

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO SEMANAL DE GALICIA

VOLUME III / NÚM. 10
SEMANAS 11-12/1988
(13 ó 26 de marzo)


CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública

30 DE MAIO DE 1988

SITUACIÓN ACTUAL DO SIDA EN GALICIA

O INFORME DA SECRETARÍA XERAL DO PLAN NACIONAL SOBRE O SIDA CORRESPONDENTE Á ACTUALIZACIÓN DE 21 DE MARZO DE 1988, *UTILIZANDO A NOVA DEFINIÇÃO DO CASO DE SIDA, CIFRA EN 40 OS CASOS DE ENFERMIDADE APARECIDOS EN GALICIA ATA A DATA MENCIONADA.*

A revisión da definición de caso de SIDA, realizada polo Centro para o control de enfermidades de Atlanta (C.D.C.), e aceptada pola Organización Mundial da Saúde (O.M.S.) no último trimestre de 1987 inclúe unha serie de enfermidades indicativas de diagnóstico definitivo de SIDA, segundo que o resultado do laboratorio evidencie ou non a infección polo VIH, entre as que podemos destacar á tuberculose diseminada, que aínda ten unha relativamente alta incidencia na nosa Comunidade. ()*

O motivo da revisión é que os criterios de definición de caso de SIDA anteriores (O.M.S. 1985) non estaban reflexando exactamente a evolución da epidemia entre a poboación, debido a que excluía algúns casos que sendo realmente enfermos de SIDA non podían confirmarse como tales. Según se estima, isto podería supoñer un 20% de casos non diagnosticados.

Por outro lado, dada a melloría técnica na utilización dos test de diagnóstico serolóxicos para a infección por VIH, a nova definición dá a esta proba unha maior importancia para o diagnóstico.

Debido a todo isto, o aumento no número de casos que foron confirmados coma SIDA na última reunión, non reflexa unha aceleración no desenvolvemento da epidemia no noso país, senón que se corresponde co número esperado de casos ó aplica-la nova definición, máis flexible.

(*) Para máis información, ve-lo B.E.S.G. n.º 22, Vol. II, no que se publica a nova definición de caso.

EVOLUCIÓN DA EPIDEMIA

CADRO I

GALICIA

Data do informe	Casos confirmados	Defuncións
14 novembro 86	7	7
30 marzo 87	14	9
26 xuño 87	20	12
1 outubro 87	23	14
23 decembro 87	28	15
21 marzo 88	40	21

CADRO II

ESPAÑA

Data do informe	Casos confirmados	Defuncións
26 xuño 87	508	286
1 outubro 87	624	322
23 decembro 87	789	392
21 marzo 88	1.126	496

Sumario

Ata o 21 de marzo de 1988, o número de casos acumulados de SIDA, definidos de acordo ó criterio da O.M.S./C.D.C., en Galicia era de 40.

Nesta mesma data, o número total de casos acumulados en España era de 1.126.

En Galicia os 40 casos actualmente diagnosticados distribúense segundo as prácticas de risco como siguen:

CADRO III

Prácticas de risco	Casos	Defuncións
—Drogadicto intravenoso	25	13
—Homosexuais	3	2
—Div. + Hom.	2	0
—Hemofílicos	5	3
—Pais con factor de risco	1	0
—Parella heterosexual con factor de risco	1	1
—Descoñecido/a	3	2

Esta distribución é semellante á do conxunto do Estado español, cos adictos ás drogas por vía parenteral (A.D.V.P.) ou drogadictos intravenosos (Div) coma grupo máis afectado, con gran diferenza sobre o resto.

A principal patoloxía que afecta a estas causas son as infeccións oportunistas, como se observa no cadro IV.

CADRO IV

CASOS E DEFUNCIÓNS DO SIDA SEGUNDO PRÁCTICAS DE RISCO E PATOLOXÍA PRINCIPAL

	Div.	Homosex.	Div. + Homox.	Hemof.	Transf.	Pais de Risco	PS × PR	?	Total
I.O.	25	2	2	5	0	1	1	3	39
S.K.		1							1
Casos	25	3	2	5	0	1	1	3	40
Defuncións	13	2	0	3	0	0	1	2	21

I.O.: Infeccións oportunistas.

S.K.: Sarcoma de Kaposi.

Div.: Drogodependentes Intravenosos.

Hemof.: Hemofílicos.

Transf.: Transfusións.

PS.: Parella sexual con prácticas de risco.

CADRO V

DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR PROVINCIAS SEGUNDO PRÁCTICAS DE RISCO (21-3-88)

Provincia	Div.	Homosex.	Div. + Hom.	Hemof.	Transf.	Pais de Risco	PS × PR	?	Casos		Defunc.	
									H	M	H	M
A Coruña	7	2	2	3	0	0	1	3	15	3	9	2
Lugo	5	0	0	0	0	0	0	0	4	1	2	0
Ourense	4	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0
Pontevedra	9	1	0	2	0	1	0	0	12	1	6	1
Total	25	3	2	5	0	1	1	3	33	7	18	3

Defunc.: Defuncións

H: Home

M: Muller

SIDA E SAÚDE PÚBLICA

A epidemia do SIDA, pola súa maneira de propagación (por contacto sexual, sangue e de nai a fillo), polas reaccións que suscita, (medo, racismo, marxinação, etc...) foi comparada a outras famosas epidemias, fundamentalmente á epidemia de sífile. Como dí unha editorial recente (abril 1988) do American Journal of Public Health, é difícil escapar á tentación de establecer un paralelismo entre os primeiros anos do século XVI e estes últimos do século 20, en relación ás epidemias que neses anos sufriron e sufren.

O medo causado pola sífile, que ás veces resultaba mortal nos seus primeiros estadios, cando apareceu por vez primeira na escena Europea, provocou que a epidemia fora ligada á praga bubónica, a Peste Negra.

Ó mesmo tempo, a sífile foi recoñecida coma unha enfermidade de transmisión sexual; os sacerdotes recoñecérona coma unha mensaxe divina, un castigo pola perda da moral naqueles días. O mesmo sucedeu co SIDA. A sífile menciónase, algunhas

vezes, coma o regalo do novo mundo ó vello (Europa), mentres que o SIDA podería se-lo regalo do terceiro mundo ou mundo subdesenvolvido ó desenvolvido.

«¿Qué capricho do destino plantou a semente desta pavorosa enfermidade descoñecida por séculos, pero actualmente en expansión por toda Europa, partes de Asia e as cidades de América?».

Deste xeito comenzaba Girolano Fracastoro o seu poema épico titulado «A Sífile ou a Enfermidade Francesa», publicado en 1530. Se ampliamos esta pregunta ó resto do mundo, podería ser aplicable para a situación actual do SIDA.

A experiencia adquirida na loita contra as enfermidades venéreas proporciona abundantes precedentes para a actual loita contra o SIDA. Pero as verdades da historia non son tan sinxelas. O SIDA non é a sífile. A nosa resposta á epidemia actual estará marcada pola cultura, a política, a ciencia actual. É verdade que a historia da medicina pode ofrecer un importante xogo de perspectivas sobre as propostas e

ESTADO DAS ENFERMIDADES DE DECLARA

SEMANAS 11-12/1988

COMARCAS	BRUCELOSE (023)		DISENTERIA BAC. (SHIXELOSE) (004)		ESCARLATINA (034)		FEBRE TIFOIDEA EPARATIFOIDEA (002.2)		GONOCOCIA (URETRITE GONOCÓCICA) (098.0)		GRIPE (487)		HEPATITE VIRICA (070)		INFECCIÓN MENINGOCÓCICA (036)		NEUMONIAS (480-486)		
	1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		
	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	
A CORUÑA																			
1 CEDEIRA									8	12	63							8	
2 ORTIGUEIRA									2	15	262			8				6	
3 NARÓN										106	419	1	8				3	18	
4 AS PONTES									2	297	1.082		11						
5 FERROL						2			11		1.076		14						
6 FENE									2	85	320		2				1	7	
7 PONTEDEUME					1	1			1	6	191	733		7			2	18	
8 CEE									2	390	1.598						9	57	
9 VIMIANZO									2	22	100		4					1	
10 PONTECESO									4	7	429	2.622		40			2		
11 CARBALLO					1	3			4	14	280	981	1	1	1	2	5	18	
12 ARTEIXO										3									
13 A CORUÑA			1	2	5	14			8	1.720	5.404	10	47			3	12	35	
14 CULLEREDO-O BURGO								3	2	11	45	511	1	3			5	45	
15 OLEIROS						5			2	74	404		2			1		5	
16 BETANZOS						1			3	20	528	1.951				1	5	24	
17 SANTA COMBA									3	11	73	355					2	36	
18 NEGREIRA									2	2	113	578					23	102	
19 ORDES							1		2	37	358	1.834	1	1			16	65	
20 CURTIS-TEIXEIRO										122	293						2	7	
21 SANTIAGO		2				1			4	15	571	2.946	1	20			36	120	
22 MELIDE									1	1	45	56							
23 MUROS										139	695							4	
24 NOIA						35			2	198	930		2		1	3	25		
25 PADRON								1		9	181	910		4			7	35	
26 BOIRO										89	478						5	24	
27 RIBEIRA										68	296		2	2					
28 A ESTRADA									1	104	764		3	9		1	3	7	
29 LALIN						1			3	11	759	2.515	1	1			33	84	
30 VILAGARCIA DE AROUSA				6					1	28	194	1.316		5				11	
31 CALDAS DE REIS										5	28	278					6	24	
32 VILANOVA DE AROUSA									1	1	310	556					2	3	
33 CAMBADOS										1	171	812		2		3	3	17	
34 O GROVE								2	1	2	112	253						8	
35 SANXENXO						1			3	2	98	323		4		4	4	12	
36 PONTEVEDRA									3	1	12	1.340	4.841	3	21	1	3	20	41
37 FORCAREI										49	171						5	12	
38 MARIN						4				141	832			9				6	
39 CANGAS										82	653							18	
40 REDONDELA						1		7		1	352	766	3	64		1	2	4	
41 VIGO			44		1	29		6	3	40	818	11.289	3	176			9	19	
42 VAL MIÑOR-PANXON										2	217	754		5			3	18	
43 PORRIÑO									1		1	201	622	2	6		3	8	
44 PONTEAREAS									1	7	100	655	2	8		1	1	4	
45 A CAÑIZA									1	3	72	736						2	
46 A GUARDA										7	66	405		1				7	
47 TUI								1	1	2	167	1.243	2	2		1	4	14	
48 SALVATERRA DE MIÑO										52	292			6					
49 VIVEIRO									6	168	616		1	3					
50 CERVO-BURELA						1			5	112	437			3			3	14	
51 MONDOÑEDO		2								133	763							7	
52 RIBADEO										119	475							19	
53 VILALBA		1			1	1			1	6	48	133					6	36	
54 MEIRA						2			1	8	124	559		1			7	34	
55 FONSAGRADA									3	35	182			1			4	32	
56 GUITIRIZ										1	67	145							
57 RABADE		1								2	169	489					2	12	
58 LUGO	1	5				3			3	13	332	845		4	1	4	1	23	
59 CASTROVERDE									2	6	72	242		1			3	5	
60 PALAS DE REI									1	4		30						3	
61 MONTERROSO										49	117						12	34	
62 SARRIA			1						1	5	188	761					2	21	
63 BECERREÁ										7	263	1.114				1		2	
64 CHANTADA									1	4	154	1.064		7			13	107	
65 MONFORTE DE LEMOS			3							3	53	112	1	7				14	
66 QUIROGA									1	3	75	177						2	
67 O BARCO	1	7				1			3	29	290	1.736		6			2	11	
68 O CARBALLIÑO		2				1			2	9	214	1.501	2	13				22	
69 RIBADAVIA									5	12	181	1.005		6			8	34	
70 OURENSE						4		1	3	7	174	943	1	9		6	11	125	
71 MACEDA										4	107	486		2			7	40	
72 CASTRO-CALDELAS		1							3	61	279			1		1		7	
73 A POBRA DE TRIVES		6								5	72	280		1				16	
74 VIANA DO BOLO		2								5	85	314	1	7			7	34	
75 CELANOVA									1	6	89	500		1			3	14	
76 ALLARIZ									2	14	53	235		1			1	5	
77 BANDE									2	8	95	553						1	
78 XINZO DE LIMIA		1					1	1	7	36	158	806				1	2	17	
79 VERÍN		1							4	27	82	333	2	2			1	19	
80 A GUDIÑA	1	5								2	44	214					1	1	

LARACIÓN OBRIGATORIA

CIÓN OBRIGATORIA. SITUACIÓN COMARCAL

8 DO 13 Ó 26 DE MARZO

PAROTIDITE (072)		PROCESOS DIARREICOS OUTROS (006-009)		RUBEOLA (056)		REUMATISMO CARDIO-VASCULAR (290-392)		XARAMPÓN (055)		SIFILE PRIMARIA-SECUNDARIA (091-092)		TOS FERINA (033)		TUBERCULOSE RESPIRATORIA (010-012)		VARICELA (052)		PROCESOS RESPIRATORIOS (I.R.A.) (460-466)		INTOXICACIONES ALIMENTARIAS (003 e 005)		OUTRAS E. D. O.
1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988
Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	1988
	1	8	22											2	1	1	54	307				1
			53		1				3	3					3	25	5	585		1	1	2
	1	2	27												1	6	30	318				3
	2	34	290						2			1	1		3	377	1.861					4
	27		318		1								1	1		11		2.633				5
	1	4	48	1	3				2			1			9	43	74	363				6
	6	18	99		5				1	3	1		2		1	89	249	1.032		1	1	7
	4	50	216		1							1	2		31	167	302	1.411				8
	1	3	17		1						1			1	9	1	3	2				9
		10	77								1		2		1	7	307	2.138				10
		6	66											2	7	56	157	282	1.316			11
		33	186										1	2	5	215	1.128					12
7	14	149	816	7	19				3	3	7	1	2	19	41	156	2.526	9.605	4	4		13
	4	3	45								2				2	71	87	1.512		1	1	14
		13	51		4				1					1	5	6	104	717				15
		44	294		4				3	3		1			8	558	2.905					16
		13	98												1	8	128	829				17
		1	9												18	42	65	445				18
	9	10	123		3				8			2			4	46	251	1.688				19
		3	20										1	1	1	8	39	242				20
	10	32	384		3				3		2			1	32	174	608	4.372				21
			1												1	122	665					22
	2	15	100	2	2									2		2	116	687				23
1	1	8	96												4	50	287	1.566				24
	10	27	130		3		1		16					2	7	49	100	471				25
		29	136											1	1	3	120	459			20	26
		4	10											1	2	1	12	2	11			27
		29	256											1	1	51	334	166	1.271			28
	7	14	147	2	13						2			4	6	39	246	700	4.673			29
1	13	42	467		8		2							6	4	56	614	5.807				30
		2	56				5								12	39	49	307		2	2	31
		75	369											2	5	7	79	334	986			32
	1	9	101	2	2				1			1	1	1	12	60	150	806				33
	2	16	82														205	713				34
	12	8	19							1				1	2	55	17	216				35
6	16	158	1.175	2	6		2		3		1		4	14	77	251	1.837	9.937		2		36
	1	1	14														34	166				37
	2	7	42		1										2	1	41	38	496		6	38
	6	6	68												2		107	1.006				39
	2	13	89		1		1							1	4	14	205	919				40
3	66	22	2.280		15		18		6	3	16		4	3	33	6	156	1.093	16.851			41
	1	54	185		2								22		3	13	40	428	1.639			42
13	110	21	98										1	1		21	160	637				43
1	8	16	190		10		10		1						3	9	189	1.203		6	9	44
1	2	7	64											1	1	10	15	148	833			45
5	8	24	135		3				1						5	18	80	640				46
	7	57	213											2	2		2	235	1.373			47
23	270	27	155						1						3	15	105	603				48
	1	12	172											1	1	3	7	192	976			49
2	6	9	54											2	10	73	255	1.838				50
			31						1								80	825				51
	2	16	73		1												3	246	943			52
1	1	3	25		2						1		46		4		7	146	493			53
		14	66				1								3	2	16	231	1.270			54
	1	4	59				1								1	1	3	67	437			55
	1	5	17												2	1	2	53	102			56
	1	4	26		1											2	26	74	371			57
	2	15	83	2	4		1		1	1	14			2	4	38	106	403	1.964		1	58
	1	5	11						3									18	70			59
		2							2	2								240	712			60
		6	13	1	1									1				111	536			61
	1	9	91											1	1	3	4	323	1.922		16	62
	3	11	134	1	1									1	5	49	378	1.685			1	63
		27	174							1						1	254	1.504				64
	5	2	17		1									1	3	7	183	980				65
	1	9	1	1	1								2		2	1	3	40	125			66
	1	11	160							1				2	3	16	585	5.541				67
	1	57	408						1	1				1	10	17	659	3.616				68
1	2	9	86				5		1						1	9	194	1.537				69
	5	20	147	2	4		1		1		4			5	5	23	507	3.574				70
		2	51	2	4				1		1			4		3	110	1.193				71
		3	22														78	472				72
	1	2	17							1				1	2		2	108	603			73
		2	24											1	1		27	201	1.130			74
	1	17	102						1						1	13	200	1.219				75
		2	8							1	1						79	332				76
	3	10	60						4						1	5	27	101	695			77
		17	81		1						1				3	9	148	895				78
	9	17	107								2				4	4	26	179	1.572			79
		1	5														44	329				80

estratexias actuais, pero a historia apúntanos a un rango de variables que necesitarán ser investigadas e confirmadas se queremos crear políticas de acción xustas e eficaces.

Necesitamos non só estudar e ver en que se parece a epidemia do SIDA a pasadas epidemias, senón tamén o recoñecer en que cousas é diferente, para poder aprender do pasado sen cometer erros.

Allen M. Braudt, nun recente artigo, fálanos de 4 ensinanzas extraídas da Historia das Enfermidades de Transmisión Sexual (E.T.S.).

A primeira dinos que o medo á enfermidade influirá poderosamente na actitude médica e as políticas de saúde pública que se adopten.

A resposta ó SIDA estará moi marcada por estes medos. Por iso, necesitamos desenvolver técnicas para axudar ós individuos a distinguir entre o medo irracional e a lexítima e apropiada preocupación. A este respecto, moitos centráronse na necesidade de maior educación neste terreo.

A segunda ensinanza dinos que a educación non controlará a epidemia de SIDA, que a educación, por si soa, non é unha panacea para a epidemia, como non o foi para outras E.T.S. Este é un dos principais aspectos dun programa totalmente articulado.

Necesitamos ser bastante máis explícitos cando falamos de «educación». Certamente, a educación sobre o SIDA é un elemento moi importante, esencial, de calquera aproximación dende o punto de vista de saúde pública á actual crise, pero necesitamos avaliar con precisión un amplo rango de programas educativos e o seu impacto sobre o comportamento de poboacións

cunha grande variedade de necesidades, antes de poder afirmar que gracias á educación controlárase o problema. É necesaria, pero quizais non suficiente.

A lección 3 dinos que as medidas obrigatorias de saúde pública non solucionarán a epidemia.

Dado o medo que a epidemia provocou, escoitáronse moitas e fortes voces pedindo a instauración de medidas de control obrigatorias (screenings obrigatorios en certas situacións —antes de casar ou para certos traballos).

A experiencia na loita contra a sífile nos E.E.U.U., onde a maioría dos Estados impuxeron nos anos 40 e 50 análises obrigatorios prematrimoniais, demostra a súa pouca efectividade. En 1978, por exemplo, os casos positivos encontrados a través do screening premarital foron só o 1.25% de tódolos casos descubertos. En California calculouse que o custo por caso descuberto a través do screening era aproximadamente de 240.000 dólares.

Está claro que o test ELISA, sobre todo en conxunción co Western-Blot, é moito máis específico e sensible que a seroloxía luética. Aínda así, un recente estudio nos E.E.U.U. concluía que un screening obrigatorio premarital descubriría só a décima parte dos infectados (é dicir identificaría a uns 1.200 novos casos). Pero identificaría coma positivos, sen selo, a polo menos 380 individuos. E a 120 realmente infectados non se lles detectaría a infección (falsos negativos).

Todo isto non quere dicir que o screening non teña o seu papel entre as medidas a tomar na loita contra o SIDA pero só cando se fai de forma voluntaria e confidencial, dirixido a individuos ou grupos con risco de infección específicos.

As medidas obrigatorias xeneran moita controversia porque poden infrinxir liberdades civís. Dende un punto de vista legal e ético, a primeira cuestión que se debe preguntar sobre calquera política de intervención é: ¿É probable que funcione? só se existe clara evidencia de que pode ser eficaz ten sentido evalua-las implicacións legais. Entón podemos preguntarnos se os beneficios na saúde pública esperados son máis valiosos que o posible custo nas liberdades cívicas. E tamén se o programa proposto é o menos restrictivo de entre o rango de potenciais medidas posibles para acadar o ben público.

En relación a isto, parece que as medidas obrigatorias para controla-lo SIDA poden ser contraproductivas. As razóns importantes pódense aducir:

- 1.^a—Son medidas que requiren unha financiación importante, que pode ser mellor aproveitada noutros destinos.
- 2.^a—Alonxaría ós individuos que o programa debe alcanzar das institucións sanitarias, converténdoo en individuos «clandestinos», de moi difícil control.

A cuarta ensinanza dínos que o desenvolvemento de tratamentos e vacinas efectivas non acabará coa epidemia inmediata ou doadamente.

De novo a historia da loita contra a sífile e a gonorrea demóstranos que, aínda co descubrimento dun tratamento moi efectivo, a penecilina, e o seu amplo uso, estas enfermidades non desapareceron e incluso, despois dun forte declive están aumentando nalgúns países. Por exemplo, nos E.E.U.U. a taxa estimada de incidencia anual pasou de 10.9 casos por 100.000 habitantes en 1986 a 13.3 casos en 1987, o maior incremento en 10 anos.

E isto sucede en medio da epidemia do SIDA, que se pensaba estaba modificando os hábitos sexuais.

E un tratamento efectivo, sen educación, consello médico e financiación, pode non acadar ós que máis o necesitan, que en gran medida son grupos marxinais no noso país (drogadictos).

As enfermidades representan complexos problemas bioecolóxicos que poden ser mitigados só tendo en conta un amplo abano de consideracións científicas, sociais e políticas. Ningunha medida individual, incluso unha vacina efectiva, terá en conta toda a problemática que presenta a epidemia de SIDA.

Conclusións

No contexto actual, de medo (pánico), que se xerou ó redor da epidemia, as principais propostas para erradica-lo SIDA non parece que poidan ser plenamente efectivas nun inmediato futuro. Isto non quere dicir que non se poida facer nada, pero fan evidente que a loita é complexa e requerirá moita investigación de tódalas medidas que se tomasen ou se poñan en marcha.

E tamén é claro que das leccións históricas non se poden obter respostas simples para problemas actuais. Calquera aproximación exitosa á epidemia requerirá o recoñecemento dos importantes aspectos sociais, culturais e biolóxicos que rodean ó SIDA. É preciso distinguir aqueles programas que probablemente funcionarán de aqueles outros, quizais con maior apoio político e cultural, pero que probablemente non afectarán o curso da epidemia. Só así seremos capaces de implementar políticas de saúde pública humanas e, ó mesmo tempo, eficaces.

Premios

- Premio «Caixa de Aforros de Galicia» para traballos sobre «Estudio médico-xeográfico e epidemiolóxico dun partido xudicial de calquera das catro provincias galegas, agás Noia, A Estrada, Vilagarcía de Arousa, Carballo, A Coruña, Zas, Corcubión e Santiago de Compostela».
Información: Real Academia de Medicina e Ciruxía de Galicia. Durán Loriga, s/n. A Coruña. Telf.: 224940.
Envío de traballos ata o 1 de outubro.

Reunións Científicas

- I Reunión sobre Cancro e SIDA en Odonto-Estomatoloxía.
Santiago de Compostela, 2-4 de xuño de 1988.
Información: Escola de Estomatoloxía. Universidade de Santiago.
Telf.: 562026.
- IV Conferencia Internacional sobre o SIDA.
Estocolmo, Suecia, 12-16 xuño.
Información: Ultramar Express. Muntaner, 470.
Barcelona. Telf. 2015189.
- VII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología.
San Sebastián 16-18 xuño.
Información: Dpto. Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.
Duque Wellington, 2 - 01001 Vitoria - Telf. 249900.

Cursos

- Taller sobre SIDA
Granada 6-10 de xuño de 1988.
Información: Escuela Andaluza de Salud Pública. Avda. del Sur 11. 18014 - Granada. Telf.: 280766.
- Ensayos clínicos controlados.
Barcelona 6-10 de xuño de 1988.
Información: CAPS - París, 150-1^o-2.^a - 08036 - Barcelona. Tef.: 3226554.
- Curso de Salud Comunitaria para profesionales en A.P.S. en el ámbito rural.
Barcelona, 6-17 de xuño.
Información: Instituto de Estudios de la Salud.
Avda. de Roma, 157 - 08011 Barcelona - Telf. 2533104.
- Curso de Medicina Preventiva en la Edad Pediátrica.
Barcelona, 14-28 de xuño.
Información: Instituto de Estudios de la Salud.
Avda. de Roma, 157 - 08011 Barcelona - Telf. 2533104.
- Curso Intensivo de Demografía Sanitaria.
Madrid, 20-24 de xuño (Grupo A) e 27 de xuño-1 de xullo (Grupo B).
Información: ADEPS. Medicina Preventiva-Area de Salud, 4.^a N. Hospital Universitario de San Carlos - 28040 Madrid
- Telf. 2437504.
- II Curso Internacional de Promoción de la Salud en el Sur de Europa y Area Mediterránea: Políticas Saludables en el Ámbito Local. Curso anual EASP-OMS.
Granada, 20 de xuño-1 de xullo.
Información: Escuela Andaluza de Salud Pública.
Avda. del Sur, 11 - Granada - Telf. 280766.

Outros

- X Xogos Mundiais da Medicina.
Lyon (Francia), 19 ó 25 de xuño.
Información: A. Gil Pasaje de Sta. Rita, 4-2.^o D.
08035 Benidorm (Alicante).

Subscripción e envío gratuito. Solicitudes: Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade.
San Caetano, Bloque 2-2.^o. 15704 - SANTIAGO DE COMPOSTELA. A CORUÑA.



CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública