

DE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMISION TECNICA PROVINCIAL Y NACIONAL EN LA APLICACION DEL SAA.

ARTICULO 8 Una vez autorizado el paciente a acogerse al SAA, la CTP en coordinación con los factores que corresponda, ejecutará las acciones periódicas necesarias para mantener el seguimiento del caso y controlar la aplicación del SAA.

ARTICULO 9 Cuando se tenga conocimiento por la Comisión Técnica Provincial, de cualquier información que justifique revocar la autorización concedida por haber modificado el paciente su conducta personal, se procederá a comunicarle mediante notificación escrita la decisión adoptada de reincorporarlo al Sistema de Tratamiento Sanatorial. Contra tal decisión podrá mostrarse la inconformidad correspondiente en cumplimiento de lo establecido en el artículo 6 del presente Reglamento.

CAPITULO IV

DE LA RESPONSABILIDAD DE LAS UNIDADES DEL S.N.S EN LA APLICACION DEL SAA.

ARTICULO 10 Las Direcciones Provinciales de Salud determinarán los centros para la atención especializada de los pacientes acogidos al SAA, orientando a quienes corresponda, las coordinaciones necesarias que garanticen los servicios asistenciales entre las diferentes instituciones del país y la asignación gratuita de los medicamentos específicos en el tratamiento del SIDA.

ARTICULO 11 Las Direcciones Provinciales de Salud, determinarán los Centros Asistenciales que atenderán las urgencias médicas de estos pacientes en su localidad.

ARTICULO 12 A cada paciente seropositivo al VIH acogido al SAA, se le asignará una dieta alimenticia según el Dietario Médico Nacional, código 3224 sujeta a las mismas disposiciones y procedimientos de distribución vigentes en el país.

ARTICULO 13 Las Direcciones Municipales y Provinciales de Salud, se responsabilizarán con el adiestramiento del personal médico y paramédico que se vincula al SAA, tomando en consideración las experiencias acumuladas en los sanatorios.

ARTICULO 14 El Médico de Familia asumirá la atención primaria básica de los pacientes acogidos al SAA que residan en su área de atención, preferentemente en su domicilio.

CAPITULO V

DE LA RESPONSABILIDAD DE LOS SANATORIOS EN LA APLICACION DEL SAA.

ARTICULO 15 Los Sanatorios, con vistas a la aplicación del SAA, deberán ejecutar los aspectos siguientes:

- a) Formular los ajustes correspondientes entre el Reglamento Interno y las disposiciones establecidas en el presente reglamento.
- b) Reconceptualizar los objetivos del Sanatorio no solo como centro de atención, tratamiento, evaluación y modulador de conducta de los pacientes, sino también en el enfrentamiento a la infección por VIH por parte de la Comunidad.
- c) Entrenar a los que se acogen al SAA.
- d) Adecuar los horarios de entrada y salida de los pacientes que reúnan condiciones para acogerse al SAA y deciden permanecer bajo tratamiento sanatorial.

CAPITULO VI

DE LAS SANCIONES

ARTICULO 16 Las violaciones de lo dispuesto en el presente Reglamento serán sancionadas de conformidad a lo establecido en la legislación vigente.

DISPOSICIONES ESPECIALES

PRIMERA El paciente seropositivo al VIH que opte y resulte apto para el SAA, que no quisiera establecer o restablecer vínculo laboral, no recibirá ningún apoyo financiero especial distinto al que le correspondiere a cualquier ciudadano no seropositivo por el Sistema de Seguridad Social establecido en el país.

SEGUNDA El MINSAP establecerá las coordinaciones pertinentes con el CETSS para determinar los puestos de trabajo que no pueden ser ocupados por los pacientes seropositivos acogidos al SAA, y el pago, por concepto de salario o subsidio que deberá otorgársele al mismo condicionado a su incorporación laboral.

3-ESTRATEGIA PARA LA PROMOCION DEL USO DEL CONDON.

I-INTRODUCCION:

En 1664, el anatomista italiano Falopio describió el preservativo como una funda que cubre el pene y puede protegerlo contra ETS y embarazos no deseados. En los años 1840, fue factible producir condones sintéticos al desarrollarse la vulcanización del caucho. La introducción del látex líquido en los años 1930, preparó el terreno para los preservativos de mayor resistencia a la tensión y una vida útil considerablemente más larga.

En la actualidad, cuando casi el 90 % de la infección por VIH se transmite sexualmente, los preservativos de goma látex constituyen una parte esencial de los programas de Salud Pública destinados a controlar su transmisión.

No se puede hablar de programación de preservativos para prevenir la transmisión sexual de las ETS/VIH/SIDA y protección de la salud reproductiva en general sin mencionar la promoción de preservativos. Esta promoción, que también se conoce con el nombre de Información, Educación y Comunicación (IEC), comprende actividades destinadas a incrementar la demanda, lo que implica instar a las personas que mantienen prácticas sexuales de riesgo a " probar los preservativos y a continuar usándolos en forma constante".

Para lograr este objetivo se hace necesaria la participación activa de otros Organismos del Estado e Instituciones Sociales tales como: Ministerio del Turismo, Educación, Federación de Mujeres Cubanas, etc., ya que el problema de la prevención del VIH/SIDA rebasa el marco estrecho de la Salud Pública para proyectarse en toda su dimensión al resto de la Sociedad.

Sin embargo, el éxito de la promoción del uso de condones depende de que éstos estén disponibles por lo que se impone una planificación sistemática de la adquisición y distribución de condones que nos asegure su disponibilidad en las cantidades adecuadas, en buenas condiciones , ubicados en los lugares apropiados y al precio correcto.

-ESTRATEGIA

-PREVENIR LA TRANSMISION SEXUAL DEL VIH/SIDA.

-INTERVENCIONES

I- Promover comportamientos sexuales de menor riesgo.

- 1- Uso correcto del condón cada vez que un individuo participe en una actividad sexual de riesgo.
- 2- Disminución del número de parejas ocasionales.
- 3- Práctica de la fidelidad mutua.
- 4- Práctica de actos sexuales de menor riesgo, es decir, sexo sin penetración.

II- Proveer condones:

El propósito de esta intervención es aumentar el acceso al condón y mejorar su disponibilidad. Debe asegurarse el acceso al condón y su disponibilidad a las poblaciones antes de emprender su promoción.

-PARAMETROS DE EVALUACION (Ver indicadores del componente Educativo)

-SISTEMA LOGISTICO EN LA PROMOCION DE CONDONES.

I-OBJETIVO:

Garantizar la disponibilidad de condones que cumplan los requerimientos de estándares y especificación para el país.

II-RESULTADOS ESPERADOS:

- 1- Disponer para 1997, del 50% de las necesidades estimadas.
- 2- Lograr un incremento del 25% anual en la adquisición de condones con vistas a lograr satisfacer la demanda estimada para el año 1999 en concordancia con los objetivos de promoción y prevención reflejados en el Plan a Mediano Plazo con la OPS.

3-Lograr ejecutar el proyecto de construcción y puesta en marcha del Control de la Calidad en el Sistema Nacional de Almacenaje mediante el Laboratorio Nacional de Control de la Calidad en el 2do. semestre de 1997.

4-Disponer del 70% de la capacidad de almacenaje, con las condiciones ambientales adecuadas.

III-ACTIVIDADES:

1-Contratar el 50% de la demanda prevista para el año 1997 con entrega en el segundo semestre.

2-Identificar y concertar con Organismos Donantes, el financiamiento del 50 % de la demanda estimada.

3-Efectuar adiestramiento del personal técnico que laborará en el Control de la Calidad.

4-Elaboración de la Guía Metodológica para la Evaluación de la Calidad.

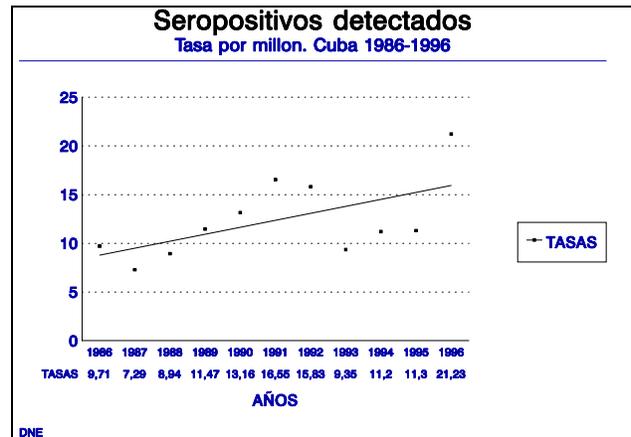
5-Realizar diagnóstico de la situación actual de almacenamiento a nivel Nacional.

6-Elaborar e implantar normas de almacenaje.

RESUMEN EJECUTIVO PROYECTO PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA EN CUBA. 1995.

I-INTRODUCCION.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) aparece por vez primera en la primavera de 1981 en los Angeles, EE. UU, cuando el Dr. M. Gottlieb describe los cinco primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos. Desde entonces el mundo ha visto cómo una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombres homosexuales y usuarios de drogas inyectables, se transformó en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes.



Hoy se reconocen por lo menos, dos agentes productores del SIDA, el VIH-1 y el VIH-2. El primero, que presenta una distribución mundial, es el responsable de la mayor parte de los casos conocidos y presenta una mayor virulencia, el segundo está mas circunscrito a la región occidental del continente africano, aunque también se han identificado algunos enfermos en otras regiones del mundo.

-SITUACION MUNDIAL:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima, que desde los comienzos de la pandemia hasta finales de 1996, mas de 22 millones de hombres, mujeres y niños han sido infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Durante 1996, se reportaron mas de 1.5 millones de casos SIDA en el mundo, un aumento del 20% con respecto a los casos informados durante 1995.

Se calcula que para el año 2000 se habrán infectado a nivel mundial más de 20 millones de niños y adultos por VIH y habrán desarrollado la enfermedad clínica unos 10 millones de adultos.

Aproximadamente un tercio de los recién nacidos de madres infectadas son portadores del VIH. Se calcula que para el año 2000 habrá de 5 a 10 millones de niños que aún cuando no se hayan infectado con el virus procedente de la madre, habrán quedado huérfanos a causa del SIDA.

La interacción potencial del VIH con otras enfermedades infecciosas es causa de una gran preocupación clínica y de salud pública. La OMS estima que a nivel mundial no menos de 4 millones de adultos están infectados por el VIH y por el Mycobacterium tuberculosis, la mayoría en el Africa Subsahariana.

-SITUACION ACTUAL EN CUBA:

Desde que se comenzó el pesquisaje seroepidemiológico hasta el cierre de 1996, se han detectado 1468 personas infectadas por el VIH, de ellos han enfermado 534 y han fallecido 381.

El período de incubación promedio ha sido de 10 años y el de sobrevida de 18 meses, aproximadamente.

La distribución por sexo ha mantenido un predominio en el sexo masculino, dentro de éstos, un porcentaje elevado presentan conducta homobisexual (65 %).

Según lugar de contagio tenemos que el 83,59% se contagiaron en Cuba, el 15,75% en el extranjero y un 0,66% no ha sido precisado, aunque esta proporción ha ido sufriendo cambios con el decursar de la epidemia pues en 1986 la cifra de infectados en el exterior constituyó el 58,6% del total.

Las provincias con mayores tasas de detección durante 1996 fueron: Villa Clara (66,1), Ciudad Habana (52,0) y Matanzas con 17.1 x millón de habitantes.

En el pesquisaje activo según grupos de estudio se destacan los resultados obtenidos en:

- Contactos de VIH: 79 seropositivos (33,8%).
- ETS: 35 " (15%)
- Reclusos: 33 " (14,1%).

II-OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

GENERAL

Evitar que el proceso de la infección-enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana.

ESPECIFICOS.

- 1-Determinar los niveles de circulación del VIH en nuestra población.
- 2-Eliminar la transmisión del VIH a través de la sangre y los hemoderivados.
- 3-Determinar los principales factores y condiciones de riesgo de la infección por VIH en la población cubana.
- 4-Garantizar la atención médica integral, ambulatoria o sanatorial a la totalidad de los infectados o enfermos.
- 5-Establecer el sistema de notificación, registro y vigilancia de los infectados por VIH y de los enfermos de SIDA, guardando la discreción necesaria.
- 6-Reducir al mínimo la transmisión perinatal por el VIH.
- 7-Mantener la divulgación y educación sanitaria a la población que permita disminuir el riesgo de infección por el VIH, especialmente a través de las relaciones sexuales.
- 8-Mantener como una prioridad la adquisición de recursos necesarios para el perfeccionamiento del programa en todo el país.
- 9-Coordinar con Ciencia y Técnica el Plan de Investigaciones necesarios que permita un mejor conocimiento del problema y la optimización del Programa.
- 10-Imprimir una mayor exigencia a todos los niveles con vistas a lograr que el personal de salud adquiera los conocimientos necesarios para enfrentar este problema de salud.
- 11-Prevenir la infección ocupacional del VIH.

III-ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA.

- 1-Los estudios a grupos de población con conductas de riesgo.
- 2-El estudio epidemiológico del 100% de los casos infectados.
- 3-El tratamiento ambulatorio o sanatorial del 100% de los casos VIH+/SIDA
- 4-Un amplio programa de Educación para la Salud a la población general y a grupos específicos con conductas de riesgo.

IV-VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

A-GRUPOS DE ESTUDIO:

La Vigilancia Epidemiológica se realiza mediante la búsqueda activa por encuesta seroepidemiológica y en estos momentos se plantea realizarlas en los siguientes grupos:

-DONANTES-GESTANTES-CONTACTOS-E.T.S-CAPTADOS-ESPONTANEOS RECLUSOS-TUBERCULOSOS-NEFROPATAS-DONANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS-HEMOFILICOS-EMIGRANTES.

B-NOTIFICACION Y REGISTRO DE CASOS.

Evaluación del Programa. Sistema de Información Estadística.

La evaluación del Programa se sustenta en un sistema de Información Estadístico, el cual será confeccionado por los Departamentos de Estadística a los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud, cuya periodicidad de la información será según calendario establecido.

V-COMPONENTE DE ATENCION MEDICA A INFECTADOS Y ENFERMOS POR EL VIH:

La Atención Médica de los individuos seropositivos al VIH está concebida en forma escalonada al igual que el resto del SNS.

1-Atención médica primaria por el Médico de la Familia para todo infectado o enfermo bajo régimen de Atención Ambulatoria.

2-Atención médica secundaria por un equipo multidisciplinario en modalidad sanatorial (Generalistas, Internistas, Neurólogos, Dermatólogos, Estomatólogos, Trabajadores Sociales etc)

3-Atención médica secundaria especializada en Servicios quirúrgicos y de Cuidados Intensivos en los hospitales provinciales.

4-La atención médica especializada del Tercer Nivel se efectuará en el Instituto de Investigaciones del SNS: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK), el cual servirá como Centro Nacional de Referencia y al cual tendrán acceso todos los pacientes que según criterio médico lo necesiten.

VI-COMPONENTE EDUCATIVO DEL PROGRAMA CUBANO DE LUCHA CONTRA EL SIDA:

A-EXTENSION DEL PROGRAMA EDUCATIVO:

El Programa tiene una cobertura nacional, dirigido a toda la población y con énfasis en la población sexualmente activa, la que se encuentra principalmente en el grupo de edades de 15 a 49 años y representa el 52.92% de la población total.

B-INFRAESTRUCTURA:

La existencia del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CNPES), los Centros y Unidades Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología, los Centros y Departamentos Provinciales de Promoción y Educación para la Salud y el resto de las unidades del SNS, principalmente los policlínicos y Consultorios del MF, constituye la red básica que aglutina a diferentes especialistas y profesionales para que las acciones educativas lleguen a la población.

La participación de los organismos de masas, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Educación Superior, el Ministerio de Cultura, el ICRT (Instituto cubano de Radio y Televisión), las organizaciones estudiantiles como la FEU y la FEEM y la UJC (Unión de Jóvenes Comunistas) entre otros, completan y facilitan la accesibilidad de la población a los programas educativos en relación con el VIH/SIDA.

VII-COMPONENTE INVESTIGATIVO:

El componente investigativo del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA en Cuba está basado en la estrategia general que realiza el país con vistas a utilizar en forma eficiente todo el potencial que en este sentido disponemos, por lo que junto al Ministerio de Salud Pública, se encuentran los Institutos de Investigaciones afines tales como: Ingeniería Genética y Biotecnología, Inmunoensayo, Instituto Finlay, Instituto de Medicina Tropical etc, en el campo investigativo.

Las principales líneas de investigación que nos proponemos son las siguientes:

1-Desarrollar medios diagnósticos para la detección de anticuerpos a retrovirus humanos con la utilización de métodos inmunoenzimáticos (ELISA), de inmunoelectrotransferencia (Western Blot), Sistema Ultramicroanalítico (SUMA) y Análisis de Radio Inmuno Precipitación (RIPA).

2-Desarrollar las técnicas diagnósticas basadas en la biología molecular, tal como la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR).

3-Llevar a cabo estudios seroepidemiológicos para determinar la prevalencia de retrovirus humanos.

4-Realizar la caracterización biológica y genética de las cepas de VIH que circulan en Cuba.

5-Determinar la importancia epidemiológica de las personas seronegativas a las pruebas convencionales de detección de anticuerpos al VIH que presentan una conducta sexual de riesgo.

6-Realizar evaluación anual epidemiológica del Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA en Cuba.

7-Evaluar los diferentes esquemas terapéuticos en el uso de los Interferones.

8-Evaluar los efectos antivirales de diferentes drogas.

9-Evaluar los aspectos psicológicos, sociales y psiquiátricos de las personas infectadas por VIH/SIDA en Cuba.

Este componente esencial del Programa será retroalimentado por el surgimiento dinámico de necesidades en el campo asistencial y docente por lo que anualmente se someterá a evaluación y control.

VIII-CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO

Con el objetivo de mantener actualizados desde el punto de vista científico técnico al personal que dirige y ejecuta el Programa, se ha planificado la realización de Talleres locales y Nacionales con la colaboración del CENAPEN y la OPS en los que participarán todos los componentes del Programa(Epidemiología, Asistencia Médica, Laboratorio y Educación para la Salud).(Ver anexo).

IX-CONTROL DE LA CALIDAD EN LA RED DE LABORATORIOS.

-FUNCIONES DEL LABORATORIO DE REFERENCIA

Dentro de las principales funciones del Laboratorio Nacional de Referencia se encuentra el elaborar las pautas para el control de la calidad en la red de laboratorios que incluye las siguientes actividades:

1-Realizar las pruebas suplementarias(confirmatorias) a las muestras enviadas por los laboratorios de la red. Además, realiza pruebas serológicas para la evaluación de las personas seropositivas y pacientes de SIDA.

2-Realizar el aislamiento viral y caracterizar los mismos por diferentes técnicas. Además, realiza investigaciones virológicas para la evaluación de diferentes fármacos.

3-Realiza estudios serológicos y pruebas suplementarias a otros retrovirus humanos como el VIH-2, el HTLV-I y el HTLV-II.

4-Establece normas operacionales para la calidad del diagnóstico.

5-Promover las normas de bioseguridad en los laboratorios de la red.

6-Establecer el sistema de control de la calidad que incluye: evaluación y aprobación de los Kits diagnósticos que se producen en el país o importan, desarrollo de bancos de suero y su distribución para las evaluaciones a productores de Kits diagnósticos.

7-Establecer relaciones con los centros de referencias de otros países y de los Organismos Internacionales.

X-EVALUACION.

La evaluación y monitoreo del Programa debe ser un proceso permanente que permita caracterizar la actividad en cada Provincia.

Se efectuará una evaluación mensual del Programa en las Provincias que servirá para el análisis semestral en el Nivel Central.

SUPERVISION

Se efectuará al menos 1 supervisión anual por el Nivel Central a las provincias y éstas lo harán trimestralmente a los municipios y mensualmente a los Sanatorios, para lo cual tendrán en cuenta los criterios de estratificación de problemas de salud y conformar los Planes de Acción correspondientes.

Los Municipios y las Areas de Salud realizarán evaluaciones mensuales a los Consultorios del Médico de la Familia y a los Laboratorios donde los hubiera.

XI-CONCLUSIONES:

Consideramos que las medidas educativas, el pesquisaje activo de la enfermedad y los cuidados asistenciales que se le han brindado a nuestros pacientes VIH/SIDA han tenido un impacto positivo en la evolución de la Epidemia del VIH/SIDA en el país.

La experiencia acumulada en todos estos años de intenso trabajo, nos permite en estos momentos adoptar nuevas líneas en la estrategia a seguir y en consonancia con los cambios socioeconómicos que se han estado produciendo a nivel mundial y de los cuales nuestro país no puede estar ajeno.

Debemos hacer énfasis en las intervenciones educativas sobre aquellos grupos poblacionales que presentan una conducta de riesgo desde el punto de vista sexual y/o social pues será por ahora la principal arma de lucha contra esta enfermedad.

XV- Bibliografía

1-Organización Panamericana de la Salud Pautas para la atención Clínica de personas adultas infectadas por VIH, Washington, DC, 1994.

2-AIDS, An International Resource Guide, USA, 1993.

3-MINSAP, Programa de Prevención y Control del SIDA, Cuba, 1992.

4-OMS/PMS Plan Estratégico 1994-1999, Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial de SIDA, Ginebra, Suiza, 1993.

5-Organización Panamericana de la Salud, SIDA y Tuberculosis, Washington DC, 1994.

6-SIDA: Estado actual del conocimiento. XI Conferencia Internacional sobre SIDA, Vancouver, Canadá, 1996.

Dr. Jorge L. Pérez (Cienfuegos)
Dr. Jorge R. Suárez (Sancti Spíritus)
Dr. Orestes Antunes (Ciego de Avila)
Dra. Lidia Hechevarría (Holguín)
Dra. Natacha Pérez (Granma)
Dr. José E. Vázquez (Santiago de Cuba)