

**REPÚBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA  
PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ITS Y  
EL VIH/SIDA | 2014-2018**



**La Habana, Diciembre de 2013  
“Año 55 de la Revolución”**



**REPUBLICA DE CUBA**  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**RESOLUCION MINISTERIAL N° 773**

**POR CUANTO:** El Decreto No: 139 de 4 de febrero de 1988 "Reglamento de la Ley de la Salud Pública", en su artículo No. 123, establece que le "Corresponderá 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 u otras alteraciones de la salud".

**POR CUANTO:** Desde los inicios de la década de los ochenta se constituyó, por decisión del Gobierno, un Grupo Operativo para coordinar y estructurar las acciones necesarias en cada momento para el abordaje de las Infecciones de Transmisión Sexual, especialmente el VIH/sida denominado GOPELS, decidiéndose que el Ministro de Salud Pública coordinara y presidiera el citado grupo interministerial y desde entonces se viene desarrollando el llamado Plan de Respuesta Intersectorial para la Educación, Prevención y Control de las ITS-VIH/sida que ha permitido que los diferentes organismos y organizaciones desarrollen, de manera más concreta y específica, un conjunto de acciones, con énfasis en la educación y prevención.

**POR CUANTO:** Por la Resolución Ministerial No. 110, de 8 de octubre de 2001 se aprueba y pone en vigor el Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA, 2001-2006"

**POR CUANTO:** Dentro de las transformaciones que se llevan a cabo en el sector para mejorar el estado de salud de la población e incrementar su satisfacción por los servicios que prestamos, se redimensiona el Plan para incrementar su alcance; se proponen nuevas acciones para incidir en las brechas identificadas en cada área y favorecer el acceso de la población más afectada; su adaptación al escenario de acción del Programa del Médico y Enfermera de la familia, facilitará la obtención de resultados superiores y el logro de las metas comprometidas, por lo que se hace necesario, actualizar el Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/SIDA para el período 2014-2018 y consecuentemente dejar sin efecto la Resolución Ministerial No. 110, de 8 de octubre de 2001.

**POR TANTO:** En el ejercicio de las facultades que me están conferidas en el numeral 4 Apartado Tercero del Acuerdo 2817 de 25 de noviembre de 1994 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros.

### **RESUELVO**

**PRIMERO:** Poner en vigor el **PLAN ESTRATEGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA**, 2014-2018, el cual se Anexa a la presente Resolución.

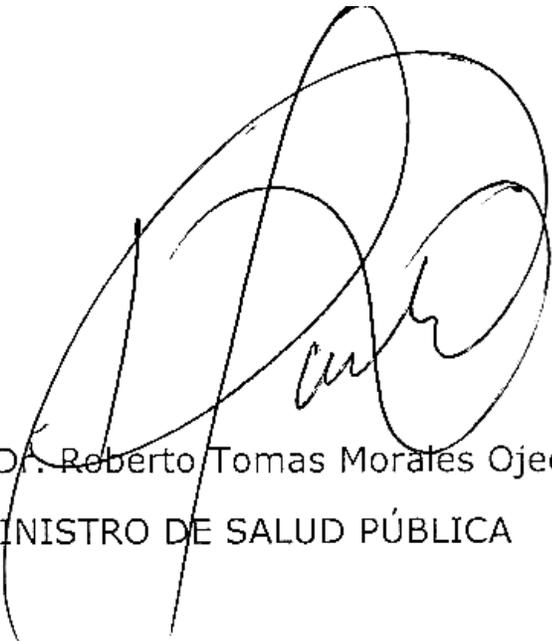
**SEGUNDO:** Los Representantes de cada uno de los organismos y organizaciones integrantes de GOPELS podrán proponer al que Resuelve cuantas instrucciones y disposiciones sean necesarias para su más efectiva ejecución y control.

**NOTIFÍQUESE** al Director de Epidemiología y a la Jefa del Departamento de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública.

**COMUNÍQUESE** al Viceministro Primero que atiende la Higiene, Epidemiología y Microbiología y a los integrantes de GOPELS.

**ARCHÍVESE** el original en la Dirección Jurídica del organismo.

**DADA** en el Ministerio de Salud Pública, en La Habana, a los 27 días del mes de Diciembre de 2013.



Dr. Roberto Tomas Morales Ojeda  
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

## PRESENTACIÓN

Más de dos décadas han transcurrido desde el inicio de la epidemia de VIH/sida en Cuba y numerosos han sido los esfuerzos realizados para mitigar su impacto en la población cubana.

Se destacan entre los principios básicos de la estrategia cubana para la prevención y el control de las ITS y el VIH/sida su carácter intersectorial, interdisciplinario y la participación activa de entidades gubernamentales, no gubernamentales y sociedad civil hasta el nivel de base.

La implementación temprana de medidas sanitarias de prevención y control de enfermedades, la prioridad otorgada por el Gobierno, el liderazgo técnico del sector Salud en la conducción del trabajo intersectorial y la participación activa de los principales beneficiarios de las acciones de prevención, atención, tratamiento y apoyo, han incidido en los resultados que hoy muestra el país.

El Plan Estratégico para el período 2014-2018 tiene sus antecedentes en los Planes anteriores que mediante procesos de evaluación de resultados e identificación de brechas han sido actualizados cada 5 años.

El actual proceso de actualización se caracterizó por la movilización y participación de capital humano de diferentes ámbitos, que aportó criterios y experiencias desde sus áreas de influencia en aras de lograr una respuesta más efectiva acorde con los lineamientos de la política económica y social del país y articulada con estrategias regionales y mundiales en materia de VIH/sida.

Dentro de las transformaciones que se llevan a cabo en el sector para mejorar el estado de salud de la población e incrementar su satisfacción por los servicios que prestamos, se redimensiona el Plan en correspondencia con el marco de acción 2.0 para incrementar su alcance; se proponen nuevas acciones para incidir en las brechas identificadas en cada área y favorecer el acceso de la población más afectada.

Se actualizaron las bases normativas de los procesos de prevención, atención, apoyo, tratamiento, diagnóstico y vigilancia, las que son parte integrante de este plan. Su adaptación al escenario de acción del Programa del Médico y Enfermera de la familia, facilitará la obtención de resultados superiores y el logro de las metas comprometidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Anuario Estadístico de Cuba 2010. Cuba y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. ONEI. Edición 2011

# **TABLA DE CONTENIDOS**

## **PRESENTACIÓN**

### **1. INTRODUCCIÓN**

Panorama mundial

### **2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**

Contexto nacional

Situación del Sistema Nacional de Salud

Situación y evolución de las Infecciones de Transmisión Sexual en Cuba

Situación y magnitud de la epidemia de VIH en Cuba

Caracterización de las Poblaciones Clave de Mayor Riesgo

Vigilancia del VIH/sida en Cuba

Estudios de vigilancia centinela

Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida.

### **3. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NACIONAL Y DE LOS ACTORES**

Respuesta del sector salud

Prevención, tratamiento y control de las ITS y el VIH/sida

Mercadeo social de condones

Programas de educación sexual y prevención de ITS/VIH/sida para jóvenes y adolescentes del sistema Nacional de Educación

Transversalización de la estrategia de género

Prevención de la transmisión a través de sangre y derivados. Suministro de sangre segura

Atención y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual

Prevención de la sífilis congénita

Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (PTMI)

Sistema de atención médica periódica, tratamiento y atención integral a personas que viven con VIH

Respuesta de otros sectores del Estado

Respuesta de la Academia

Respuesta de la sociedad civil

Respuesta de las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs.)

Hombres que tienen Sexo con otros hombres y poblaciones trans

Línea de apoyo a personas que viven con VIH

Adolescentes y jóvenes

Organizaciones religiosas

Respuesta regional

Apoyo de la cooperación internacional

Recursos de información y monitoreo y desarrollo de capacidades

Recursos financieros

Marco legal y normativo

Principales resultados de la respuesta nacional

Principales debilidades identificadas en el proceso de evaluación de la estrategia actual  
Principales necesidades y proyecciones para el período 2014-2018

#### **4. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL**

Marco estratégico

Definición de la visión y misión objetiva al 2014

Definición de objetivos estratégicos

Áreas de resultados clave que deben instrumentarse

Valores compartidos

Principios orientadores del plan

Ámbito del Plan

Plan Operativo

Presupuesto 2014-2018 por objetivos estratégicos

Plan de monitoreo y evaluación del PEN

#### **5. BASES NORMATIVAS**

Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual

Diagnóstico confirmatorio de la infección por VIH

Protocolo de atención integral a personas que viven con VIH

Protocolo de atención a la gestante seropositiva al VIH

Protocolo de tratamiento con antirretrovirales para adolescentes, adultos y niños con infección por VIH

Protocolo para el manejo de la adherencia a tratamiento antirretroviral en la Atención Primaria de Salud

Protocolo para la prevención de la coinfección TB/VIH

Protocolo de actuación. Vigilancia de la infección por VIH

Protocolo para la vigilancia de la resistencia a antirretrovirales

Funcionamiento de los Centros de Atención Integral a Personas que viven con VIH

Contribución de la Línea de Apoyo a personas que viven con VIH a la respuesta nacional

Contribución del Proyecto HSH-Cuba a la respuesta nacional

Protocolo de prevención de ITS-VIH/sida en grupos clave de mayor riesgo

Consejería en ITS-VIH/sida

Metodología del trabajo intersectorial

Inventario de documentos normativos

#### **6. COMPENDIO DE DOCUMENTOS Y REFERENCIAS**

Relación de guías técnicas y recomendaciones internacionales

Instrumentos Internacionales

Glosario de términos

Índice de organizaciones, acrónimos y abreviaturas

Miembros del comité de actualización del PEN

Participantes en el proceso de consulta-actualización del PEN

Índice de tablas y gráficos

#### **7. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

# 1.-INTRODUCCIÓN

## Panorama Mundial

La situación actual de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida en el mundo está en una nueva era de esperanza. Después de mantenidos esfuerzos por contener la devastación de comunidades y regiones amenazadas por la enfermedad, se abre hoy una nueva etapa de afrontamiento dirigida al logro del fin definitivo de la epidemia de VIH y el control de las ITS.

La Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011 es un ejemplo de respuesta internacional para planificar el fin del sida, donde los países se comprometieron a tomar medidas para conseguir objetivos ambiciosos para 2015, de los que Cuba muestra resultados y continúa trabajando para superarlos.

A finales de 2012, alrededor de 34 millones de personas vivían con el VIH en el mundo y se estima que el 0,8% de los adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años son seropositivos, dato que varía considerablemente entre países y regiones<sup>2</sup>. Se estima que una tercera parte de las personas infectadas por el VIH en el mundo están infectadas también con el bacilo tuberculoso, aunque aún no padecen tuberculosis activa. En 2012, unas 320 000 personas murieron a causa de la tuberculosis asociada con la infección por el VIH. Casi un 25% de las muertes de las personas infectadas por el VIH son causadas por la tuberculosis. Según cálculos, en 2012 había aproximadamente 1,1 millones de casos nuevos de esta infección mixta, y el 75% vivían en África.

África subsahariana sigue siendo la región más afectada: prácticamente 1 de cada 20 adultos (un 4,9%) vive con el VIH, lo que representa el 69% de las personas seropositivas de todo el mundo. En Asia meridional, sudoriental y oriental casi 5 millones de personas viven con el virus. Después de África subsahariana, las regiones más afectadas son el Caribe, Europa oriental y Asia central, donde en 2011 el 1% de los adultos vivía con el VIH<sup>1</sup>.

En todo el mundo, la cifra de nuevas infecciones sigue disminuyendo y en 2011 los mayores descensos con respecto al 2001 han tenido lugar en el Caribe (42%) y África subsahariana (25%). Los fallecimientos por sida comenzaron a descender a mediados de la primera década del nuevo milenio, tras la ampliación de la terapia antirretrovírica y la reducción constante de la incidencia del VIH desde que alcanzara su punto máximo en 1997. En 2012 este descenso continuó, 1,7 millones de personas fallecieron por causas relacionadas con el sida en todo el mundo, lo que representó un descenso del 24% de la mortalidad relacionada con el VIH respecto de 2005. La ampliación de la terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medios ha transformado las respuestas nacionales al sida y generado amplios beneficios sanitarios.

---

<sup>2</sup> ONUSIDA. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012. Ginebra, 2012. Disponible en: [http://www.unaids.org/globalreport/Global\\_report\\_es.htm](http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm). Consultado el 15 de abril de 2013.

## 2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

### Contexto nacional

Según el censo de población y viviendas del año 2012, la población cubana está compuesta por 11 millones 163 mil 934 habitantes distribuidos en 15 provincias y 168 municipios. La relación de masculinidad es de 996 hombres por cada mil mujeres, la densidad de población de 101.6 habitantes por kilómetro cuadrado y el porcentaje de urbanización de 75.2 %<sup>3</sup>.

Continúa el proceso de envejecimiento poblacional, con un 18.3 % de personas de 60 años de edad y más en el año 2012, para un 2 % de incremento porcentual respecto al año 2011 y un 30 % respecto al año 2000. La pirámide poblacional se modifica en la medida que asimila la dinámica demográfica del país, con una base estrecha, dada la baja fecundidad, un discreto ensanchamiento entre los 20 y los 29 años de edad y otro mayor, entre los 40 y los 50 años<sup>4</sup>.

**Tabla Nº 1. Indicadores demográficos. 1970, 1990, 2000, 2012**

<b>Indicador</b>	<b>1970</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2012</b>
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	77.3	96.5	101.2	101.6
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	3.70	1.83	1.58	1.69
Tasa bruta de reproducción (hijas por mujer)	1.80	0.89	0.76	0.82
Porcentaje de adulto mayor de la población	9.0	11.9	12.9	18.3
Relación de masculinidad (hombres por mil mujeres)	1 052	1 013	1 003	996
Porcentaje de población urbana	60.5	73.9	75.3	75.2

*Fuente: Anuarios Demográficos. Sistema de Información de Demografía. Oficina Nacional de Estadística e Información.*

El nivel de reproducción de la población es bajo, la tasa de natalidad es de 11.3 nacimientos por cada mil habitantes. La tasa de fecundidad general es de 43 nacidos vivos por cada mil mujeres de 15 a 49 años, la de fecundidad en las adolescentes decrece en un 7 %, la tasa global de fecundidad es de 1.693 y la tasa bruta de reproducción de 0.824. El porcentaje de nacidos vivos institucionales, es 99.9 %<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ley 110 "Modificativa de la Ley número 1304 del 3 de julio de 1976 de la división política administrativa".

<sup>4</sup> Oficina Nacional de Estadística e Información. Censo de Población y Vivienda 2012. Datos preliminares.

<sup>5</sup> Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana. 2012, p.11.

En el año 2012, la tasa cruda de mortalidad general fue de 7.9 defunciones por mil habitantes. Según la clasificación en tres grandes grupos de causas de muerte, las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles son las más elevadas, mientras la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y por enfermedades infecciosas intestinales se mantiene baja.

### **Situación del Sistema Nacional de Salud**

El Sistema Nacional de Salud se basa en los principios de la salud pública socialista, mediante los cuales se reconoce el derecho de la población de recibir de forma gratuita los servicios prestados por las instituciones dedicadas tanto a la asistencia médica como a la asistencia social y constituye una de las mayores conquistas del modelo social cubano<sup>6</sup>.

Son factores condicionantes de la política de salud de Cuba, el desarrollo de capacidades individuales y la creación de entornos y condiciones favorables a la participación, la protección social y el disfrute de los beneficios económicos y sociales sin diferencias basadas en el estrato socioeconómico, la condición de género, el lugar de residencia, el color de la piel, el nivel educativo, la orientación sexual, la fe que se profese, entre otras.

El país cuenta hoy con 152 hospitales, 130 salas de terapia intensiva, 452 policlínicos, 496 instituciones estomatológicas, de ellas, 118 clínicas; hay 13 institutos de investigación, 747 bibliotecas médicas, 144 hogares de ancianos, 233 casas de abuelos y 31 hogares de impedidos. Los servicios de rehabilitación integral se fortalecen en todos los niveles de atención, con un 66 % de disponibilidad en policlínicos<sup>7</sup>.

Se cuenta con 490 mil 245 trabajadores de la salud, para una tasa de 435.8 trabajadores de la salud por cada 10 mil habitantes. Existen 11 506 consultorios del médico y enfermera de la familia y 13 419 médicos de familia ubicados en la comunidad<sup>8</sup> con acceso y cobertura a toda la población.

Los servicios médicos se prestan en forma escalonada, con tres niveles de atención según el grado de complejidad de las unidades que lo prestan: atención primaria, secundaria y terciaria.

Se identifican entre las líneas estratégicas fundamentales la relacionada con la reorientación del Sistema de Salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental lo constituyen el médico y la enfermera de la familia, lo que ha permitido la descentralización de la atención médica y la atención personalizada en las comunidades a las personas con mayores riesgos, así como la implementación de acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades a partir de la interrelación entre el médico y su población.

---

<sup>6</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Salud en Cifras. Cuba, 2010.

<sup>7</sup> Idem, p.13.

<sup>8</sup> Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas De Salud. Anuario Estadístico de Salud. Cuba, 2012.

Los policlínicos cumplen con las funciones de atención médica integral a personas, familias, grupos y la comunidad, con enfoque biopsicosocial, desarrollando procesos de formación y perfeccionamiento de recursos humanos y de investigación, para la contribución al mejoramiento continuo del estado de salud de la población.

Las políticas de salud aplicadas para abordar la educación de la sexualidad y el acceso de toda la población a los servicios de prevención, atención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/sida se evidencian a través de las siguientes medidas organizativas para la respuesta:

<b>1972</b>	Programa de control de sífilis y programa nacional de educación sexual
<b>1974</b>	Sub-programa de control de la sífilis congénita
<b>1981</b>	Programa de control de la gonorrea
<b>1986</b>	Programa nacional de prevención y control de VIH/sida
<b>1996</b>	Integración de los programas de ITS y VIH
<b>2001-2006</b> <b>2007-2011</b> <b>2014-2018</b>	Planes Estratégicos Nacionales para las ITS y el VIH/sida

### **Situación y evolución de las Infecciones de Transmisión Sexual**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un importante riesgo para la salud, particularmente en la población de entre 15 y 45 años de edad<sup>9</sup>.

Cada año se presentan en todo el mundo más de 448 millones de casos de ITS curables en adultos de 15 a 49 y no menos de un millón de contagios ocurren cada día. La tendencia mundial actual es al incremento.

En Cuba en la década de los 90 se alcanzaron cifras promedios de más de 12 000 casos nuevos de sífilis al año, más de 31 000 casos nuevos de gonorrea, únicas infecciones que se reportaban de forma obligatoria (EDO)<sup>6</sup>.

A partir del año 2000 se produjo una disminución promedio de 23.7 % en el reporte de casos de sífilis, alcanzando la mayor reducción (40 %) en el año 2005. Por otra parte, la gonorrea desde el 2000 mantiene un comportamiento promedio descendente de 16.5 % y a partir del 2009 comienza a aumentar ligeramente su reporte.

En el año 2001 se evaluaron los programas de sífilis y gonorrea y se decidió por el Ministerio de Salud Pública: mantener el diagnóstico etiológico de la sífilis, incluir el diagnóstico clínico y reporte obligatorio de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en su forma clínica, el Condiloma acuminado y el Herpes Simplex genital e implementar el manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual.

<sup>9</sup> Sexually Transmitted Infection. World Health Organization.2001<http://www2.hu-berlin.de/sexology/BIB/Potenziani/ITS.htm>

Durante el 2010 aumentó ligeramente el reporte de sífilis (1.9%), manteniendo similar tendencia en el 2011 donde se incrementó la notificación de casos de síndromes de ITS. Se obtuvieron los mayores incrementos en el caso de la gonorrea (23.2%) y condiloma acuminado (42.6 %) <sup>10</sup>.

El herpes genital que en años precedentes prácticamente no se reportaba, incrementó su reporte en el año 2010 en un 28,6%. No se reportaron casos de sífilis congénita en el 2012 contra tres en el año 2011.

Decrece al cierre de 2012, el reporte de todas las ITS excepto la sífilis y la gonorrea, esta última con un incremento no significativo y en el caso de la sífilis lo hace en un 58%, lo que se ha considerado en relación con brechas en el control y seguimiento de casos, la calidad de los controles de foco y una mayor transmisión en grupos de población clave de mayor riesgo

**Tabla N° 2. Incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual de declaración obligatoria. Cuba 2011-2012**

Enfermedad	2011		2012	
	Nº de casos	Tasa*	Nº de casos	Tasa*
Sífilis	886	7,9	1,339	<b>11,9</b>
Gonorrea	2739	24,4	2,838	<b>25,3</b>
Condiloma acuminado	2656	23,6	2,480	22,1
Herpes simple genital	602	5,4	529	4,7
Síndrome de secreción uretral	1.209	10,8	1,214	10,8
Síndrome de flujo vaginal (excluye gestantes) **	144.981	2,585,0	131,105	2,333,7
Síndrome de flujo vaginal (solo gestantes) **	n/r	n/r	12.982	231,1
Síndrome de dolor abdominal bajo**	99.180	1,768,3	91.438	1,627,6

\*Tasa por 100 000 habitantes

\*\* Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. MINSAP

Estudios de vigilancia de la etiología de síndromes de ITS realizados en los tres últimos años en gestantes y población general han aportado resultados de utilidad para enfocar las acciones preventivas y terapéuticas. En gestantes, en orden de frecuencia los gérmenes más frecuentemente asociados al síndrome de flujo vaginal fueron micoplasma (28,1%), cándida

<sup>10</sup> Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, La Habana, 2012.

(15,4%), trichomonas (11.8%) y clamidias (9,1%). En los servicios de urología, ginecología, planificación familiar e infertilidad, el germen más frecuentemente aislado fue la clamidia.

### **Situación, magnitud y evolución de la epidemia de VIH en Cuba**

Desde 1986 y hasta el 2012 se han diagnosticado un total de 17 mil 625 casos de VIH, de los que han fallecido 2 mil 977 (2 mil 730 por sida y 247 por otras causas). La prevalencia conocida es de 14 mil 648 personas con VIH, de ellas 4 mil 735 clasificadas ya como casos de sida<sup>11</sup>.

**Tabla Nº 3. Estado de la epidemia de VIH/SIDA. Cuba. 2012**

<b>Estadísticas generales</b>	<b>N</b>
Total de casos diagnosticados con VIH	17 625
Total de fallecidos	2 977
a causa del sida	2 730
por otras causas	247
Enfermos de sida	4 735
PVV al cierre de 2012	14 648
<b>Otros indicadores</b>	
Prevalencia estimada en población de 15-49 (ONUSIDA)	0,1%
Prevalencia estimada en población de 15- 24 (ONUSIDA)	0,03%
Tasa de TMI de VIH (datos programáticos)	1,85%

*Fuente: Registro Informatizado VIH/sida, MINSAP.*

Se mantienen eliminadas como problema de salud la transmisión por sangre y sus derivados y la maternoinfantil, siendo la sexual la forma de transmisión de más del 99% de los casos diagnosticados.

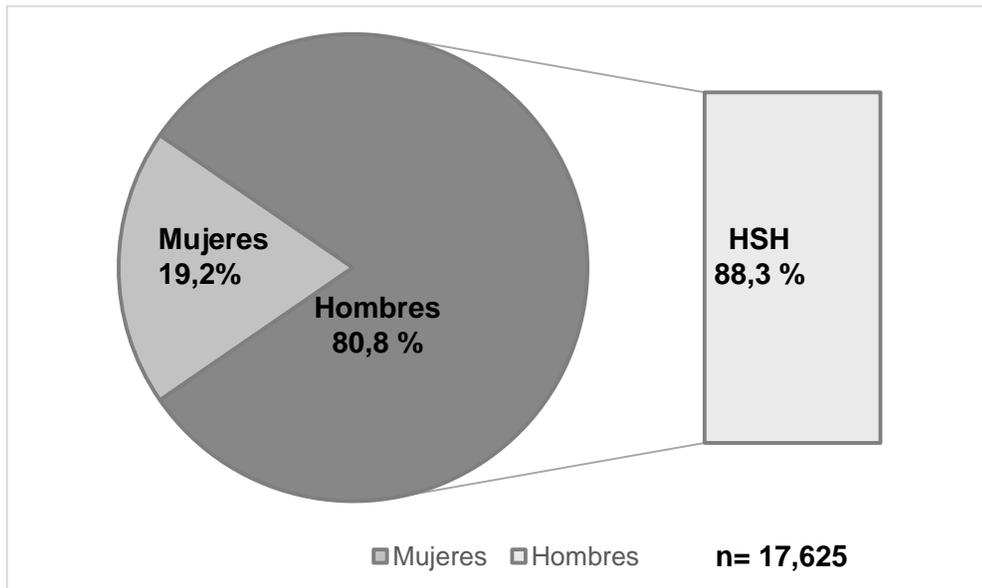
La proporción de casos según sexos no ha tenido variaciones en el tiempo, manteniéndose los hombres como el principal grupo de población afectado, representando más de las 3 cuartas partes de la epidemia (80,8%).

Los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) representan el 72% de todos los casos diagnosticados y el 88,3% entre los del sexo masculino.

Nacionalmente, por cada mujer se diagnostican 4 hombres. Las mujeres continúan representando alrededor del 20% aunque se han presentado incrementos en algunos municipios y localidades.

<sup>11</sup> Departamento ITS-VIH/sida. Informe de resultados; La Habana, Cierre 2012.

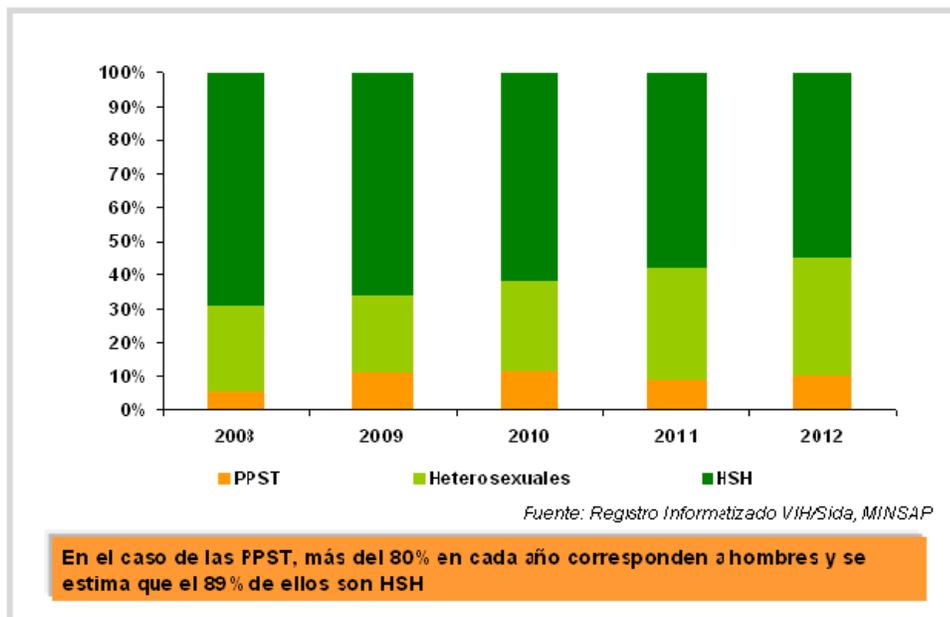
**Gráfico N° 1. Casos de VIH según sexo y orientación sexual. Cuba. 1986-2012**



Fuente: Registro Informatizado VIH/sida, MINSAP.

Entre los comportamientos asociados al riesgo de transmisión del VIH se encuentran la práctica de relaciones sexuales desprotegidas entre hombres, lo que incluye la práctica de sexo transaccional.

**Gráfico N° 2 Comportamientos asociados a la transmisión sexual del VIH. 2008-2012**



En los últimos 5 años más del 75% de los nuevos casos de VIH se diagnostican en 45 municipios que han sido los más afectados por la epidemia y priorizados para el trabajo de ITS-VIH/sida.

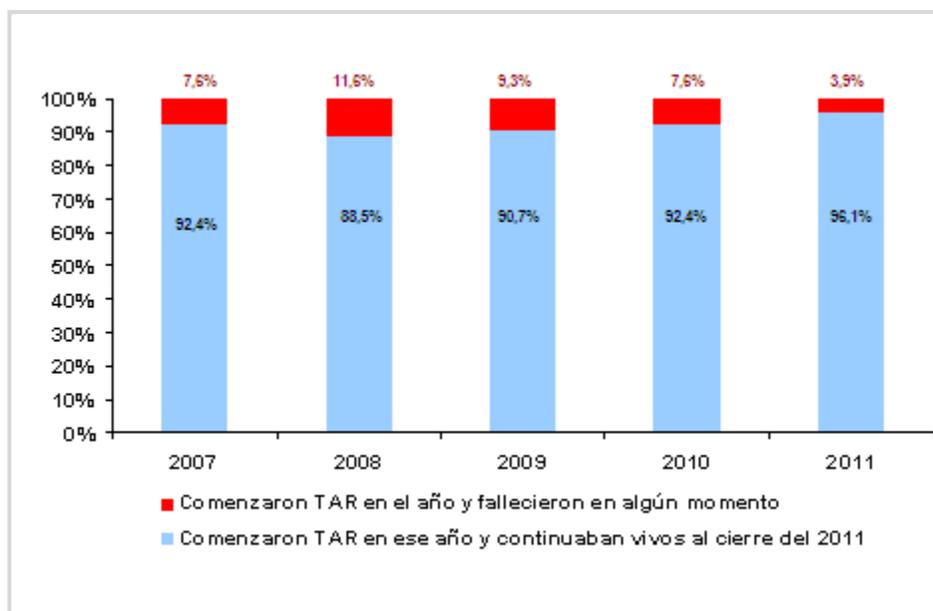
La detección en el 2012 se mantuvo estable con respecto a los dos años precedentes, comportamiento apreciado en la mitad de las provincias del país<sup>11</sup>.

En los últimos 6 años los grupos de edades más afectados se mantienen en el rango de los 20 a 29 años. El diagnóstico en menores de 14 años no representa un problema en el país y se mantiene estabilidad del diagnóstico de VIH en jóvenes de 15 a 19. Se evidencian ligeros incrementos en los grupos de 45 a 49 y de 50 y más años.

Anualmente se realizan como promedio 2,2 millones de pruebas de VIH en diferentes grupos de población, priorizando la búsqueda activa de casos en poblaciones clave en los diferentes servicios de la APS, representando entre el 45% y 49% de las pruebas realizadas cada año.

La mortalidad a causa del sida en pacientes con tratamiento continúa siendo un indicador de impacto positivo. Más del 90% de todos los que iniciaron tratamiento en el 2007, se mantenían con vida al cerrar el 2012.

**Gráfico N° 3. Proporción de sobrevivientes entre las personas bajo terapia antirretroviral (TAR) según año de inicio de tratamiento. Cuba: 2007-2012**



Fuente: Registro Informatizado VIH/sida, MINSAP

Análisis realizados identifican diferencias en la supervivencia luego de iniciar TAR. Al cierre de 2012, habían sobrevivido el 96,5% de las mujeres, el 100% de los hombres heterosexuales y el 91,1% de los HSH que iniciaron TAR en 2008.

**Tabla Nº 4. Proporción de sobrevivientes entre las personas bajo terapia antirretroviral (TAR) en tres grupos de estudio. Cuba: 2008-2012**

Grupo de estudio	% que se mantienen con vida tras el inicio de TAR	% que ha fallecido	Promedio de años de vida ganados (supervivencia luego de TAR)
Mujeres	96,5	3,5	4,8
Hombres heterosexuales	100,0	0,0	5,0
Hombres que tienen sexo con hombres	91,1	8,9	4,6

*Fuente: Registro informatizado de VIH/sida, MINSAP.*

### **Caracterización de las poblaciones clave de mayor riesgo**

Para prevenir las nuevas infecciones en la población general y en subgrupos de población se requieren intervenciones específicas aun cuando el riesgo para cada individuo dependa de sus prácticas y no del grupo al que pertenezca.

Al diseñar las intervenciones preventivas dirigidas no a individuos, sino a estas poblaciones clave, siempre se corre el riesgo de estigmatizarlas. Por este motivo, es imprescindible su participación en el diseño y el desarrollo de estos programas, que deben contar con su aceptación.

Atendiendo a las características de la epidemia y la información epidemiológica disponible, se han identificado los siguientes sub grupos de población hacia los que se dirigen intervenciones preventivas específicas.

### **Subgrupos de población tributarios de intervenciones preventivas específicas**

- ⇒ Hombres que tienen sexo con hombres
- ⇒ Poblaciones trans
- ⇒ Personas que viven con VIH y sus parejas
- ⇒ Personas que practican sexo transaccional y sus parejas
- ⇒ Adolescentes y jóvenes
- ⇒ Mujeres

## **Hombres que tienen Sexo con otros Hombres**

*Ocho de cada diez personas diagnosticadas con VIH son hombres y casi 9 de cada 10 hombres viviendo con VIH son HSH.*

*La prevalencia de VIH en HSH es de 7,44%, (6,22% en HSH menores de 25 años y 8,25% en mayores de 25); 41 veces superior a la prevalencia estimada de VIH en la población adulta de 15 a 49 años*

*Es alta la frecuencia de otras ITS: el 24% de los HSH encuestados en sitios centinela manifestó antecedentes de síntomas de ITS en el último año y los síntomas más frecuentemente referidos fueron ardor al orinar (36,4%) y secreción uretral o anal (31,3%).*

*El 70% de las PVV diagnosticadas en el 2012 con inmunodeficiencia grave y/o avanzada son HSH*

*La mortalidad en este grupo es superior y los años de vida ganados en HSH que iniciaron TAR en 2008 (4,6 años) son inferiores a los observados en hombres heterosexuales (5,0) y mujeres (4,8)*

*El 34,3% de los HSH diagnosticados con VIH en 2012 fueron alcanzados con prueba de VIH a través de la búsqueda de casos en grupos clave en la APS, el 15,6% por estudio de contactos de PVV, el 14,6% por solicitud espontánea y el 10,2% al realizarse prueba de VIH por haberse diagnosticado otras ITS.*

- Los HSH representan el 6.3% de los hombres cubanos de 12 a 49 años y el 7% de los que han tenido relaciones sexuales alguna vez y según su comportamiento sexual cerca de la mitad (46.7%) son bisexuales.
- Tienen una edad media de 33.4 años, superior en dos años a la observada en la población general.
- Según color de la piel, la proporción de blancos es relativamente superior a la que se registra en población masculina (66.1% versus 63.4%)<sup>12</sup>.
- Son más frecuentes entre los hombres residentes en las provincias de La Habana y Holguín, pero se observan también proporciones superiores a la media nacional en Pinar del Río, Matanzas, Ciego de Ávila y Granma.
- Representan el 7.0% de los hombres residentes en cabeceras provinciales, el 6.4% entre los residentes en el resto de la zona urbana y el 4.8% de los que viven en la zona rural.
- Tienen como promedio un alto nivel de instrucción. El 87.7% tienen una vida activa frente al trabajo o el estudio, el 3.0% se dedica a labores domésticas y un 4.8% declaró no realizar ninguna actividad socioeconómica.
- El 49.6% tienen pareja estable y un 39.1% se mantienen solteros; las uniones consensuales son comparativamente más frecuentes que en el resto de la población.
- Tienen mayor movilidad territorial que el resto de la población (el 16% estuvo fuera de su casa durante un mes o más en el último año).
- El 39.8% son consumidores de bebidas alcohólicas y alrededor de uno de cada diez las consumen al menos 2 veces por semana.

---

<sup>12</sup> Encuesta de Indicadores de Prevención de VIH-sida. Oficina Nacional de Estadística e Información, La Habana, 2011.

## **Poblaciones trans**

Las edades oscilan entre 14 y 45 años, presentando una escolaridad promedio de noveno grado. La mayoría en sus familias el padre está ausente. Tienen carencias afectivas dado el estigma y discriminación, tanto familiar como social, por lo que sus relaciones sociales son limitadas, además algunas señalan que llevan una doble vida y esto no les permite expresar libremente sus sentimientos.

La población estimada (según referencias de la red trans) abarca alrededor de 3 002 individuos en todo el país, de los cuales alrededor de 700 practican el sexo transaccional (23%). Según la encuesta nacional de indicadores de prevención de la ONEI la población trans se estima en 3 512 con un intervalo de confianza [457-6 566], siendo un 28% los que practican sexo transaccional

La homofobia y transfobia internalizada dificulta la cohesión grupal y el establecimiento de códigos de relación y comunicación que favorezcan las relaciones interpersonales y la tarea de prevención del VIH.

- En general tienen una baja autoestima, por lo que cuentan con menos herramientas para la negociación del condón.
- Su incorporación al estudio y/o al trabajo se ve afectada por el estigma y la discriminación. Las que trabajan lo hacen fundamentalmente por cuenta propia (peluquería, domésticas en casas particulares, labores de costuras, espectáculos de transformismo).
- El estigma y la discriminación contribuyen al aislamiento social y a relacionarse sexual y afectivamente en sitios no adecuados para la asunción de comportamientos sexuales protegidos así como limita también el encuentro con una pareja afectiva.
- Tienen dificultades en su auto cuidado, en sus relaciones de pareja prevalece la violencia y mantienen en general una comunicación agresiva.
- Sus parejas suelen ser homosexuales, bisexuales, lesbianas y transgéneros.
- Son personas que tienen influencia sobre otros hombres (HSH); el hecho de travestirse hace que sean vistos por el resto como: seguros, valientes y osados ya que han sido capaces de romper las barreras del rechazo social.
- Llamam la atención por la imagen que lucen al travestirse, más atractiva, no se ven «varoncitos» y son más escuchados al realizar tareas de prevención por lo que las acciones pueden resultar más atractivas

## **Personas que viven con el VIH (PVV) y sus parejas**

*El 80,4% de las PVV son hombres y el 19,6% mujeres.*

*El 87,8% de los hombres que viven con VIH son HSH.*

*El 10,8% de las mujeres con VIH han tenido un embarazo en los últimos 5 años.*

*El 92,1% de las PVV se encuentran vinculadas a la atención y el 95,2% adherida a la misma.*

*El 57% de todas las PVV reciben TAR (99% de las que lo necesitan); a partir de las nuevas recomendaciones de la OMS se estima que lo requerirá el 72%.*

*El 73% de las PVV en TAR con carga viral realizada en el 2012 tienen CV indetectable.*

*La mortalidad a causa del sida muestra tendencia a la disminución, lo que incide en el incremento de la prevalencia y con ésta el riesgo de transmisión, la carga de enfermedad y las necesidades de recursos para la atención, tratamiento, seguimiento y apoyo al universo de personas viviendo con VIH.*

- Las personas que viven con VIH en Cuba en diciembre del 2011 representaban el 0,1% de la población de 12 a 49 años<sup>13</sup>.
- En el 2011, la edad promedio de las personas que viven con VIH fue de 36 años, la proporción asociada a las PVV de 12-14 años es prácticamente cero y se interpreta como que no existe presencia de Personas con VIH con edades dentro de ese rango en esta población.
- En La Habana reside aproximadamente la mitad de las personas que viven con VIH y el resto se distribuye en las provincias Santiago de Cuba, Villa Clara, Granma, Camagüey y Holguín.
- En general, tienen un alto nivel educacional siendo las mujeres con VIH relativamente menos instruidas que los hombres con VIH.
- Los hombres en su gran mayoría se declaran solteros (53.1%), las mujeres en su mayoría declararon tener una pareja conyugal (55.7%).
- Entre las personas que viven con el VIH existe una mayor proporción de personas con color de la piel negra y mestiza que la que se registra en la población cubana en general (46.0% versus 34.9% respectivamente) y en consecuencia, son comparativamente menores las proporciones de personas que viven con VIH con color de la piel blanca (54.0% versus 65.1% respectivamente).

### **Personas que practican sexo transaccional (PPST) y sus parejas**

*La prevalencia estimada de VIH en PPST es de 0.99% para ambos sexos, 9,9 veces superior a la prevalencia estimada de VIH en población adulta de 15 a 49 años; es mayor en hombres que practican sexo transaccional (1.50%) que en las mujeres (0,37%). Según grupos de edades es de 0.94% en PPST menores de 25 años y 1.01% en PPST mayores de 25 años.*

- El universo estimado de PPST representa el 1.5% de la población de 12 a 49 años, el 2.0% de los hombres y 1.1% de las mujeres comprendidas en esas edades<sup>12</sup>.
- En el grupo de 15 a 39 años predominan las personas del sexo femenino. Para el grupo de 40 años en adelante predomina el sexo masculino en una proporción de 65% de hombres y 35% de mujeres.
- Son más comunes en las provincias de Villa Clara y Santiago de Cuba, pero también se registran proporciones superiores a la media nacional en La Habana, Mayabeque y Granma.
- Al comparar la estructura por color de la piel de las PPST con la de los restantes grupos puede concluirse que este tipo de prácticas resulta más frecuente entre las personas no blancas y especialmente entre las mulatas o mestizas.

<sup>13</sup> Oficina Nacional de Estadística e Información. ONEI. Encuesta a Personas con VIH; La Habana, 2011.

- Son relativamente menos instruidas que el resto de la población y particularmente en lo referido a la enseñanza superior.
- El 80.1% tiene una vida activa frente al trabajo o al estudio, aunque por sexo el comportamiento sea diferenciado respecto al que se registra en la población y especialmente en las mujeres. Mientras el 68.5% de las mujeres de la población general estudian o trabajan, entre las féminas que practican sexo transaccional la proporción es del 63.1%.
- Tienen mayor movilidad territorial que el resto de la población (el 28.2% estuvo fuera de su casa durante un mes o más en el último año mientras que la movilidad de la población fue de 10.9)
- Cerca de 2 de cada 3 (65.1%) consumen alcohol y el 12.0% lo hace al menos 2 veces por semana.

### **Adolescentes y jóvenes**

*El 46% de todos los casos de VIH diagnosticados en el país, tenían menos de 30 años al diagnóstico. La proporción del sexo femenino en este grupo (24%) es superior a la media nacional (20%) En 1 de cada 10 se obtienen antecedentes de prácticas de sexo transaccional.*

- La población entre 10 a 29 años de edad es esencialmente urbana y representa el 26,7% del total de la población. En ella predomina el sexo masculino, tendencia que se reduce, a medida que se incrementa la edad<sup>14</sup>.
- El 44,2% del universo de adolescentes y jóvenes están insertados en algún sistema de enseñanza.
- El 36,8% se encuentra vinculado laboralmente, predominando los de 20 a 29 años de edad y los del sexo masculino, los que están insertados básicamente en las categorías ocupacionales de técnicos, operarios y los servicios.
- El primer casamiento o unión es un evento que se realiza a una edad promedio de 19,5 años en el caso de las mujeres, las cuáles eligen como pareja a jóvenes unos 5 años mayores que ellas (24,2 años en promedio). Los hombres por su parte realizan su primera unión como promedio algo más tardíamente a la edad de 22,2 años y eligen como pareja a mujeres unos dos años más jóvenes (20,8 años)<sup>15</sup>.
- La edad promedio de las madres al procrear se desplaza alrededor de los 28-30 años. Usa algún método anticonceptivo el 67% de las adolescentes activas sexualmente, valor inferior al 76% de uso en las mujeres entre 20 y 24 años o de edades más avanzadas.
- Son el condón, el DIU y la píldora, los métodos más utilizados por las adolescentes cubanas<sup>16</sup>.
- Persiste la elevada fecundidad en las adolescentes, que asciende sistemáticamente en los últimos cinco años, así como un aumento de la captación de embarazadas de este grupo<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Anuario demográfico de Cuba; 2011.

<sup>15</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Encuesta Nacional de Fecundidad; 2009

<sup>16</sup> Dirección Nacional de Estadísticas /MINSAP/ UNICEF/Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Encuesta de Indicadores Múltiples por conglomerados. MICS; 2010.

## **Mujeres**

*La tendencia anual de nuevos casos de VIH en mujeres ha mostrado incrementos en varios municipios. Las ITS en mujeres muestran tendencia al incremento y el manejo de casos, especialmente del Síndrome de Flujo Vaginal no es efectivo, lo que hace que se incremente el riesgo de adquirir VIH en población femenina.*

*Varias complicaciones de ITS en mujeres (cáncer cérvico uterino, embarazo ectópico, infertilidad) tienen una tendencia al incremento.*

- Para el 2011, de un total de 5 613 000 mujeres, la población en edad fértil que se encuentra entre 15 y 49 años se estima en 3.192.155 mujeres<sup>17</sup>.
- Las mujeres cubanas residen en la zona urbana en un 76.7%. El 39.6% vive en la región occidental, el 35.0 % en la región oriental y un 25.4% en la región central<sup>18</sup>.
- En sentido general, exhiben alto grado de instrucción, aspecto favorable para su salud.
- El 61.0% de las mujeres en edad laboral se encuentran económicamente activas.
- En el ámbito ocupacional, la mujer cubana está presente en todas las categorías ocupacionales, con predominio en las categorías técnicas y administrativas.
- La mujer cubana mantiene bajos niveles de reproducción. El patrón de fecundidad se caracteriza por máxima fecundidad en el grupo de 20 a 24 años.
- El patrón y nivel de fecundidad ha estado determinado históricamente por la anticoncepción, el aborto inducido y la nupcialidad, siendo la anticoncepción la de mayor impacto en el descenso de la fecundidad<sup>15</sup>.
- La cobertura anticoncepcional actual asciende al 77.8%.
- El aborto inducido y la regulación menstrual siguen siendo utilizados como métodos alternativos al no uso o uso incorrecto de los anticonceptivos<sup>15</sup>.

---

<sup>17</sup> Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP. Situación de Salud en Cuba. Indicadores Básicos. 2011.

<sup>18</sup> Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Salud y sobrevivencia de la Mujer Cubana. 1990-2009. La Habana; 2011.

## **Vigilancia del VIH/sida y sistemas de información**

Desde que se diagnosticaron los primeros casos en Cuba en 1986, se implementó la vigilancia de caso de VIH. Se asignó a cada nuevo caso un identificador único siendo actualizado prospectivamente con la información epidemiológica y clínica que va aconteciendo en el tiempo. Más recientemente se ha incorporado la de laboratorio y tratamientos. El reporte de sida se realiza por fecha de primeros síntomas o fecha del resultado de laboratorio que define a la persona como caso sida y la muerte según fecha de fallecimiento.

La investigación epidemiológica de cada caso de VIH diagnosticado y la estratificación de la información obtenida hasta el nivel local, ha permitido conocer lugares y personas más afectados por el VIH según sexo, edades, zona de residencia, ocupación laboral, factores de riesgo asociados, orientación sexual, estado inmunológico al diagnóstico y antecedentes serológicos anteriores, lo que ha contribuido a conocer mejor las diferentes sub epidemias, dirigir las acciones preventivas con mayor énfasis en los lugares y hacia los grupos más afectados e identificar necesidades de recursos para la ampliación del alcance del programa.

La estrategia de búsqueda de casos para la vigilancia del VIH comenzó en 1986 con el estudio serológico de todos los donantes de sangre, las personas que habían estado en países donde se reportó el síndrome y sus parejas sexuales, personas con Infecciones de Transmisión Sexual e ingresados con síntomas y signos sugerentes de sida.

El estudio de las embarazadas en el primer trimestre del embarazo y personas receptoras de sangre y derivados (hemofílicos y otras hemopatías) comenzó en 1987.

En la década de los 90 son incorporados al tamizaje otros grupos de población: los donantes de órganos, los nefrópatas, las personas con conducta sexual de riesgo que fueran captadas en la Atención Primaria de Salud, las que solicitaban realizarse la prueba tanto de forma confidencial como anónima y se instituyó una segunda prueba a las embarazadas en el tercer trimestre de embarazo y la pesquisa en enfermos de Tuberculosis.

Desde el inicio del programa de pesquisaje serológico hasta el 31 de Diciembre del 2012 se habían realizado en todo el país un total de 47 096 688 pruebas de VIH de las cuales el 30,6% corresponden a donantes de sangre y el 11,3% a embarazadas, grupos internacionalmente considerados representativos de la población general y utilizados para la vigilancia en población de menor riesgo<sup>11</sup>. También se ha obtenido información sobre la circulación del VIH en grupos de población expuestas a riesgo: personas con conducta sexual de riesgo que son captadas por el personal de salud en la APS, diagnosticados con otras ITS y sus parejas sexuales y los contactos sexuales de personas con VIH.

La sostenibilidad de este amplio pesquisaje ha sido posible por la política de desarrollo de tecnologías nacionales para lograr cobertura de programas de salud priorizados.

**Tabla N° 5. Pruebas realizadas y positividad en grupos seleccionados. Cuba. 1986-2012**

Grupo de Tamizaje	No. de pruebas realizadas	% positividad
Donantes de sangre	14 400 186	0,01
Contactos de casos de VIH	118 889	3,03
Infecciones de Trasmisión Sexual	2 723 355	0,05
Captados	10 342 134	0,05
Espontáneos	1 254 511	0,18
Enfermos de Tuberculosis	24 599	0,07
Embarazadas	5 303 516	0,01
Ingresos	4 858 556	0,03
Espontáneos confidencial	374 069	0,57
Espontáneo anónimo	27 493	0,55
Terreno	648 294	0,03
<b>Total</b>	<b>47,096,688</b>	<b>0,04</b>

*Fuente: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y Registro Informatizado de VIH/sida, MINSAP*

En el último bienio se habían realizado un total de 4 335 542 pruebas serológicas, la mayor proporción de ellas (48,1%) han sido realizadas a personas con conducta sexual de riesgo como parte del proceso de atención integral de salud que realiza el Médico de Familia en la población que atiende<sup>11</sup>.

**Tabla N° 6. Vigilancia serológica en grupos de tamizaje seleccionados. Cuba. 2011-2012**

Grupo de Tamizaje	2011		2012	
	No. de pruebas realizadas	% positividad	No. de pruebas realizadas	% positividad
Donantes de sangre	417 577	0,02	410293	0,02
Contactos VIH	9 853	2,92	11641	2,76
ITS	71 195	0,22	67890	0,26
Captados	1 065 055	0,06	1 013 380	0,06
Enfermos de TB	1 148	0,00	1 052	0,29
Embarazadas	307 621	0,01	309 536	0,01
Ingresos	86 325	0,14	80 010	0,17
Espontáneo confidencial	89 138	0,30	65 805	0,32
Espontáneo anónimo	3 256	0,43	2 800	0,21
Terreno	163 626	0,03	158 341	0,02
<b>Total</b>	<b>2 214 794</b>	<b>0,07</b>	<b>2 120 748</b>	<b>0,08</b>

*Fuente: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y Registro Informatizado de VIH/sida, MINSAP*

La primera encuesta de comportamiento se realizó en 1996. A partir de 2001, la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) realiza cada dos años la Encuesta de Indicadores de Prevención de VIH/sida, cuyos resultados han posibilitado monitorear cambios en indicadores de resultado, conocer el grado de satisfacción de la población, mejorar las estimaciones de necesidades de servicios y perfeccionar las acciones preventivas que se diseñan.

El sistema nacional de información sobre VIH/sida (**Gráfico N° 4**) ofrece datos integrales y fiables prácticamente en tiempo real y está completamente integrado en el sistema nacional de información sanitaria<sup>19</sup>.

Existen varios portales de información en línea que se utilizan ampliamente y permiten disponer de datos consolidados y actualizados con regularidad. Entre ellos figuran:

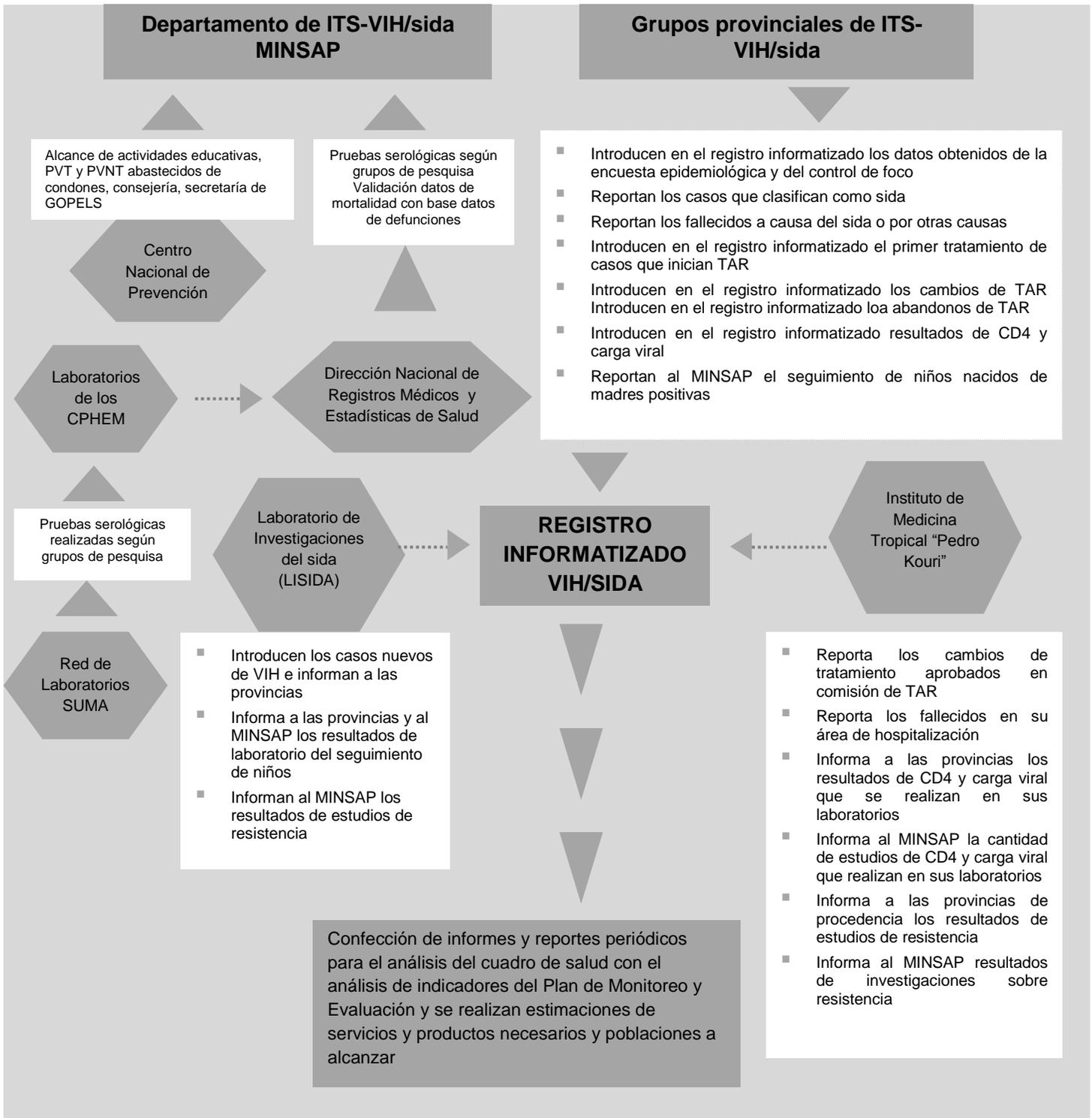
- El “Registro informatizado de VIH” del MINSAP, que es una base de datos íntegra sobre todas las personas que se han diagnosticado con el virus en Cuba que se actualiza semanalmente.
- La base de datos SIDATRAT del IPK, que contiene registros médicos detallados de más del 90% de las personas con terapia ARV en Cuba.
- Las bases de datos Mistral y Comedics de EMCOMED, que incluyen datos sobre las existencias y el consumo de todas las farmacias del país.
- La base de datos de formularios nacionales, que es un registro de todos los medicamentos inscritos para su empleo en Cuba, por categoría y nivel de la instalación de salud de que se trate.
- La base de datos de vigilancia farmacológica de CECMED.

Se monitorea también: la oportunidad del diagnóstico, la incorporación de pacientes a los servicios de atención, la respuesta a tratamientos, la resistencia a antirretrovirales en pacientes recién diagnosticados y en pacientes en el curso del tratamiento antirretroviral, las coberturas de productos de salud indispensables como condones, lubricantes, medicamentos, reactivos, funcionamiento de equipos médicos, completamiento de los recursos humanos para la prevención y la atención, entre otros.

---

<sup>19</sup> Informe de la OIG: Examen diagnóstico de los proyectos del Fondo Mundial en la República de Cuba. La Habana; 20 de abril de 2012.

**Gráfico No. 4. Sistema de Información de VIH/sida**



Fuente: Departamento de ITS-VIH/sida, MINSAP

### **Vigilancia centinela del VIH**

Durante más de 22 años se ha monitoreado la tendencia de la infección por VIH en el país a partir de información continua obtenida de la vigilancia centinela en donantes de sangre, mujeres en edad fértil y gestantes a nivel de Áreas de Salud, Hospitales, Bancos de sangre y Centros municipales y provinciales de Higiene y Epidemiología.

Desde el año 2007, se definieron diferentes sitios centinela para el monitoreo del comportamiento de la infección por VIH y la obtención de información sobre conocimientos y comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres.

En el 2010 el estudio se realizó en un puesto de consejería anónima en una zona céntrica de La Habana aledaña a varios sitios de encuentro de la población HSH. Se llevó a cabo utilizando un muestreo consecutivo durante el período de un mes logrando la participación de 484 hombres que tenían sexo con hombres y se obtuvo una prevalencia de VIH de 8%.

La movilización de los HSH hacia el sitio centinela para completar el tamaño muestral se logró utilizando promotores pares que captaban posibles clientes en varios sitios de encuentro de dicha zona. Se utilizaron pruebas rápidas que fueron anónimas ligadas, cada cliente recibió un código y en pocos minutos estuvo el resultado de la prueba.

El pasado año se repitió el estudio con similares características y resultados.

### **Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida**

Las Encuestas sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida, han sido diseñadas para estimar el universo de hombres que tienen sexo con otros hombres y de personas que practican sexo transaccional y poder identificar conocimientos, comportamientos, actitudes, oportunidades, motivaciones, habilidades y percepciones de la población cubana de 12 a 49 años en general y de estos grupos en específico.

La encuesta permite obtener resultados a nivel de país con desglose por provincias, sexo, grupos quinquenales de edad y por zona de residencia. El cuestionario y diseño de la muestra empleada se elaboraron de manera tal que fuera posible mantener a nivel de cabeceras provinciales la comparabilidad de los principales indicadores con los resultados obtenidos en los estudios similares realizados previamente.

Esto ha permitido contar con una historia cronológica de la medición de diferentes indicadores de resultados de obligatoria consulta en la planeación e implementación de la estrategia nacional.

### **3. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NACIONAL Y DE LOS ACTORES**

La respuesta del Gobierno cubano a la epidemia de VIH se ha caracterizado por su proyección social, comunitaria e intersectorial mediante la elaboración de políticas públicas, la asignación de presupuesto del Estado, la conformación de GOPELS (Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida) como el escenario intersectorial para la toma de decisiones, la incorporación cada vez mayor de la población clave de mayor riesgo a la respuesta, la elaboración de resoluciones que garantizan la igualdad de derechos y deberes de todos los cubanos sin discriminación. Su máxima expresión se evidencia en los Lineamientos de la política económica y social del país en los que se declara a la salud de la población una prioridad del Estado.

#### **Respuesta del sector salud**

La Respuesta del Sector Salud se basa en la planeación y materialización de estrategias de desarrollo, enfoque que incluye el cumplimiento de las disposiciones de la Declaración del Milenio (2000), en el Objetivo 6 «Contener el VIH y el Sida e invertir el curso de la epidemia en el 2015», la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida (UNGASS, 2001) «Fortalecer los sistemas de atención de la salud, ampliar el tratamiento, así como hacer frente al VIH/Sida en el mundo del trabajo mediante la adopción de políticas dirigidas a la prevención, la puesta en marcha de programas de atención de la salud en los lugares de trabajo» y la Declaración de Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe (México, 2008).

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) tiene dentro de su misión dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y el Gobierno en cuanto a la Salud Pública.

En su función rectora de las políticas en materia de salud, elaboró y aprobó en 1986 el primer Programa de Prevención y Control de VIH/sida y posteriormente los Planes Estratégicos para la Prevención y el Control de las ITS y el VIH/sida basados en enfoques de salud pública conocidos y aplicados en el país para la prevención y control de enfermedades, coordinando el trabajo intersectorial y la participación social, con el propósito de reducir su impacto y propagación en la población.

Dentro del Aparato Central del MINSAP, en 2009 se aprobó la creación del Departamento de ITS-VIH/sida, perteneciente a la Dirección Nacional de Epidemiología, el cual tiene la misión de dirigir el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH/sida y controlar el cumplimiento de las normativas contenidas en los Planes Estratégicos Nacionales.

Las transformaciones ocurridas dentro del sector han impulsado el alcance de la población, el incremento de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, la disponibilidad de condones en los servicios de salud, el diagnóstico precoz, la disminución de la mortalidad a causa del sida, la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH y la sífilis, el acceso a la prevención, los cuidados integrales y el tratamiento antirretroviral (TAR).

## Prevención, tratamiento y control de las ITS y el VIH/sida

### Mercadeo social de condones

La promoción del uso del condón masculino ha sido fundamental en la estrategia de prevención y en la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva.

Encaminada a posicionar la idea de una conducta sexual protegida a través del uso del condón, se ha trabajado en una estrategia encaminada a lograr la disponibilidad de condones de calidad, en cantidades que cubran las necesidades y satisfagan la demanda de la población, distribuidos a precios accesibles en todo el país en puntos de venta tradicionales -farmacias- como en no tradicionales -bares, cafeterías, discotecas, centros nocturnos y de recreación- seleccionados por ser lugares donde se realizan encuentros que propician las relaciones sexuales de riesgo, reduciendo barreras sociales y psicológicas e informando y educando sobre las ventajas de su uso sistemático.

Para alcanzar estos objetivos se desarrollan acciones dirigidas a mejorar todas las fases del mercadeo:

1. **Planificación** basada en las demandas anuales de los territorios. El promedio de ventas anuales en los últimos años ha sido de aproximadamente 70 millones de condones, consideradas aun bajas con respecto a la población sexualmente activa del país y que debe incrementarse entre un 5 y 10% en los próximos años.
2. **Calidad y variedad** de los condones adquiridos, elemento vital para propiciar la aceptación y credibilidad en su efectividad y eliminar el estigma de su uso. En el período se han obtenido avances tras la adquisición y mercadeo de diferentes marcas de condones.
3. **Sistemas de distribución y almacenamiento**, desarrollados por la Empresa Nacional de Suministros Médicos (EMSUME) y la Empresa Comercializadora de Medicamentos (EMCOMED) para garantizar su almacenamiento y distribución sistemática y planificada de condones, desde los almacenes centrales a los establecimientos provinciales y de estos a EMCOMED, MINCIN, MINFAR, MININT, MINSAP y otros clientes.
4. **Información** sobre las ventas, consumo, cobertura y demanda de condones en todos los niveles de la cadena de distribución y particularmente en los puntos de ventas, con la participación coordinada de los equipos asesores en los territorios, EMSUME, EMCOMED, Farmacia, MINCIN.
5. **Accesibilidad** a través de la extensión de los puntos de venta no tradicionales.
6. **Información, educación y comunicación** dirigida a la población general y poblaciones clave, comercializadores y distribuidores del producto, centrada en la importancia del uso del condón en las prácticas sexuales y en el desarrollo de las habilidades para negociarlo en la pareja, utilizando el enfoque socio cultural en la elaboración de los **mensajes que han sido** emitidos a través de los medios de comunicación masiva y directa a los grupos vulnerables, comercializadores y distribuidores y por personal de salud desde los diferentes servicios de la Atención Primaria.

### Programas de educación sexual y prevención de ITS/VIH/sida para jóvenes y adolescentes del sistema nacional de educación

Nuestro país se adscribe desde 2008 a la declaración ministerial “Prevenir con Educación” que se aprobó en el marco de la primera reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe.

La corresponsabilidad en la gestión a través de la respuesta intra e intersectorial ha resultado indispensable para sustentar los compromisos establecidos por Cuba y su seguimiento. Para ello, se han establecido acuerdos sobre tres áreas de resultados clave; currículo de estudio, comunicación social y el marco normativo legal, que han requerido lineamientos generales y planificación interinstitucional para el avance en paralelo, desde un enfoque común.

Se han establecido procesos colaborativos intersectoriales de revisión de currículos y planes de estudio<sup>20</sup>, para determinar en qué medida se ha incorporado en el currículo la educación integral sobre la sexualidad, acompañada de una revisión y actualización minuciosa de los estándares de capacitación del personal docente en todos los ámbitos educativos.

La estrategia para alcanzar las metas ha requerido ajustes constantes, para ello se han establecido espacios de intercambio y de inter aprendizaje para la sistematización, análisis e identificación de obstáculos, lecciones aprendidas y aportar innovaciones en la respuesta nacional.

Entre los principales avances en los compromisos establecidos se destacan los relacionados con el marco legal e instrumentos de planificación, la ampliación transversal de actividades y fortalecimiento de capacidades para la inserción curricular, así como mejoras en la implementación y coordinación de materiales y actividades.

### Transversalización de la estrategia de género

Hacia la promoción de la transversalización de género en la respuesta a las ITS-VIH/sida han estado dirigidos los esfuerzos en el último trienio, donde han jugado un papel muy importante instituciones y organizaciones como la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), el Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida (CNPITS-VIH/sida), el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) y el Centro de Estudios sobre Juventud (CESJ), entre otros.

---

<sup>20</sup> Aprobado y puesto en vigor por el Ministerio de Educación en Junio de 2011, el Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y Derechos Sexuales para su aplicación en el currículo escolar y en las instituciones de formación docente como parte de los compromisos de la Declaración Ministerial suscrita en México en el año 2008, en el marco de la XVII Conferencia Internacional de sida.

### Prevención de la transmisión a través de sangre y derivados. Suministro de sangre segura

La transmisión sanguínea del VIH no constituye un problema de salud en Cuba, el 100 % de las donaciones de sangre realizadas son voluntarias, solo la donación regular de voluntarios no remunerados puede garantizar un suministro suficiente de sangre segura.

Se cumple la recomendación de la OMS que toda la sangre donada para ser utilizada en transfusiones se someta, como mínimo, a pruebas de detección del VIH, de los virus de la hepatitis B y C y de la sífilis.

Se cuenta con una red destinada a garantizar autosuficiencia de sangre y componentes con máxima calidad y seguridad.

Actualmente se mantiene el perfeccionamiento continuo del Sistema de Hemovigilancia que garantiza aún más la seguridad sanguínea.

### Atención y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual

La formación y designación de personal de enfermería especializado en el manejo de casos de ITS en todos los Policlínicos del país garantiza que la población tenga acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento de ITS. Este personal ha sido capacitado en técnicas de consejería, mercadeo de condones, investigación epidemiológica, prevención de la transmisión materno-infantil de sífilis y VIH, manejo de casos y parejas sexuales, entre otras, representando una vía efectiva para alcanzar personas expuestas al riesgo de infección por VIH/sida, a la vez que se logra la articulación de la prevención de ITS-VIH/sida al resto de las acciones preventivas contenidas en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia.

### Prevención de la sífilis congénita

Los primeros esfuerzos nacionales para el control de la sífilis materna y congénita datan de la década de los 70 con la implementación del primer programa de control de sífilis y el sub-programa para el control de la sífilis congénita; el cual instituyó la realización de Serología VDRL en el primer y tercer trimestres del embarazo y en el post-parto en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, garantizó el tratamiento de todas las embarazadas reactivas y el estudio de la totalidad de los recién nacidos de madres con VDRL reactiva sin concluir o diagnosticadas con sífilis.

La completa integración de este programa a la atención primaria de salud, la formación de enfermeras especializadas en el control de ITS, la cobertura y accesibilidad a los cuidados prenatales garantizados por el Sistema Nacional de Salud metodológicamente conducido por el Programa de Atención a la Mujer y al Niño (PAMI) han sido esenciales en su implementación y en los resultados obtenidos.

La prevención de la sífilis congénita y el control de la sífilis materna se insertan en la Atención Primaria de Salud donde se hacen controles prenatales a la gestante y serologías en todos los trimestres y en su ingreso para el parto y además se estudian las parejas sexuales. .

En la actualidad en Cuba la sífilis congénita se mantiene eliminada como problema de salud con tasas de incidencia por debajo de las cifras de eliminación establecidas por la estrategia regional de la OPS. En el período 2010-2012 la tasa anual de sífilis congénita fue de 0,01 por mil en el 2010, no reportándose casos de sífilis congénita en el año 2012.

#### Prevención de la transmisión materno infantil del VIH (PTMI)

La transmisión materno infantil del VIH en Cuba ha sido muy baja; se han realizado más de 4,9 millones de pruebas de VIH a embarazadas y en toda la epidemia se han diagnosticado 40 niños<sup>11</sup>.

El protocolo de prevención de la transmisión materno infantil del VIH en Cuba en sus inicios se limitaba a la realización de prueba de VIH a todas las gestantes en su primera consulta prenatal, a la que asisten en Cuba más del 95% de las embarazadas antes de las 12 semanas de gestación y a la suspensión de la lactancia materna a niños de mujeres confirmadas con VIH.

Posteriormente los datos de la vigilancia epidemiológica evidenciaron que un número de mujeres eran diagnosticadas con VIH en las últimas etapas del embarazo sin tener la oportunidad de aplicar en ellas, las medidas preventivas, por lo que se instituyó la realización de una segunda serología de VIH en el tercer trimestre del embarazo, la realización de prueba de VIH a las parejas sexuales y se implementó el seguimiento clínico y de laboratorio (con ensayos indirectos de detección de anticuerpos) de los niños nacidos de madres seropositivas al VIH.

El parto por cesárea se instituyó a finales de los 80 y junto a la suspensión de la lactancia materna eran las únicas medidas preventivas que se aplicaban. La tasa de transmisión materno infantil en aquellos años, sobrepasaba el 40%.

La utilización de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) como ensayo directo para el diagnóstico precoz de la infección por VIH en niños, se inicia en la década de los 90, siguiendo los esquemas recomendados internacionalmente para el tiempo y la interpretación de los resultados. En esa misma época se introdujo el tratamiento antirretroviral preventivo con Zidovudina (AZT) oral a la madre y al niño.

A partir del año 2000 se introducen de forma progresiva nuevas estrategias preventivas recomendadas internacionalmente, entre ellas la terapia antirretroviral combinada a embarazadas con CD4 <350ce/mm<sup>3</sup> y CV>mil copias, PCR en papel de filtro al niño a los 15 días de nacido y AZT intraparto.

La aplicación de TAR a todas las gestantes independientemente de sus conteos de CD<sub>4</sub> y el seguimiento virológico e inmunológico en los tres trimestres del embarazo se completa en el

2008 y en el 2011 se pauta mantener la terapia después del parto independientemente de los conteos de CD<sub>4</sub>. El protocolo nacional vigente se corresponde con la estrategia **B+**.

Durante el año 2012 fueron atendidas 156 gestantes con VIH; 11 decidieron interrumpir su embarazo y 4 abortaron espontáneamente. El 96.5% recibieron terapia combinada para prevenir la transmisión materno infantil, el 100% de sus hijos recibieron profilaxis y se les realizaron pruebas virológicas entre los 2 meses y el año de vida.

El seguimiento y evaluaciones periódicas de la gestante y los niños se realizan por el médico y enfermera de la familia e intervienen además especialistas del Policlínico y de VIH/Sida. Las muestras para estudios especiales de mujeres y niños son indicadas por los equipos de salud locales, trasladadas a través de un sistema de envío de muestras desde las provincias hacia los laboratorios regionales de donde retornan los resultados a la unidad de salud que los indicó.

Los mecanismos de referencia y contra referencia para la atención a niños con VIH se han fortalecido y además de la atención que reciben en su consultorio, policlínico y hospital provincial, existen relaciones de trabajo que permiten su asistencia a interconsultas especiales en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK) cada vez que sea necesario.

### **Sistema de atención médica periódica, tratamiento y atención integral a personas que viven con el VIH**

Como estrategia para insertar la atención al VIH/sida al resto del sistema de atención en salud, se incluye en la estrategia del período 2007-2011, descentralizar la atención, regionalizar los servicios especializados de seguimiento para mejorar el acceso de pacientes de provincias lejanas y crear capacidades humanas y materiales con el propósito de mejorar la calidad de la atención cumpliendo los principios de universalidad, accesibilidad y gratuidad que ofrece para todos los cubanos el Sistema Nacional de Salud.

La capacitación de recursos humanos ha sido prioridad y su alcance ha beneficiado a médicos, enfermeros, técnicos de la salud y personal de farmacias, entre otros. También se tienen en cuenta temas relacionados con la atención integral en los programas de cursos de formación y actualización de promotores y a las personas que viven con VIH como parte del paquete de acciones dirigidas a fomentar el cuidado de la salud, los hábitos de higiene y alimentación, la prevención de enfermedades y la adherencia a tratamiento, entre otros.

El acceso a la terapia con ARV como estrategia de atención integral se sostiene desde el 2001 en la producción local de medicamentos antirretrovirales que conforman los esquemas del 80% de las personas bajo tratamiento. El resto de los esquemas están conformados por ARV adquiridos a través del financiamiento del Fondo Mundial. Actualmente el 99,49% de los adultos y niños elegibles para protocolos de tratamiento según pautas nacionales, los reciben.

La asociación de la infección por el virus del VIH y la TB se ha ido incrementando en los últimos tres años en el país, lo que ha motivado una estrecha relación inter-programática con el programa nacional de control de la tuberculosis, con el objetivo fortalecer las acciones

relacionadas con la adherencia al tratamiento antirretroviral y la terapia preventiva de la infección latente.

En la actualidad las acciones se encaminan, entre otras, al fortalecimiento de áreas como la estandarización y optimización de regímenes de TAR, adecuación del inicio de TAR a las recientes recomendaciones de la OMS, mejorar la calidad de la atención y la adherencia, reducción del costo de los medicamentos, para dar cumplimiento a los compromisos establecidos por el país con la Oficina del Inspector General del Fondo Mundial y en correspondencia con la estrategia 2.0.

### **Respuesta de otros sectores del Estado**

El Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida (GOPELS) es el órgano de coordinación multisectorial nacional reconocido oficialmente; presidido por el Ministro de Salud Pública, con funciones, atribuciones, objetivos específicos y la participación de los sectores sociales, organizaciones de masas, la sociedad civil y las personas con VIH, ha constituido el escenario de deliberación de las políticas estatales en materia de ITS-VIH/sida.

Los organismos y organizaciones miembros de GOPELS elaboraron el documento Respuesta Intersectorial a la epidemia de VIH, instrumento rector para la respuesta de cada organismo y organización que indica de manera concreta y específica las acciones a realizar. Sirve de herramienta para analizar el trabajo de cada sector mediante el análisis y evaluación de los indicadores propuestos.

El GOPELS participa además en la evaluación de la Respuesta Nacional, favorece el desarrollo de capacidades técnicas, la coordinación con otros asociados de ejecución, la información sobre las necesidades prioritarias y el fortalecimiento de la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes.

Los sectores sociales contribuyen de manera integrada y con fondos propios en la respuesta, entre ellos los medios de comunicación masiva, los ministerios de Educación, Cultura, Comercio, Trabajo y Seguridad Social, Turismo, Construcción, Justicia, las Fuerzas Armadas, el Ministerio del Interior y las organizaciones de masas entre las que se incluyen la Central de Trabajadores de Cuba, la Federación de Mujeres Cubanas, la Unión de Jóvenes Comunistas y los Comités de Defensa de la Revolución<sup>21</sup>.

### **Respuesta de la academia**<sup>22</sup>

La academia ha colaborado en la respuesta mediante el desarrollo y generalización de nuevos conocimientos como resultado de investigaciones en diversas áreas.

---

<sup>21</sup> Departamento de ITS-VIH/sida. Actualización de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida, La Habana, 2012.

<sup>22</sup> Idem.

Instituciones que han sobresalido en este sentido son el Centro de estudios de la mujer, el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA), Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK), Centro de Investigaciones en Tecnologías y Medio Ambiente (CITMA), Centro de investigaciones sobre la juventud (CESJ), Laboratorio de Investigaciones en Sida (LISIDA), Centro de Inmunoensayo (CIE), Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), Oficina Nacional de Estadísticas e Investigaciones (ONEI) y las Universidades nacionales y regionales, entre otras.

### **Respuesta de la sociedad civil**

#### **Organizaciones No Gubernamentales (ONGs.)**<sup>23</sup>

Las acciones han estado dirigidas a unir esfuerzos en la gestión de conocimientos, generación de propuestas innovadoras para la promoción y prevención en poblaciones focalizadas, el diseño de estrategias de apoyo, de protección de los derechos, el fortalecimiento de acciones que incidan en la respuesta y favorezcan espacios de análisis, coordinación y participación entre los representantes de estos grupos, el sector público y el gobierno, para la formulación de una agenda conjunta de país dirigida a contribuir a la reducción del impacto de la epidemia en la población general y en las personas afectadas y vulnerables en particular.

El Centro de Estudios de la Juventud (CESJ) es una institución no gubernamental creada para la investigación social en jóvenes y la asesoría en materia de política de juventud a los organismos nacionales y otras entidades que soliciten sus servicios. Se reconocen sus resultados por más de 20 años en el campo de la educación de comportamientos sexuales y su capacidad para la preparación en temas de prevención de las ITS y el VIH-sida. Por su objeto de estudio tiene fuertes vínculos de relaciones y tributa sus resultados a las organizaciones juveniles.

La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) constituida en agosto de 1960, integra voluntariamente en sus filas las mujeres a partir de los 14 años de edad sin distinción por religión, color de la piel, orientación sexual u otras razones. Es una organización de masas no gubernamental y como tal, ha sido reconocido su estatus consultivo ante el Consejo Económico y Social de la Organización de Naciones Unidas. Su demarcación es el territorio nacional y tiene estructuras de delegaciones de base comunitaria a todo lo largo y ancho del país e instancias municipal, provincial y nacional. Elaboran su plan de trabajo de acuerdo a los problemas, intereses y necesidades de la membresía que agrupan con perspectiva de género y teniendo en cuenta el capital humano con que cuentan.

Su rol en la vigilancia de los avances y retrocesos de la respuesta nacional ante el VIH, así como su participación en las transformaciones en este campo, resulta fundamental y desempeñan un papel clave en el impulso de la respuesta con una perspectiva multisectorial.

---

<sup>23</sup> República de Cuba. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Enero 2008.

### Hombres que tienen Sexo con otros hombres

El Proyecto HSH - Cuba surgió en el año 2000 como respuesta a la iniciativa cubana de vincular a las poblaciones más afectadas por la epidemia de VIH en la prevención de la misma.

Constituye una agrupación informal de la sociedad civil con representación a nivel provincial y municipal dirigidas por coordinadores electos o ratificados periódicamente en sus reuniones anuales. Es miembro permanente de las reuniones técnicas, el mecanismo de coordinación de país y GOPELS provinciales y municipales.

Cuenta con más de cinco mil promotores formados, de los que cerca de dos mil se encuentran trabajando activamente. Las principales actividades realizadas por los promotores son las salidas a los sitios de encuentros de la población HSH donde interactúan con sus pares, distribuyen material educativo concebido para los mismos, condones, lubricantes y atienden cualquier inquietud relacionada con las ITS, el VIH/sida o la sexualidad. Ha contribuido notablemente al debate público sobre las diversas orientaciones sexuales y la vulnerabilidad de las "minorías sexuales" a la epidemia generada por el estigma, la discriminación y el silencio.

### Personas Trans

En el año 2003 se redimensionó la estrategia fortaleciendo el trabajo en poblaciones trans para disminuir la incidencia de estas enfermedades. La misma abarca un amplio espectro de actividades, con énfasis en la promoción de los derechos humanos y el respeto de la diversidad sexual. Dicha estrategia ha permitido reducir de manera significativa la estigmatización de la homosexualidad y hacia las diversas identidades de género en la sociedad cubana y estimular el diálogo social y político en torno a los derechos sexuales, algo sin precedentes en América Latina<sup>24</sup>.

En esa fecha, se inició el Proyecto HSH travesti - actualmente Red Trans-Cuba- teniendo como referente el espacio del CENESEX partiendo del diagnóstico de necesidades en 5 provincias del país. Hoy la red se extiende a todo el país, quedando pendiente conformarlas en las provincias Holguín, Mayabeque, Artemisa y el municipio especial Isla de la Juventud.

A partir del 2007 el empoderamiento de esta población en los temas relacionados con la salud sexual con énfasis en ITS y VIH y derechos humanos permitió junto a la creación de la estrategia nacional para una libre y responsable orientación sexual e identidad de género responder a las necesidades de esta población como personas transexuales y con género no conforme y no como personas HSH.

La ampliación de esa red con la incorporación de un grupo de personas trans que practican el sexo transaccional y de sus parejas en un programa de capacitación en el tema de ITS-VIH /sida y equidad de género ha permitido dirigir acciones específicas a esta población en los sitios

---

<sup>24</sup> Informe de la OIG: Examen diagnóstico de los proyectos del Fondo Mundial en la República de Cuba. La Habana; 20 de abril de 2012.

de encuentro permitiendo caracterizar mejor a esta población y elaborar los materiales educativos de apoyo.

La formación como promotoras y facilitadoras de personas transexuales y con género no conforme ligadas a espectáculos artísticos-transformistas- se ha constituido en una fortaleza para el empoderamiento del grupo trans y para la realización de acciones educativas desde el escenario.

#### Línea de apoyo a personas que viven con VIH

La línea de apoyo a personas que viven con VIH es una agrupación informal de la sociedad civil con representación a nivel provincial y municipal dirigida por coordinadores electos o ratificados periódicamente en sus reuniones anuales. Es miembro de GOPELS provinciales y municipales, preside el grupo técnico de ONUSIDA en Cuba desde el año 2001, ocupa la vicepresidencia del Mecanismo de Coordinación de País, es miembro de la Comisión Técnica Nacional de sida y de las Comisiones de Legalidad y Prevención de GOPELS.

Promueve conductas y acciones dirigidas a influir en el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, mediante la capacitación, apoyo mutuo, empoderamiento y participación activa en la estrategia de prevención y control de las ITS-VIH/sida.

La Red ha contribuido a materializar uno de los objetivos principales de la estrategia nacional: la reducción del impacto de la epidemia, mediante diferentes acciones organizadas estratégicamente en áreas de trabajo: Comunidad de Personas que viven con VIH en acción, Familia y Sociedad, Comunicación Social, Alianza y Colaboración y Fortalecimiento Organizativo.

En 1993, cuando se estableció el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), surge la necesidad de un espacio confidencial para el intercambio entre PVV acerca de sus experiencias, preocupaciones, inquietudes, ideas e iniciativas, que les facilitara ampliar sus conocimientos, autoestima y crecimiento personal así como ofrecer y recibir ayuda en el nuevo reto de auto-aceptarse y mantenerse insertados en la sociedad.

Fueron creados los Equipos de Ayuda Mutua (EAMs), existiendo en la actualidad más de 154, con más de 2 mil miembros en todo el país a los que también se integran familiares y amigos como una manera de recibir información y apoyo emocional.

Entre los numerosos voluntarios insertados en la prevención de las ITS-VIH/sida, las personas que viven con VIH desempeñan un papel fundamental. Esta comunidad está representada en todos los foros importantes relacionados con la adopción de decisiones y la respuesta nacional.

### Adolescentes y jóvenes

Los adolescentes y jóvenes se agrupan voluntariamente en las organizaciones juveniles que funcionan en los diferentes centros educacionales del país y en los diferentes sindicatos en el caso de los jóvenes vinculados al trabajo.

Para las acciones de prevención de las ITS y el VIH/sida, el Centro Nacional de Prevención ha desarrollado estrategias específicas para este grupo de población.

La formación de educadores pares juveniles –estando actualmente activos más de 2 000 promotores en todo el país- a la vez que se mantienen en el centro de la respuesta les permite actuar como líderes y agentes de cambio.

Su accionar alcanza cada comunidad, encontrándose activos en el nivel primario de atención más de 7 000 círculos de adolescentes; donde se convierten en multiplicadores o facilitadores de los procesos que se desarrollan con otros adolescentes.

De igual manera, en ese ámbito se realizan actividades de sensibilización centradas en la familia teniendo en cuenta la influencia determinante que tienen en las aspiraciones y elecciones de los más jóvenes.

Otra de las principales estrategias de prevención del VIH en los más jóvenes, lo constituyen las actividades movilizativas de “Hazte la Prueba”, centradas en las áreas de salud más afectadas y encaminadas a aumentar el número de jóvenes que conocen su condición serológica y a fomentar el uso de los servicios de salud.

### **Organizaciones religiosas**

Desde 1992 el Programa Vida y Salud Comunitaria del Consejo de Iglesias de Cuba a través del componente Salud Sexual y VIH se ha unido a los demás actores sociales del país con el objetivo de desarrollar un programa en comunidades eclesiales para que se integren a la prevención, reducción de daños y apoyo a personas que viven con VIH, contribuyendo a disminuir los efectos de la epidemia de VIH en Cuba.

Desarrolla acciones dirigidas a las iglesias evangélicas e instituciones ecuménicas entre las que se encuentran: la sensibilización a líderes, pastores y pastoras, la capacitación general a líderes y laicos, formación de promotores y promotoras de salud desde la comunidad eclesial, prevención-educación primaria en las iglesias y comunidad, acompañamiento y apoyo a las personas que viven con VIH y familiares, atención comunitaria domiciliaria, actividades solidarias (liturgias especiales en respuesta al Día Mundial de Respuesta al VIH), prevención secundaria y terciaria a personas que viven con VIH a través de los equipos de ayuda mutua (EAM), encuentros nacionales, campamentos de verano con niños y niñas hijos de personas que viven con VIH, realización de investigaciones de campo, asesorías, alianzas y redes.

La transversalización del VIH desde el CIC ha facilitado que otras instituciones ecuménicas se incorporen a trabajar la temática del VIH y declara...”que las iglesias cubanas incorporen un enfoque integral al concepto de salud desde la perspectiva del Reino de Dios y que el tema del VIH/sida sea transversalizado por todos sus programas y proyectos”

La experiencia de las iglesias evangélicas en Cuba a través del CIC y en alianza con la estrategia cubana de prevención y control del VIH ha servido de referencia a otras organizaciones de fe cristiana en el país y fuera de éste.

Las iglesias católicas e instituciones de religión Afro y Yoruba igualmente se han incorporado a las actividades de prevención y apoyo a las PVV, en el caso de esta última mediante el Proyecto Afroaché.

### **Respuesta regional**

Muchos Gobiernos han incluido la problemática del VIH entre sus prioridades, elemento que ha favorecido mayor relevancia y capacidad de liderazgo para la respuesta social, lo que se hace explícito en la formulación de políticas específicas de prevención, control y tratamiento. Algunas regiones han contraído compromisos que se traducen en planes estratégicos e incrementos presupuestales a través de proyectos de VIH/sida.

Entre los espacios de integración regional y global de los que Cuba forma parte se encuentran la presencia de un Punto focal en REDLAT+, en CRN+, en ICW+, el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de mujeres seropositivas y la articulación regional con ONUSIDA, Oficina del Fondo Mundial y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal.

Cuba forma parte además de la Declaración de Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe firmada por representantes de 29 países en el 2008 para fortalecer los esfuerzos de prevención del VIH. Las acciones realizadas se orientan a asegurar el acceso a educación en sexualidad y a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de calidad. (Ver en Bases Normativas e Instrumentos internacionales).

### **Apoyo de la cooperación internacional**

El esfuerzo nacional por fortalecer la respuesta al VIH ha contado con el apoyo y la colaboración de agencias, organismos y organizaciones internacionales (ONUSIDA, UNICEF, FNUAP, PNUD, UNESCO, OMS-OPS) así como organizaciones no gubernamentales (Medicuba-Suiza, HIVOS de Holanda, Solidarite Cuba- Luxemburgo, ONG Fondos de Cooperación de Bélgica- FOS) y el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria que se han materializado a través de proyectos específicos dirigidos al fortalecimiento de las acciones para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

El trabajo conjunto entre autoridades nacionales y donantes ha sido práctica común en el proceso de identificación de prioridades y el punto de partida lo ha constituido la evaluación del

Plan Nacional, el análisis de la situación y la identificación de brechas para hacia éstas enfocar el apoyo de las partes asociadas.

El Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria se destaca por su contribución al fortalecimiento de la respuesta a través del financiamiento de proyectos que aportan el mayor número de fondos procedentes de la colaboración para el fortalecimiento de la respuesta nacional intersectorial a la epidemia de VIH/sida. Los proyectos tienen como propósito disminuir los efectos negativos de la epidemia, prolongar la vida de los afectados y mejorar su calidad de vida y brindar apoyo metodológico y económico en áreas claves del Programa Nacional.

EL PNUD actúa como Receptor Principal de los proyectos apoyados financieramente por el Fondo Mundial en Cuba y apoya, implementa y vincula acciones dirigidas a potenciar el respeto, la solidaridad y la sensibilización hacia personas que viven con VIH/sida y el mejoramiento de las condiciones de vida de estas personas. También hacia personas de la comunidad LGBT, promoviendo los espacios de debate y capacitación en función de disminuir el estigma y la discriminación hacia estas comunidades. El PNUD pone a disposición del Programa Nacional capacidades estratégicas, de conocimientos y administrativas, dinámicos y actualizados para la prevención de la transmisión del VIH/sida y los derechos humanos, contribuyendo al fortalecimiento de las capacidades individuales e institucionales de entidades nacionales y de otros grupos vulnerables; y a la generación de conocimiento a través de la sistematización periódica de experiencias que constituyen buenas prácticas en el contexto cubano.

ONUSIDA a través de los Fondos para Aceleración de Programas (PAF), financia en coordinación con UNFPA, proyectos de apoyo al fortalecimiento de la igualdad de género en el Programa Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, realizando acciones de preparación de los equipos de prevención y promotores voluntarios. También acciones de comunicación, entre ellas la elaboración de materiales didácticos y educativos dirigidos a la población.

UNFPA apoya la realización de acciones dirigidas a la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, el mejoramiento de la eficiencia de las políticas nacionales y locales relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. Estas acciones están encaminadas a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población con énfasis en adolescentes y jóvenes, con enfoque de equidad de género.

UNICEF vinculada a los proyectos de Prevención del VIH/sida en adolescentes, apoyo psicosocial a niños y adolescentes afectados por el VIH y apoyo a centros comunitarios municipales.

UNESCO. Trabajo en la implementación de proyectos con un enfoque cultural en la prevención y la atención del VIH; identificación y diseño de indicadores para medir el impacto de los proyectos de enfoque cultural, capacitación de equipos gerenciales y movilización de expertos para el desarrollo de enfoques integrales vinculados a la cultura como una herramienta decisiva para la prevención y la atención; desarrollo de documentos para la gestión de la información técnica relativa al Enfoque Cultural.

HIVOS Holanda. Desarrollo de la capacidad organizativa de las Personas que viven con VIH y consolidación de los equipos de ayuda mutua y de trabajo de los Grupos de Prevención de sida.

Fondos de Cooperación de Bélgica. Apoyo al Centro Comunitario del municipio 10 de octubre de La Habana con formación de promotores juveniles y consejeros y elaboración de soportes y materiales educativos dirigidos a jóvenes.

OPS-OMS. Apoyo a la implementación del Plan Estratégico Regional de ITS-VIH/sida, a la estrategia de eliminación de la transmisión maternoinfantil de sífilis y VIH, así como la asistencia técnica y el desarrollo de capacidades locales.

Se considera una oportunidad aprovechar el interés de las agencias cooperantes en la respuesta al VIH/sida y la inclusión en sus agendas del país, así como la existencia de compromisos internacionales (Objetivos de Desarrollo del Milenio, UNGASS).

### **Recursos de información y monitoreo**

La estrategia nacional cuenta con un plan de monitoreo y evaluación (M&E) con indicadores definidos para la evaluación de procesos, resultados e impacto y con personal encargado de la vigilancia y evaluación a nivel nacional, provincial y local.

El plan de monitoreo y evaluación cuenta con indicadores de proceso, resultado e impacto y en la última actualización se adicionaron indicadores para evaluar la calidad de la atención y cuidados.

Los indicadores tienen diferentes frecuencias de evaluación y sus resultados son utilizados para el análisis del cuadro de salud a nivel provincial y nacional. Cada área y provincia usa dicho plan a nivel local con los mismos fines.

Las fuentes de información para la construcción de los indicadores son diversas: los sistemas de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, el registro Informatizado de VIH/sida, reportes de centros nacionales y provinciales, los sistemas informatizados online de coberturas de reactivos y medicamentos, los reportes de los laboratorios regionales, así como la que aportan las encuestas nacionales de vigilancia del comportamiento. Todas son utilizadas integralmente para el análisis técnico periódico de la estrategia y la corrección de acciones en función de los resultados.

Existe un flujo de información desde el nivel local hasta el central. La información, una vez validada y procesada por el equipo nacional de vigilancia y evaluación se utiliza para la planificación de los recursos de las diferentes áreas programáticas en términos de personas a tratar, necesidades de atención y seguimiento, planificación de necesidades de medicamentos, condones, materiales educativos, servicios de consejería y pruebas, etc., garantizando que las acciones de prevención y apoyo sean incluyentes y se dirijan con más énfasis hacia los grupos poblacionales más afectados por la epidemia.

La participación de los asociados en la respuesta cuenta con indicadores contenidos en el plan de respuesta intersectorial definidos por cada uno de los sectores. Se ha implementado un mecanismo de monitoreo y evaluación mediante la rendición de cuentas de los sectores, que permite conocer, evaluar y difundir los resultados de sus indicadores, identificando el alcance de sus acciones, las brechas que persisten o las nuevas a partir de las que se confeccionan los planes de acción.

Existe un mecanismo de trabajo colectivo en el que participan los diferentes miembros de GOPELS que permite mediante visitas periódicas a las provincias y municipios más afectados, evaluar en el terreno la participación de los sectores en la respuesta a nivel local, lo que constituye a su vez un mecanismo de contraparte para la rendición de cuentas de los organismos a nivel nacional.

### **Recursos financieros**

Desde los inicios de la epidemia el Gobierno ha designado cuantiosos recursos humanos y materiales para atenuar el impacto de la misma a través de políticas públicas que han favorecido acciones de promoción, prevención, desarrollo de investigaciones biomédicas, la preparación del capital humano y participación de especialistas e investigadores en la búsqueda y detección de casos, la creación de protocolos de eliminación de transmisión sanguínea y materno infantil, la producción de drogas antirretrovirales para alcanzar el acceso universal al tratamiento, el fortalecimiento de los laboratorios e incremento en la compra de condones, lubricantes y pruebas de diagnóstico rápido para el trabajo con los grupos vulnerables, entre otros.

El actual proceso de reorganización de la política económica del país ha proyectado fortalecer la estrategia y dar sostenibilidad a la respuesta nacional.

Desde 2010 se incluyó en todos los análisis la dimensión económica actual y futura de la estrategia en base a las necesidades, incorporándolas en los planes y presupuestos anuales.

Otros sectores sociales y asociados externos aportan financiamiento que contribuye al desarrollo de los programas relacionados con la estrategia nacional multisectorial.

La crisis económica mundial y el bloqueo económico y financiero al que se mantiene sometido nuestro país por más de 50 años, son elementos a tener en cuenta en la disponibilidad de recursos necesarios para implementar el plan.

### **Marco legal y normativo**

El antecedente legislativo en Cuba lo constituye la fuerza legal de la Constitución de la República de Cuba, de fecha 1º de Agosto de 1992, que plantea en su artículo 50:

*Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El estado garantiza este derecho:*

- Con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural de los Policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado,
- Con la prestación de asistencia estomatológica gratuita,
- Con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales.

Por su parte, la Ley-No. 41, de la Salud Pública, de 13 de julio de 1983, en sus elementos más importante prevé el sistema de salud cubano tiene entre sus características, la universalidad, gratuidad y accesibilidad para toda la población.

#### Legislación vigente vinculada al VIH/sida

##### *Legislación vigente en materia administrativa.*

**Decreto Ley No. 286**, del 20 de septiembre de 2011. “De la Integración de la labor de prevención, asistencia y trabajo social.” Se asigna a la Ministra de Trabajo y Seguridad Social la función de proponer, dirigir y controlar los procedimientos para el desarrollo de la prevención, asistencia y trabajo social.

**Resolución No. 101** del Ministro de Salud Pública, de fecha 17 de junio de 1997. Regula el sistema de atención ambulatorio de las PVV, la necesidad de su adiestramiento y acompañamiento por parte de un equipo multidisciplinario del sector salud y el acceso a la atención y la prevención.

**Resolución Ministerial No. 141** del 21 de Agosto del 2000. Define los medicamentos que serán asignados de forma gratuita a los PVV.

##### *Legislación vigente en materia laboral.*

El país cuenta con una amplia normativa en materia laboral y de seguridad social aplicable a todos los ciudadanos, que abarca en su totalidad la relación laboral de las PVV. La seropositividad en si no constituye una limitante para realizar cualquier profesión u oficio.

En la Constitución de la República se establece:

- Que no haya hombre o mujer, en condiciones de trabajar, que no tenga oportunidad de obtener un empleo con el cual pueda contribuir a los fines de la sociedad y a la satisfacción de sus propias necesidades;
- Que no haya persona incapacitada para el trabajo que no tenga medios decorosos de subsistencia;

- El trabajo en la Sociedad Socialista es un derecho, un deber y un motivo de honor para cada ciudadano.

**Resolución No. 13**, de fecha 24 de Julio de 1997, del Ministro de Trabajo y Seguridad Social, este cuerpo legal tiene vital importancia a partir del tratamiento del paciente vinculado con la concepción del hombre como ser social y útil para la sociedad y para el mismo, tiene derecho a trabajar, la seropositividad no constituye una limitante para acceder al empleo.

*Legislación vigente en materia civil.*

En cuanto a los derechos que en materia civil puedan o deban tener las personas que viven VIH, aun cuando no existe pronunciamiento expreso, debemos considerar partiendo del análisis del artículo 1 del Código Civil que regula relaciones patrimoniales y otras no patrimoniales vinculadas a ellas, entre personas situadas en plano de igualdad, al objeto de satisfacer necesidades materiales y espirituales, que existe una protección igualitaria y generalizadora para todas las personas naturales, de ahí que no existan limitaciones de clase alguna para las PVV.

El derecho a la procreación no se le es negado a ninguna mujer seropositiva en nuestro país, el mismo se complementa con las acciones de información, educación y comunicación que el Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida realiza para con la madre y familia en sentido general. Se debe informar sobre los riesgos de una maternidad relacionada con el VIH/sida, incluso antes del embarazo para que este forme parte de una planificación y no tenga lugar al azar.

*Legislación vigente en materia penal.*

Dentro del ordenamiento jurídico no hay, ni debe existir una legislación especial para las PVV, pues lo legislado en esta materia es aplicable por igual a todos los ciudadanos.

*En la actualidad y como parte del proceso de reordenamiento del Estado y por consiguiente del Sistema Nacional de Salud la legislación vigente se encuentra en proceso de revisión y actualización en correspondencia con la política económica y social del Partido y de la Revolución, para la Salud Pública, como resultado del Congreso del PCC así como los objetivos de trabajo del PCC Aprobados por la 1ra Conferencia Nacional.*

**Lineamientos de la política económica y social del Partido y de la Revolución para la Salud Pública**

**154.** Elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la atención al personal de la salud. Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios.

**155.** Reorganizar, compactar y regionalizar, a partir de las necesidades de cada provincia y municipio, los servicios de salud, incluyendo la atención de urgencias y el transporte sanitario. Garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente con la calidad necesaria.

**156.** Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional de los medios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

**157.** Continuar propiciando los espacios de educación para evitar la automedicación de la población e implementar otras medidas que coadyuven al uso racional de los medicamentos.

**158.** Prestar la máxima atención al desarrollo de la medicina natural y tradicional.

**159.** Fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población con la participación intersectorial y comunitaria.

**160.** Garantizar que la formación de especialistas médicos brinde respuesta a las necesidades del país y a las que se generen por los compromisos internacionales.

Objetivo de trabajo del PCC

**Objetivo No. 57.** Enfrentar los prejuicios y conductas discriminatorias por color de la piel, género, creencias religiosas, orientación sexual, origen territorial y otros que son contrarios a la Constitución y las leyes, atentan contra la unidad nacional y limitan el ejercicio de los derechos de las personas.

## **Principales resultados de la respuesta nacional**

La Respuesta Nacional ha hecho visible sus resultados en correspondencia con el mantenido apoyo gubernamental, político y económico, la creciente participación social, multisectorial, de las poblaciones clave, organizaciones e instituciones, Organismos Internacionales, la sociedad civil y el sector académico.

En el período que se evalúa, el Sector Salud ha realizado un grupo de transformaciones para incrementar la calidad de la atención y el grado de satisfacción de la población, a la que no ha estado ajena la respuesta al VIH.

La reorganización de la Atención Primaria de Salud, la regionalización y compactación de servicios de salud en general, han incidido favorablemente en la calidad de la atención de las personas que viven con VIH y su satisfacción.

En el análisis de situación e identificación de brechas ha primado el objetivo de intensificar acciones para mejorar los puntos débiles, concentrar esfuerzos en los grupos y lugares más afectados, identificar las buenas prácticas y consolidarlas y avanzar para cumplir los compromisos nacionales e internacionales contraídos.

Los principales resultados de la respuesta son:

- Fortalecimiento de la Respuesta Intersectorial con participación y movilización activa de los sectores de la comunidad, las poblaciones clave y demás asociados de la respuesta.
- La atención integral de las Personas que viven con VIH, integrada hoy en el Programa de Medicina Familiar, asegura el acceso a los servicios de la APS y el tránsito por los diferentes niveles de atención en salud.
- Fue reorganizada y regionalizada la red de centros de atención integral a personas que viven con VIH, así como reformulado su funcionamiento, armonizando los servicios que prestan a la regionalización de otros servicios especializados para PVV.
- Consolidación del acceso universal al tratamiento, los servicios de prevención, la atención y el apoyo.
- Avances en el proceso de retiro progresivo de medicamentos antirretrovirales no recomendados.
- Implementada en el período la estrategia **B+** para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH
- Cumplidos los criterios de eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y VIH establecidos por la Estrategia Regional de Eliminación.
- Incrementado el alcance de las poblaciones clave a las actividades de promoción y prevención.
- Incrementó la promoción del uso de condones evidenciado en el avance de indicadores de resultados que miden su uso en población general y en las poblaciones clave.

- La colaboración internacional a través de proyectos financiados para Cuba por el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, ha apoyado la estrategia nacional en esta etapa e incidido en su avance. Se destacan entre las acciones de mayor impacto: la ampliación y fortalecimiento de servicios de salud y comunitarios, el incremento de la participación de las poblaciones clave, adquisición de equipamiento, productos de salud y medicamentos ARV.
- Resultó superior en la etapa, la expansión y fortalecimiento de la red nacional para el diagnóstico, la vigilancia y evaluación y la difusión de información, traducido en el incremento sostenido del número de pruebas de VIH realizadas cada año, la ampliación del acceso de las PVV a pruebas de seguimiento, publicaciones técnicas variadas como soporte al programa, mayor utilización del plan de M&E en provincias y municipios, su integración al análisis del cuadro de salud en cada territorio y a nivel nacional y la introducción de indicadores para monitorear la oportunidad del diagnóstico y continuidad de la atención.
- Avances en la transversalización de la estrategia de género evidenciado en el aumento del número de experiencias formativas intensivas realizadas, en el refuerzo del análisis de género en los productos comunicativos elaborados y en el fortalecimiento de los vínculos institucionales y el intercambio con centros que tienen experiencia en el tratamiento del tema.
- Progresos en el abordaje del marco legal, la protección y promoción de los derechos de las personas que viven con VIH, inicio de la revisión y actualización de la legislación e implementación de una consultoría jurídica atendida por personal especializado del MINSAP e integrantes de la Línea de Apoyo a Personas que viven con VIH.

En el ámbito de la participación de los sectores sociales y la sociedad civil, se avanzó en la representatividad de estos últimos en los distintos niveles para la prevención y el control de las ITS-VIH/sida con activa participación en la planificación e implementación de la estrategia, se sistematizaron encuentros de planificación, intercambio y balance de trabajo favoreciendo la preparación de los participantes y contribuyendo a elevar el nivel técnico de los integrantes de los equipos gestores, aunque aún es insuficiente la participación en algunos escenarios de tomas de decisión.

Se realiza seguimiento de la cobertura del programa tomando en consideración grupos de población, sexo, sectores sociales, actividades económicas, lugar de residencia, entre otros. Se evalúa el impacto del VIH en el desarrollo socioeconómico a través del marco de monitoreo y evaluación y mediante investigaciones sociales, comportamentales, económicas y biomédicas, entre otras que evidencian la respuesta al VIH, lo que se refleja en los niveles y tendencias de los indicadores epidemiológicos de impacto, información que se utiliza para el diseño de políticas, planes, programas y estrategias, realizar estimaciones actuales y futuras del comportamiento de la epidemia, planificar las necesidades actuales y futuras para garantizar la respuesta, la formación de capital humano, fortalecimiento de los sistemas de salud, trabajo y seguridad social.

De igual manera se monitorean indicadores de cobertura de tratamiento antirretroviral, disminución de la mortalidad de las personas que viven con VIH y buenas prácticas en atención médica incluida la coinfección VIH-Tuberculosis, los cuales muestran comportamientos favorables.

La creación de entornos favorables relacionados con la educación, inclusión social de las personas que viven con VIH, el respeto a la diversidad sexual e identidades de género son otros factores que garantizan los avances de la estrategia.

### **Principales debilidades identificadas en el proceso de evaluación de la estrategia actual**

- Limitado trabajo de proximidad con las PPST, las acciones intersectoriales aún no han logrado la integración necesaria para dar respuesta a la estrategia dirigida a la prevención de las ITS y el VIH en mujeres y hombres que practican sexo transaccional a nivel de los municipios priorizados.
- Las acciones intersectoriales a nivel de los consejos populares más afectados resultan aún débiles y la conducción del Equipo Básico de Salud debe incrementarse.
- Fluctuaciones en las coberturas de condones, ocasionando desabastecimientos e incumplimientos en los indicadores de ventas concebidos y dificultades en el control de la calidad para cada uno de los puntos de la cadena de distribución.
- Debilidades en el abordaje integral de las ITS, deficiencias en el manejo sintomático de casos, en la aplicación de protocolos de tratamiento correctos así como en la vigilancia de la etiología de síndromes de ITS.
- El diagnóstico confirmatorio es centralizado y relativamente demorado.
- Alrededor del 23% de las personas que tienen tratamiento consumen alguno de los ARV no recomendados hoy por la OMS y los planes de adquisición aprobados por el Fondo Mundial no son suficientes para retirarlos completamente.
- Alrededor del 72% de las PVV requerirán TAR. No se cuenta con todos los medicamentos y reactivos necesarios para el tratamiento y seguimiento necesarios a partir de la nueva guía de la OMS de tratar a las PVV por debajo de 500 CD4/mm<sup>3</sup>. El impacto económico de esta actualización reducirá la proporción de personas con acceso a ARV y pruebas de seguimiento.
- El personal de salud no utiliza de forma consistente las herramientas disponibles para el abordaje de las parejas serodiscordantes y las posibilidades existentes en la APS.
- Son insuficientes los niveles de adherencia a TAR para impactar de forma sostenida en la incidencia de nuevas infecciones y en la mortalidad a causa del sida y el acompañamiento del equipo de salud y demás servicios del Policlínico en su abordaje es débil.
- Persisten manifestaciones de estigma y discriminación hacia las PVV, fundamentalmente hacia los HSH y personas Trans en servicios de salud.
- Debe profundizarse en la calidad de las acciones educativas dirigidas a las poblaciones claves y en la búsqueda de sinergias para mejorar indicadores que miden conocimiento del estado serológico, uso de condones y percepción del riesgo.

- El diagnóstico tardío incide en la mortalidad precoz a causa del sida, mayoritariamente en HSH.
- Son insuficientes los estudios de vigilancia de la resistencia a los ARV.
- Las poblaciones clave no han logrado su completa inserción al equipo de salud lo que limita su participación en la planificación e implementación de actividades educativas y en el análisis de la situación de salud a nivel local como elemento básico en el mejoramiento del estado de salud de esta comunidad.

### **Principales necesidades y proyecciones para el período 2014-2018**

- Redimensionar la prevención de ITS-VIH/sida en HSH, incrementar el liderazgo técnico del sistema y fortalecer la participación de la comunidad afectada e integrar acciones de prevención en los diferentes servicios de salud a los que asiste población masculina.
- Incrementar las acciones de promoción del uso de condones y el acompañamiento técnico en la solución de las dificultades de abastecimiento, distribución, almacenamiento y comercialización y lograr un sistema de control de calidad para cada uno de los puntos de la cadena.
- Consolidar la estrategia de género fomentando el cambio de actitudes de la población general en relación a los modelos, roles e identidades de género que condicionan los comportamientos de riesgo frente a las ITS y el VIH/sida.
- Propiciar una mejor comprensión del sexo transaccional en mujeres y hombres y desarrollar un programa apropiado de reducción de daños.
- Fortalecer las estrategias que se basen en la respuesta local y en los modelos participativos en los que las propias poblaciones clave diseñen, implementen y evalúen las estrategias adecuadas.
- Consolidar la integración de los equipos de salud y los grupos de la sociedad civil compartiendo el liderazgo en el abordaje educativo a las poblaciones claves.
- Incrementar el diagnóstico precoz a través del perfeccionamiento de la búsqueda activa de casos, la promoción de actitudes de búsqueda de atención y conocimiento del estado serológico, la consejería pre y post prueba en todos los niveles de atención, con énfasis en poblaciones clave, municipios priorizados y Consejos Populares más afectados.
- Desarrollar relaciones de trabajo con las poblaciones clave para acceder a sitios de encuentro, entregar materiales educativos, condones, lubricantes, ofrecer pruebas de VIH con consejería para reducir los diagnósticos tardíos, mejorar su calidad de vida y disminuir la mortalidad a causa del sida en esta población.
- Incidir desde todas las áreas programáticas en la preparación técnica y profesional de los equipos de trabajo en provincias y municipios priorizados, así como en el mejoramiento de los procesos de identificación de poblaciones clave, su dispensarización y seguimiento por parte de los equipos básicos de salud.
- Desarrollar el nivel técnico de las enfermeras de ITS-VIH/sida de las Áreas de Salud de municipios priorizados y mejorar el desempeño de este personal técnico como figura centro del programa a nivel de la APS.

- Descentralizar la confirmación del diagnóstico, acercarlo a los servicios de salud, mejorar la red de laboratorios y desarrollar actividades de colaboración entre los servicios de salud y las poblaciones clave para incrementar el diagnóstico precoz y su inserción a la atención y seguimiento.
- Maximizar los beneficios del tratamiento antirretroviral como prevención de nuevas infecciones adaptando las guías nacionales de TAR a las actuales recomendaciones de la OMS.
- Eliminar los antirretrovirales no recomendados y mejorar los esquemas de tratamiento de primera y segunda línea.
- Elevar el componente técnico del abordaje de la adherencia a tratamientos con mayor participación del personal de salud del sistema y de las personas que viven con VIH.
- Abrir nuevos laboratorios de citometría de flujo, carga viral y estudios de resistencia a ARV para acercar estos estudios a los lugares de atención, así como desarrollar el sistema de control de calidad y referencia.
- Sostener los resultados alcanzados en la prevención de la transmisión maternoinfantil de sífilis y VIH.

## 4. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL

### Marco estratégico

#### MISIÓN

El Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS-VIH/sida, tiene como propósito disminuir la morbilidad y mortalidad por estas entidades en las poblaciones clave y en la comunidad, mediante la potenciación y coordinación del trabajo del sector salud, los sectores sociales y la sociedad civil, así como la garantía del acceso universal a los servicios de atención, tratamiento y prevención.

#### VISIÓN

El Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida, es una referencia técnica y metodológica exitosa a nivel nacional e internacional para la asesoría, planificación, dirección, seguimiento y control de la respuesta a la epidemia, facilita las sinergias y participación activa de los equipos interdisciplinarios integrados por los sectores sociales, sociedad civil y voluntarios, lo que influye en el acceso universal a los servicios de atención, tratamiento y prevención, logrando la disminución de la morbi-mortalidad en el 2018.

#### DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

##### Objetivo general:

**Para 2018, reducir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual y el VIH en Cuba a través del acceso universal a los servicios de atención, tratamiento y prevención.**

##### Objetivos específicos:

- 1) Fortalecer la vigilancia y el control epidemiológico de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH.
- 2) Impulsar el acceso equitativo a servicios básicos de diagnóstico, atención, tratamiento, seguimiento y apoyo.
- 3) Potenciar la gestión estratégica de los recursos humanos y la formación de capacidades.

- 4) Fortalecer la respuesta a la epidemia de VIH de los sectores sociales y de la sociedad civil fomentando la igualdad de género y el respeto a las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género.
- 5) Promover una conducta sexual responsable en los grupos clave de mayor riesgo y en población general mediante acciones de Información, Educación y Comunicación.

## ÁREAS DE RESULTADOS CLAVE QUE DEBEN INSTRUMENTARSE

- Vigilancia en salud y protección de la salud de la población general con énfasis en las poblaciones clave de mayor riesgo
- Atención integral a la salud individual, familiar y comunitaria
- Gestión y formación de Recursos Humanos
- Investigación en salud
- Gestión intersectorial
- Gestión de la información y el conocimiento

## VALORES COMPARTIDOS

En el cumplimiento de su misión y para alcanzar la visión de futuro, en todas las acciones del plan se buscará que se reflejen los valores de:

**Solidaridad:** en la atención prioritaria a los grupos que presentan mayor vulnerabilidad o riesgo movilizándolo para ello el esfuerzo y la cooperación de la sociedad en su conjunto.

**Equidad:** en el acceso a servicios, beneficios y protección, de acuerdo a sus derechos sin discriminación relativas al género, a la edad o a la diversidad sexual.

**Justicia:** en el hecho de dar a cada persona lo que le corresponde o pertenece, haciendo respetar y respetando el marco constitucional y legal vigente.

**Respeto:** en la promoción de un marco de derechos humanos que, en la lucha por la salud integral, se respeta la dignidad de cada persona sin distinción de raza, edad, género, opción sexual o estado serológico.

**Compromiso:** vínculo individual y sentido de pertenencia para alcanzar el desarrollo exitoso de las metas trazadas en el Plan Estratégico Nacional 2014-2018.

**Voluntariedad:** entrega espontánea y consciente al trabajo de prevención de las poblaciones clave de mayor riesgo.

**Transparencia:** actuar con verdad y sinceridad facilitando la crítica y la evaluación participativa.

**Responsabilidad:** lograr la satisfacción de la población y garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios -Lineamiento 154<sup>25</sup>-

**Confidencialidad:** protección y respeto a la información grupal o individual.

## PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN

Los principios rectores pilares del plan son los siguientes:

Primero: La respuesta al VIH es una **política de estado que** comprometerá a todos los sectores sociales.

Segundo: La respuesta del VIH **articula a los diferentes sectores y** toma en cuenta las especificidades locales y la de los grupos clave de mayor riesgo.

Tercero: La respuesta al VIH tiene un **enfoque social de derecho** que vuelve prioritaria la participación de la sociedad civil organizada y de las PVV como principio regulador del quehacer del Estado y en el que, la atención primaria juega un papel relevante como institución básica y fundamental del sistema.

Cuarto: La respuesta al VIH tendrá un **enfoque de género**, será incluyente, interdisciplinaria, intra e intersectorial y respetará la diversidad sexual, social y cultural.

Quinto: Toda política, plan y programa estarán fundamentados en **evidencias científicas** para garantizar la **objetividad de las intervenciones**.

Sexto: La respuesta al VIH se desarrolla en el marco consensuado por las Naciones Unidas de **“Los tres unos”**: un solo plan estratégico, un liderazgo establecido y un sólo sistema de **monitoreo y evaluación**.

Séptimo: El Plan Estratégico será el marco que asegure la **viabilidad política, técnica y financiera** de la respuesta nacional.

---

<sup>25</sup> Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución aprobados en el Sexto Congreso del PCC (2011) y definen que el sistema económico que prevalecerá continuará basándose en la propiedad socialista de todo el pueblo sobre los medios fundamentales de producción, donde deberá regir el principio de distribución socialista “de cada cual según su capacidad a cada cual según su trabajo”.

## **ÁMBITOS DEL PLAN**

**Extensión:** Nacional

### **Organización y funciones**

#### **Nivel Nacional**

- El Ministerio de Salud Pública, a través del Grupo Operativo para el enfrentamiento y lucha contra el Sida (GOPELS) es el encargado de hacer cumplir el Plan Estratégico para el período y tomar las decisiones que correspondan para su modificación.
- El Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS y el VIH/sida, de la Dirección Nacional de Epidemiología será el encargado de implementar, controlar, monitorear y evaluar los resultados del plan a este nivel, de conjunto con las Unidades de Subordinación Nacional en cuyo objeto social figura el abordaje de las ITS-VIH/sida.
- La Comisión Técnica Nacional será responsable de la presentación y debate de temas o situaciones que requieren del análisis técnico para la toma de decisiones o modificación de acciones dentro de la estrategia de prevención y control de las ITS-VIH/sida.

#### **Nivel Provincial y Municipal**

- Los Directores de Salud, a través de su consejo de dirección ajustarán el plan a las necesidades del territorio y serán responsables de su implementación y cumplimiento.
- Los Grupos de ITS-VIH/sida serán responsables de implementar, controlar, monitorear y evaluar los resultados del plan a este nivel
- Los directores de hospitales y de Centros de Atención Integral a PVV (CAI) serán responsables del cumplimiento de las acciones contenidas en el plan aplicables en su institución.

#### **Áreas de Salud**

- El Director del policlínico será el responsable de la implementación y cumplimiento del plan a ese nivel.
- El Equipo Básico de Salud será el responsable de la realización de las acciones contenidas en el plan aplicadas a la familia y su comunidad.

## Plan operativo

### Objetivo específico N° 1 Fortalecer la vigilancia y control epidemiológico de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH

Estrategias	Resultado esperado (Meta)	Actividades	Indicador	Fuente de verificación	Participantes	Estimaciones de costos anuales	
Realizar control de foco de casos de ITS y VIH/sida.	100% de los casos <u>encuestados</u> de sífilis, gonorrea y síndromes de ITS tratados.	Realizar encuesta epidemiológica, reporte, notificación de parejas sexuales y tratamiento controlado a cada caso de ITS según pautas nacionales.	% de los casos <u>encuestados</u> de sífilis, gonorrea y síndromes de ITS que son tratados.	Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida	2014	1.321.750,00
						2015	1.424.550,00
						2016	1.481.532,00
						2017	1.540.793,28
						2018	1.602.425,01
	95% de las parejas sexuales obtenidas en la encuesta localizadas, examinadas y tratadas.	Localizar, examinar y tratar según pautas nacionales a las parejas sexuales obtenidas en la encuesta.	% de parejas sexuales obtenidas en la encuesta que han sido examinadas y tratadas según pautas nacionales.	Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida	2014	1.608.809,00
						2015	1.708.945,00
						2016	1.777.302,80
						2017	1.848.394,91
	97% de los casos nuevos de VIH encuestados.	Realizar encuesta epidemiológica a todos los casos nuevos de VIH, análisis periódico de la información, publicación de reportes epidemiológicos.	% de casos nuevos de VIH encuestados.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2018	1.922.330,71
						2014	123.000,00
						2015	134.746,00
2016						140.135,84	
					2017	145.741,27	
					2018	151.570,92	

	95% de las parejas sexuales de casos de VIH localizadas, examinadas y seguidas serológicamente por el tiempo establecido.	Localizar, ofrecer prueba de VIH con consejería pre y post prueba y dar seguimiento a las parejas sexuales de casos de VIH.	% de parejas de casos de VIH localizadas, examinadas y en seguimiento.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida.	2014	172.307,00
						2015	187.324,00
						2016	194.816,96
						2017	202.609,64
						2018	210.714,02
Mejorar el enfoque técnico de la búsqueda de casos con énfasis en grupos clave de mayor riesgo.	80% de los casos nuevos de VIH en grupos clave de mayor riesgo diagnosticados en estadios tempranos de la infección.	Realización de prueba de VIH según grupos de población con énfasis en grupos clave de mayor riesgo.	% de los casos nuevos de VIH que pertenecen a grupos clave de mayor riesgo diagnosticados en estadios tempranos de la infección.	Registro Informatizado de VIH/sida, Sistema de información estadística	Áreas de Salud, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	316.376,00
						2015	356.376,00
						2016	370.631,04
						2017	385.456,28
						2018	400.874,53
Al menos un 5% de personas pertenecientes a las poblaciones clave en un universo determinado alcanzadas con pruebas de VIH.	Promocionar la prueba de VIH en las poblaciones clave, realizar consejerías y pruebas a con énfasis en las Áreas de Salud y Consejos Populares más afectados.	% de personas pertenecientes a las poblaciones clave que se han realizado consejería y pruebas	Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	20.000,00	
					2015	30.000,00	
					2016	31.200,00	
					2017	32.448,00	
					2018	33.745,92	
Ampliada la búsqueda activa en poblaciones clave de mayor riesgo mediante servicios móviles para consejería y pruebas que incrementen el acceso de las poblaciones clave al diagnóstico de VIH.	Adquisición de pruebas diagnósticas, entrenamientos a proveedores de salud y voluntarios, reproducción de encuestas y materiales promocionales, crear servicios móviles de consejería y pruebas para acceder a poblaciones claves.	% de PVV diagnosticados con VIH en los servicios móviles para consejería y pruebas.	Informe de los servicios móviles de consejería	Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, Proyecto HSH-Cuba	2014	1.299.378,00	
					2015	1.338.453,00	
					2016	1.391.991,12	
					2017	1.447.670,76	

						2018	1.505.577,60
Ampliada la búsqueda de casos en todos los servicios de salud.	Incrementada la búsqueda activa de casos en grupos clave (Captados) en un 1% anual.	Realizar prueba de VIH con consejería pre y post prueba a la población dispensarizada por conducta sexual de riesgo en la APS y en actividades de Hazte la prueba.	% de Incremento de la búsqueda activa de casos Captados y Terreno.	Registro Informatizado de VIH/sida, Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	12.500,00
						2015	14.000,00
						2016	14.560,00
						2017	15.142,40
						2018	15.748,10
	Incrementada en 1% la búsqueda de casos de VIH en los servicios de Salud sexual y reproductiva.	Promover los servicios de SSR, realizar prueba de VIH con consejería pre y post prueba a mujeres sexualmente activas que asisten a servicios de Planificación familiar.	% de incremento de la búsqueda de casos de VIH en los servicios de Salud sexual y reproductiva.	Registro Informatizado de VIH/sida, Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	115.000,00
						2015	121.000,00
						2016	125.840,00
						2017	130.873,60
						2018	136.108,54
	Incrementada en 1% la búsqueda de casos de VIH en población expuesta a riesgo.	Realizar prueba de VIH con consejería pre y post prueba a personas con ITS, sus contactos y las parejas sexuales de casos de VIH.	% de incremento de la búsqueda de casos en población expuesta a riesgo.	Registro Informatizado de VIH/sida, Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	113.100,00
						2015	122.300,00
						2016	127.192,00
						2017	132.279,68
						2018	137.570,87
Lograr que los proveedores de salud ofrezcan consejería pre y post prueba.	80% de las pruebas de VIH han sido acompañadas de consejería por parte del proveedor de salud.	Realizar consejería en materia de ITS-VIH/sida a las personas que asisten a servicios donde se ofertan pruebas de VIH.	% de las pruebas de VIH que han sido acompañadas de consejería por parte del proveedor de salud.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. ONEI	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida , municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	1.000,00
						2015	1.500,00
						2016	1.560,00

						2017	1.622,40
						2018	1.687,30
Mantener bajo control la transmisión materno infantil de sífilis y VIH.	Realizadas la serología de sífilis y prueba de VIH al 100% de las gestantes.	Realizar serología de sífilis y prueba de VIH a gestantes con la periodicidad establecida.	% de gestantes a las que se las ha realizado serología y prueba de VIH según protocolo.	Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida, hospitales maternos, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	122.088,55
						2015	162.088,55
						2016	168.572,09
						2017	175.314,98
						2018	182.327,57
	Realizada la serología de sífilis y prueba de VIH al 95% de las parejas sexuales de las gestantes.	Realizar serología de sífilis y prueba de VIH a parejas sexuales de las gestantes con la periodicidad establecida.	% de parejas sexuales de gestantes con prueba de VIH y serología de sífilis realizadas.	Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	122.088,55
						2015	162.088,55
						2016	168.572,09
						2017	175.314,98
						2018	182.327,57
	Tratadas el 100% de las gestantes con serología reactiva a sífilis.	Tratamiento controlado, encuesta epidemiológica, estudios de contactos, seguimiento por dermatología a todas las gestantes con serología reactiva.	% gestantes con serología reactiva a sífilis que son tratadas.	Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida, hospitales maternos, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	1.211.452,45
						2015	1.352.211,55
2016						1.406.300,01	
2017						1.462.552,01	
						2018	1.521.054,09

100% de los hijos de madres con serología reactiva en el embarazo y Sífilis confirmada evaluados según pautas.	Estudiar y tratar a los hijos de madres con serología reactiva en el embarazo y sífilis confirmada según pautas.	% de niños nacidos de madres con serología reactiva en el embarazo y sífilis confirmada evaluados según pautas.	Sistema de información estadística	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida, hospitales maternos, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	724.187,15
					2015	764.187,15
					2016	794.754,64
					2017	826.544,82
					2018	859.606,61
100% de las gestantes con VIH arriban al tercer trimestre con carga viral no detectable.	Iniciar TAR en todas las embarazadas con VIH independientemente de sus conteos de CD4.	% de gestantes con VIH que arriban al tercer trimestre con carga viral no detectable.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	800.589,00
					2015	834.589,00
					2016	867.972,56
					2017	902.691,46
					2018	938.799,12
100 % de las gestantes evaluadas inmunológica y virológicamente en todos los trimestres.	Evaluar inmunológica y virológicamente a las gestantes con VIH en todos los trimestres.	% de gestantes evaluadas inmunológica y virológicamente en todos los trimestres.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	207.110,00
					2015	241.110,00
					2016	250.754,40
					2017	260.784,58
					2018	271.215,96

100% de los hijos nacidos de mujeres con VIH con seguimiento clínico y de laboratorio.	Seguimiento clínico, virológico y serológicos de hijos de mujeres con VIH.	% de hijos de mujeres con VIH evaluados mediante estudios virológicos y serológicos según protocolo.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, LISIDA, IPK.	2014	497.890,00
					2015	500.890,00
					2016	520.925,60
					2017	541.762,62
					2018	563.433,13
<b>Total Objetivo</b>					<b>2014</b>	<b>8.788.625,70</b>
					<b>2015</b>	<b>9.456.358,80</b>
					<b>2016</b>	<b>9.834.613,15</b>
					<b>2017</b>	<b>10.227.997,68</b>
					<b>2018</b>	<b>10.637.117,59</b>

## Objetivo específico N° 2 Impulsar el acceso equitativo a servicios de diagnóstico, atención, tratamiento, seguimiento y apoyo

Estrategias	Resultado esperado (Meta)	Actividades	Indicador	Fuente de verificación	Participantes	Estimaciones de costos anuales	
Reforzar la continuidad de la atención y su integración a todos los servicios del Policlínico.	Incorporadas el 95% de las personas que viven con VIH a la atención en su CMF y Policlínico.	Informar el diagnóstico de VIH en el Policlínico, elaboración de materiales de apoyo para PVV y personal de salud involucrado en la información del diagnóstico de VIH.	% de casos diagnosticados en el período que están vinculados a la atención en los 30 días siguientes al diagnóstico.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, enfermeras de ITS-VIH/sida, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	742.894,00
						2015	860.092,32
						2016	894.496,01
						2017	930.275,85
						2018	967.486,89
		Incorporación de las PVV a la atención en su CMF y Policlínico en los 30 días siguientes de confirmado el diagnóstico.				2014	572.247,50
						2015	689.445,82
						2016	717.023,65
						2017	745.704,60
						2018	775.532,78
Contar con ARV recomendados por OMS en cantidades necesarias para tratar a todas las PVV que cumplan los criterios de inicio de TAR y retirar los no recomendados.	Se dispone del 100% de los medicamentos recomendados en cantidades suficientes.	Estimación de necesidades, identificación de ARV para desarrollo y producción local.	% de ARV recomendados en 1ra, 2da y 3ra líneas incluidos en los planes de producción y/o adquisición.	Informes de la Industria Farmacéutica Planes anuales de adquisición de medicamentos del MINSAP y Fondo Mundial	Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnologías, Biocubafarma, Departamento nacional, grupos provinciales y municipales de ITS/VIH/sida, IPK, Medicuba.SA, ONP, PNUD	N/A	

		Producción local de ARV necesarios.				2014	19.785.045,00
						2015	21.785.045,00
						2016	22.656.446,80
						2017	23.562.704,67
						2018	24.505.212,86
		Presentar solicitudes de cantidades necesarias por tipo de ARV y adquisición de ARV no producidos en el país.				2014	7.786.224,00
						2015	8.159.050,35
						2016	8.485.412,36
						2017	8.824.828,86
						2018	9.177.822,01
Garantizar los productos de salud requeridos para cumplir las pautas nacionales de seguimiento inmunológico y virológico de las PVV.	Se dispone del 100% de reactivos para evaluación inmunológica, virológica, diagnóstico de otras infecciones y estudios de resistencia.	Estimación de necesidades.					N/A
		Adquisición de reactivos para seguimiento inmunológico, virológico, seguimiento de niños expuestos a riesgo, diagnóstico de infecciones oportunistas y estudios de resistencia.	Cantidades de reactivos según tipos, incluidos en los planes de adquisición.	Planes anuales de adquisición de reactivos del MINSAP y Fondo Mundial	Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnologías, Departamento nacional, grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, IPK, Medicuba SA, ONP, PNUD, EMCOMED	2014	14.415.459,00
						2015	15.154.592,00
						2016	15.760.775,68
						2017	16.391.206,71
						2018	17.046.854,98

Fortalecer laboratorios regionales y locales.	Fortalecida la capacidad para el diagnóstico, el seguimiento inmunológico y la respuesta al TAR en 3 laboratorios de unidades de atención a PVV.	Adquisición de equipos para diagnóstico, Citometría de flujo, carga viral, hematología y química sanguínea para 3 unidades de salud. Adquisición de reactivos y consumibles necesarios.	Nº de unidades de salud con servicios de laboratorio fortalecidos.	Informes de los centros de salud	Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnologías Medicuba SA, EMSUME, Departamento nacional, grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, LISIDA, IPK, EMCOMED	2014	4.266.203,66
						2015	4.566.203,00
						2016	4.748.851,12
						2017	4.938.805,16
						2018	5.136.357,37
Proporcionar tratamiento antirretroviral a las PVV que cumplen los criterios y garantizar su seguimiento inmunológico y virológico.	El 97% de las personas diagnosticadas con VIH tienen estudio inmunológico realizado dentro de los 30 días siguientes al diagnóstico de VIH.	Realización de CD4 basal en los 30 días siguientes al diagnóstico de VIH a todas las PVV.	% de PVV con estudio inmunológico realizado dentro de los 30 días posteriores a su diagnóstico.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud y unidades de atención y seguimiento a PVV	2014	630.071,06
						2015	830.071,06
						2016	863.273,90
						2017	897.804,86
						2018	933.717,05
	95% de las PVV que requieren TAR la reciben.	Indicación de TAR a todas las PVV que cumplan criterio de inicio según protocolo nacional.	% de PVV que cumplen criterio de TAR y lo están recibiendo.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, unidades de atención y seguimiento a PVV	N/A	
	100% de las PVV propuestas para TAR se presentan a la comisión de evaluación de tratamientos a cada nivel.	Funcionamiento periódico de las comisiones de evaluación de TAR.	% de las comisiones de evaluación de TAR que funcionaron en el período.	Informes provinciales	Áreas de Salud, unidades de atención y seguimiento a PVV, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	274.587,62
						2015	274.587,62
						2016	285.571,12
2017						296.993,97	
2018						308.873,73	

	95% de las PVV en TAR evaluadas virológicamente después de iniciado el TAR.	Realización de Carga Viral después de iniciado el TAR según protocolo nacional.	% de PVV evaluadas virológicamente a los 6 y 12 meses después de iniciado el TAR.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, unidades de atención y seguimiento a PVV	2014	2.414.165,80
						2015	2.614.165,80
						2016	2.718.732,43
						2017	2.827.481,73
						2018	2.940.581,00
Monitoreo de la eficacia de la TAR.	90% de las PVV con TAR tienen buena respuesta inmunológica 12 meses después de iniciado el tratamiento.	Evaluación de la respuesta inmunológica de las PVV en TAR.	% de PVV que 12 meses después de iniciado el TAR incrementan su conteo de CD4 entre 50 y 150 células.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, unidades de atención y seguimiento a PVV	2014	475.838,86
						2015	475.838,86
						2016	494.872,41
						2017	514.667,31
						2018	535.254,00
	90% de las PVV evaluadas virológicamente que después de iniciado TAR tienen carga viral no detectable.	Medición del cambio de los niveles de carga viral 6 meses después de impuesta la TAR.	% de PVV con TAR que 6 meses después de iniciada tienen carga viral no detectable.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, unidades de atención y seguimiento a PVV	2014	588.420,20
						2015	598.350,20
						2016	622.284,21
						2017	647.175,58
						2018	673.062,60
Garantizar la disponibilidad de ARV en los puntos de dispensación.	100% de las farmacias que dispensan ARV abastecidas.	Monitoreo de existencias (COMEDICS), Conciliaciones-nivelaciones con EMCOMED, Visitas periódicas a Farmacias que expenden ARV.	% de farmacias que dispensan TAR y están abastecidas.	COMEDICS. Reportes de provincias	Áreas de Salud, Red de Farmacias, Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnologías, Departamento nacional, grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, EMCOMED, Línea de Apoyo a	2014	144.510,00
						2015	151.440,00
						2016	157.497,60

					PVV	2017	163.797,50
						2018	170.349,40
Lograr que los esquemas de primera línea se correspondan con los recomendados en las guías nacionales.	100 % de los esquemas de primera línea se encuentran entre los recomendados.	Divulgación de las nuevas guías de TAR, entrenamientos a personal de salud, elaboración de materiales de apoyo para el personal de farmacias y unidades de atención a PVV, revisión de certificados médicos y tarjetas de control de medicamentos en Farmacias que dispensan ARV.	% de PVV que han iniciado TAR con esquemas recomendados en las guías nacionales.	Reporte de farmacias, Historias clínicas, Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, Red de Farmacias, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida	2014	135.000,00
						2015	145.000,00
						2016	150.800,00
						2017	156.832,00
						2018	163.105,28
						2014	141.820,00
						2015	151.440,00
						2016	157.497,60
						2017	163.797,50
						2018	170.349,40
Evaluar la retención a regímenes de primera línea.	95 % de PVV en 1ra línea se mantienen en el mismo esquema un año después de iniciado.	Actualización sistemática de los esquemas de TAR en el registro informatizado, Reporte de cambios de líneas terapéuticas en partes semanales y actas de la comisión nacional, intercambios técnicos con especialistas de la atención a PVV, elaboración de materiales de apoyo.	% de PVV que iniciaron TAR y 1 año después se mantienen en el mismo esquema de 1ra línea.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, IPK	2014	123.870,00
						2015	125.470,00
						2016	130.488,80
						2017	135.708,35
						2018	141.136,69

Ampliar el acceso de las PVV con fracaso de TAR a pruebas de resistencia y la vigilancia de la resistencia transmitida a ARV en PVV de reciente diagnóstico.	100 % de PVV con sospecha de fracaso terapéutico, evaluadas para prueba de resistencia.	Realizar pruebas de resistencia a PVV que la necesiten, así como ampliar los estudios de resistencia en PVV de reciente diagnóstico.	% de PVV evaluadas con prueba de resistencia según protocolo. Nº de estudios de resistencia transmitida a ARV en PVV de reciente diagnóstico realizados.	SIDATRAT IPK Informes de LISIDA	Unidades de atención y seguimiento a PVV, IPK, LISIDA	2014	1.355.142,00	
						2015	1.360.000,00	
						2016	1.414.400,00	
						2017	1.470.976,00	
						2018	1.529.815,04	
Mejorar los niveles de adherencia terapéutica en las PVV con TAR.	90% de las PVV con TAR mantienen adecuados niveles de adherencia terapéutica (>95%).	Desarrollo de alianzas entre servicios de atención a pacientes y la comunidad de PVV, entrenamiento a personal de salud y PVV, control de la adherencia mediante visitas a farmacias que expenden ARV.	% de PVV con TAR que tienen una adherencia al TAR $\geq$ 95%.	Reportes de estudios de campo	Áreas de Salud, Red de Farmacias, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, enfermeras de ITS/VIH/sida, activistas de la Línea de Apoyo a PVV	2014	543.240,00	
						2015	552.440,00	
						2016	574.537,60	
						2017	597.519,10	
						2018	621.419,87	
	Menos del 2% de las PVV en TAR abandonan su tratamiento.	Incorporación de PVV con dificultades en la adherencia a servicios de Psicología, atención social, u otros del Policlínico, alianzas de trabajo con los EAM y otras redes de apoyo.	Conteo de tabletas en visitas domiciliarias a PVV con TAR, elaboración de materiales dirigidos a PVV y sus familias para entrega en las visitas.	% de PVV que abandonaron TAR.	Registro Informatizado de VIH/sida	Áreas de Salud, Red de Farmacias, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, enfermeras de ITS/VIH/sida, activistas de la Línea de Apoyo a PVV	2014	175.000,00
							2015	195.000,00
							2016	202.800,00
							2017	210.912,00
							2018	219.348,48
2014	512.433,00							
2015	522.450,00							
2016	543.348,00							

						2017	565.081,92
						2018	587.685,20
Minimizar la transmisión del VIH en el ambiente laboral.	100% de trabajadores expuestos a riesgo con criterio de tratamiento post exposición, sean tratados.	Actividades de entrenamiento a personal de unidades de salud, divulgación del protocolo nacional, reporte, registro, evaluación, tratamiento y seguimiento de trabajadores expuestos al VIH tras accidentes ocupacionales.	% de personas que han sufrido un accidente ocupacional y se ha cumplido el protocolo nacional.	Registros de las Unidades de Salud.	Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, Departamentos de Higiene y Epidemiología hospitalaria	2014	925.631,00
						2015	1.100.631,00
						2016	1.144.656,24
						2017	1.190.442,49
						2018	1.238.060,19
Prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar los casos de coinfección VIH/TB.	95% de los casos nuevos en un período con prueba de tuberculina realizada.	Visitas de monitoreo a Policlínicos y CMF, actividades de superación sistemática a médicos y enfermeras de la familia, realización de prueba de tuberculina a cada nuevo caso de VIH.	% de casos nuevos de VIH en un período examinados con prueba de tuberculina.	Registro Informatizado de VIH/sida y Reportes periódicos de provincias.	Áreas de Salud, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, programa de prevención y control de TB	2014	231.440,15
						2015	249.875,00
						2016	259.870,00
						2017	270.264,80
	100% de las PVV de reciente diagnóstico reciben terapia preventiva con Isoniazida (TPI) según protocolo nacional.	Tratamiento preventivo con Isoniazida a todas las PVV de reciente diagnóstico de VIH según recomendaciones nacionales, visitas de monitoreo a unidades de salud, intercambio técnico con EBS y GBT con PVV de reciente diagnóstico.	% de casos de VIH diagnosticados en el período que inician TPI.	Registro Informatizado de VIH/sida y Reportes periódicos de provincias.	Áreas de Salud, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, programa de prevención y control de TB, activistas de la Línea de Apoyo a PVV	2018	281.075,39
						2014	804.025,00
						2015	844.025,00
						2016	877.786,00
						2017	912.897,44
						2018	949.413,34

<p>100% de las tuberculosis se indica según protocolo nacional.</p>	<p>PVV con los indica protocolo</p>	<p>Indicación de TAR a todas las PVV diagnosticadas con Tuberculosis.</p>	<p>% de casos de coinfección VIH/TB con TAR.</p>	<p>Registro Informatizado de VIH/sida y Reportes periódicos de provincias.</p>	<p>Áreas de Salud, Grupos municipales y provinciales de ITS-VIH/sida, programa de prevención y control de TB</p>	2014	709.875,24
						2015	719.875,24
						2016	748.670,25
						2017	778.617,06
						2018	809.761,74
<b>Total Objetivo</b>						<b>2014</b>	<b>57.476.323,09</b>
						<b>2015</b>	<b>62.125.088,27</b>
						<b>2016</b>	<b>64.610.091,80</b>
						<b>2017</b>	<b>67.194.495,47</b>
						<b>2018</b>	<b>69.882.275,29</b>

**Objetivo específico Nº 3 Fortalecer la gestión estratégica de los recursos humanos y la formación de capacidades**

Estrategias	Resultado esperado (Meta)	Actividades	Indicadores	Fuente de verificación	Participantes	Estimaciones de costos anuales	
Garantizar el acceso del personal de salud a la información y los conocimientos en materia de ITS-VIH/sida.	Incrementado el nivel de conocimientos del personal de salud en el manejo de las ITS y el VIH.	Elaboración de convenios y protocolos de intención entre las sociedades académicas, profesionales, Institutos, Facultades de Medicina, Tecnologías de la Salud y el área de docencia, para su actualización sistemática en el manejo de las ITS y VIH.	% de incremento del nivel de conocimientos del personal de salud en manejo de las ITS y el VIH.	Encuesta a Personas con VIH/sida. ONEI	Grupos provinciales y municipales de ITS-VIH/sida, Sociedades académicas, Institutos, Facultades de Medicina, Tecnología de la salud y el área de docencia	2014	174.671,00
						2015	294.567,00
						2016	306.349,68
						2017	318.603,67
						2018	331.347,81
						2014	150.000,00
						2015	165.000,00
						2016	171.600,00
	2017	178.464,00					
	2018	185.602,56					
	Incrementado el nivel de satisfacción de las personas que viven con VIH con la atención recibida en los servicios de salud.	Participación de especialistas en ITS-VIH/sida en los espacios metodológicos y de planificación del área de docencia para influir en la actualización y la preparación del sistema en los temas relacionados con las ITS y el VIH.	% de incremento del nivel de satisfacción de las personas que viven con VIH con la atención recibida en los servicios de salud.	Encuesta a Personas con VIH/sida. ONEI	Grupos provinciales y municipales de ITS-VIH/sida, Sociedades académicas, Institutos, Facultades de Medicina, Tecnología de la salud y el área de docencia	2014	150.000,00
						2015	165.000,00
						2016	171.600,00
						2017	178.464,00
2018						185.602,56	

		Actualización, reproducción , divulgación y distribución de materiales educativos, manuales informativos sobre el manejo de las ITS-VIH/sida y su colocación en consultas, hospitales, Centros de Atención Integral y otros servicios para su capacitación e información.				2014	145.000,00
						2015	165.000,00
						2016	171.600,00
						2017	178.464,00
						2018	185.602,56
	Utilizadas las redes digitales en el apoyo a la capacitación y la actualización del personal de salud -BVS-	Realización de cursos virtuales, presentaciones y discusiones de casos en la BVS, foros de discusión, etc.	% de equipos técnicos capacitados y/o actualizados a través de los espacios digitales.		INFOMED, Grupos provinciales y municipales de ITS-VIH/sida, Director de área de salud y Vicedirector docente de áreas de salud	2014	15.000,00
						2015	21.000,00
						2016	21.840,00
						2017	22.713,60
						2018	23.622,14
	100% de los equipos técnicos capacitados y/o actualizados anualmente.	Actividades de capacitación dirigidas a los especialistas de los grupos de ITS-VIH/sida provinciales y municipales insertando el tema género.	% de equipos técnicos capacitados y/o actualizados.		Informes de participación, Relatorías y Planificación anual.	2014	17.000,00
						2015	23.000,00
						2016	23.920,00
						2017	24.876,80
					Departamento de ITS/VIH/sida del MINSAP, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, IPK, LISIDA, grupos provinciales y municipales de ITS-VIH/sida	2018	25.871,87
		Realizar reuniones metodológicas para el trabajo con los grupos clave.				2014	29.000,00
						2015	34.000,00
						2016	35.360,00
						2017	36.774,40

						2018	38.245,38		
Lograr que la consejería sea parte de las buenas prácticas de atención.	Incrementadas las consejerías recibidas por las poblaciones clave.	Intervención de especialistas en ITS-VIH/sida en los espacios de planificación y metodológicos para la actualización de médicos de familia, enfermeras, miembros de los GBT y médicos de los servicios de atención a PVV en técnicas de consejería de ITS y VIH.	No. de personas entre 15 y 24 años que recibieron consejería en el último año.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. ONEI	Grupos Provinciales y Municipales de ITS-VIH/sida, Director de área de salud, Vicedirector docente de las áreas de salud y médicos de la atención a PVV y demás servicios del Policlínico	2014	145.002,00		
						2015	165.000,00		
						2016	171.600,00		
						2017	178.464,00		
						2018	185.602,56		
Incrementar los conocimientos y la participación en materia de ITS-VIH/sida en los grupos clave de mayor riesgo.	Incrementado el nivel de desempeño técnico de los promotores pares y consejeros.	Realizar talleres de formación, actualización, intercambios de experiencias dirigidos a voluntarios, promotores, educadores pares y consejeros de las poblaciones clave de mayor riesgo.	% de poblaciones clave alcanzadas a través de los educadores pares formados.	Informes provinciales de rendición de cuentas	Grupos provinciales y municipales de ITS-VIH/sida-Grupos clave	2014	27.000,00		
						2015	37.000,00		
						2016	38.480,00		
						2017	40.019,20		
						2018	41.619,97		
		Desarrollar encuentros sistemáticos de intercambio de las comunidades afectadas y comprometidas, con las instituciones y organismos que intervienen en la Respuesta a la epidemia.						2014	23.000,00
								2015	33.000,00
								2016	34.320,00
		Producción y distribución de materiales educativos diseñados según las necesidades de las poblaciones clave.			% de materiales educativos distribuidos.	Informes provinciales de distribución		2017	35.692,80
								2018	37.120,51
								2014	127.000,00
								2015	124.400,00
								2016	129.376,00

						2017	134.551,04
						2018	139.933,08
Promover la realización de investigaciones relacionadas con las necesidades de los grupos clave de mayor riesgo.	Incrementado el número de investigaciones realizadas y divulgadas.	Jornadas científicas, simposios, congresos nacionales e internacionales (regionales o globales), intercambios de experiencias y sistematización de buenas prácticas dirigidos y organizados por los grupos clave de mayor riesgo.	% de investigaciones y eventos promovidos en los medios de comunicación.	Informes de participación, Relatorías y Planificación anual	Equipos provinciales y municipales de ITS-VIH/sida, director de área de salud, vicedirector de epidemiología- Grupos clave	2014	121.000,00
						2015	134.000,00
						2016	139.360,00
						2017	144.934,40
		2018				150.731,78	
		2014				28.000,00	
		2015				33.000,00	
		2016				34.320,00	
Los medios de información sensibilizados participan en la respuesta a la epidemia de VIH	Presencia en los medios de comunicación de las necesidades y buenas prácticas de la respuesta a las ITS y la epidemia de VIH	Divulgación de los resultados de las investigaciones y los eventos en los medios tradicionales y alternativos de comunicación.	% de personas de 12 a 49 años que han recibido información sobre las ITS-VIH/sida a través de la programación habitual de radio y televisión.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida y Encuesta a Personas con VIH/sida. ONEI	Departamento de ITS/VIH/sida, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida -Medios de comunicación y realizadores-Grupos clave	2017	35.692,80
						2018	37.120,51
						2014	154.620,00
						2015	164.620,00
		2016				171.204,80	
		2017				178.052,99	
		2018				185.175,11	

						2014	145.002,00
						2015	145.000,00
						2016	150.800,00
						2017	156.832,00
						2018	163.105,28
		Intervención de especialistas en ITS-VIH/sida en los espacios de planificación metodológica de escritores, directores, productores de la programación habitual de radio y televisión.				<b>2014</b>	<b>1.451.295,00</b>
						<b>2015</b>	<b>1.703.587,00</b>
						<b>2016</b>	<b>1.771.730,48</b>
						<b>2017</b>	<b>1.842.599,70</b>
						<b>2018</b>	<b>1.916.303,69</b>
						<b>Total Objetivo</b>	

**Objetivo específico N° 4 Fortalecer la respuesta a la epidemia de VIH de los sectores sociales y de la sociedad civil fomentando la igualdad de género y el respeto a las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género**

Estrategias	Resultado esperado (Meta)	Actividades	Indicador	Fuente de verificación	Participantes	Estimaciones de costos anuales	
Revitalizar la respuesta intersectorial y de la sociedad civil a todos los niveles.	100% de las provincias y 90% de los municipios priorizados con GOPELS funcionando sistemáticamente.	Realizar reuniones de GOPELS cada 2 meses en las provincias y mensualmente en los municipios.	% de reuniones planificadas y realizadas.	Reporte trimestral indicadores de la respuesta intersectorial	Direcciones provinciales y municipales de salud, Grupos provinciales y municipales de ITS y sectores miembros del GOPELS de los diferentes niveles	2014	20.055,00
						2015	30.500,00
						2016	31.720,00
						2017	32.988,80
	100% de los Consejos Populares más afectados con Plan de acción implementado.	Garantizar la presencia de la Línea de apoyo a PVV, HSH y otros miembros de la sociedad civil en todas las instancias de GOPELS nacional, provincial y municipal.	% de miembros de la sociedad civil participando en las reuniones realizadas.	Reporte trimestral indicadores de la respuesta intersectorial	Grupos provinciales y municipales de ITS y sectores miembros del GOPELS de los diferentes niveles	2018	34.308,35
						2014	20.055,00
						2015	30.500,00
						2016	31.720,00
	100% de los Consejos Populares más afectados con Plan de acción implementado.	Realizar actividades de acompañamiento a los Consejos Populares para la implementación de su plan de acción.	% de Consejos Populares con planes de acción intersectorial integrados implementados.	Reporte trimestral indicadores de la respuesta intersectorial	Grupos provinciales y municipales de ITS y sectores miembros del GOPELS de los diferentes niveles	2017	32.988,80
						2018	34.308,35
						2014	12.000,00
						2015	17.540,00
						2016	18.241,60

Revitalizar la respuesta intersectorial y de la sociedad civil a todos los niveles.	90% de los sectores miembros de GOPELS capacitados.	Realizar acciones de capacitación y actualización a representantes de los sectores sociales.	% de miembros de GOPELS capacitados en temas priorizados.	Reporte trimestral indicadores de la respuesta intersectorial	Grupos provinciales y municipales de ITS y Sociedad civil	2017	18.971,26			
						2018	19.730,11			
						2014	12.150,00			
						2015	18.400,00			
						2016	19.136,00			
						2017	19.901,44			
						2018	20.697,50			
	Sistematizados anualmente los encuentros entre los sectores sociales a todos los niveles y los miembros de la sociedad civil.	Realizar intercambios, encuentros y talleres conjuntos de los sectores y la sociedad civil.	% de eventos planificados y realizados.	Reporte trimestral indicadores de la respuesta intersectorial	Grupos provinciales y municipales de ITS y Sociedad civil	2014	13.200,00			
						2015	16.650,00			
						2016	17.316,00			
						2017	18.008,64			
						2018	18.728,99			
						Realizar visitas de monitoreo y evaluación conjuntas de los sectores y la sociedad civil.	% de indicadores del plan de Respuesta Intersectorial evaluados de manera conjunta.	Direcciones provinciales y municipales de salud, Grupos provinciales y municipales de ITS, sociedad civil y sectores miembros del GOPELS	2014	51.440,00
									2015	64.890,00
2016	67.485,60									
2017	70.185,02									
					2018	72.992,42				

Utilizados los medios de comunicación en apoyo a la respuesta intersectorial a la epidemia a través de dos campañas anuales, materiales y soportes educativos.	Desarrollar productos comunicacionales de apoyo a la respuesta intersectorial.	No. de materiales, soportes educativos y campañas realizadas.	Reporte anual indicadores de la respuesta intersectorial	Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida Grupos provinciales y municipales de ITS, sectores sociales y Sociedad civil	2014	76.000,00
					2015	88.746,00
					2016	92.295,84
					2017	95.987,67
					2018	99.827,18
Realizado un reporte anual del cumplimiento de indicadores de la respuesta intersectorial por cada sector.	Compilar, analizar y presentar los resultados de la implementación de la respuesta intersectorial.	% de materiales, soportes educativos y campañas realizados y distribuidos.	Reporte anual indicadores de la respuesta intersectorial	Grupos provinciales y municipales de ITS, sectores sociales y Sociedad civil	2014	27.000,00
					2015	51.342,00
					2016	53.395,68
					2017	55.531,51
	2018				57.752,77	
	Publicar los resultados relevantes.				2014	10.000,00
					2015	17.453,00
					2016	18.151,12
2017		18.877,16				
Las poblaciones claves - PVV, HSH, PPST, Mujeres, Jóvenes/Adolescentes, Trans-comprometidas y organizadas en Red, tomando parte en los compromisos políticos y	Realizar acciones de fortalecimiento de las bases legales y de sostenibilidad de las redes sociales que intervienen en la respuesta al VIH.	% de PVV y redes de apoyo participando en escenarios de toma de decisiones políticas y programáticas.	Reporte anual indicadores de la respuesta intersectorial	Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, Dirección Jurídica del MINSAP, Sociedad Civil, MINJUS, sectores miembros del GOPELS	2014	22.000,00
					2015	31.546,00
					2016	32.807,84

	programáticos, disminuyendo la carga del sector salud		No. de redes afiliadas al Registro de asociaciones.	Registro de Asociaciones del MINJUS		2017	34.120,15				
						2018	35.484,96				
			Identificar actores sociales vinculados a las poblaciones clave y realizar acciones de sensibilización y capacitación en función de la ampliación de entornos favorables.	% de personas identificadas capacitadas en temas que propicien la ampliación de entornos favorables.		Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. Encuesta a Personas con VIH/sida. ONEI	Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, Sociedad Civil, sectores miembros del GOPELS	2014	15.625,00		
								2015	24.075,00		
								2016	25.038,00		
								2017	26.039,52		
			Identificación de los centros y grupos de trabajo con poblaciones con discapacidad y realizar acciones en función de su formación, información, empoderamiento, apoyo y acompañamiento.	% de acciones planificadas y realizadas.		Reporte anual indicadores de la respuesta intersectorial	Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, Sociedad Civil, sectores miembros del GOPELS	2014	40.000,00		
								2015	43.450,00		
								2016	45.188,00		
								2017	46.995,52		
Fortalecidos los mecanismos nacionales y locales y sinergias e institucionales e intersectoriales que promuevan experiencias de prevención de ITS-VIH/sida y que potencien la igualdad de género y el respeto a la diversidad de	Sensibilizar sobre VIH, diversidad sexual y género a los miembros de los consejos de dirección de los organismos de la Administración Central del Estado que se seleccionen por sus motivaciones y compromisos de crear en sus centros de trabajo y de estudio espacios amigables para ello.	Realizar acciones educativas dirigidas a los trabajadores de los sectores más afectados con énfasis en el personal del sector salud en temas de diversidad sexual y género.	% de poblaciones con discapacidad integradas a las redes participando en acciones de prevención.	Encuesta a Personas con VIH/sida. ONEI	Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, Sociedad Civil, sectores miembros del GOPELS	2014	48.875,34				
						2015	21.500,00				
						2016	25.975,00				
						2017	27.014,00				
						2018	28.094,56				
						Implementación de políticas laborales y estudiantiles que promuevan entornos favorables a la prevención y libres de discriminación.	% de centros con políticas laborales implementadas que promuevan entornos favorables a la prevención y libres de discriminación.	Reporte anual de indicadores de la respuesta intersectorial	Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, Sociedad Civil, Central de Trabajadores de Cuba, MINED y MES	2014	29.218,34
										2015	22.174,00
										2016	22.174,00
										2017	32.624,00

orientaciones sexuales e identidades de género.						2016	33.928,96	
						2017	35.286,12	
						2018	36.697,56	
Ampliados los centros educativos impartiendo educación sobre VIH/sida.	Realización de actividades educativas por los promotores de salud formados en las escuelas fomentando la equidad generacional de género y la no homofobia.		% de centros educativos en los que al menos uno de los profesores ha sido formado para impartir educación sobre VIH/sida basada en las habilidades para la vida y que ha enseñado el tema en el último curso académico.	Reporte anual de indicadores de la respuesta intersectorial	Direcciones provinciales y municipales de Educación, Grupos provinciales y municipales de Promoción y Educación para la Salud, Comisiones de Educación Sexual y Grupos provinciales y municipales de ITS-VIH/sida	2014	21.500,00	
						2015	24.950,00	
						2016	25.948,00	
						2017	26.985,92	
						2018	28.065,36	
	Integrar la educación sobre VIH/sida y diversidades sexuales y de identidades de género en el currículum de estudio.						2014	305.674,00
							2015	354.216,00
							2016	368.384,64
							2017	383.120,03
							2018	398.444,83
						<b>2014</b>	<b>690.373,00</b>	
						<b>2015</b>	<b>872.857,00</b>	
						<b>2016</b>	<b>907.771,28</b>	
						<b>2017</b>	<b>944.082,13</b>	
						<b>2018</b>	<b>981.845,42</b>	

**Objetivo específico N° 5 Promover una conducta sexual responsable en grupos clave de mayor riesgo y en población general mediante acciones de Información, Educación y Comunicación**

Estrategias	Resultado esperado (Meta)	Actividades	Indicadores	Fuente de verificación	Participantes	Estimaciones de costos anuales	
Incrementar el uso del condón en los grupos clave de mayor riesgo.	Adquiridos condones y lubricantes de calidad y variedad.	Estimar necesidades para la confección del plan de adquisiciones de condones y lubricantes variados y de calidad.	No. de condones y lubricantes adquiridos y distribuidos.	Informes de rendición de cuentas del área de condones	EMSUME, MEDICUBA, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida	2014	4.907.016,00
						2015	5.016.574,00
						2016	5.217.236,96
						2017	5.425.926,44
						2018	5.642.963,50
	Puntos de venta abastecidos.	Mejorar la distribución, comercialización y condiciones de almacenamiento de condones y lubricantes que garantice su disponibilidad y accesibilidad permanente.	% de puntos de venta tradicionales y no tradicionales abastecidos.	Informes de rendición de cuentas del área de condones	EMSUME, EMCOMED, MINCIN, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida	2014	50.000,00
						2015	64.000,00
						2016	66.560,00
						2017	69.222,40
						2018	71.991,30
	Distribuidores comercializadores capacitados.	Desarrollar acciones de educación, información y capacitación a distribuidores y comercializadores de condones.	% de puntos de venta y almacenes capacitados.	Informes de rendición de cuentas del área de condones	Grupos provinciales y municipales de ITS	2014	4.000,00
						2015	7.000,00
2016						7.280,00	
2017						7.571,20	
					2018	7.874,05	

Incrementado el porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que usan condón en sus relaciones sexuales.	Implementación de la estrategia de Información, educación y comunicación sobre ITS-VIH/sida 2013-2017.	% de áreas de salud de los Consejos Populares más afectados implementando la estrategia de IEC 2013-2017.	Informes de rendición de cuentas del área de comunicación social	Grupos provinciales y municipales de ITS, director de área de salud, vicedirector de epidemiología y enfermera de ITS-VIH/sida	2014	7.000,00	
					2015	15.000,00	
					2016	15.600,00	
					2017	16.224,00	
					2018	16.872,96	
	Desarrollar investigaciones sobre el uso del condón, aceptación, preferencias y barreras reales y psicológicas, aplicando los resultados en la promoción, distribución y comercialización de condones.	% de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida y Encuesta a Personas con VIH/sida. ONEI	Grupos provinciales y municipales de ITS, director de área de salud, vicedirector de epidemiología y enfermera de ITS-VIH/sida	2014	5.000,00	
					2015	12.000,00	
					2016	12.480,00	
					2017	12.979,20	
					2018	13.498,37	
	Campaña de bien público de promoción del uso del condón.				CNPITS-VIH/sida	2014	40.000,00
						2015	100.000,00
						2016	104.000,00
						2017	108.160,00
						2018	112.486,40

Incrementado el porcentaje de poblaciones clave alcanzadas a través de los programas de prevención.	Mantener actividades educativas continuas con enfoque sociocultural dirigidas y con la participación de las poblaciones clave y promoviendo el uso mantenido del condón, la igualdad de género, el respeto a la diversidad sexual, educación en percepción de riesgo, severidad y auto cuidado de la salud.	% de poblaciones clave alcanzadas por los programas de prevención.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. ONEI e Informes de rendición de cuentas del Componente Educativo-Línea PPST-	Grupos provinciales y municipales de ITS, director de área de salud, vicedirector de epidemiología y enfermera de ITS/VIH/sida y promotores pares	2014	2.000,00	
					2015	65.362,00	
					2016	67.976,48	
					2017	70.695,54	
					2018	73.523,36	
Incrementado el porcentaje de varones que usan condón en sus relaciones sexuales.	Formalizar alianzas con otros servicios de salud (dermatología, urología, proctología, neumología y salud mental) para la distribución de material educativo y servicios de orientación y asesoría sobre el tema.	% de varones que declaran haber usado un preservativo en su última relación anal.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida y Encuesta a Personas con VIH/sida. ONEI	Grupos provinciales y municipales de ITS, director de área de salud, vicedirector de epidemiología y enfermera de ITS-VIH/sida	2014	15.000,00	
					2015	55.000,00	
					2016	57.200,00	
					2017	59.488,00	
					2018	61.867,52	
	Distribución de condones de muestras gratis y lubricantes hidrosolubles por promotores de salud, personal del CMF y consultas especializadas.					2014	5.000,00
						2015	34.000,00
						2016	35.360,00
						2017	36.774,40
						2018	38.245,38
Incrementado el porcentaje de personas que practican sexo transaccional de 15 a 49 años que usan condón.	Implementación, seguimiento y evaluación del programa de reducción de daños dirigido y con la participación de las personas que	% de personas que practican sexo transaccional de 15 a 49 años que declaran haber	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el	Grupos provinciales y municipales de ITS, director de área de salud, vicedirector de	2014	132.935,00	
					2015	142.987,00	

		practican sexo transaccional.	usado un preservativo con su último cliente.	VIH/sida. ONEI	epidemiología y enfermera de ITS-VIH/sida, promotores	2016	148.706,48
						2017	154.654,74
						2018	160.840,93
		Garantizar el acceso de las PPST, sus clientes y parejas a condones, lubricantes y materiales educativos incluyendo la distribución entre pares en sitios de encuentro, casas de alquiler y otros.				2014	20.000,00
						2015	143.000,00
						2016	148.720,00
						2017	154.668,80
						2018	160.855,55
		Sensibilizar a los dueños de casas de alquiler para la disposición de condones y materiales educativos en las casas alquiler.				2014	5.000,00
						2015	65.000,00
						2016	67.600,00
						2017	70.304,00
						2018	73.116,16
		Actividades educativas para promover el uso del condón en discotecas, centros recreativos y sitios de encuentros.				2014	2.000,00
						2015	5.000,00
						2016	5.200,00
						2017	5.408,00
						2018	5.624,32

		Producción y distribución de materiales educativos atractivos a las PPST.				2014	20.000,00
						2015	26.000,00
						2016	27.040,00
						2017	28.121,60
						2018	29.246,46
		Crear espacios "amigables" que favorezcan la prevención de las ITS-VIH/sida y la igualdad de género en centros e instituciones de salud, educación y otros espacios comunitarios.				2014	1.000,00
						2015	3.000,00
						2016	3.120,00
						2017	3.244,80
						2018	3.374,59
Ampliados los conocimientos en los jóvenes de 15 a 24 años de edad acerca de las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH.		Actualizar la información disponible en las áreas de salud y salas de espera de las consultas vinculadas al tema con temáticas relacionadas con educación sexual integral, VIH y sida, promoción de la salud sexual, prevención de violencia, abusos, etc.	% de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. ONEI	Grupos provinciales y municipales de ITS, director de área de salud, vicedirector de epidemiología y enfermera de ITS-VIH/sida	2014	20.000,00
						2015	42.000,00
						2016	43.680,00
						2017	45.427,20
						2018	47.244,29
		Realización de acciones comunitarias dirigidas a los jóvenes y las familias.				2014	1.000,00
						2015	3.000,00
						2016	3.120,00

						2017	3.244,80
						2018	3.374,59
						2014	10.000,00
						2015	18.000,00
		Asesorías para promover que los programas de contenido social y educativo que se difunden en los medios se basen en la mejor evidencia científica disponible.	No. de programas asesorados.	Reporte anual de indicadores de la respuesta intersectorial.	Grupos provinciales y municipales de ITS, Grupos Provincial y Municipal de Promoción y Educación para la Salud, Comisiones de educación sexual, Médico y enfermera de la familia y medios de comunicación de la comunidad	2016	18.720,00
						2017	19.468,80
						2018	20.247,55
						2014	40.000,00
	Reducido el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tienen su primera relación sexual antes de los 15 años.	Campaña de IEC centrada en la iniciación sexual temprana y en la prevención de las ITS y el VIH dirigida a los adolescentes y jóvenes.	% de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. ONEI		2015	60.000,00
						2016	62.400,00
						2017	64.896,00
						2018	67.491,84
						2014	35.000,00
						2015	44.000,00
Promover mediante acciones de IEC la realización de la prueba de VIH en las poblaciones clave con la periodicidad establecida.	Incrementado el porcentaje de grupos clave de mayor riesgo que se realizan prueba de VIH y conocen los resultados.	Lograr que la consejería telefónica de ITS-VIH/sida sea una línea nacional gratuita.	No. de llamadas recibidas a través del servicio gratuito.	Reporte anual. Línea de Consejería nacional	CNPITS-VIH/sida, Dirección Nacional de Informática y comunicaciones.	2016	45.760,00
						2017	47.590,40
						2018	49.494,02
						2014	40.000,00
		Campañas en los medios tradicionales y alternativos para promover la realización de pruebas de detección de VIH en las	No. de campañas realizadas.	Informes de rendición de cuentas del área de comunicación	Grupos provinciales y municipales de ITS, director de área de salud, vicedirector de	2015	50.000,00

		poblaciones clave.		social	epidemiología y enfermera de ITS-VIH/sida	2016	52.000,00
						2017	54.080,00
						2018	56.243,20
		Promoción de la realización periódica de la prueba de VIH en las poblaciones clave en los servicios de consejería de ITS-VIH/sida a través de la COMF, los medios locales de comunicación, los materiales educativos y promocionales y la acción de los promotores pares.	% de mujeres y varones de 15 a 49 años que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocieron los resultados.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. ONEI		2014	10.000,00
						2015	15.000,00
						2016	15.600,00
						2017	16.224,00
						2018	16.872,96
		Organizar actividades de Hazte la prueba en sitios de encuentro de grupos clave seleccionados por su importancia epidemiológica en cada lugar.	% de personas que practican sexo transaccional de 15 a 49 años de edad y HSH que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocieron los resultados.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. ONEI		2014	18.000,00
						2015	21.000,00
						2016	21.840,00
						2017	22.713,60
						2018	23.622,14
						2014	40.000,00
						2015	50.000,00
						2016	52.000,00
						2017	54.080,00
						2018	56.243,20

Fortalecer la participación de las personas viviendo con VIH en las estrategias de la Respuesta Nacional a la Epidemia.	Fortalecida la capacidad de participación real y efectiva de las PVV a nivel local.	Conceptualizar, diseñar e implementar campañas de comunicación para la sensibilización y visualización dirigida a población general y la comunidad de PVV.	No. de campañas realizadas.	Encuesta a Personas con VIH/sida. ONEI	Línea de Apoyo a las PVV, Grupos provinciales y municipales de ITS, director de área de salud, vicedirector de epidemiología y enfermera de ITS-VIH/sida y GBT	2014	1.000,00
		Realizar acciones de educación de pares, que incluya la prevención positiva, apoyo y acompañamientos a las PVV, familiares y amigos.	No. de PVV y redes de apoyo alcanzadas a través de los educadores pares.			2015	1.000,00
		Desarrollo de alianzas entre las PVV y los servicios de salud que atienden a PVV en la APS.				2016	1.040,00
						2017	1.081,60
Fomentar el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género en la respuesta al VIH.	Incrementadas las actitudes de aceptación relacionadas con derechos sexuales, la identidad de género y la condición serológica.	Actualizar la legislación acorde a los contextos actuales de todos los Órganos, y Organismos de la Administración Central del Estado y otras entidades estatales, cooperativas y privadas con sede en el territorio nacional.	% de personas de 12 a 49 años según niveles de respeto y aceptación por los HSH.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. ONEI	<u>Responsables:</u> MINSAP, MINJUS, MTSS. <u>Participan:</u> Dirección jurídica del MINSAP, DRI, del MINSAP MINJUS y MTSS, Departamento de ITS/VIH/sida del MINSAP, Línea de apoyo a Personas que viven con VIH	2014	9.000,00
						2015	12.000,00
						2016	12.480,00
						2017	12.979,20
						2018	13.498,37
		Monitorear el cumplimiento de la legislación bajo la tutela de los Lineamientos del PCC y la Conferencia Nacional del PCC.	% de personas de 12 a 49 años según niveles de respeto y aceptación por las PVV.			2014	1.440,00
						2015	15.000,00
						2016	15.600,00
						2017	16.224,00
						2018	16.872,96
Promover los derechos sexuales, el respeto a la orientación sexual, identidad de género y condición serológica a través de actividades de		2014	40.000,00				
		2015	50.000,00				

		sensibilización, campañas de comunicación, uso de las Tecnologías de la Información y las comunicaciones (TICs) y la participación de la sociedad civil.				2016	52.000,00
						2017	54.080,00
						2018	56.243,20
		Diseñar experiencias pilotos relativas a transformar actitudes y crear los entornos potenciadores de la igualdad de género y la diversidad sexual.	No. de experiencias pilotos diseñadas.			2014	5.000,00
						2015	11.000,00
						2016	11.440,00
						2017	11.897,60
						2018	12.373,50
	Logrados entornos potenciadores de la igualdad de género y la prevención de las ITS/VIH/sida en áreas de salud priorizadas.	Desarrollar al menos tres experiencias pilotos que favorezcan la construcción de nuevas masculinidades y feminidades para mejores relaciones de igualdad de género y prevención de las ITS-VIH/sida, en el espacio institucional y comunitario.	No. de experiencias piloto implementadas.	Informes anuales de rendición de cuentas. CNPITS-VIH/sida	Grupo Gestor de la estrategia de género, Sociedad Cubana de Psicología, UH(Cátedra de la mujer), CNP, sectores sociales y Línea de apoyo a Personas que viven con VIH	2014	3.000,00
						2015	8.000,00
						2016	8.320,00
						2017	8.652,80
						2018	8.998,91
						2014	2.000,00
						2015	5.000,00
		Documentar y sistematizar los resultados de las experiencias exitosas.	No. de materiales producidos y distribuidos.			2016	5.200,00
						2017	5.408,00
						2018	5.624,32
Divulgar los resultados de la implementación del	Resultados de la implementación del PEN	Implementación del PEN en todos los niveles	% de provincias y municipios que han	Informes a la comisión técnica a	Directores provinciales, municipales y de Áreas	2014	1.000,00

PEN.	divulgados y socializados sus resultados periódicamente con las partes.		implementado el PEN y utilizan la evaluación de sus resultados en el análisis del cuadro de salud.	todos los niveles, a directivos provinciales, municipales y del MINSAP, a GOPELS, MCP, e informes de análisis del cuadro de salud	de Salud, Grupos provinciales y municipales de ITS, departamento ITS-VIH/sida del MINSAP y Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/sida	2015	3.000,00
						2016	3.120,00
						2017	3.244,80
						2018	3.374,59
						2014	1.000,00
						2015	1.000,00
	Realizar acompañamiento técnico a provincias, municipios y áreas de salud.	2016	1.040,00				
		2017	1.081,60				
		2018	1.124,86				
		2014	12.000,00				
		2015	21.000,00				
		2016	21.840,00				
	Socialización periódica de los resultados de la implementación del PEN entre los actores responsables (página Web, publicaciones, boletines electrónicos, tele conferencias, reuniones técnicas a todos los niveles, etc.)	2017	22.713,60				
		2018	23.622,14				
		<b>2014</b>	<b>5.489.391,00</b>				
		<b>2015</b>	<b>6.183.923,00</b>				
		<b>2016</b>	<b>6.431.279,92</b>				
		<b>2017</b>	<b>6.688.531,12</b>				
	<b>2018</b>	<b>6.956.072,36</b>					
					<b>Total Objetivo</b>		

**Presupuesto según objetivos estratégicos (estimados para el período 2015-2018)**

<b>CUBA</b>	<b>Objetivo No. 1</b>	<b>Objetivo No. 2</b>	<b>Objetivo No. 3</b>	<b>Objetivo No. 4</b>	<b>Objetivo No. 5</b>	<b>Total</b>
<b>2014</b>	8.788.625,70	57.914.000,09	1.451.295,00	690.373,00	5.489.391,00	<b>74.333.684,79</b>
<b>2015</b>	9.456.358,80	62.125.088,27	1.703.587,00	872.857,00	6.183.923,00	<b>80.341.814,07</b>
<b>2016</b>	9.834.613,15	64.610.091,80	1.771.730,48	907.771,28	6.431.279,92	<b>83.555.486,63</b>
<b>2017</b>	10.227.997,68	67.194.495,47	1.842.599,70	944.082,13	6.688.531,12	<b>86.897.706,10</b>
<b>2018</b>	10.637.117,59	69.882.275,29	1.916.303,69	981.845,42	6.956.072,36	<b>90.373.614,34</b>
<b>Total 5 años</b>						<b>415.502.305,93</b>

## Plan de monitoreo y evaluación del PEN

### Indicadores de Impacto

Indicador		Construcción del Indicador	Frecuencia	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018
Prevención de la Transmisión materno infantil del VIH	% de niños nacidos de madres con VIH que son positivos	Nº de niños nacidos con VIH en los últimos 12 meses/Nº de mujeres con VIH que parieron en los últimos 12 meses	anual	Menos de 2% Menos de 0,3 por mil NV	Menos de 2% Menos de 0,3 por mil NV	Menos de 2% Menos de 0,3 por mil NV	Menos de 2% Menos de 0,3 por mil NV	Menos de 2% Menos de 0,3 por mil NV
Mortalidad por sida x 100 000 habitantes	Tasa de mortalidad por sida	Nº de muertes por sida en el periodo / Población del mismo periodo	anual	2,30	2,25	2,20	2,19	2,0
Retención a la terapia ARV	% de PVS que se mantienen bajo TAR 12 meses después de haberla iniciado	Nº de PVS que se mantienen bajo TAR 12 meses después de haber iniciado TAR/ Nº de personas que iniciaron TAR en la cohorte	anual	94%	94,5%	95%	95%	95%
	% de PVS que se mantienen bajo TAR 24 meses después de haberla iniciado	Nº de PVS que se mantienen bajo TAR 24 meses después de haber iniciado TAR/ Nº de personas que iniciaron TAR en la cohorte	anual	92,8%	93%	93%	93%	94%
	% de PVS que se mantienen bajo TAR 48 meses después de haberla iniciado	Nº de PVS que se mantienen bajo TAR 48 meses después de haber iniciado TAR/ Nº de personas que iniciaron TAR en la cohorte	anual	88%	88%	89%	89%	90%
Incidencia en Hombres que tienen sexo con otros hombres (15 a 34 años) x 10 000	Tasa de incidencia de VIH en Hombres que tienen sexo con otros hombres de 15 a 34 años	Nº de HSH entre 15 y 34 años diagnosticados con VIH en los últimos 12 meses / población de HSH de 15 a 34 años estimada en igual periodo	anual	59,0	58,5	58,0	57,5	57,1
Prevalencia de VIH en Hombres que tienen sexo con otros hombres (15 a 49 años)	% de Hombres que tienen sexo con otros hombres de años con VIH. (15 a 49)	Nº de HSH entre 15 y 49 años diagnosticados con VIH / población de HSH de 15 a 49 años	anual	3,65	3,6	3,55	3,5	3,48

## Objetivo específico N° 1 Fortalecer la vigilancia y control epidemiológico de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH

Estrategias	Actividades	Indicadores	Frecuencia	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018
Realizar control de foco de casos de ITS y VIH/sida.	Realizar encuesta epidemiológica, reporte, notificación de parejas sexuales y tratamiento controlado a cada caso de ITS según pautas nacionales.	Porcentaje de los casos encuestados de sífilis, gonorrea y síndromes de ITS que son tratados.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Localizar, examinar y tratar según pautas nacionales a las parejas sexuales obtenidas en la encuesta.	Porcentaje de parejas sexuales obtenidas en la encuesta que han sido examinadas y tratadas según pautas nacionales.	Trimestral	91%	92%	93%	94%	95%
	Realizar encuesta epidemiológica a todos los casos nuevos de VIH, análisis periódico de la información, publicación de reportes epidemiológicos.	Porcentaje de casos nuevos de VIH encuestados.	Trimestral	91%	92%	93%	95%	97%
	Localizar, ofrecer prueba de VIH con consejería pre y post prueba y dar seguimiento a las parejas sexuales de casos de VIH.	Porcentaje de parejas de casos de VIH localizadas, examinadas y en seguimiento.	Trimestral	90%	91%	92%	93%	95%
Mejorar enfoque técnico de la búsqueda de casos con énfasis en grupos clave de mayor riesgo.	Realización de prueba de VIH según grupos de población con énfasis en grupos clave de mayor riesgo.	Porcentaje de los casos nuevos de VIH que pertenecen a grupos clave de mayor riesgo diagnosticados en estadios tempranos de la infección.	Trimestral	70%	72%	73%	75%	80%
	Promocionar la prueba de VIH en las poblaciones clave, realizar consejerías y pruebas a con énfasis en las Áreas de Salud y Consejos Populares más afectados.	Porcentaje de personas pertenecientes a las poblaciones clave que se han realizado consejería y pruebas.	Trimestral	1%	3%	3%	4%	5%
	Adquisición de pruebas diagnósticas, entrenamientos a proveedores de salud y voluntarios, reproducción de encuestas y materiales promocionales, crear servicios móviles de consejería y pruebas para acceder a poblaciones claves.	Porcentaje de PVV diagnosticados con VIH en los servicios móviles para consejería y pruebas.	Trimestral	3%	5%	6%	8%	10%
Ampliada la búsqueda de casos en todos los servicios de salud.	Realizar prueba de VIH con consejería pre y post prueba a la población dispensarizada por conducta sexual de riesgo en la APS y en actividades de Hazte la prueba.	Porcentaje de Incremento de la búsqueda activa de casos Captados y Terreno.	Trimestral	0,50%	0,60%	0,60%	0,80%	1%

	Promover los servicios de SSR, realizar prueba de VIH con consejería pre y post prueba a mujeres sexualmente activas que asisten a servicios de Planificación familiar.	Porcentaje de incremento de la búsqueda de casos de VIH en los servicios de Salud sexual y reproductiva.	Trimestral	0,50%	0,60%	0,60%	0,80%	1%
	Realizar prueba de VIH con consejería pre y post prueba a personas con ITS, sus contactos y las parejas sexuales de casos de VIH.	Porcentaje de incremento de la búsqueda de casos en población expuesta a riesgo.	Trimestral	0,50%	0,60%	0,60%	0,80%	1%
Lograr que los proveedores de salud ofrezcan consejería pre y post prueba.	Realizar consejería en materia de ITS-VIH/sida a las personas que asisten a servicios donde se ofertan pruebas de VIH.	Porcentaje de las pruebas de VIH que han sido acompañadas de consejería por parte del proveedor de salud.	Trimestral	65%	69%	70%	75%	80%
Mantener bajo control la transmisión maternoinfantil de sífilis y VIH.	Realizar serología de sífilis y prueba de VIH a gestantes con la periodicidad establecida.	Porcentaje de gestantes a las que se las ha realizado serología y prueba de VIH según protocolo.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Realizar serología de sífilis y prueba de VIH a parejas sexuales de las gestantes con la periodicidad establecida.	Porcentaje de parejas sexuales de gestantes con prueba de VIH y serología de sífilis realizadas.	Trimestral	89%	90%	92%	94%	95%
	Tratamiento controlado, encuesta epidemiológica, estudios de contactos, seguimiento por dermatología a todas las gestantes con serología reactiva.	Porcentaje de gestantes con serología reactiva a sífilis que son tratadas.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Estudiar y tratar a los hijos de madres con serología reactiva en el embarazo y sífilis confirmada según pautas.	Porcentaje de niños nacidos de madres con serología reactiva en el embarazo y sífilis confirmada evaluados según pautas.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Iniciar TAR en todas las embarazadas con VIH independientemente de sus conteos de CD4.	Porcentaje de gestantes con VIH que arriban al tercer trimestre con carga viral no detectable.	Trimestral	95%	97%	99%	99%	100%
	Evaluar inmunológica y virológicamente a las gestantes con VIH en todos los trimestres.	Porcentaje de gestantes evaluadas inmunológica y virológicamente en todos los trimestres.	Trimestral	95%	97%	99%	99%	100%
	Seguimiento clínico, virológico y serológicos de hijos de mujeres con VIH.	Porcentaje de hijos de mujeres con VIH evaluados mediante estudios virológicos y serológicos según protocolo.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%

**Objetivo específico N° 2 Impulsar el acceso equitativo a servicios de diagnóstico, atención, tratamiento y apoyo**

Estrategias	Actividades	Indicadores	Frecuencia	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018
Reforzar la continuidad de la atención y su integración a todos los servicios del Policlínico.	Informar el diagnóstico de VIH en el policlínico.	Porcentaje de casos en que el diagnóstico ha sido informado en su policlínico.	Trimestral	90%	91%	93%	94%	95%
	Elaboración y entrega de materiales de apoyo para PVV por el personal de salud involucrado en la información del diagnóstico de VIH.	Porcentaje de casos en que han recibido materiales de apoyo al informarse el diagnóstico en su policlínico por parte del personal de salud.	Trimestral	70%	80%	90%	93%	95%
	Incorporación de las PVV a la atención en su CMF y Policlínico en los 30 días siguientes de confirmado el diagnóstico.	Porcentaje de casos diagnosticados en el período que están vinculados a la atención en los 30 días siguientes al diagnóstico.	Trimestral	70%	80%	90%	93%	95%
Contar con ARV recomendados por OMS en cantidades necesarias para tratar a todas las PVV que cumplan los actuales criterios de inicio de TAR y retirar los no recomendados.	Estimación de necesidades, identificación de ARV para desarrollo y producción local.	Porcentaje de ARV recomendados en 1ra, 2da y 3ra líneas incluidos en los planes de producción y/o adquisición.	Semestral	95%	97%	98%	99%	100%
	Producción local de ARV necesarios.							
	Presentar solicitudes de cantidades necesarias por tipo de ARV y adquisición de ARV no producidos en el país.							
Garantizar los productos de salud requeridos para cumplir las pautas nacionales de seguimiento inmunológico y virológico de las PVV.	Estimación de necesidades.	Número de reuniones de estimación realizadas.	Semestral	1	1	2	2	2
	Adquisición de reactivos para seguimiento inmunológico, virológico, seguimiento de niños expuestos a riesgo, diagnóstico de infecciones oportunistas y estudios de resistencia.	Porcentaje de reactivos para la evaluación inmunológica y virológica que se han incluidos en los planes de adquisición respecto a los necesarios.	Semestral	80%	90%	95%	98%	100%

Fortalecer laboratorios regionales y locales.	Adquisición de equipos para diagnóstico, Citometría de flujo, carga viral, hematología y química sanguínea para 3 unidades de salud.	Número de unidades de salud con servicios de laboratorio fortalecidos.	1	1	2	2	2	3
	Adquisición de reactivos y consumibles necesarios.	Porcentaje de reactivos para la evaluación inmunológica y virológica que se han incluidos en los planes de adquisición respecto a los necesarios en los laboratorios fortalecidos.	Semestral	80%	90%	95%	98%	100%
Proporcionar tratamiento antirretroviral a las PVV que cumplen los criterios y garantizar su seguimiento inmunológico y virológico.	Realización de CD4 basal en los 30 días siguientes al diagnóstico de VIH a todas las PVV.	Porcentaje de PVV con estudio inmunológico realizado dentro de los 30 días posteriores a su diagnóstico.	Semestral	91%	92%	93%	95%	97%
	Indicación de TAR a todas las PVV que cumplan criterio de inicio según protocolo nacional.	Porcentaje de PVV que cumplen criterio de TAR y lo están recibiendo.	Semestral	90%	91%	93%	94%	95%
	Proporción de personas vivas bajo TAR	Porcentaje de PVV que reciben TAR	Semestral	70%	74,8%	74,9%	75%	75,1%
	Funcionamiento periódico de las comisiones de evaluación de TAR.	Porcentaje de las comisiones de evaluación de TAR que funcionaron en el período.	Semestral	95%	97%	98%	99%	100%
Monitoreo de la eficacia de la TAR.	Realización de examen de CD4 después de iniciado el TAR según protocolo nacional.	Porcentaje de PVV evaluadas inmunológicamente a los 6 y 12 meses después de iniciado el TAR.	Semestral	90%	91%	93%	94%	95%
	Evaluación de la respuesta inmunológica de las PVV en TAR.	Porcentaje de PVV que 12 meses después de iniciado el TAR incrementan su conteo de CD4 entre 50 y 150 células.	Semestral	70%	75%	80%	85%	90%
	Realización de Carga Viral después de iniciado el TAR según protocolo nacional.	Porcentaje de PVV evaluadas virológicamente a los 6 y 12 meses después de iniciado el TAR.	Semestral	91%	93%	93%	94%	95%

	Medición del cambio de los niveles de carga viral 6 meses después de impuesta la TAR.	Porcentaje de PVV con TAR que 6 meses después de iniciada tienen carga viral no detectable.	Semestral	75%	80%	85%	87%	90%
Garantizar la disponibilidad de ARV en los puntos de dispensación.	Monitoreo de existencias (COMEDICS), Conciliaciones-nivelaciones con EMCOMED.	Porcentaje de farmacias que dispensan TAR y están abastecidas.	Semestral	95%	96%	97%	99%	100%
	Visitas periódicas a Farmacias que expenden ARV.	Porcentaje de farmacias visitadas en el período.	Semestral	70%	75%	80%	85%	90%
Lograr que los esquemas de primera línea se correspondan con los recomendados en las guías nacionales.	Divulgación de las nuevas guías de TAR.	Porcentaje de unidades de salud en las que se cuenta con un ejemplar de las guías nacionales.	Semestral	70%	75%	80%	85%	90%
	Entrenamientos a personal de salud en aplicación de las guías nacionales de TAR.	Porcentaje de profesionales de la salud que atienden PVV entrenados en la aplicación de las guías nacionales.	Semestral	80%	85%	93%	95%	100%
	Elaboración de materiales de apoyo para el personal de farmacias.	Porcentaje de farmacias que expenden TAR y cuentan con material de apoyo sobre las guías nacionales.	Semestral	90%	95%	97%	98%	100%
	Revisión de certificados médicos y tarjetas de control de medicamentos en farmacias que dispensan ARV.	Porcentaje de PVV que han iniciado TAR con esquemas recomendados en las guías nacionales.	Semestral	96%	97%	99%	99%	100%
	Visitas de monitoreo a comisiones de evaluación de TAR y unidades de salud.	Porcentaje de comisiones de evaluación de TAR visitadas y asesoradas.	Semestral	30%	35%	40%	45%	50%

Evaluar la retención a regímenes de primera línea.	Actualización sistemática de los esquemas de TAR en el registro informatizado, Reporte de cambios de líneas terapéuticas en partes semanales y actas de la comisión nacional, intercambios técnicos con especialistas de la atención a PVV, elaboración de materiales de apoyo.	Porcentaje de PVV que iniciaron TAR y 1 año después se mantienen en el mismo esquema de 1ra. línea.	Anual	93%	93%	94%	94%	95%
Ampliar el acceso de las PVV con fracaso de TAR a pruebas de resistencia y la vigilancia de la resistencia transmitida a ARV en PVV de reciente diagnóstico.	Realizar pruebas de resistencia a PVV que la necesiten.	Porcentaje de PVV evaluadas con prueba de resistencia según protocolo.	Semestral	80%	90%	95%	98%	100%
	Realización de estudios de resistencia en PVV de reciente diagnóstico.	Número de estudios de resistencia transmitida a ARV en PVV de reciente diagnóstico realizados.	Anual	15%	20%	23%	25%	30%
Mejorar los niveles de adherencia terapéutica en las PVV con TAR.	Desarrollo de alianzas para control de la adherencia entre servicios de atención a pacientes y la comunidad de PVV.	Porcentaje de municipios en que se han concretado alianzas con la comunidad de PVV.	Semestral	50% de los municipios con alianzas concretadas	70% de los municipios con alianzas concretadas	75% de los municipios con alianzas concretadas	80% de los municipios con alianzas concretadas	90% de los municipios con alianzas concretadas
	Entrenamiento en control de la adherencia a personal de salud y PVV.	Porcentaje de profesionales de la salud que atienden a PVV entrenados en control de la adherencia.	Semestral	70%	80%	90%	93%	95%
	Medición de la adherencia mediante visitas a farmacias que expenden ARV.	Porcentaje de PVV con TAR que tienen una adherencia al TAR $\geq$ 95%.	Anual	82%	83%	85%	87%	90%
	Conteo de tabletas en visitas domiciliarias a PVV con TAR, elaboración de materiales dirigidos a PVV y sus familias para entrega en las visitas.	Porcentaje de PVV que han sido visitadas en el período.	Semestral	75%	80%	83%	85%	90%
	Incorporación de PVV con dificultades en la adherencia a servicios de Psicología, atención social, u otros del Policlínico.	Porcentaje de PVV que han sido valoradas por servicios de Psicología o Asistencia social en el período.	Semestral	75%	85%	83%	90%	95%

	Alianzas de trabajo con los EAM y otras redes de apoyo.	Porcentaje de municipios en que se han concretado alianzas con al menos un EAM.	Semestral	50% de los municipios con alianzas concretadas	70% de los municipios con alianzas concretadas	75% de los municipios con alianzas concretadas	80% de los municipios con alianzas concretadas	90% de los municipios con alianzas concretadas
	Registrar abandonos de TAR.	Porcentaje de PVV que abandonaron TAR.	Semestral	2%	1,90%	1,50%	1,40%	1,30%
Minimizar la transmisión del VIH en el ambiente laboral.	Actividades de entrenamiento a personal de unidades de salud.	Porcentaje de unidades de salud en que se ha entrenado a profesionales en el protocolo a seguir tras accidentes ocupacionales.	Semestral	70%	80%	90%	95%	100%
	Reporte, registro, evaluación y seguimiento de trabajadores expuestos al VIH tras accidentes ocupacionales.	Porcentaje de accidentes ocupacionales conocidos que se reportan a los servicios de epidemiología hospitalaria.	Semestral	90%	95%	97%	98%	100%
	Tratamiento de trabajadores expuestos al VIH tras accidentes ocupacionales.	Porcentaje de personas que han sufrido un accidente ocupacional y se ha cumplido el protocolo nacional.	Semestral	97%	97%	97%	98%	100%
Prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar los casos de coinfección VIH/TB.	Visitas de monitoreo a Policlínicos y CMF.	Porcentaje de Policlínicos y CMF visitados en el período.	Semestral	70%	75%	80%	85%	90%
	Entrenamiento en manejo de la coinfección VIH/TB.	Porcentaje de profesionales de la salud que atienden a PVV (GBT, equipo básico) entrenados en manejo de la coinfección VIH/TB.	Semestral	70%	75%	80%	90%	95%
	Realización de prueba de tuberculina a cada nuevo caso de VIH.	Porcentaje de casos nuevos de VIH en un período examinados con prueba de tuberculina.	Semestral	85%	90%	92%	94%	95%
	Tratamiento preventivo con Isoniazida a todas las PVV de reciente diagnóstico de VIH según recomendaciones nacionales.	Porcentaje de casos de VIH diagnosticados en el período que inician TPI.	Semestral	80%	90%	95%	98%	100%
	Indicación de TAR a todas las PVV diagnosticadas con Tuberculosis.	Porcentaje de casos de coinfección VIH/TB con TAR indicada según protocolo nacional.	Semestral	96%	97%	99%	99%	100%

**Objetivo específico N° 3 Fortalecer la gestión estratégica de los recursos humanos y la formación de capacidades**

Estrategias	Actividades	Indicadores	Frecuencia	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	
Garantizar el acceso a la información y los conocimientos en materia de ITS-VIH/sida del personal de salud.	Elaboración de convenios y protocolos de intención entre las sociedades académicas, profesionales, Institutos, Facultades de Medicina ,Tecnologías de la Salud y el área de docencia, para su actualización sistemática en el manejo de las ITS y VIH.	Porcentaje de incremento del nivel de conocimientos del personal de salud en el manejo de las ITS y el VIH.	Anual	5%	15%	20%	25%	30%	
	Intervención de especialistas en ITS-VIH/sida en los espacios de planificación de las sociedades académicas, encuentros de profesionales, Institutos, Facultades de Medicina, Tecnologías de la Salud para su actualización sistemática en el manejo de las ITS y el VIH.								
	Participación de especialistas en ITS-VIH/sida en los espacios metodológicos y de planificación del área de docencia para influir en la actualización y la preparación del sistema en los temas relacionados con las ITS y el VIH.	Porcentaje de incremento del nivel de satisfacción de las personas que viven con VIH con la atención recibida en los servicios de salud.	Atención Primaria	Bi-anual	80%	81%	82%	83%	84%
			Atención Secundaria						
			Atención Terciaria						
	Actualización y distribución de materiales educativos sobre el manejo de las ITS-VIH/sida y su colocación en consultas, hospitales, Centros de Atención Integral y otros servicios para su capacitación e información.				97%	97%	98%	98%	99%
	Realización de cursos virtuales, presentaciones y discusiones de casos en la BVS, foros de discusión, etc.	Porcentaje de equipos técnicos capacitados y/o actualizados a través de los espacios digitales.	Anual	5%	10%	15%	20%	25%	
Actividades de capacitación dirigidas a los especialistas de los grupos de ITS-VIH/sida provinciales y municipales insertando el tema género.	Porcentaje de equipos técnicos capacitados y/o actualizados.	Anual	100%	100%	100%	100%	100%		
Realizar reuniones metodológicas para el trabajo con los grupos clave.									

Lograr que la consejería sea parte de las buenas prácticas de atención.	Intervención de especialistas en ITS-VIH/sida en los espacios de planificación y metodológicos para la actualización de médicos de familia, enfermeras, miembros de los GBT y médicos de las consultas municipales de la descentralización en técnicas de consejería de ITS y VIH.	Número de personas entre 15 y 24 años que recibieron consejería en el último año.		Bi-anual	25%	30%	33%	35%	35%	
		Número de personas entre 25 y 49 años que recibieron consejería en el último año.			25%	30%	33%	35%	35%	
Incrementar los conocimientos y la participación en materia de ITS-VIH/sida en los grupos clave de mayor riesgo.	Realizar talleres de formación, actualización, intercambios de experiencias dirigidos a voluntarios, promotores, educadores pares y consejeros de las poblaciones clave de mayor riesgo.	Porcentaje de poblaciones clave alcanzadas a través de los educadores pares formados.	<29 años	Todos	Trimestral	5%	10%	15%	20%	25%
				Hombres		5%	10%	15%	20%	25%
				Mujeres		5%	10%	15%	20%	25%
				HSH		5%	10%	15%	20%	25%
				PVV		5%	10%	15%	20%	25%
				PPST		5%	10%	15%	20%	25%
				Trans		5%	10%	15%	20%	25%
	Desarrollar encuentros sistemáticos de intercambio de las comunidades afectadas y comprometidas, con las instituciones y organismos que intervienen en la Respuesta a la epidemia.	29 años y +	Todos	Trimestral	5%	10%	15%	20%	25%	
			Hombres		5%	10%	15%	20%	25%	
			Mujeres		5%	10%	15%	20%	25%	
			HSH		5%	10%	15%	20%	25%	
			PVV		5%	10%	15%	20%	25%	
			PPST		5%	10%	15%	20%	25%	
			Trans		5%	10%	15%	20%	25%	
Producción y distribución de materiales educativos diseñados según las necesidades de las poblaciones clave.	Porcentaje de materiales educativos distribuidos.		Anual	100%	100%	100%	100%	100%		
Promover la realización de investigaciones relacionadas con las necesidades de los grupos clave de mayor riesgo.	Jornadas científicas, simposios, congresos nacionales e internacionales (regionales o globales), intercambios de experiencias y sistematización de buenas prácticas dirigidos y organizados por los grupos clave de mayor riesgo. Divulgación de los resultados de las investigaciones y los eventos en los espacios tradicionales y alternativos de comunicación.	Porcentaje de investigaciones y eventos divulgados en los espacios tradicionales y alternativos de comunicación.		Anual	100%	100%	100%	100%	100%	

Los medios de información sensibilizados participan en la respuesta a la epidemia de VIH.	de la la	Elaboración de convenios y protocolos de intención con los medios de comunicación y realizadores.	Porcentaje de personas de 12 a 49 años que han recibido información sobre las ITS-VIH/sida a través de la programación habitual de la radio y televisión.	Total	Bi-anual	82%	83%	84%	85%	86%
		Intervención de especialistas en ITS-VIH/sida en los espacios de planificación metodológica escritores, directores, productores de la programación habitual de la radio y televisión.		Hombres		82%	83%	84%	85%	86%
				Mujeres		83%	84%	85%	86%	87%

**Objetivo específico N° 4 Fortalecer la respuesta a la epidemia de VIH de los sectores sociales y de la sociedad civil fomentando la igualdad de género y el respeto a las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género**

Estrategias	Actividades	Indicadores	Frecuencia	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018
Revitalizar la respuesta intersectorial y de la sociedad civil a todos los niveles.	Realizar reuniones de GOPELS cada 2 meses en las provincias y mensualmente en los municipios.	Porcentaje de reuniones realizadas.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Garantizar la presencia de la Línea de apoyo a PVV, HSH y otros miembros de la sociedad civil en todas las instancias de GOPELS nacional, provincial y municipal.	Porcentaje de miembros de la sociedad civil participando en las reuniones realizadas.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Realizar actividades de acompañamiento a los Consejos Populares para la implementación de su plan de acción.	Porcentaje de Consejos Populares con planes de acción intersectorial implementados.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Realizar acciones de capacitación y actualización a representantes de los sectores sociales.	Porcentaje de miembros de GOPELS capacitados en temas priorizados.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Realizar de intercambios, encuentros y talleres conjuntos de los sectores y la sociedad civil.	Porcentaje de eventos planificados y realizados.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Realizar de visitas de monitoreo y evaluación conjuntas de los sectores y la sociedad civil.	Porcentaje de indicadores del plan de M&E evaluados de manera conjunta.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Desarrollar productos comunicacionales de apoyo a la respuesta intersectorial.	Número de materiales, soportes educativos y campañas realizadas.	Anual	100%	100%	100%	100%	100%
	Compilar, analizar y presentar los resultados de la implementación de la respuesta intersectorial.	Porcentaje de materiales, soportes educativos y campañas realizados y distribuidos.	Anual	1	1	1	1	1
	Publicar los resultados relevantes.							
	Realizar acciones de fortalecimiento de las bases legales y de sostenibilidad de las redes sociales que intervienen en la respuesta al VIH.	Porcentaje de PVV y redes de apoyo participando en escenarios de toma de decisiones políticas y programáticas.	Anual	100%	100%	100%	100%	100%
		Número de redes afiliadas al Registro de asociaciones.	Bi-anual	1	0	1	0	1
Identificar actores sociales vinculados a las poblaciones clave y realizar acciones de sensibilización y capacitación en función de la ampliación de entornos favorables.	Porcentaje de personas identificadas capacitadas en temas que propicien la ampliación de entornos favorables.	Trimestral	60%	70%	80%	90%	100%	

	Identificación de los centros y grupos de trabajo con poblaciones con discapacidad y realizar acciones en función de su información, empoderamiento, apoyo y acompañamiento.	Porcentaje de acciones planificadas y realizadas.	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
		Porcentaje de poblaciones con discapacidad integradas a las redes participando en acciones de prevención.	Bi-anual	5%	7%	9%	11%	13%
Fortalecidos los mecanismos nacionales y locales y sinergias institucionales e intersectoriales que promuevan experiencias de prevención de ITS-VIH/sida y que potencien la igualdad de género y el respeto a las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género.	Realizar acciones educativas dirigidas a los trabajadores de los sectores más afectados con énfasis en el personal del sector salud en temas de diversidad sexual y género.	Porcentaje de centros seleccionados con políticas laborales implementadas que promuevan entornos favorables a la prevención y libres de discriminación.	Anual	100%	100%	100%	100%	100%
	Implementación en centros seleccionados de políticas laborales que promuevan entornos favorables a la prevención y libres de discriminación.							
	Realización de actividades educativas por los promotores de salud formados en las escuelas fomentando la equidad generacional y de género.	Porcentaje de centros educativos en los que al menos uno de los profesores ha sido formado para impartir educación sobre VIH/sida basada en las habilidades para la vida y que ha enseñado el tema en el último curso académico.	Anual	100%	100%	100%	100%	100%
	Integrar la educación sobre VIH/sida en el currículum de estudio.							

## Objetivo específico Nº 5 Promover una conducta sexual responsable en grupos clave de mayor riesgo y en población general mediante acciones de Información, Educación y Comunicación

Estrategias	Actividades	Indicadores	Frecuencia	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	
Incrementar el uso del condón en los grupos clave de mayor riesgo.	Estimar necesidades para la confección del plan de adquisiciones de condones y lubricantes variados y de calidad.	Número de condones adquiridos y distribuidos.	Anual	30mill (Tx3 <sup>26</sup> )	30mill (Tx3)	30mill (Tx3)	30mill (Tx3)	30mill (Tx3)	
	Reorganizar la distribución, comercialización y condiciones de almacenamiento de condones y lubricantes que garantice su disponibilidad y accesibilidad permanente.	Porcentaje de puntos de venta tradicionales y no tradicionales abastecidos.	PVT	90%	92%	94%	96%	98%	
			PVNT	80%	82%	84%	86%	88%	
	Desarrollar acciones de educación, información y capacitación a distribuidores y comercializadores de condones.	Porcentaje de puntos de venta y almacenes capacitados.		Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Implementación de la estrategia de Información, Educación y Comunicación sobre ITS-VIH/sida 2013-2017.	Porcentaje de áreas de salud de los Consejos Populares más afectados implementando la estrategia de IEC 2013-2017.		Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
	Desarrollar investigaciones sobre el uso del condón, aceptación, preferencias y barreras reales y psicológicas, aplicando los resultados en la promoción, distribución y comercialización de condones.	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.	Todos	Bi-anual	47%	48%	49%	50%	51%
			Jóvenes		66%	66,5%	67%	68%	68,5%
			Hombres		51%	52%	53%	54%	55%
			Mujeres		40%	41%	42	42,5%	42,7%
	Campaña de bien público de promoción del uso del condón.	Porcentaje de poblaciones clave a los que le llegaron los programas de prevención.	Todas las PPST	Bi-anual	48,5%	49,5%	49,7%	50%	50,5%
			Hombres		45,5%	45,7%	46%	46,5%	47%
			Mujeres		53,5%	53,7%	54%	54,5%	55%
Mantener actividades educativas continuas en la Atención Primaria de Salud con un enfoque sociocultural y promoviendo el uso mantenido del condón, la igualdad de género, el respeto a la diversidad sexual y el enfrentamiento a la violencia.	<25		Bi-anual	54,5%	55%	55,5%	56%	56,5%	
	25+			45,7%	46%	46,5%	46,7%	47%	
	jóvenes		Bi-anual	30,1%	30,3%	31,2%	31,5%	32%	
	Todos los HSH		Bi-anual	32,5%	33%	34,2%	34,7%	35%	
	<25			40%	40,5%	41%	41,7%	42,5%	

<sup>26</sup> Tiras de tres condones.

			25+		30,5%	32%	33%	33,5%	34%
			Trans		42%	44,5%	46%	46,5%	47%
	Formalizar alianzas con otros servicios de salud (dermatología, urología, proctología, neumología y salud mental) para la distribución de material educativo y servicios de orientación y asesoría sobre el tema.	Porcentaje de varones que declaran haber usado un preservativo en su última relación anal.	Todos	Bi-anual	53%	54%	55,5%	55,8%	56%
	Distribución de condones de muestras gratis y lubricantes hidrosolubles por promotores de salud, personal del CMF y consultas especializadas.		<25 años		72%	73%	74%	75%	76%
			25 y más		51%	51,5%	52%	53%	54%
	Implementación, seguimiento y evaluación del programa de reducción de daños dirigido a las personas que practican sexo transaccional.	Porcentaje de PPST de 15 a 49 años que declaran haber usado un preservativo con su último cliente.	Todos	Bi-anual	72,5%	73%	74%	74,5%	75%
	Garantizar el acceso de las PPST, sus clientes y parejas a condones, lubricantes y materiales educativos incluyendo la distribución entre pares en sitios de encuentro, casas de alquiler y otros.		Mujeres		78,5%	79%	79,5%	79,8%	80%
	Sensibilizar a los dueños de casas de alquiler para la disposición de condones y materiales educativos en las casas alquiler.		Hombres		66%	67,5%	68,5%	69%	69,5%
	Actividades educativas para promover el uso del condón en discotecas, centros recreativos y sitios de encuentros.		<25 años		73%	73,5%	74%	75%	76%
	Producción de soportes educativos atractivos para las PPST.		25 y más		69%	70%	71%	72%	73%
	Crear espacios "amigables" que favorezcan la prevención de las ITS-VIH/sida y la igualdad de género en centros e instituciones de salud, educación y otros espacios comunitarios.	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	Todos	Bi-anual	60%	61%	62%	63%	64%
	Actualizar la información disponible en las áreas de salud y salas de espera de las consultas vinculadas al tema con temáticas relacionadas con educación sexual integral, VIH y sida, promoción de la salud sexual, prevención de violencia, abusos, etc.		Hombres		59%	60%	61%	62%	63%
			Mujeres		62%	63%	64%	65%	66%
	Realización de acciones comunitarias dirigidas a los jóvenes y las familias.		15 a 19 años		59%	60%	61%	62%	63%
			20 a 24 años		62%	63%	64%	65%	66%
	Campaña de IEC centrada en la iniciación sexual temprana y en la prevención de las ITS y el VIH dirigida a los adolescentes y jóvenes.	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.	Todos	Bi-anual	20%	19%	18%	17%	16%
		Hombres	25%		24%	23%	22%	21%	
		Mujeres	14%		13%	12%	11%	10%	
Promover mediante acciones de IEC la realización de la	Lograr que la consejería telefónica de ITS-VIH/sida sea una línea nacional gratuita.	Número de llamadas recibidas a través del servicio gratuito.	Todos	Trimestral	2763	2901	3039	3177	3315
			15 a 34 años		1842	1934	2026	2118	2210

prueba de VIH en las poblaciones clave con la periodicidad establecida.			Hombres		925	971	1017	1063	1109	
			Mujeres		917	963	1009	1055	1101	
	Campañas en los medios tradicionales y alternativos para promover la realización de pruebas de detección de VIH en las poblaciones clave.	Número de campañas realizadas.		Anual	1	1	1	1	1	
Promoción de la realización periódica de la prueba de VIH en la población femenina sexualmente activa de su comunidad y de los servicios de consejería de ITS-VIH/sida a través de la COMF, los medios masivos de comunicación, los materiales educativos y promocionales y la acción de los promotores pares.		Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocieron los resultados.	Todos	Bi-anual	22%	23%	24%	25%	26%	
			Hombres		20%	21%	22%	23%	24%	
			Mujeres		25%	26%	27%	28%	29%	
			15 a 19 años		12%	13%	14%	15%	16%	
			20 a 24 años		19,5%	20%	22%	23%	24%	
			25 a 49 años		23%	24%	25%	26%	27%	
			Todos		Bi-anual	32%	33%	34%	35%	36%
			Hombres			27%	28%	29%	30%	31%
			Mujeres			41%	42%	43%	44%	45%
			<25 años			33%	34%	35%	36%	37%
25 y más	32%	33%	34%	35%		36%				
Organizar actividades de Hazte la prueba en sitios de encuentro HSH+PPST seleccionados por su importancia epidemiológica.		Porcentaje de personas que practican sexo transaccional de 15 a 49 años de edad y PPST que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocieron los resultados.	Todos	Bi-anual	16,7%	17,1%	18%	18,5%	18,7%	
			<25 años		16,8%	17,3%	17,9%	18,3%	18,9%	
			25+ años		16,5%	17%	17,5%	17,7%	18,5%	
Fortalecer la participación de las PVV en las estrategias de la respuesta nacional.	Conceptualizar, diseñar e implementar campañas de comunicación para la sensibilización y visualización dirigida a población general y la comunidad de PVV.	Número de campañas realizadas.		Anual	2	2	2	2	2	
	Realizar acciones de educación de pares, que incluya la prevención positiva, apoyo y acompañamiento a las PVV, familiares y amigos.	Número de PVV y redes de apoyo alcanzadas a través de los educadores pares.		Bi-anual	5422	5693	5964	6235	6506	
Fomentar el respeto de los derechos	Actualizar la legislación acorde a los contextos actuales de todos los Órganos, y Organismos de la Administración Central del Estado y otras	Proporción de personas de 12 a 49 años según niveles de	Hombres	Bi-anual	61%	60%	59%	58%	57%	
			Mujeres		72%	71%	70%	69%	68%	

humanos y la igualdad de género en la respuesta al VIH.	entidades estatales, cooperativas y privadas con sede en el territorio nacional.	respeto y aceptación por los HSH.	HSH		61%	60%	59%	58%	57%
	Monitorear el cumplimiento de la legislación bajo la tutela de los Lineamientos del PCC.		PPST		56%	55%	54%	53%	52%
	Promover los derechos sexuales, el respeto a la orientación sexual, identidad de género y condición serológica a través de actividades de sensibilización, campañas de comunicación, uso de las Tecnologías de la Información y las comunicaciones (TICs) y la participación de la sociedad civil.	Proporción de personas de 12 a 49 años según niveles de respeto y aceptación por las PVV.	Hombres		75%	74%	73%	72%	71%
			Mujeres		78%	77%	76%	75%	74%
			HSH		79%	78%	77%	76%	75%
			PPST		68%	67%	66%	65%	64%
Diseñar conceptual y metodológicamente las experiencias pilotos, relativas a transformar actitudes y crear los entornos potenciadores de la igualdad de género y la diversidad sexual.	Número de experiencias pilotos diseñadas.	Anual		1	0	1	0	1	
Desarrollar al menos tres experiencias pilotos que favorezcan la construcción de nuevas masculinidades y feminidades para mejores relaciones de igualdad de género y prevención de las ITS-VIH/sida, en el espacio institucional y comunitario.	Número de experiencias piloto implementadas.			1	0	1	0	1	
Documentar y sistematizar los resultados de las experiencias exitosas.	Número de materiales producidos y distribuidos.			1	0	1	0	1	
Divulgar los resultados de la implementación del PEN.	Implementación del PEN a todos los niveles.	Porcentaje de provincias y municipios que han implementado el PEN y utilizan la evaluación de sus resultados en el análisis del cuadro de salud.	Trimestral		100%	100%	100%	100%	100%
	Realizar acompañamiento técnico a las acciones a desarrollar en provincias, municipios y áreas de salud.								
	Socialización periódica de los resultados del Plan de M&E entre los actores responsables del Plan Estratégico (página Web, publicaciones, boletines electrónicos, tele conferencias, etc.).								



## **5.- BASES NORMATIVAS DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL VIH/SIDA**

### **PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

#### **Propósitos**

El manejo correcto de las ITS además de ser un enfrentamiento racional contra un grupo de agentes infecciosos específicos, es una estrategia de comprobada eficacia para:

- Impactar sobre la transmisión sexual del VIH
- Prevenir el deterioro de la fertilidad en ambos sexos
- Evitar resultados adversos del embarazo y el parto
- Prevenir neoplasias del aparato reproductivo, tanto masculino como femenino así como otras complicaciones de las ITS.
- Disminuir el estigma sobre las prácticas sexuales, las orientaciones sexuales y las diversas identidades de género.

#### **Objetivos de la vigilancia de ITS**

- Monitorear la tendencia y el comportamiento según variables de persona, tiempo y lugar de cada una de las ITS notificables, así como la tendencia en grupos específicos entre ellos; gestantes y donantes.
- Diagnóstico precoz de casos de ITS y tratamiento oportuno de casos y parejas sexuales.
- Mejorar la vigilancia etiológica de los síndromes de ITS.
- Ampliar el conocimiento de las complicaciones de las ITS: demanda de servicios de patologías de cuello, cáncer ginecológico, infertilidad masculina y femenina.
- Estimar necesidades de recursos -planes de reactivos y medicamentos-.

#### **I.-Diagnóstico, notificación y reporte de casos**

Las infecciones de transmisión sexual pueden diagnosticarse según su etiología, según el síndrome que producen o según la clínica del paciente. El método a utilizar dependerá del nivel de atención, así como de la disponibilidad de pruebas diagnósticas efectivas y específicas.

En Cuba se realiza:

- Diagnóstico etiológico de sífilis y gonorrea.
- Diagnóstico sindrómico de los síndromes de Secreción Uretral (SU), Flujo Vaginal (FV) y Dolor Abdominal Bajo (DAB).
- Diagnóstico clínico de Herpes genital, Condiloma acuminado, Linfogranuloma venéreo y Chancro blando.

El reporte de casos de ITS es obligatorio en todas las Unidades del Sistema Nacional de Salud a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) para todas las ITS que se reportan estadísticamente.

Se utilizará el llenado de tarjeta de EDO para todos los diagnosticados con Sífilis, incluyendo sífilis congénita, Gonorrea, Condiloma Acuminado, Herpes genital, Linfogranuloma venéreo y Chancro blando.

Los Síndromes de Secreción Uretral, Flujo Vaginal (gestantes y no gestantes) y Dolor Abdominal Bajo son también de notificación obligatoria a través de la hoja de cargo.

La información de los procesos se recogerá y monitoreará a nivel de provincias, municipios y áreas de salud a través de la consolidación de datos procedentes de las unidades de salud, consolidados en cada nivel en los informes de ITS con periodicidad trimestral. (trimestre, semestre, nonestre y año). El dato primario podrá ser verificado en cada unidad de salud y nivel de consolidación.

Con estas informaciones se construyen los indicadores de procesos utilizados para la vigilancia y análisis epidemiológico del programa, complementando la información de morbilidad que fluye a través del sistema de estadísticas sanitarias del MINSAP.

Propósitos del manejo sindrómico de ITS: Síndromes de Secreción Uretral (SU), Flujo Vaginal (FV) y Dolor Abdominal Bajo (DAB):

- Lograr la óptima calidad en el diagnóstico sindrómico de SU, FV y DAB y la aplicación correcta de los flujogramas establecidos, en todas las unidades del SNS, las FAR y el MININT.
- Obtener como mínimo, dos contactos de casos de SU y DAB y uno de FV.
- Aplicar tratamiento completo (4C) con los medicamentos recomendados, a todos los síndromes y sus parejas sexuales.
- Realizar Exudado Uretral para el diagnóstico de Gonorrea al Síndrome de SU en:
  - Todas las Áreas de Salud, siempre que el resultado del mismo no retrase el tratamiento del paciente en la primera consulta.
  - Áreas de Salud seleccionadas para la vigilancia de la etiología de los síndromes y de la resistencia antimicrobiana.

- Realizar Exudado Endocervical para cultivo de *N. gonorrhoeae* a los Síndromes de Dolor Abdominal Bajo y de Flujo Vaginal en:
  - Áreas de Salud seleccionadas para la vigilancia de la etiología de los síndromes.
  - Unidades de la atención secundaria y terciaria.
- Realizar exudado vaginal para examen microscópico en fresco, pH y prueba de KOH al Síndrome de Flujo Vaginal en:
  - Todas las Áreas de Salud, siempre que el resultado del mismo no retrase el inicio de tratamiento
  - Áreas de Salud seleccionadas para el monitoreo de la etiología de los Síndromes.
  - Consultas especializadas de Hospitales.
- Notificar todos los Síndromes diagnosticados por primera vez

## **II.- Localización de casos**

La búsqueda de casos de ITS estará dirigida a:

1. Identificación de la población clave de mayor riesgo que puede variar según localidades y contexto sociocultural:
  - Población sexualmente activa que no utiliza condones sistemáticamente.
  - Hombres que tienen sexo con hombres.
  - Población trans.
  - Personas de cualquier sexo o identidad de género que practican sexo transaccional.
  - Jóvenes y adolescentes.
  - Personas expuestas a riesgo de infección: parejas sexuales de casos de ITS, VIH, Hepatitis virales.
2. Dispensarización y seguimiento según corresponda.
3. Conocer de las principales complicaciones de las ITS su prevalencia en el lugar como indicador de la magnitud del problema.
4. Realización de estudios de laboratorio para ITS acompañados de consejería antes y después de indicarlos a:
  - Poblaciones clave de mayor riesgo.
  - Personas con ITS o VIH y sus parejas sexuales.
  - Gestantes y sus parejas sexuales.
  - Interrupciones de embarazo.<sup>27</sup>
  - Regulaciones menstruales.<sup>1</sup>
  - Internados en centros penitenciarios.
  - Como parte del chequeo pre-operatorio.<sup>1</sup>
  - Pacientes ingresados en servicios hospitalarios a juicio médico.
5. Diagnóstico y abordaje integral en pacientes con síntomas sugestivos de ITS.

---

<sup>27</sup> No diferir la interrupción de embarazo, la regulación menstrual ni la intervención quirúrgica en espera del resultado de los exámenes complementarios

### **III.- Definiciones de casos**

#### **Sífilis**

Personas en las que se cumplan al menos dos de los siguientes criterios, siempre uno de los cuales tiene que ser el de laboratorio:

1. Criterio de laboratorio: VDRL o RPR o pruebas treponémicas reactivas o regresión de la curva serológica en casos tratados y en estudio.
2. Criterio clínico: Presente síntomas y/o signos de la enfermedad o antecedentes de haberlos tenido.
3. Criterio epidemiológico: contacto sexual con caso índice conocido, conducta sexual de riesgo o del estudio de sus parejas sexuales se obtiene un nuevo caso.

#### **Clasificación**

- Sífilis Adquirida Temprana (con menos de un año de evolución): primaria, secundaria y latente reciente
- Sífilis Adquirida Tardía (con más de un año de evolución): latente tardía y terciaria
- Sífilis Congénita Temprana (casos diagnosticados antes de los 2 años de edad)
- Sífilis Congénita Tardía (casos diagnosticados después de los 2 años de edad)

#### **Clasificación sanitaria de la sífilis**

La clasificación sanitaria de la Sífilis tiene el objetivo de analizar por separado los casos contagiosos (Sífilis temprana) de los no contagiosos (Sífilis tardía) y a la vez establecer un método de clasificación uniforme, de fácil aplicación, **que será el utilizado para la notificación**. Se señalan las más frecuentes.

#### **SIFILIS TEMPRANA ADQUIRIDA SINTOMATICA (STAS)**

STASc	Sífilis con chancro
STASsc	Sífilis con lesiones cutáneas
STASsm	Sífilis con lesiones mucosas
STASsg	Sífilis con síntomas generales

#### **SIFILIS TARDIA ADQUIRIDA SINTOMATICA (STaAS)**

STaASg	Sífilis con gomas cutáneas
STaAScv	Sífilis con lesiones cardiovasculares
STaASns	Sífilis con lesiones neurológicas

#### **SIFILIS TEMPRANA ADQUIRIDA LATENTE (STAL)**

STAL	No lesiones y serología reactiva
------	----------------------------------

#### **SIFILIS TARDIA ADQUIRIDA LATENTE (STaAL)**

STaAL	No lesiones y serología reactiva
-------	----------------------------------

#### **SIFILIS TEMPRANA CONGENITA SINTOMATICA (STCS)**

STCSsc	Sífilis con lesiones cutáneas
--------	-------------------------------

STCSsm	Sífilis con lesiones mucosas
STCSlo	Sífilis con lesiones óseas.
STCSv	Sífilis con hepatoesplenomegalia

#### SIFILIS TARDIA CONGENITA SINTOMÁTICA (STaCS)

STaCSqi	Sífilis con queratitis intersticial
STaCSH	Sífilis con dientes de Hutchinson
STaCSns	Sífilis con lesiones neurológicas

#### SIFILIS TEMPRANA CONGENITA LATENTE (STCL)

STCL	No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, Serología reactiva, en niños de no más de 2 años de edad
------	--

#### SIFILIS TARDIA CONGENITA LATENTE (STaCL)

STaCL	No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, serología reactiva, en niños de más de 2 años de edad
-------	--

#### Sífilis materna

Embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con Sífilis secundaria) y/o prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva o pruebas treponémicas (incluidas pruebas treponémicas rápidas), que no ha recibido tratamiento adecuado para Sífilis durante la presente gestación.

#### Sífilis congénita (SC)

Todo niño, aborto o mortinato<sup>28</sup> cuya madre tiene evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con Sífilis secundaria) o con pruebas treponémicas (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémicas positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente.

○

Todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos (por ejemplo, de 1:16 a 1:4).

○

Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de Sífilis congénita al examen físico y/o evidencia radiográfica de Sífilis congénita y/o resultado reactivo de una prueba treponémica o no treponémica.

---

<sup>28</sup> Mortalidad fetal o mortinato<sup>\*\*</sup>: todo nacido muerto con gestación de 22 semanas o más o con peso igual o superior a 500 g. Se confecciona certificado de defunción y se realizan los estudios indispensables (VDRL, RPR o TPHA), en dependencia de la evaluación del embarazo y los riesgos que presente la mujer y su pareja, en busca de la posible causa de muerte en caso de sospecha clínico-epidemiológica de sífilis.

### Manifestaciones clínicas sugestivas de SC:

Distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gastroenteritis, hepatoesplenomegalia, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia, lesiones mucocutáneas (pápulas, placas infiltradas rojizas en región peri bucal, miembros, palmas, plantas, perianales y peri genitales, roséolas de grandes manchas, ampollas palmo plantares)

#### O

Producto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, Inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

### **Gonorrea**

Toda persona que teniendo o no síntomas de la enfermedad, se confirma bacteriológicamente en el examen directo por tinción de Gram del exudado endocervical o uretral o conjuntival (en recién nacidos), o en el cultivo se aíslan cepas de *Neisseria gonorrhoeae*.

### **Síndrome de Secreción Uretral (SU)**

Presencia de secreción uretral en hombres, con o sin disuria, comprobada con el prepucio retraído o si es necesario por la compresión de la raíz del pene en dirección al glande.

### **Síndrome de Flujo Vaginal (FV)**

Presencia de secreción vaginal anormal en cuanto a cantidad, color y olor, acompañada o no de dolor abdominal bajo, síntomas específicos de cervicitis y factores de riesgo.

### **Síndrome de Dolor Abdominal Bajo (DAB)**

Síntomas de dolor abdominal bajo referido, o dolor durante las relaciones sexuales, con signos al examen físico de dolor a la descompresión o defensa muscular abdominal o dolor a la movilización cuello uterino y/o anejo y/o temperatura mayor de 37,8°C. (Este síndrome, que podría señalar la presencia de enfermedad inflamatoria pelviana, puede ser causado por infección gonocócica, clamidia o infección anaerobia).

### **Condiloma acuminado**

Verrugas genitales (pene, vulva, ano), en el cérvix detectado a través de colposcopia y prurito en la zona afectada. Más fácilmente visibles en mujeres (fase clínica en vulva, periné, región perianal, vagina y cuello uterino). Las verrugas se reconocen fácilmente (verruga en coliflor), solas o en racimos, localizadas o difusas y de tamaño variable. En hombres, se presentan con mayor frecuencia en el glande, surco balano-prepucial y región perianal. Pueden aparecer en localizaciones extra genitales.

### **Herpes genital**

Pápulas eritematosas inicialmente de 2 a 3 mm que posteriormente se convierten en vesículas agrupadas con contenido cetrino, que se rompen dando lugar a ulceraciones

dolorosas, recubiertas por costras serohemáticas. En hombres más frecuentes en glande y prepucio; en mujer localizadas en labios mayores y menores, clítoris, vagina y cuello uterino. Asociados síntomas generales como fiebre, malestar general y adenopatía inguinal dolorosa bilateral y síntomas locales como mialgias, aumento de la sensibilidad y ardor o prurito.

#### *Herpes genital recurrente*

Recurrencia de lesiones en los primeros 12 meses de la infección primaria, asociada a episodios de fiebre, traumatismo, menstruación, estrés físico o emocional, antibioticoterapia o inmunodeficiencia. Pródromos como: aumento de la sensibilidad local, prurito, sensación de quemazón local, mialgias, artralgias, etc.

#### **Linfogranuloma venéreo**

Existan criterios epidemiológicos en pacientes con lesión leve evanescente, pequeña, no dolorosa (vesícula, pápula o úlcera) no indurada en genitales que cura espontáneamente y que alrededor de dos semanas después se presenta adenopatía inguinal dolorosa, abscesos supurados y extensión del proceso inflamatorio a los tejidos contiguos. En hombres se observan bubones inguinales que pueden adherirse a la piel, mostrar fluctuación y culminar con la formación de fistulas. En la mujer hay menor afección en ganglios inguinales y esta se localiza principalmente en los ganglios pélvicos, con extensión al recto y al tabique recto-vaginal. Se pueden presentar proctitis, estenosis del recto y fístula.

#### **Chancro blando (chancroide)**

Existan criterios epidemiológicos en pacientes con una o varias úlceras genitales dolorosas y necrosantes, de bordes blandos, irregulares, con un halo eritematoso, generalmente con exudado y ganglios linfáticos aumentados de tamaño y dolorosos.

#### **Granuloma inguinal (Donovanosis)**

Existan criterios epidemiológicos en pacientes que presenten nódulo subcutáneo que puede erosionarse, dejando sobre la piel una erosión limpia de tipo granulomatoso, indolora y de bordes elevados, la cual sangra fácilmente y linfadenopatía regional.

### **IV.- Vigilancia de la etiología de los Síndromes**

Propósitos de la vigilancia de la etiología de los síndromes de ITS:

- Obtener datos para guiar el tratamiento sindrómico de las ITS.
- Contribuir a la interpretación de los informes de casos notificados y a la evaluación de la carga de enfermedad generada por agentes patógenos específicos.

La vigilancia de la etiología de los síndromes se realizará en la APS y en la atención hospitalaria en periodos definidos.

En la APS en un Área de Salud del municipio cabecera definida en cada provincia, se realizarán, en coordinación con los CPHEM: test de *chlamydias*, *mycoplasma*, determinación de *cándidas*, *trichomonas*, Gram y cultivo para gonorrea.

En la atención hospitalaria iguales estudios en servicios seleccionados, entre ellos: urología, planificación familiar, infertilidad, patología de cuello, ginecología y obstetricia teniendo en cuenta estudios de prevalencia de complicaciones de ITS en los diferentes servicios.

#### **V.- Monitoreo de la Resistencia antimicrobiana a *Neisseria gonorrhoeae***

El monitoreo de la resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* a los fármacos utilizados para su tratamiento es parte integrante de los sistemas de vigilancia de ITS.

El objetivo principal de su vigilancia es obtener información para elaborar pautas de tratamiento, así como detectar la resistencia a medida que surge.

#### **Acciones a realizar para la vigilancia de la resistencia de *Neisseria gonorrhoeae*:**

##### **Atención Primaria de Salud:**

- Los médicos de familia de las Áreas de Salud seleccionadas para la vigilancia identificarán los casos con Síndrome de Secreción Uretral, los que remitirán al laboratorio del CPHEM en un período no mayor de 24 horas para la toma de muestra y efectuarles el diagnóstico por cultivo.
- Los pacientes deben regresar al consultorio para ser tratados sindrónicamente.
- Aquellos que resulten positivos en el CPHEM serán informados a su correspondiente Área de Salud (vía estadística) con el fin de ser entrevistados y notificados como casos de Gonorrea.

##### **Hospitales**

- Efectuarán el cultivo de los exudados uretrales de pacientes sospechosos de Gonorrea.
- En servicios de neonatología y hospitales oftalmológicos se realizará el cultivo de los exudados conjuntivales de pacientes sospechosos de conjuntivitis gonocócica. Los casos que resulten positivos serán informados a su correspondiente Área de Salud (vía estadística).
- Enviarán todos los aislamientos al CPHEM para su confirmación diagnóstica.

##### **Laboratorios de microbiología de los CPHEM**

- Realizarán el diagnóstico por cultivo de los casos remitidos de la atención primaria, así como la confirmación de las cepas enviadas desde los hospitales.
- Los aislamientos identificados como gonococo serán enviados al laboratorio de ITS del IPK.

### **Laboratorio de ITS del IPK**

- Se realizará la confirmación microbiológica y caracterización de todas las cepas enviadas desde los laboratorios centinela.
- Enviaré a las provincias el resultado de las cepas que remitieron.
- Elaboraré reportes periódicos al MINSAP.

### **VI.-Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual**

Cualquiera que sea el método de diagnóstico utilizado -etiológico, sindrómico o clínico- y la ITS que se diagnostique, el término tratamiento completo de ITS incluye:

- Identificación de las ITS o síndromes
- Tratamiento antibiótico efectivo
- Consejería y educación del paciente
- Proporcionar condones y promover su uso
- Manejo adecuado de las parejas sexuales

### **Principios y obligaciones en el tratamiento de ITS**

- Tiene que ser corto, preferentemente a dosis única, intensivo y suficiente para garantizar la eliminación del enfermo como fuente de infección, logrando además, la curación de éstos en el más breve tiempo posible.
- Usar esquemas únicos, siempre que no existan contraindicaciones y que todos los casos reciban el mismo tratamiento, con excepción de aquellos en que exista alguna contraindicación para ello.
- En los casos indicados, las parejas sexuales, aunque sean asintomáticas, recibirán el mismo esquema de tratamiento que los casos confirmados.
- El tratamiento para la Sífilis lo indicará el Dermatólogo del lugar donde se realice el diagnóstico y será aplicado y controlado por el personal de enfermería.
- El tratamiento de condilomas será indicado y realizado por el Dermatólogo y/o el Ginecólogo.
- El tratamiento de las **embarazadas con serología reactiva** será indicado y controlado por el médico que primero conozca de este resultado.
- Tener en cuenta los medicamentos contraindicados durante el embarazo.
- En las unidades donde se administre el tratamiento con Penicilina deberá disponerse de material de urgencia para casos de reacciones a los medicamentos, tales como el Clorhidrato de Adrenalina al 1 por 1000 y antihistamínicos.
- El tratamiento con Penicilina, tiene que ser realizado por medio de inyección intramuscular profunda en el cuadrante supero-externo de las regiones glúteas, con agujas de 2 pulgadas calibre 20 o 21 para evitar que se obstruyan.
- El esquema de tratamiento de Sífilis en niños con peso de 45 Kg (100 libras) o superior, será igual a las dosis del adulto.

- El tratamiento de los Síndromes de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo, será aplicado en mayores de 15 años y será indicado por el médico que realice el diagnóstico.

#### Para el manejo de embarazadas con Serología reactiva

##### *Equipo Básico de Salud y Grupo Básico de trabajo*

- Tienen la máxima responsabilidad que se cumpla el tratamiento controlado de gestantes que en cualquier momento del embarazo tengan una serología reactiva.
- No se exime de responsabilidad al médico que primero conozca de este resultado -incluida la serología débil reactiva-, el que indicará y comprobará que se cumpla de inmediato el tratamiento, según el esquema recomendado.
- Estudio y tratamiento de las parejas sexuales.
- Anotar en forma legible en el Carné Obstétrico y en el Tarjetón, en un lugar visible de ambos documentos que la gestante tiene una serología reactiva "SR", especificando la fecha, el tiempo de embarazo y la conducta seguida.
- Interconsultar el caso inmediatamente con el Obstetra del Grupo Básico de Trabajo y ambos con el Dermatólogo del policlínico, a fin de que en conjunto lleguen a una conclusión diagnóstica en el menor tiempo posible.
- Controlar que se cumpla el seguimiento serológico mensual hasta el parto.
- El obstetra del GBT controlará la realización del VDRL en todas las embarazadas con la periodicidad establecida y conocerá los resultados y el cumplimiento del tratamiento de las reactivas, así como las conclusiones del estudio. Lo informará en las reuniones semanales del PAMI.

##### *El Dermatólogo*

- Anotará en el carné obstétrico y tarjetón de la embarazada, la conclusión diagnóstica y la clasificación si es un caso de Sífilis (dentro de los primeros 7 días), así como el tratamiento recibido.
- Realizará seguimiento serológico mensual hasta el parto a toda embarazada con serología reactiva.

##### *La Enfermera de ITS/VIH/sida*

- Mantendrá actualizado el registro de embarazadas del Área de Salud y el cumplimiento de la realización de serología a ellas y sus parejas sexuales.
- Mantendrá actualizado el registro de embarazadas con serología reactiva y/o con Sífilis.
- Realizará la entrevista epidemiológica y procederá a la localización, estudio y tratamiento de los contactos obtenidos.
- Controlará o aplicará personalmente el tratamiento normado a gestantes con serología reactiva y/o con Sífilis.
- Verificará que se evalúen y/o sean tratados todos los recién nacidos tributarios del mismo.

### *Los Laboratorios*

- Mantener adecuadamente actualizados los registros establecidos.
- Informar diariamente a estadísticas y a la enfermera de ITS/VIH/Sida las serologías reactivas en gestantes o parejas sexuales de embarazadas..
- Identificar los casos correspondientes a gestantes, aclarando el trimestre del embarazo.
- Cumplir con el envío del 100% de los sueros reactivos de gestantes para control de calidad, conservando los resultados del mismo durante un año.

### *Los Departamentos de Estadísticas*

- Mantendrán actualizados los registros establecidos (registros de ingresos para partos, egresos, nacimientos, fallecidos)
- Establece relaciones de trabajo con el departamento de epidemiología hospitalaria y laboratorio.

### *El Obstetra y el Pediatra del Hospital Gineco-Obstétrico*

- Indicar y controlar la realización de VDRL con la periodicidad establecida a las gestantes que reciban atención prenatal en el hospital y a todas las que ingresan para parto.
- Interconsultar con Dermatología o remitir a su Área de Salud, con el objetivo de descartar secundarismo sífilítico, a toda embarazada que asista a consulta o a Cuerpo de Guardia con rash cutáneo.
- Serán responsables de la evaluación y tratamiento antes del egreso hospitalario de todos los recién nacidos tributarios de estudio y/o tratamiento.

### *Ante el parto de una embarazada diagnosticada como caso de Sífilis o con serología reactiva sin concluir, o con serología reactiva de primera vez en el parto, tratada en las 4 semanas previas al parto o con esquemas terapéuticos diferentes a la Penicilina o tratadas pero que no tuvieron el descenso serológico esperado o sin seguimiento serológico adecuado:*

- Realizar serología cuantitativa a la madre y al recién nacido
- Examen físico del recién nacido por Pediatra y Dermatólogo en busca de manifestaciones de sífilis congénita precoz.
- Otros estudios según protocolo establecido.
- En el estudio del recién nacido, cuando no se pueda confirmar el diagnóstico de Sífilis congénita en el hospital con los criterios definidos, deben valorarse los antecedentes maternos y los elementos epidemiológicos que aportará la enfermera de ITS/VIH/Sida que realizó la investigación del caso (cumplimiento del tratamiento, seguimiento serológico, cambios de compañeros sexuales durante el embarazo y contactos no controlados, entre otros), para decidir la conducta a seguir.
- Todo recién nacido diagnosticado con Sífilis será notificado y tratado antes del egreso hospitalario.

- Al egreso del recién nacido del hospital, se reflejará en el Carné Infantil el resultado de la serología, del estudio integral y la conducta seguida.
- Seguimiento clínico, dermatológico y serológico (VDRL) mensual hasta los 6 meses y posteriormente a los 9 y 12 meses.
  1. Si a los 3 meses descienden los títulos no treponémicos y a los 6 son no reactivos el niño no está infectado.
  2. Si los títulos permanecen estables o aumentan luego de los 6 meses el niño debe ser evaluado y tratado con 10 días de penicilina.
  3. Si los títulos descienden de manera continua en cada control de seguimiento hasta su negativización (respuesta adecuada al tratamiento), mantener seguimiento clínico-serológico hasta los 12 meses.

*La presencia de anticuerpos treponémicos (+) después de un año en el seguimiento de un niño expuesto a sífilis confirma el diagnóstico en forma retrospectiva.*

#### *Epidemiólogo Municipal y Provincial*

- Cuando en el hospital gineco-obstétrico no se pueda llegar al diagnóstico de Sífilis congénita, por ser controvertidos los elementos de que se disponen, el epidemiólogo municipal creará las condiciones para que en la re-discusión del caso participen otros especialistas de experiencia en la interpretación radiológica y con recursos para realizar otros exámenes (IgM, inmunofluorescencia u otros), antes de los 28 días posteriores al nacimiento.
- Ante el nacimiento de un niño con sífilis congénita, los epidemiólogos municipales y provinciales y el Vicedirector de Higiene y Epidemiología del Policlínico, convocarán a una reunión a todos los que participaron en la atención a la madre y el recién nacido (médico y enfermera de la familia, dermatólogo, gineco-obstetra, pediatra y enfermera de ITS/VIH/Sida, GBT), a la cual también asistirá el director del Policlínico, para analizar los incumplimientos y proponer las medidas administrativas que correspondan, para evitar otros casos.
- El informe final, así como la encuesta del caso, serán enviados al nivel central, por el epidemiólogo provincial para su discusión en la comisión técnica nacional.

**Tabla No. 8.- Diagnóstico de infecciones de transmisión sexual de notificación obligatoria**

ITS/Síndrome	Agente etiológico	Periodo de Incubación	Diagnóstico
<b>Sífilis</b>	<i>Treponema pallidum</i>	10 días a 3 meses promedio 3 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VDRL o RPR y TPHA (para gestantes reactivas*)</li> <li>▪ Examen directo campo oscuro (EDCO)</li> </ul>
<b>Sífilis congénita**</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VDRL, TPHA,</li> <li>▪ ELISA IgM (IPK)</li> </ul>
<b>Gonorrea</b>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2- 7 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tinción de GRAM</li> <li>▪ Cultivo: identificación presuntiva -Gram y prueba de oxidasa-</li> <li>▪ En IPK: detección de NGPP/NGRT y pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos</li> </ul>
<b>Conjuntivitis gonocócica</b>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1-5 días	
<b>Condiloma Acuminado</b>	Virus del Papiloma Humano	1-20 meses -promedio 2-3 meses-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clínico</li> </ul>
<b>Herpes Simple genital</b>	Virus Herpes simplex	2-12 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clínico</li> </ul>
<b>Síndrome de secreción uretral</b>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Haemophilus sp</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Cándida albicans</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i> : 7-15 días o más. <i>Trichomonas</i> : 4-20 días promedio 7 <i>C. albicans</i> : 2-4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndromico</li> <li>▪ Etiológico sólo para vigilancia: uso de test de chlamydias, mycoplasma, gonococo.</li> </ul>

ITS/Síndrome	Agente etiológico	Periodo de Incubación	Diagnóstico
<b>Síndrome de dolor abdominal bajo</b>	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> y tal vez <i>M. hominis</i> . Bacterias facultativas y estrictamente anaerobias	<i>N. gonorrhoeae</i> 2- 7 días <i>Chlamydia trachomatis</i> : 7-15 días o más	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndromico</li> </ul>
<b>Linfogranuloma inguinal</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i> inmunotipos L1,L2,L3	Variable, 8-21 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clínico</li> <li>▪ Etiológico en el IPK</li> </ul>
<b>Granuloma Inguinal</b>	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Se desconoce, entre 1-16 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clínico</li> </ul>
<b>Chancro blando</b>	<i>Haemophilus ducrey</i>	3-5 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clínico</li> <li>▪ Etiológico en el IPK</li> </ul>

\* Solo en los CPHEM para gestantes reactivas, no debe indicarse cuando hay antecedentes de sífilis tratada.

\*\* Todos los hijos de mujeres que presentaron sífilis durante el embarazo deben ser estudiados para determinar si presentan evidencia de la enfermedad.

Tabla No. 9.- Tratamiento de infecciones de transmisión sexual de notificación obligatoria

ITS/Síndrome	Tratamiento medicamentoso	
	1ª Opción	Otras opciones
<b>Sífilis</b>	<p><b>Penicilina G Benzatínica:</b>                      2.4 millones de U dosis única IM<sup>29</sup>                      Tener en cuenta las especificaciones según etapas clínicas de la sífilis                      Tratamiento profiláctico a las parejas sexuales                      Penicilina Benzatínica G 2.4 millones de unidades IM dosis única                      Seguimiento clínico y serológico cada 3 meses durante el primer año y cada 6 en el segundo para todos los casos de sífilis confirmada.</p>	<p>Penicilina procaínica: 1 millón de U via IM por 10 días.  <b>En alérgicos a penicilina:</b>                      Eritromicina 500 mg 4 veces al día VO por 14 días                      Tetraciclina 500 mg 4 veces al día VO por 14 días.                      Doxiciclina 100 mg 2 veces al día VO por 14 días. <b>NO USAR EN GESTANTES</b>  <b>Tetraciclina ni Doxiciclina.</b></p>
<b>Sífilis en personas que viven con VIH</b>	<p><b>Penicilina G. Benzatínica:</b>                      Se aplicarán <b>tres dosis de 1 bulbo</b> (2,4 millones de unidades), una dosis cada 7 días por vía IM.</p>	<p>Las mismas que en pacientes no VIH e iguales recomendaciones para alérgicos.</p>
<b>Sífilis en gestantes</b>	<p><b>Penicilina G Benzatínica:</b>                      2.4 millones de U dosis única IM                      Se administrará otra dosis de 2,4 millones de unidades a los siete días de la primera hasta completar 4.8 millones.</p>	<p>Las embarazadas que refieran alergia a la Penicilina, deben ser valoradas por el Dermatólogo y el Obstetra para definir la conducta a seguir.  <b>Ceftriaxone</b> dosis total 10 gramos. Dosis diaria 1 gramo IM diariamente durante 10 días                      O  <b>Eritromicina</b> dosis total 30 gramos. Dosis diaria 2 gramos repartidos en dosis de 500 mg oral cada 6 horas durante 15 días.  <b>CONTROLADO</b> por personal de salud.</p>

<sup>29</sup> Tener en cuenta las recomendaciones según etapas clínicas de la Sífilis.

ITS/Síndrome	Tratamiento medicamentoso	
	1ª Opción	Otras opciones
<b>Sífilis congénita confirmada o fuertemente sospechada</b>	<b>Penicilina G Cristalina acuosa:</b> 100 000 a 150 000 unidades/kg/día dividida en dos dosis cada 12 horas EV o IM los primeros 7 días y después de esta fecha cada 8 horas a completar 10-14 días.	<i>Valorar en conjunto neonatología, pediatría y dermatología en casos en los que no pueda utilizarse Penicilina</i>
<p><b>Recién nacido asintomático, evaluación clínica negativa, serología no reactiva o dos diluciones menores que la materna, resto de los estudios complementarios son negativos</b></p> <p><b>Si la madre:</b> Sífilis no tratada, serología reactiva primera vez en el ingreso para el parto, evidencia serológica de reinfección después de tratada (incremento de dos o más diluciones), tratada con esquemas diferentes a la penicilina, recibió tratamiento con penicilina pero administrada en las 4 semanas previas al parto, no antecedentes bien documentados de haber sido tratada, fue tratada en tiempo y con penicilina pero curva serológica no decreció al menos en dos diluciones con respecto a la inicial.</p> <p><b>Si la madre</b> Recibió tratamiento completo, con Penicilina y se administró antes de las 4 semanas previas al parto, cumplió con el seguimiento serológico mensual hasta el parto, la curva serológica decreció al menos en dos diluciones y no existen evidencias de reinfección.</p>	<p><b>Penicilina G Cristalina acuosa</b> (esquema preferencial) 100 000 a 150 000 unidades/kg/día dividida en dos dosis cada 12 horas IM los primeros 7 días y después de esta fecha cada 8 horas. Duración del tratamiento 10 días</p> <p>○</p> <p><b>Penicilina G Benzatínica</b> 50 000 unidades/Kg/dosis única IM</p>	<p><i>Valorar en conjunto neonatología, pediatría y dermatología en casos en los que no pueda utilizarse Penicilina.</i></p>
	VDRL, examen clínico y dermatológico al nacer y actuación según resultados.	

ITS/Síndrome	Tratamiento medicamentoso	
	1ª Opción	Otras opciones
<b>Gonorrea</b>	<p><b>Ciprofloxacino</b> 500 mg dosis única Se trata sindrónicamente. Se administrará tratamiento para clamidias debido a que es muy común que coexistan ambas infecciones:</p> <p><b>Azitromicina</b> 1 g en dosis única VO</p>	<p><i>Para Gonorrea</i> <i>Ceftriaxone 250 mg IM dosis única.</i> <i>Cefixime 400 mg VO dosis única.</i> <i>Para Clamidias</i> <i>Doxiciclina 100 mg VO, 2 v/día 7 días.</i> <i>Tetraciclina 500 mg VO, 4 v/día, 7 días.</i> <i>Eritromicina 500 mg VO, 4 v/día 7 días</i></p>
<b>Oftalmía gonocócica</b>	<p><b>Profiláctico:</b> ungüento de tetraciclina 1% o eritromicina o nitrato de plata al 1%. <b>Hijo de madre con gonorrea activa al nacer:</b> Ceftriaxone 50 mg/kg/día (hasta 125 mg) dosis única IM <b>Tratamiento curativo:</b> Ceftriaxone 50 mg/kg/día (hasta 125 mg) dosis única EV o IM e irrigación ocular con SSF</p>	
<b>Condiloma acuminado</b>	<p><b>Podofilina</b> 10-25 %, 0,5 ml por cada aplicación y dejar secar. No usar en gestantes <b>Ácido Tricloroacético o bicloroacético</b> 80-90% en solución alcohólica.</p>	<p>Electrofulguración Crioterapia Exéresis quirúrgica <i>Interferón intra-lesional o en crema (para lesiones grandes o recurrentes)</i></p>

ITS/Síndrome	Tratamiento medicamentoso	
	1ª Opción	Otras opciones
Herpes simple genital	Aciclovir 400 mg c/8 horas VO 7-10 días. <b>Recurrencias:</b> Aciclovir 400 mg c/8 horas VO 5 días.	Analgésicos y antiinflamatorios
Síndrome de secreción uretral	Ciprofloxacino 500 mg VO dosis única + Azitromicina 1 g VO dosis única <b>Persistencia o recidiva agregar:</b> Metronidazol 2 g dosis única, VO <i>Las parejas sexuales deben recibir iguales esquemas de tratamiento.</i>	Ceftriaxone 250 mg IM dosis única Cefixime 400 mg dosis única VO + Doxiciclina 100 mg VO, 2 v/día 7 días Tetraciclina 500 mg VO 4 v/día 7 días Eritromicina 500 mg VO 4 v/día 7 días
Síndrome de flujo vaginal*  <b><u>*Tener en cuenta los medicamentos contraindicados durante el embarazo</u></b>	<b><u>Vaginitis:</u></b> Metronidazol 500 mg vía oral 2v/día x7 días <b><u>Contraindicado en el primer trimestre del embarazo. Podrá usarse después de las 12 semanas de gestación</u></b> + Clotrimazol 100 mg, 2v/día x 3 días, intravaginal ○ Nistatina 100 000 u (ovulo vaginal) 1v/día x 14 días. <b><u>Cervicitis:</u></b> Ciprofloxacino 500 mg vía oral DU ○ Ceftriaxone 250 mg dosis única IM (en gestantes) + Azitromicina 1 g VO dosis única  <i>En gestantes se incluye Metronidazol 2 g en dosis única VO. Indicar igual tratamiento a parejas sexuales (para trichomonas, gonorrea, clamidias y vaginosis bacteriana), excepto para cándidas que a la pareja masculina se aplican cremas antifúngicas si signos de balanitis, dermatitis del pene o en caso de recurrencia en la mujer.</i> <b><u>En gestantes y no gestantes siempre que se diagnostique cervicitis hay que tratar para vaginitis + cervicitis.</u></b>	<b>Cervicitis:</b>  Ceftriaxone 250 mg IM dosis única Cefixime 400 mg dosis única vía oral + Doxiciclina 100 mg VO, 2 v/día 7 días Tetraciclina 500 mg VO 4 v/día 7 días Eritromicina 500 mg VO 4 v/día 7 días

Tabla No. 10.- Indicadores operacionales de ITS

Indicador	Cómo calcularlo	Óptimo
<b>Casos Controlados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Total de enfermos de Sífilis o gonorrea controlados por 100 <b>entre</b> Total de enfermos de Sífilis o gonorrea notificados.</li> <li>▪ N° de casos de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo tratados <b>entre</b> N° de casos de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo notificados por 100</li> </ul>	100% de los pacientes diagnosticados de Sífilis, Gonorrea, Síndromes de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo han recibido tratamiento completo (4C) de acuerdo a lo establecido en el Programa.
<b>Índice de Contactos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Total de contactos obtenidos <b>entre</b> total de enfermos notificados</li> </ul>	Debe ser como mínimo de 3 en Sífilis, 2 en Gonorrea, Síndromes de Secreción Uretral, Dolor Abdominal Bajo y 1 en Flujo Vaginal
<b>Contactos sexuales de Sífilis y Gonorrea tratados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Total de contactos residentes en el área tratados por 100 <b>entre</b> Total de contactos residentes en el área conocidos</li> </ul>	90% de los contactos sexuales de Sífilis y gonorrea residentes en el área son tratados.
<b>Contactos de Síndromes de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo tratados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Total de contactos residentes en el área tratados por 100 <b>entre</b> Total de contactos residentes en el área conocidos</li> </ul>	80% de los contactos sexuales de Síndrome de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo residentes en el área que son tratados. Debe ser el 80%.
<b>Boletas Viajeras Concluidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de boletas Viajeras concluidas por 100 <b>entre</b> No. de Boletas Viajeras recibidas.</li> </ul>	90%

Indicador	Cómo calcularlo	Óptimo
<b>Serologías a gestantes en la captación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de serologías realizadas a gestantes en la captación por 100 <b>entre</b> Total de gestantes captadas.</li> </ul>	100%
<b>Serologías a gestantes en segundo y tercer trimestre del embarazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de serologías realizadas a gestantes en segundo y tercer trimestres del embarazo por 100 <b>entre</b> Total de gestantes en segundo y tercer trimestres del embarazo.</li> </ul>	100%
<b>Serologías a gestantes en el ingreso para el parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de serologías realizadas a gestantes en el ingreso para el parto por 100 <b>entre</b> Total de partos.</li> </ul>	100%
<b>Embarazadas con serología reactiva de 1ra. vez tratadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de gestantes con serología reactiva de 1ra. Vez tratadas por 100 <b>entre</b> N° de gestantes con serologías reactivas de 1ra. Vez.</li> </ul>	100%
<b>Calidad del proceso de conclusión de VDRL reactivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de casos con serología reactiva de primera vez entrevistados por 100 <b>entre</b> total de casos con serologías reactivas de 1ra. Vez</li> </ul>	95%

### **Diagnóstico microbiológico de sífilis**

El diagnóstico microbiológico de sífilis se realizará en los laboratorios de policlínicos, hospitales, Centros Municipales de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CMHEM), Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CPHEM) e institutos del país.

#### **Muestras útiles:**

- Linfa de lesiones genitales sugestivas de chancro sífilítico (en pacientes con sospechas clínicas de sífilis primaria).
- Suero (en pacientes con sospechas clínico-epidemiológicas de sífilis, independientemente de la etapa clínica, y en individuos en los que se indique pesquisa de sífilis).
- Líquido cefalorraquídeo (en pacientes con sospechas clínicas de neurosífilis).

#### **Pruebas serológicas de pesquisa (pruebas no treponémicas o no específicas) a emplear:**

- VDRL (de sus siglas en inglés Venereal Disease Research Laboratory).
- RPR (de sus siglas en inglés Rapid Plasma Reagin).

Una de estas pruebas estará disponible en los laboratorios de diagnóstico de sífilis. No es necesario disponer y realizar ambas pruebas de forma paralela.

#### **Pruebas serológicas confirmatorias (pruebas treponémicas o específicas) a emplear:**

- TPHA (de sus siglas en inglés *Treponema pallidum HaemAgglutination test*): solo se utilizará para confirmar las serologías VDRL o RPR débiles reactivas o reactivas (independientemente del título) en embarazadas, casos con implicaciones legales y excepcionalmente en casos que presenten reactividad en las pruebas no treponémicas y carezcan de manifestaciones clínicas y antecedentes epidemiológicos, y que por interés médico sea necesario concluir el caso en un tiempo breve (Ej. Parejas de embarazadas). Puede emplearse en muestras de recién nacidos para excluir diagnóstico de sífilis congénita si el resultado es negativo; si la prueba resulta positiva no confirma el diagnóstico (puede deberse a anticuerpos maternos).

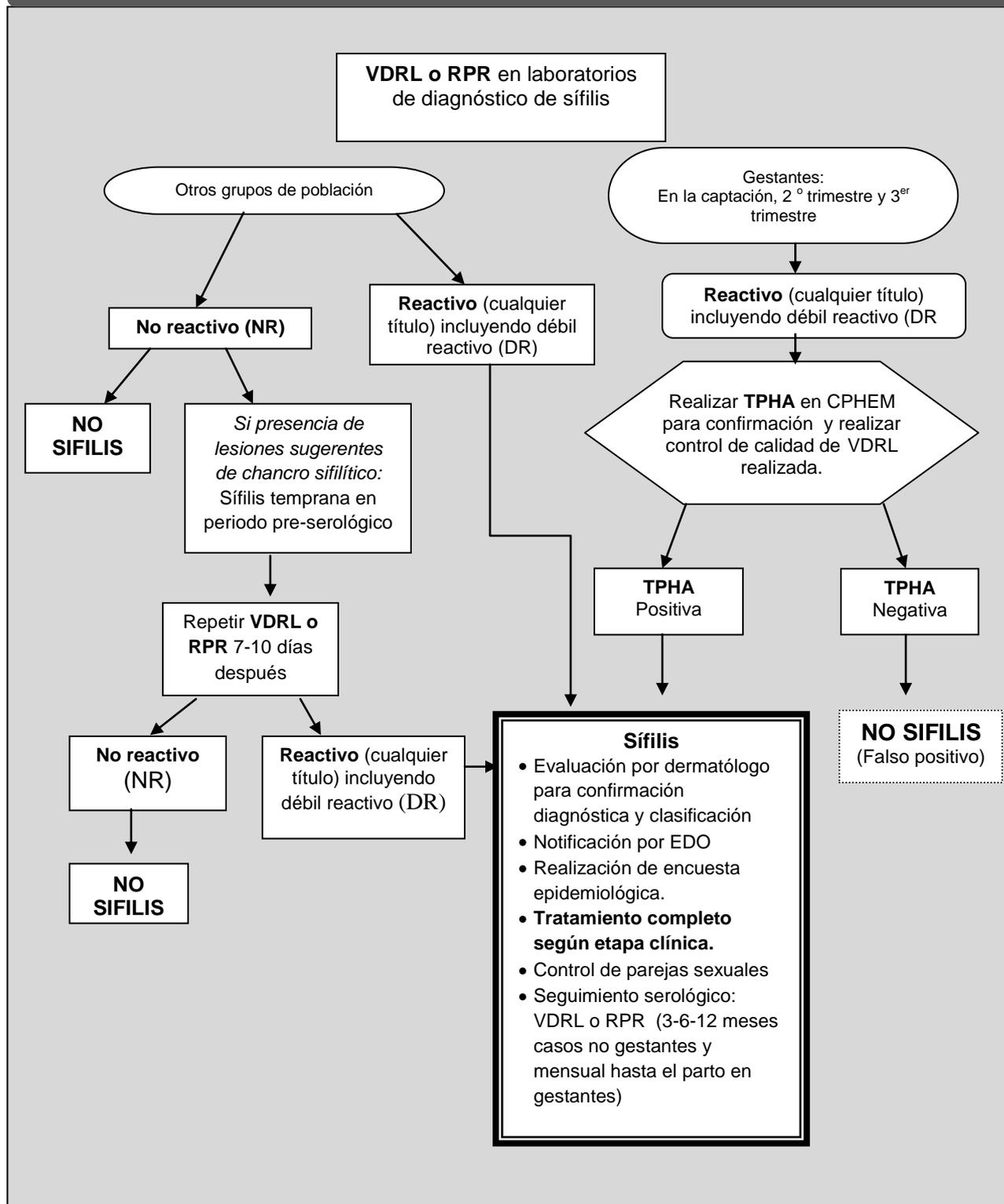
Importante: no se realizará cuando existan antecedentes de sífilis tratada. Esta prueba se efectuará en los laboratorios provinciales de los CPHEM y en el Laboratorio Nacional de Espiroquetas del Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí” (LNE-IPK).

- ELISA-IgM: solo para la confirmación de sífilis congénita. Se realizará en el LNE-IPK.

### **Prueba bacteriológica y molecular:**

- Examen Directo en Campo Oscuro (EDCO): se realizará en los laboratorios que cuenten con microscopio con condensador de campo oscuro a partir de las muestras de linfas de las lesiones genitales. Esta prueba confirma sífilis solo en muestras de lesiones genitales.
- Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR): se realizará en el LNE-IPK a partir de linfa o exudados de lesiones primarias (orales, genitales y anales) y biopsias (ponches) de lesiones secundarias. Las muestras se trasladarán al IPK en tubos de 1,5 mL (viales) conteniendo 1 mL de PBS-suero de conejo al 20% o en su defecto 0,5 mL de solución salina al 0,9%. Esta prueba confirma sífilis y combinada con el ensayo de enzimas de restricción y secuenciación permite el subtipaje de *Treponema pallidum* y detección de resistencia a macrólidos.

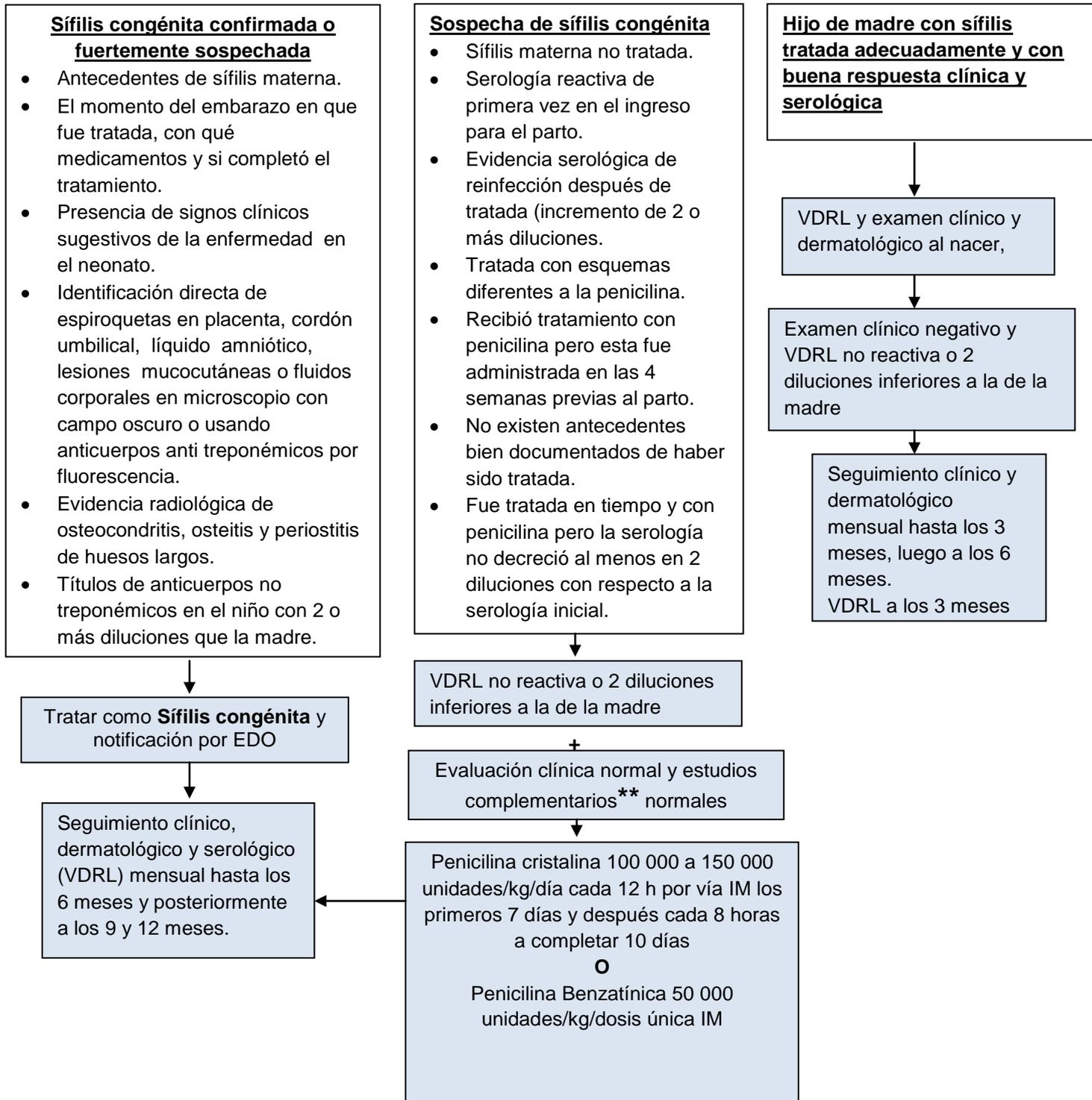
## Protocolo para el diagnóstico de laboratorio de sífilis



## Protocolo de actuación en recién nacidos hijos de madres con VDRL reactiva

Para arribar al diagnóstico de certeza de sífilis congénita deben considerarse los términos:

- Sífilis confirmada o fuertemente sospechada.
- Sospecha de sífilis congénita



Las muestras de suero de recién nacidos expuestos a sífilis serán remitidas al Laboratorio Nacional de Espiroquetas del IPK para confirmación del diagnóstico (ELISA IgM).

**\*\*Estudios complementarios recomendados para estudio de neonatos con sospecha de sífilis congénita:**

- VDRL en suero
- Estudio del LCR (citoquímico y VDRL),
- Hemograma completo y plaquetas,
- Radiografía de tórax, radiografía de huesos largos (a partir de la segunda semana de vida)
- Pruebas funcionales hepáticas
- Ultrasonido craneal
- Fondo de ojo
- Potenciales auditivos evocados.

## Control de calidad del diagnóstico serológico de sífilis

En el nivel provincial el control de calidad se organiza desde los CPHEM y deberán participar en el mismo todos los laboratorios que procesan serologías para sífilis:

- Laboratorios de los CMHEM.
- Laboratorios de policlínicos, hospitales y otros.
- Laboratorios de Bancos de Sangre.

Todos los laboratorios que realizan serología de sífilis enviarán mensualmente para control de calidad en los laboratorios definidos en cada territorio:

- 100% de las muestras reactivas de embarazadas,
- 20% de las muestras reactivas del resto de los grupos de pesquisa
- 5% de las muestras no reactivas.

El caso de los laboratorios de Bancos de Sangre enviarán al laboratorio provincial de serología del CPHEM el 50% de las muestras reactivas y 5% de las no reactivas.

### Control de calidad nacional

#### **Laboratorios provinciales de serología (CPHEM):**

##### **Para control de calidad de VDRL o RPR**

Enviarán al LNE-IPK el 50% de las muestras reactivas de embarazadas, 10% del resto de las muestras reactivas y 1% de las no reactivas de casos de “no gestantes”.

##### **Para control de calidad de TPHA**

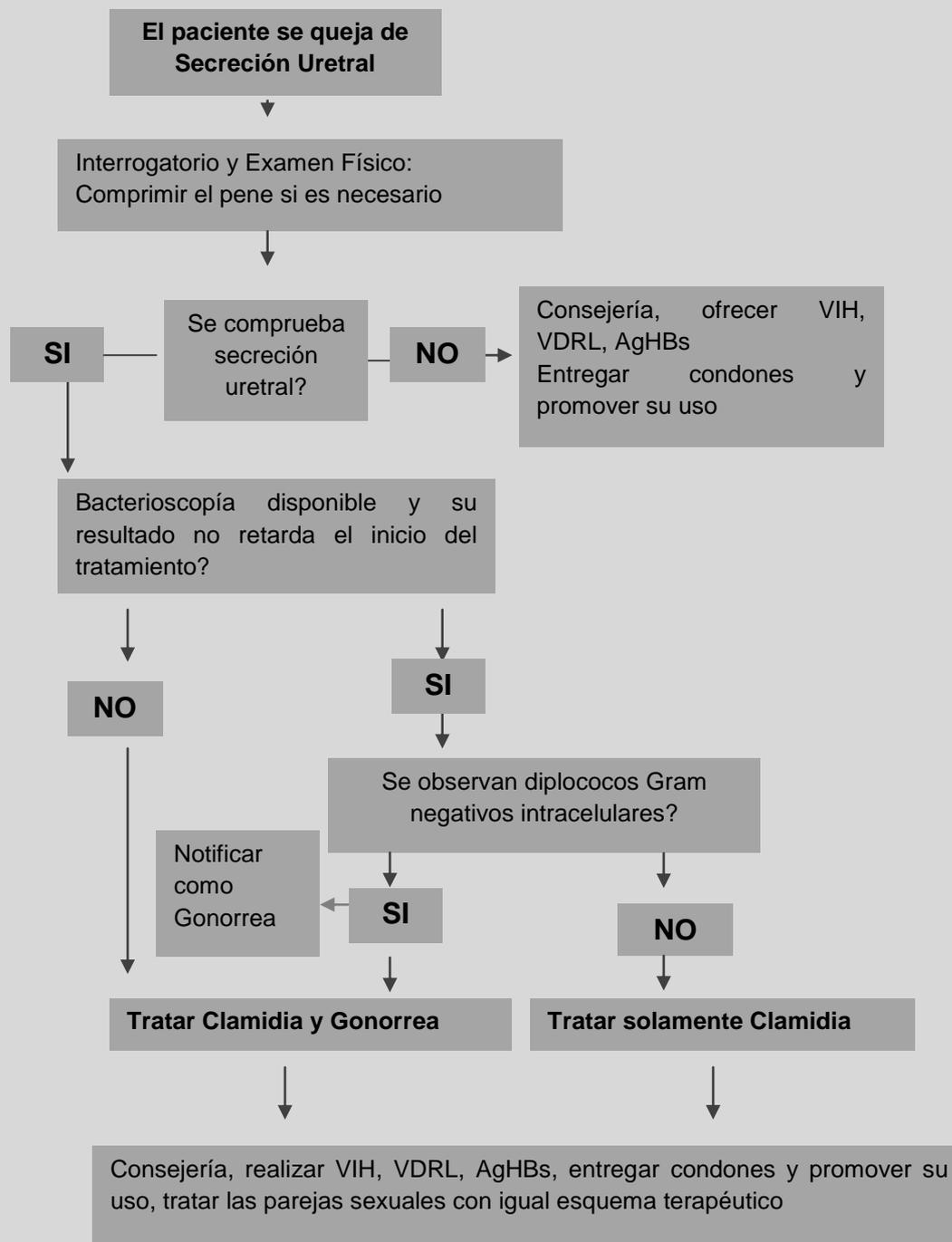
Enviarán al LNE-IPK el 100% de las muestras de sueros de embarazadas, independientemente del resultado.

Cada muestra de suero que se envía al control de calidad estará acompañada de la siguiente información:

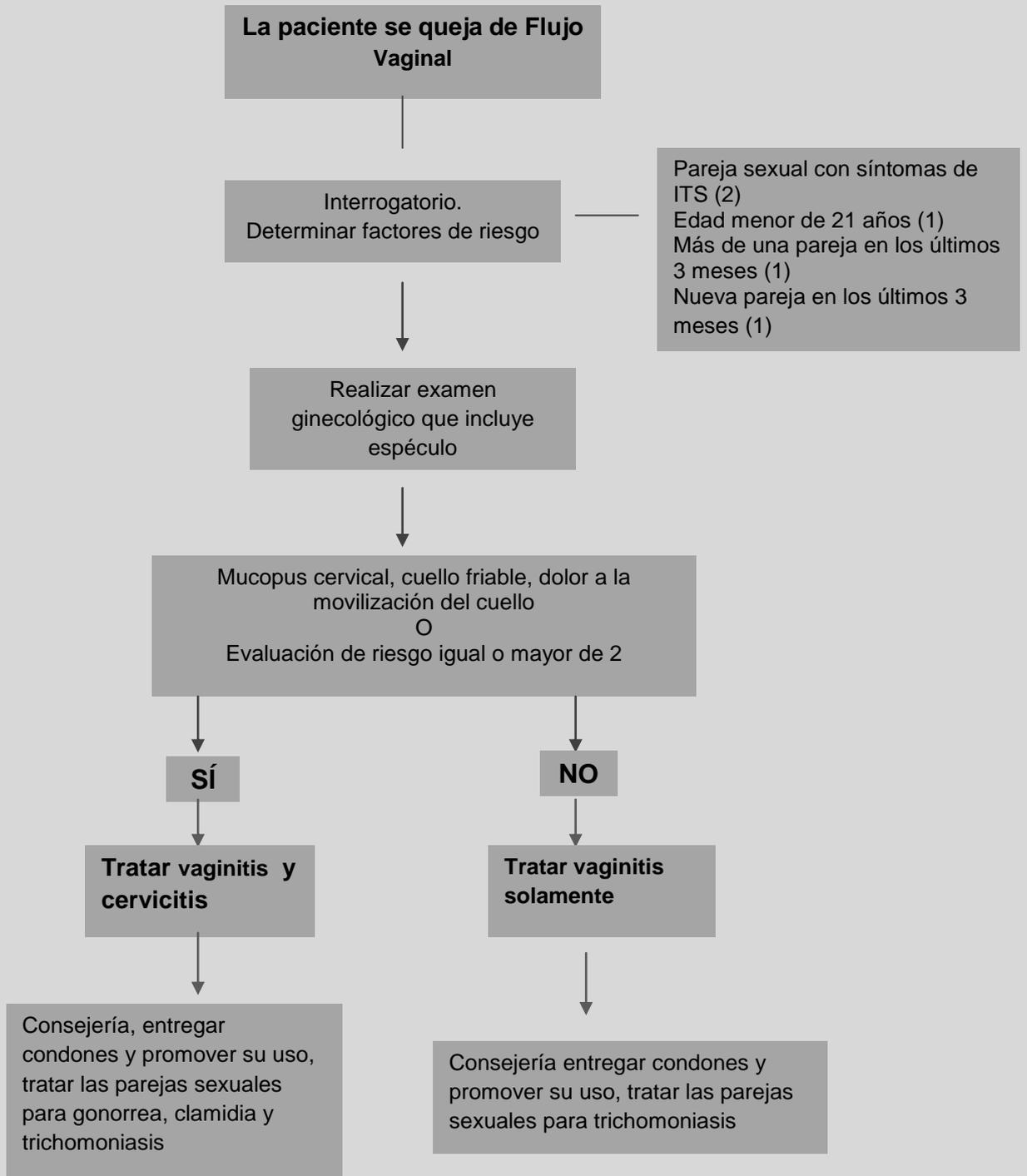
- Laboratorio que envía la muestra y provincia
- Fecha de realizado el ensayo y fecha de envío
- Identificación de la muestra
- Nombre y apellidos del paciente (aclarar si es embarazada, puérpera o recién nacido)
- Resultado de la(s) prueba(s) serológica(s) realizada(s)
- Nombre y apellidos y cargo de quién envía la muestra

## PROTOCOLOS PARA EL MANEJO SINDRÓMICO DE ITS

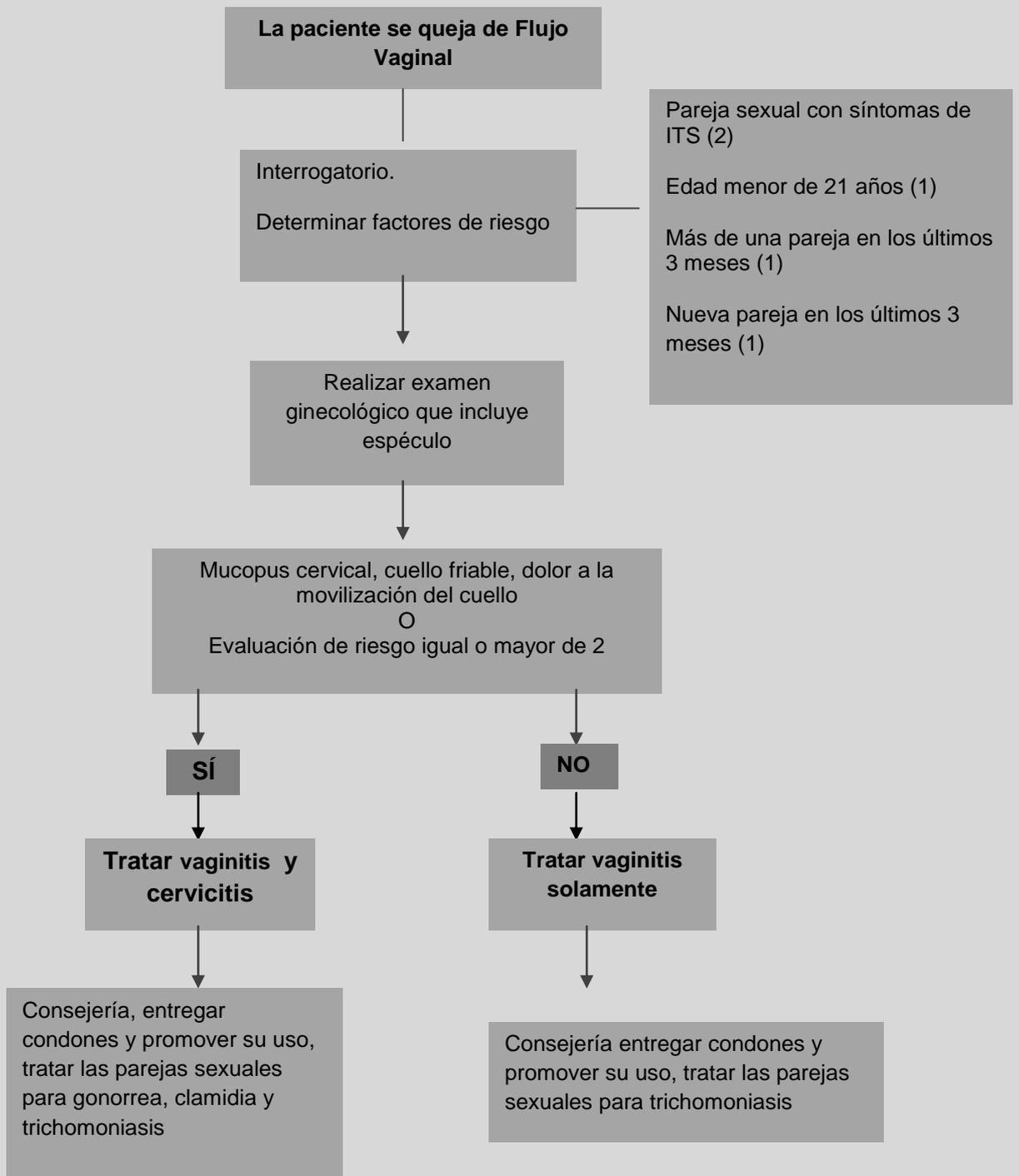
### Protocolo para el manejo del Síndrome de Secreción Uretral



## Protocolo para el manejo del Síndrome de Flujo Vaginal



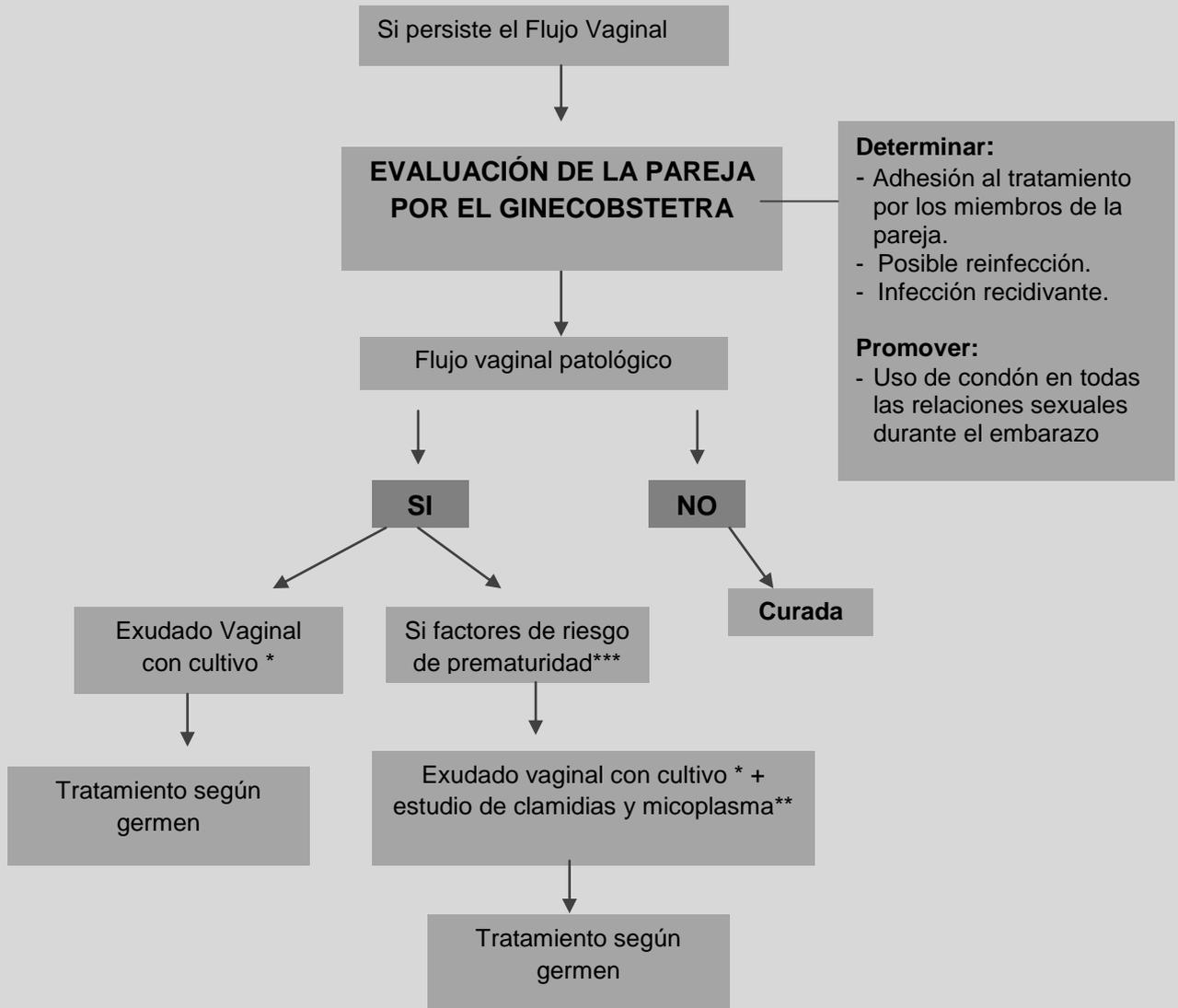
## Protocolo para el manejo del Síndrome de Flujo Vaginal en gestantes



**Re- evaluar a la paciente a los 7 días de haber concluido el tratamiento**

**Tratamiento específico e individualizado según factor determinante de la persistencia y resultados de los complementarios.**

## Protocolo para el manejo del Síndrome de Flujo Vaginal persistente en gestantes ya tratadas sindrónicamente



### Prescripción de exudado endocervical o vaginal con cultivo en embarazadas

\*La indicación del exudado vaginal con cultivo y/o búsqueda de Mycoplasma y Chlamydia se hará por el especialista en ginecología y obstetricia.

La toma de muestras para exudados con cultivos se hará en los Hospitales Maternos donde se procesarán las mismas.

\*\*La búsqueda de Chlamydia y Mycoplasma se incluirá de rutina en el exudado que forma parte del perfil de sepsis que se indica a pacientes con riesgos de prematuridad ingresadas

en los hogares maternos o que ingresan en las maternidades con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

***Se contraindica la toma de muestra endocervical en pacientes con tunelización de membranas o membranas expuestas.***

**\*\*\* Pacientes que clasifican como riesgo de parto pretérmino**

#### **Embarazo actual**

- Infecciones genito-urinarias durante la gestación
- Gestación múltiple actual y polihidramnios
- Paciente con peso deficiente (IMC < 18.8kg/m<sup>2</sup>)

#### **Embarazo previo**

- Parto pretérmino previo.
- Antecedentes de Isquemia placentaria (Preeclampsia, Hematoma Retroplacentario, restricción del crecimiento intrauterino).
- Antecedentes de rotura prematura de membranas pretérmino.
- Antecedentes de incompetencia cervical.

## LA ENFERMERA DE ITS-VIH/SIDA EN EL ÁREA DE SALUD

### **Estructura / Posición:**

Pertenecerá a la Vice-dirección de enfermería del policlínico con funciones para 8 horas de trabajo.

Su plan de trabajo será controlado por el Vicedirector de Higiene y Epidemiología de conjunto con la (el) Vicedirector (a) de Enfermería del Área de Salud.

Tiene entre sus responsabilidades la coordinación, conducción, ejecución, asesoría, monitoreo, fiscalización y control de todas las acciones del programa a ese nivel.

### **Perfil del cargo**

- Licenciada en Enfermería Especialista en Higiene y Epidemiología.
- Enfermera Especialista en APS.
- Licenciadas en Enfermería.
- Enfermeras con Post- básico en ITS/VIH/sida y Lepra.
- Tener experiencia en la APS.

### **Acciones a realizar por una enfermera de ITS-VIH/sida en un Área de Salud**

- Participar en la reunión técnica del programa del área de salud así como en las reuniones del GBT, PAMI y otras actividades de capacitación del EBS.
- Monitorear y evaluar el cumplimiento de los indicadores del cuadro de salud, el cumplimiento de los objetivos de trabajo del año.
- Participar de conjunto con el Vicedirector de Higiene y Epidemiología en el análisis de las ITS y la epidemia de VIH/sida.
- Participar en la reunión municipal de enfermeras del programa ITS-sida.
- Visitar consultorios y revisar HC de casos reportados de ITS y síndromes, previa revisión en estadísticas de hojas de cargos, para evaluar manejo de casos y tratamientos.
- Mantener actualizada la serie cronológica de la base de datos de pacientes con VIH/sida.
- Revisar en Estadísticas hojas de cargo, el libro de EDO y manejo del SIE de ITS, analizar información del mismo e interactuar con el resto de las partes para mejorarlo.
- Orientar y desarrollar la vigilancia epidemiológica (búsqueda activa) y los controles de foco de las ITS y el VIH/sida.
- Realizar la encuesta epidemiológica de los casos de ITS y VIH/sida.
- Organizar la localización y seguimiento de contactos de ITS, VIH/sida y de los síndromes y realizar la misma con la periodicidad establecida.
- Controlar y evaluar el cumplimiento del protocolo para la prevención de la sífilis congénita y la transmisión materno-infantil del VIH.

- Participar en la consulta integradora de evaluación de la gestante.
- Realizar visitas periódicas al Laboratorio para verificar la organización de los registros y mecanismos de entrega de resultados de pruebas de VIH y serologías, serologías reactivas, exudados.
- Organizar de conjunto con el Laboratorio la vigilancia centinela de chlamydia y mycoplasma, haciendo énfasis en la gestante.
- Visitar hogares maternos y maternidad de hospitales para verificar la realización de serologías y pruebas de VIH en embarazadas y sus parejas sexuales.
- Controlar la recepción y envío de boletas viajeras.
- Controlar y hacer el seguimiento, en conjunto con el dermatólogo, de todas las personas con serología reactiva hasta su conclusión diagnóstica con énfasis en las embarazadas y sus parejas sexuales.
- Controlar la realización de serologías, antígeno de superficie y prueba de VIH a todas las gestantes y sus parejas sexuales en los tres trimestres de embarazo.
- Supervisar el cumplimiento de protocolos del manejo sindrómico de ITS por el médico de familia así como en otros servicios del policlínico.
- Realizar seguimiento y controlar el tratamiento ARV de gestantes seropositivas a VIH, gestantes serodiscordantes y sus parejas así como el seguimiento de sus hijos hasta el alta.
- Re entrevistar a casos confirmados de ITS y VIH-sida que aportan pocos o ningún contacto o aportan contactos con pocos datos (según corresponda).
- Aplicar metodología de consejería en ITS con especial énfasis en el uso correcto del condón así como fomentar acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, la autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria y prácticas sexuales responsables en la población
- Organizar actividades Hazte la Prueba en su área de salud dirigida a las poblaciones clave de mayor riesgo.
- Coordinar actividades educativas de conjunto con promotores en el consejo popular más afectado, con énfasis en la población más afectada y realizarlas en los propios servicios de salud específicamente con hombres.
- Monitorear existencias de condones en los puntos de ventas (farmacias y comercio) y en consultorios, consultas de planificación familiar, consulta de ITS.
- Revisar el cumplimiento de la quimioprofilaxis anti- tuberculosis con isoniacida en los casos nuevos de VIH/sida.
- Recolectar, tabular e informar al departamento de estadísticas los datos primarios para el sistema de información del programa.
- Organizar, en conjunto con el laboratorio de microbiología que corresponda, la vigilancia de la resistencia del gonococo en los casos con sospecha de gonorrea.
- Visitar los Laboratorios SUMA- CEPAL para conciliar la información.
- Controlar el seguimiento inmunológico (CD4) y virológico (CARGA VIRAL) de los pacientes VIH/sida, con énfasis en los que tienen TAR.
- Participar en el estudio y seguimiento de los casos indeterminados y discordantes hasta su conclusión diagnóstica.
- Participar en la extracción de la muestra y el envío de la encuesta de segunda muestra confirmatoria de VIH/sida a LISIDA.

- Realizar visitas a la farmacia donde se dispensan los ARV, monitorear abastecimiento, revisar certificados médicos y evaluar calidad de los esquemas indicados y sistematicidad de la recogida por los pacientes
- Realizar visitas de terreno a los pacientes de VIH/sida para monitorear y apoyar en la adherencia a la terapia ARV.
- Mantener informado sobre la marcha del programa al vicedirector de higiene y epidemiología, y la vice dirección de enfermería del área.

***Adicionalmente cumplirá las acciones que establece el Programa de Prevención y Control de Lepra.***

## PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO DE LA INFECCIÓN POR VIH

### Diagnóstico en adultos y niños mayores de 18 meses

#### **Alcance**

Este procedimiento se aplicará en todos los laboratorios provinciales y municipales de la red de laboratorios para el diagnóstico serológico de la infección por VIH.

#### **Responsabilidades**

- El jefe del laboratorio, organizará, controlará y supervisará a los especialistas y técnicos en el cumplimiento de este algoritmo de trabajo en las diferentes etapas del procedimiento.
- El LISIDA es responsable de brindar asesoría técnica; así como de controlar y realizar auditorías para verificar los resultados.
- Los Centros de Higiene, Epidemiología y Microbiología son responsables del aseguramiento logístico de este proceso.

#### **Recepción de muestras**

1. Recepcionar en los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología las muestras repetidamente reactivas por UMELISA HIV 1+2 por la persona que tiene esta responsabilidad y registrarlas con un número de caso por grupo de muestra, según su procedencia.
2. Revisar que cada muestra esté correctamente identificada y que se encuentre acompañada de un registro de solicitud individual con los siguientes datos:
  - Nombres y apellidos
  - Fecha de entrada
  - Número de identidad
  - Dirección del Carné de Identidad y dirección de residencia actual
  - Grupo de pesquisa
  - Procedencia
  - Resultado del UMELISA HIV1+2 RECOMBINAT
  - Observaciones
3. Disponer de un registro de entrada (puede ser electrónico) para anotar toda esta información.
4. Aceptar aquellas muestras que cumplan con los requisitos generales de las buenas prácticas:
  - No estar derramadas.
  - Volumen suficiente para la realización de los ensayos ( $\pm 200 \mu\text{L}$ )
  - No deben estar lipémicas, ni contaminadas.

5. Si es necesario su almacenamiento, se realizará a temperatura de 2 a 8°C por una semana evitando los ciclos de congelación y descongelación.

### **Realización de los ensayos**

1. Prepare el protocolo de ensayo -según registro-
2. Ensaye por prueba rápida todas las muestras repetidamente reactivas por UMELISA HIV1+2 RECOMBINAT. Considere los siguientes elementos:
  - Se deben ensayar muestras de suero o plasma y en grupos de no más de 10 muestras por corrida.
  - Su costo por unidad es equivalente al de un ELISA.
  - La lectura se debe realizar en el tiempo indicado por el fabricante para evitar diagnósticos erróneos.
3. Informe como no reactivas a los laboratorios de origen las muestras que resulten no reactivas por las pruebas rápidas.
4. Solicite al laboratorio municipal correspondiente una segunda muestra de aquellas que resulten reactivas por la prueba rápida. Asegúrese de que esta persona nuevamente resulta reactiva por UMELISA HIV1+2 RECOMBINAT, para evitar un resultado discordante, de no ser así, revisará todas las muestras que recibió la primera vez y realizará un estudio de discordante para esclarecer el error.
5. Verifique en el Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología cuando reciba la segunda muestra, que exista concordancia entre los resultados y los datos. Envíe al LISIDA la muestra para su confirmación por Western Blot, con la solicitud correspondiente y la encuesta epidemiológica.
6. Exceptuar de este procedimiento y enviar directamente al LISIDA las muestras con criterio clínico o epidemiológico sugestivos de una infección por VIH y las de los niños. Estas excepciones deben ser identificadas y enviadas en un paquete individual.
7. Aplique a las embarazadas ambos algoritmos -las muestras de embarazadas repetidamente reactivas por UMELISA HIV 1+2 Recombinat se enviarán al CPHE y éste a LISIDA, independientemente del resultado de la Prueba Rápida-
8. No se exceptúan de este procedimiento las muestras de servicios anónimos, ni las de servicios de consejería cara-cara ni las realizadas en institutos. .

### **Tiempos de respuesta**

1. Los Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología cuentan con siete días hábiles para enviar respuesta de las muestras no reactivas y solicitar las segundas muestras reactivas por Prueba Rápida.
2. Los laboratorios de la red tienen diez días como tiempo máximo para enviar la segunda muestra que le soliciten los Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
3. Los Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología tendrán cinco

días hábiles siguientes a la recepción para comprobar la concordancia de los resultados y los datos de las segundas muestras y enviar a LISIDA.

4. LISIDA contará con siete días hábiles para efectuar la confirmación y reportar el caso.

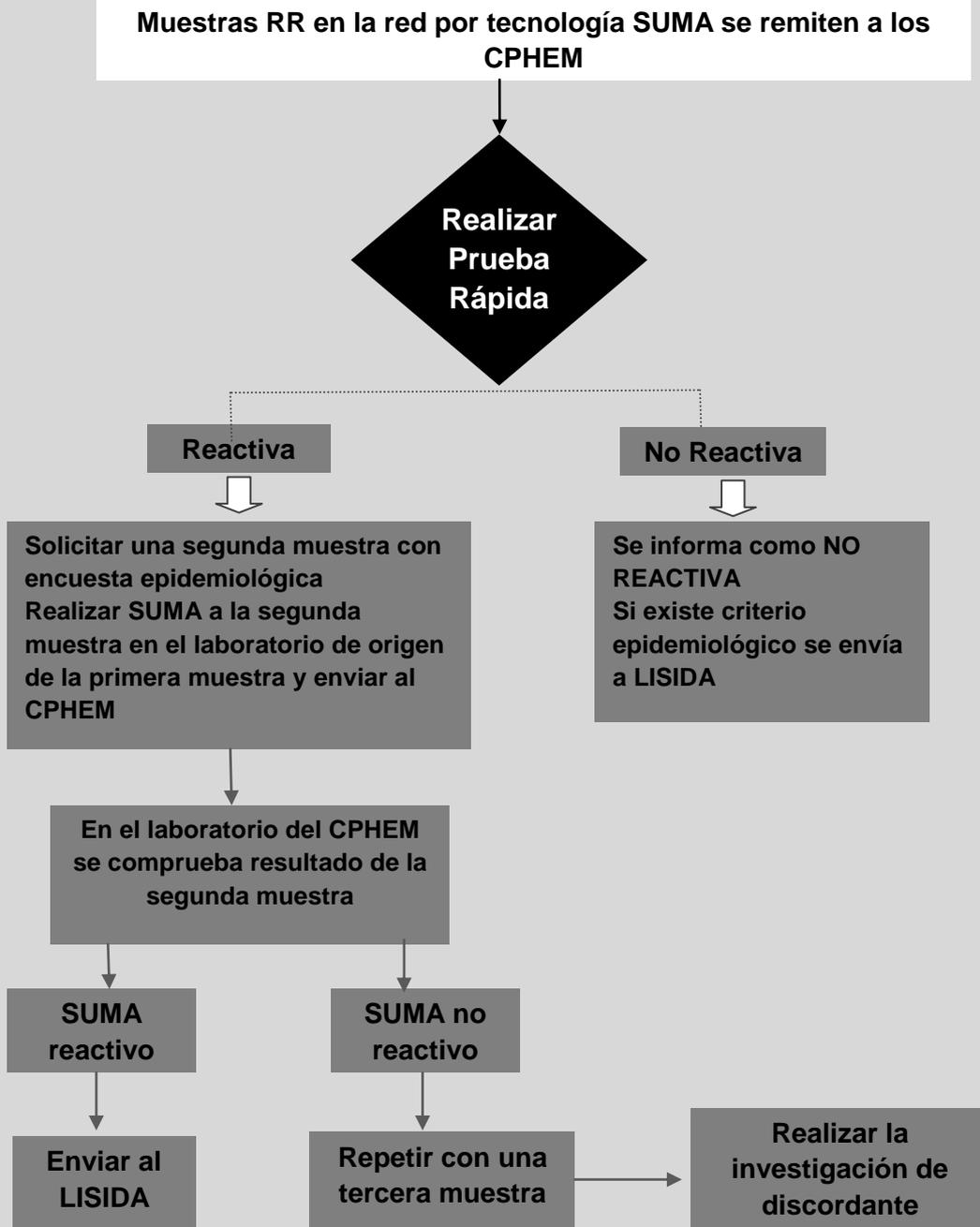
### **Flujo de la información**

La comunicación se realizará entre LISIDA y los Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología y éstos a su vez son los encargados de establecerla con los laboratorios de la red.

### **Otras consideraciones**

- a. Realizar periódicamente un control interno en los ensayos de Prueba Rápida que será suministrado por LISIDA.
- b. Conservar las muestras positivas y los registros de ensayos por dos años.

**ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO DE VIH EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 18 MESES**



## **Diagnóstico de VIH en niños menores de 18 meses**

Los niños menores de 18 meses expuestos al VIH deben ser estudiados precozmente en el primer mes de nacidos para que aquellos que resulten infectados por VIH puedan comenzar tratamiento con prontitud.

Al nacer, el 100 % de los niños son positivos por ELISA y Western blot (WB) a causa de los anticuerpos maternos pasivamente adquiridos, los que comienzan a declinar a los 12 meses y pueden persistir hasta quince o dieciocho.

El diagnóstico de la infección por VIH en menores de 18 meses sólo puede ser confirmado a través de pruebas directas de detección, es decir, pruebas virológicas. Estas pruebas son los sistemas de ELISA que capturan antígeno del VIH o las técnicas de biología molecular que detectan material genético del virus, fundamentalmente mediante la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR por sus siglas en inglés).

Los estudios se realizan a partir de sangre seca en papel de filtro o sangre total anti coagulada.

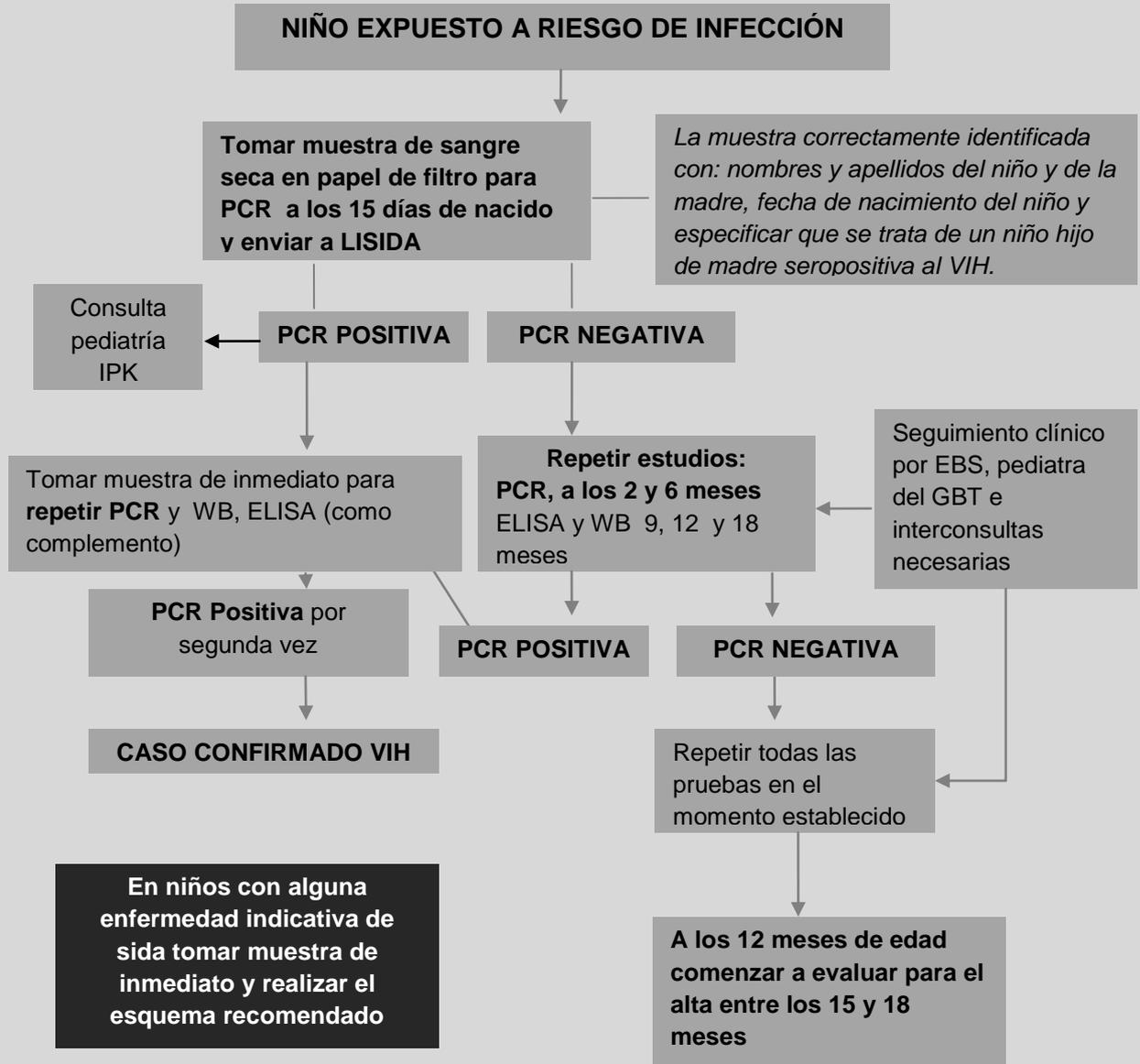
Para garantizar una prueba útil en muestra de sangre seca en papel de filtro los círculos trazados en el papel (de 1 cm. de diámetro), deberán ser llenados completamente.

Las muestras de sangre total con anticoagulante requieren de un volumen de 10 mL, anti coaguladas con EDTA. Su correcta transportación y la recepción en el laboratorio de destino el mismo día de la extracción son factores indispensables para que la muestra sea útil.

El diagnóstico confirmatorio de infección por VIH en menores de 18 meses se establece sobre la base de **dos pruebas directas de detección positivas** (PCR o Antígeno), **en muestras que cumplan los requisitos especificados**. En Cuba se utiliza la PCR.

Para el diagnóstico de niños mayores de dieciocho meses se seguirá igual algoritmo que para adultos.

**ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO DE VIH  
EN MENORES DE 18 MESES**



## REQUERIMIENTOS DE LA MUESTRA PARA LA REALIZACIÓN DEL ENSAYO CAP/CTM HIV-1 QUAL TEST, PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIH EN NIÑOS.

### 1- Recolección de la muestra

#### a) Sangre total

Colecte la sangre total (5 mL) en tubos estériles con ácido etilendiamino- tetraacético (EDTA) como anticoagulante. Las muestras anticoaguladas con heparina no pueden procesarse con esta prueba.

#### b) Plasma-EDTA

Colecte la sangre total (10 mL) en tubos estériles con EDTA como anticoagulante. Separe el plasma dentro de las 12 horas después de la colección, si está almacenado a temperatura ambiente y dentro de 72 horas, si se almacena entre 2 y 8 °C. Separe el plasma de la sangre total por centrifugación durante 20 minutos a 2500 r.p.m a temperatura ambiente. Transfiera el plasma a tubos estériles de polipropileno.

#### c) Sangre seca sobre papel de filtro

Utilice el «Estuche de colección de la muestra de sangre seca en papel de filtro (SSPF) para el diagnóstico temprano de VIH-1 en niños» (DBS Sample Collection Kit for Early Infant Diagnosis of HIV). Realice el proceso de colección según las instrucciones escritas en el estuche.

### 2- Transportación de la muestra

Transporte los tres tipos de muestra a temperaturas entre 2 y 25 °C.

### 3- Almacenamiento

#### a) Almacene las muestras de **PLASMA** en alícuotas de 1 500 µL en tubos de polipropileno con tapón de rosca.

- Entre 2 °C y 8 °C hasta 3 días.

- Congelado entre -20 °C y -80 °C.

Nota: las muestras pueden congelarse y descongelarse hasta 5 veces sin que se produzca pérdida del ARN del VIH-1.

#### a. Almacene la **SANGRE TOTAL ANTICOAGULADA** con EDTA a temperatura ambiente por no más de 12 horas o entre 2 °C y 8 °C hasta 72 horas antes del ensayo o de separar el plasma.

#### b. Almacene la SSPF en bolsas individuales con desecante, a temperatura ambiente hasta un mes o entre 2 °C y 8 °C en el laboratorio hasta el ensayo.

## REQUERIMIENTOS DE LA MUESTRA PARA LA REALIZACIÓN DEL ENSAYO DE CARGA VIRAL DEL VIH-1 CON EL ESTUCHE COMERCIAL CAP/CTM HIV-1 TEST.

### 1. Recolección de la muestra

- Recoja la sangre en tubos estériles con EDTA como anticoagulante (0,5 mL de EDTA + 10 mL de sangre). Mantenga la sangre a temperatura entre 2 y 25 °C durante un tiempo no superior a las 6 horas, tiempo en que será transportada al laboratorio.

### 2. Transportación de la muestra

- Transporte la sangre a temperaturas entre 2 y 25 °C, en un tiempo no superior a 6 horas después de la recolección, para que pueda ser procesada.

### 3. Procesamiento de la muestra

- Separe el plasma en el tiempo establecido mediante centrifugación a 2500 r.p.m durante 20 minutos a temperatura ambiente.
- Transfiera el plasma a un tubo de polipropileno estéril.

### 4. Almacenamiento

Almacene el plasma:

- a. A temperatura ambiente durante un tiempo máximo de 1 día.
- b. Entre 2 y 8 °C durante un tiempo máximo de 5 días.
- c. Congelado entre -20 y -80 °C.
- d. En alícuotas de 1 500 µL (1,5 mL) en tubos de polipropileno con tapón de rosca.

Nota: las muestras pueden congelarse y descongelarse hasta 5 veces sin que se produzca pérdida del ARN del VIH-1.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Es propósito del programa que todas las personas que sean diagnosticadas con VIH se inserten rápidamente en la atención.

La entrada al sistema de atención se hará efectiva en el Consultorio Médico de Familia al que pertenezca el paciente.

Esta primera consulta se realizará inmediatamente que se confirme el diagnóstico de VIH y de ahí en adelante la atención transitará por los diferentes niveles del Sistema de Salud según requerimientos específicos de cada paciente.

### **Acciones a realizar en la primera consulta en el Consultorio del Médico de la Familia**

#### **I. Acciones generales:**

- Dispensarización.
- Derivar a otros servicios del Policlínico según necesidades del paciente sin que falten: psicología, consejería en nutrición e ITS-VIH/sida.
- Establecer un programa de seguimiento -que será integral- siguiendo los criterios de la dispensarización establecidos por el programa del médico de la familia.

#### **II. Lo que no puede faltar en la anamnesis e interrogatorio por aparatos:**

- Esquema de inmunizaciones: Toxoide Tetánico, Hepatitis B, Antigripal y otras inmunizaciones, según esquema establecido por el sistema nacional de salud.
- Precisar fecha de realización de Citología orgánica y resultados.
- Explorar antecedentes de prueba de tuberculina y/o contacto con personas con antecedentes de tuberculosis.
- Descartar otras ITS
- Evaluar riesgo preconcepcional
- Evaluación psicosocial
- Explorar riesgos que orienten la posible fuente de contagio: relaciones sexuales desprotegidas, contacto con seropositivos conocidos, receptor(a) de sangre o hemoderivados, hijo de madre con VIH.
- Obtener información acerca de pruebas de VIH anteriores y sus resultados tratando de ubicar en el tiempo la fecha probable de contagio (FPC)

#### **III. Realizar examen físico completo con énfasis en:**

- Evaluación nutricional: índice de masa corporal y curva de peso
- Examen de la mucosa bucal
- Examen de las regiones genital y anal
- Examen de la piel y faneras

- Examen del Sistema Hemolinfopoyético (SHLP)
- Examen neurológico
- Examen de mamas

#### **IV. Estudios complementarios**

- Indicar primer conteo de CD4 (CD4 basal)
- Hemograma completo, eritrosedimentación y conteo de plaquetas
- Enzimas hepáticas, glicemia, urea, creatinina, colesterol y triglicéridos
- Parcial de orina y heces fecales
- A las mujeres realizar prueba citológica, colposcopia, exudado vaginal y endocervical de ser necesario.
- Serología de sífilis, Antígeno de superficie para hepatitis B y anticuerpos para Hepatitis C e IgG para toxoplasma
- Rayos X de tórax
- Prueba de tuberculina

Una vez realizados todos los complementarios y cumplidas todas las acciones correspondientes a la primera consulta, el Médico de Familia Interconsultará el caso con el profesor de GBT que corresponda (Clínico, Pediatra, Gineco obstetra) y con el especialista designado en cada territorio para la valoración y seguimiento especializado de personas que viven con VIH.

#### **V. Acciones a realizar por el especialista designado para la atención a personas que viven con VIH.**

- Evaluación del paciente con los resultados de complementarios realizados.
- Clasificación según estadios de la OMS (clínico-inmunológico) y establecer programa de seguimiento especializado según clasificación: (ver clasificación clínica e inmunológica en capítulo de vigilancia del VIH)
  - **Estadio 1:** asintomático, no tiene TAR y CD4 >500: una consulta como mínimo cada tres meses
  - **Estadio 2:** síntomas leves, CD4 entre 350 y 500 y estar o no en TAR: una consulta cada dos meses.
  - **Estadios 3 y 4:** síntomas de inmunodeficiencia moderada o grave, tiene TAR y CD4 < 350: una consulta mensual
- Los pacientes con TAR, una vez evaluada la respuesta a los 6 meses de iniciada, aquellos que tengan carga viral no detectable y recuperación inmunológica podrán pasar a otra periodicidad de consultas a criterio médico.
- Descartar la presencia de signos y/o síntomas de progresión de la infección.
- Evaluar si clasifica para inicio de TAR. Si así fuera, indicar extracción de Carga Viral (basal), presentar en comisión provincial e indicar tratamiento antirretroviral según protocolo. Llenar y entregar el certificado correspondiente para entregar por el paciente en la farmacia que corresponda. No diferir inicio de TAR en espera del resultado de la Carga Viral.

- Establecer un plan para el control de la adherencia al tratamiento de conjunto con otros servicios del Policlínico y municipio.
- Evaluación del estado nutricional.
- Indicación de la dieta 3224, la que podrá ser renovada anualmente por el médico de familia.
- Evaluar resultados de la prueba de tuberculina e indicar profilaxis para la TB según protocolo conjunto de los programas de prevención y control de Tuberculosis y VIH/sida.
- Evaluar de forma diferenciada los pacientes con coinfecciones VIH/VHC, VIH/VHB y VIH/TB.
- Seguimiento periódico e indicación de estudios complementarios no específicos de VIH según necesidad de cada paciente.
- Seguimiento con conteos de CD4 y Carga Viral según protocolo nacional.
- Vigilancia de Hepatitis y Tuberculosis –anualmente-
- Tratar las reacciones adversas que se presenten.
- Evaluar cambios de tratamiento cuando corresponda.
- Indicar profilaxis y/o tratamiento para las infecciones oportunistas.
- Evaluar las embarazadas y sus parejas sexuales e indicar el tratamiento que le corresponda según escenarios.

**Tabla No. 11.- Monitoreo inmunológico y virológico antes y después de inicio de TAR en adultos, adolescentes y niños.**

<b>Momento</b>	<b>Recomendación</b>
Al diagnóstico de VIH	Conteo de CD4 basal
Seguimiento antes de iniciar TAR	Conteo de CD4 cada 6 o 12 meses
Cuando se decide iniciar TAR	Carga Viral basal (no diferir inicio de TAR en espera de resultado)
Seguimiento después de iniciado TAR	Conteo de CD4 cada 6 meses Carga viral a los 6 meses de iniciado el TAR y posteriormente cada 12 meses
Fallo de tratamiento**	Conteo de CD4 Carga Viral

**\*\* Fallo clínico en adultos y adolescentes**

Evento clínico nuevo o recurrente que indique inmunodeficiencia severa (estadio 4 de la OMS) que se presenta 6 meses después de iniciado un tratamiento antirretroviral efectivo.

**\*\* Fallo clínico en niños:**

Evento clínico nuevo o recurrente que indique inmunodeficiencia avanzada o severa (estadios 3 y 4 de la OMS a excepción de TB) que se presenta 6 meses después de iniciado un tratamiento antirretroviral efectivo.

**\*\* Fallo inmunológico en adultos y adolescentes:**

Conteo de CD4 cae a nivel del valor de CD4 basal por debajo o niveles persistentes de CD 4 por debajo de 100 cell/mm<sup>3</sup>.

**\*\* Fallo inmunológico en niños:**

Menores de 5 años:

Niveles persistentes de CD 4 por debajo de 200 cell/mm<sup>3</sup> o < 10%.

Mayores de 5 años:

Niveles persistentes de CD 4 por debajo de 100 cell/mm<sup>3</sup>.

**\*\* Fallo virológico:**

Adultos, adolescentes y niños:

Carga Viral plasmática por encima de 1,000 copias/ml en dos mediciones consecutivas después de 3 meses, con adherencia comprobada.

## **Atención integral a niños expuestos a riesgo de infección por VIH durante el embarazo y niños con VIH/sida**

La atención a niños nacidos de madres con VIH será integral y en todos los niveles de atención.

Desde el punto de vista pediátrico se cumplirán todas las consultas y acciones establecidas para todos los niños de su edad en el Programa de Medicina Familiar.

La especificidad de su atención y seguimiento con respecto al riesgo de exposición al VIH durante el embarazo, los tipos de estudio que se realizan así como la periodicidad de los mismos aparecen en el algoritmo para el diagnóstico de VIH en menores de 18 meses en la página 127.

Protocolo de seguimiento de niños nacidos de madres con VIH

- Seguimiento clínico por parte del Equipo Básico de Salud (EBS) y Pediatra del Grupo Básico de Trabajo (GBT), con la periodicidad que le corresponda según dispensarización, las interconsultas que sean necesarias incluyendo las de Pediatría en el IPK, así como el seguimiento del entorno familiar y del cumplimiento de las indicaciones médicas.
- Seguimiento de laboratorio con los estudios y periodicidad establecidos.

Para el estudio y seguimiento de niños expuestos al VIH cuyas madres se diagnostican con VIH con posterioridad a su nacimiento, o aquellos en los que fueron obviados algunos de los pasos del algoritmo, se insertarán en el mismo según la edad.

Criterios para evaluar el alta como negativo:

- Se haya cumplido el seguimiento clínico hasta los doce meses.
- Tenga dos PCR negativas en sangre total.
- El ELISA sea no reactivo.
- Haya desaparecido la reactividad en el WB.

El alta definitiva será resultado de la evaluación conjunta de los criterios de laboratorio (aportados por LISIDA) y los criterios clínico-epidemiológicos aportados por la provincia.

Los niños con VIH/Sida serán igualmente atendidos y seguidos por su Equipo Básico de Salud y el Pediatra del Grupo Básico de Trabajo con la periodicidad que corresponda según grupo dispensarial, edad y clasificación según estadio de la enfermedad, así como en correspondencia con las necesidades individuales de cada caso.

La consulta de pediatría del IPK funciona como referencia para la atención a niños, por lo que deben hacerse las coordinaciones necesarias para interconsultar los casos que se considere por el equipo de atención local.

El protocolo de seguimiento con estudios especiales aparece en la tabla 11 y los criterios para iniciar TAR en la tabla 13.

#### Recomendaciones antes de inicio del tratamiento ARV en niños:

- Identificar a la o las personas responsables del cuidado del menor, ya que el principal mecanismo de transmisión es perinatal y frecuentemente uno o ambos padres tienen el VIH, por lo que sugiere que intervenga un familiar cercano.
- Es importante que en todas las decisiones sobre el tratamiento se involucre al menor, adecuando la información a su edad.
- Discutir las opciones de tratamiento con los padres o tutores, explicándoles claramente posibilidad de interacciones, efectos secundarios y elegir la combinación menos tóxica que además tenga el mayor efecto de supresión viral. Tener en cuenta las características de la droga y su farmacocinética para lograr la adherencia al tratamiento.
- Seleccionar el tratamiento de menor toxicidad y asegurarse de su disponibilidad para mantenerlo en el tiempo
- Tener en cuenta la exposición a los medicamentos ARV que recibió la madre durante el embarazo que pudiesen resultar en droga resistencia.
- Se debe solicitar una prueba de resistencia al momento del diagnóstico a todo niño infectado por el VIH.

#### Prevención de enfermedades oportunistas:

Profilaxis con Cotrimoxol (400mg Sulfametoxazol SFX /80mg trimetopim (TMP) para la prevención de infecciones oportunistas.

En el niño **menor de 5 años**, una vez iniciada la profilaxis con Cotrimoxazol, esta debe mantenerse hasta los 5 años independiente el estado clínico e inmunológico, aun cuando el % CD4 sea mayor de 25% .

En el niño **mayor de 5 años**, deben seguirse los mismos criterios que en adolescentes y adultos.

Las reacciones adversas producidas por el uso de Cotrimoxazol son raras. En este caso puede administrarse alternativamente Dapsona a 2mg/Kg/día en dosis única.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA GESTANTE SEROPOSITIVA AL VIH

### El equipo básico de salud y el obstetra del Grupo Básico de Trabajo (GBT)

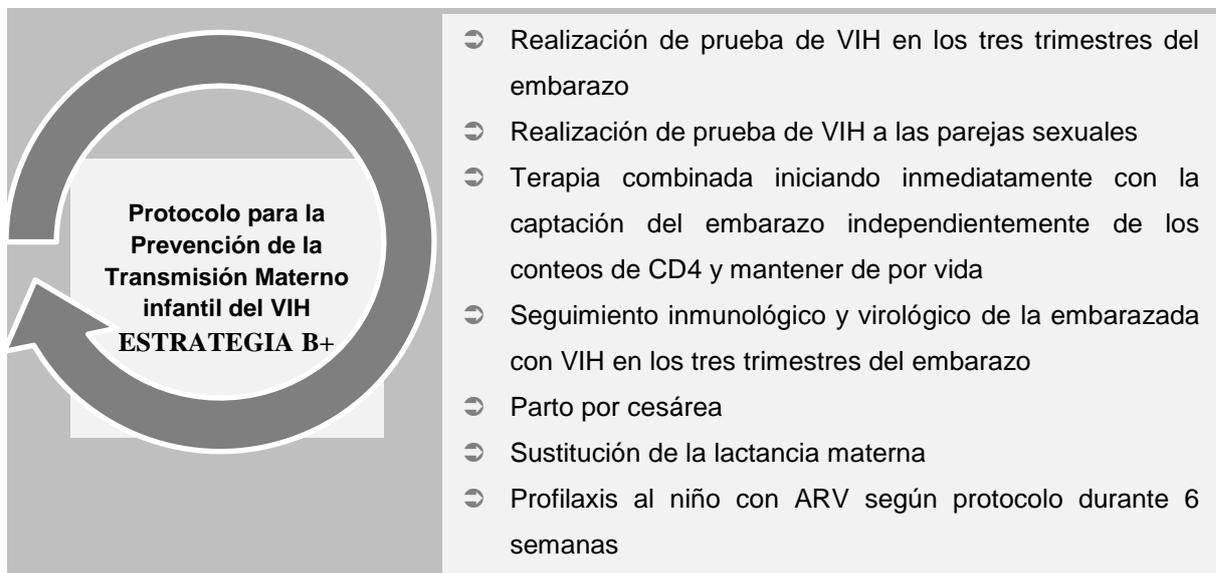
- El médico de familia y el gineco-obstetra del GBT garantizarán que la embarazada con VIH sea evaluada mensualmente por el especialista designado para la atención a personas con VIH y conocerán de los resultados de las evaluaciones periódicas.
- Derivarán a consejería de ITS-VIH/sida del Policlínico para evaluar programa de intervención educativo específico según riesgos de la gestante, su pareja y familia.
- Investigarán antecedentes de tratamientos ARV para de conjunto con el especialista designado para la atención a pacientes VIH/sida definir conducta a seguir según escenario.
- Se tomarán las medidas necesarias para que la gestante cumpla con el tratamiento antirretroviral, asegurando que las pacientes no adherentes sean evaluadas de forma diferenciada y se establezcan las acciones necesarias para garantizar la administración del tratamiento de forma controlada por personal de salud.
- Controlarán el cumplimiento de las indicaciones médicas y la adherencia a tratamientos.
- Coordinarán con los especialistas correspondientes el ingreso para realización de cesárea electiva.
- Indicarán suspensión de la lactancia materna y garantizarán que el bebé reciba lactancia artificial.

### El especialista designado para la atención a personas con VIH:

- Evaluará mensualmente a la totalidad de gestantes con VIH y retroalimentará al gineco-obstetra del GBT y al médico del consultorio.
- Indicará tratamiento antirretroviral inmediatamente que se diagnostique el embarazo -independientemente del estadio clínico e inmunológico de la gestante-
- Indicará y controlará que sean realizados conteos de CD4 y carga viral en los tres trimestres del embarazo y evaluará, de conjunto con el médico de familia y profesor del GBT, la conducta a seguir para lograr que la carga viral sea indetectable.
- Remitirá las embarazadas con Hepatitis B, C y/o TB para seguimiento en el nivel terciario.
- Evaluará mensualmente a las gestantes NEGATIVAS al VIH con pareja sexual SEROPOSITIVA al VIH -pareja serodiscordante- y será responsable de cumplir lo establecido para el seguimiento de estas pacientes.
- Evaluará el inicio de tratamiento antirretroviral en hombres con VIH parejas de embarazadas seronegativas al VIH. El seguimiento en consulta de estos pacientes se realizará con igual periodicidad que las gestantes mientras dure el embarazo.

## PROTOCOLO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL (TMI) DEL VIH

Figura Nº 5.- Protocolo de prevención de la TMI del VIH



El objetivo esencial del TAR en la embarazada es minimizar la transmisión materno infantil del VIH, para ello la mujer debe de arribar al tercer trimestre con Carga Viral indetectable y mantenerla hasta la realización de la cesárea.

***Todas las mujeres seropositivas al VIH iniciarán TAR inmediatamente que se diagnostique el embarazo e independientemente del valor de los CD4.***

### **Principios del TAR durante la gestación**

- El tratamiento antirretroviral iniciado durante el embarazo se mantendrá de por vida
- Será controlado por el equipo básico de salud
- En caso que la nevirapina forme parte del esquema terapéutico, controlar rigurosamente todos los meses la función hepática.

### **Esquemas preferenciales:**

1. Truvada (Tenofovir + Emtricitabine) + Efavirenz.
2. Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz.

### **Esquemas alternativos:**

1. Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina (mujeres con CD4 menor o igual de 250 cels. /mm<sup>3</sup>).
2. Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/ ritonavir (Kaletra) (mujeres con CD4 mayor de 250 cels. /mm<sup>3</sup>).

*Nota: En caso de alergia a los antirretrovirales no nucleósidos utilizar Kaletra.*

**Tabla No. 12.- Escenarios en los que se presenta la gestante seropositiva al VIH**

DIFERENTES ESCENARIOS EN LOS QUE SE PRESENTA LA GESTANTE INFECTADA POR EL VIH	
Escenario No. 1	<p>Seropositiva conocida que se le capta un embarazo</p> <p>1a.- No tenía tratamiento ARV antes de embarazarse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciar tratamiento antirretroviral inmediatamente se diagnostique el embarazo (independiente del conteo de CD<sub>4</sub>)</li> <li>▪ Mantener el tratamiento antirretroviral de por vida</li> </ul> <p>Esquemas a aplicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se recomienda el uso de nevirapina en aquellas pacientes que tengan CD<sub>4</sub> ≥ 250, por lo que de ser necesario el uso de nevirapina es necesario contar con el valor de los CD<sub>4</sub></li> </ul> <p>1b.- Tenía tratamiento ARV antes de embarazarse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantener el mismo esquema terapéutico si su carga viral está indetectable. De no estar indetectable evaluar cambio de esquema.</li> </ul>
Escenario No. 2	<p>Gestante seropositiva que no tiene tratamiento actual pero que en algún momento recibió TAR por profilaxis u otra causa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inicio de TAR, con esquemas recomendados.</li> <li>▪ Si la carga viral se mantiene por encima de 1 000 copias a las 12 semanas del inicio de TAR, valorar y discutir en comisión nacional de tratamientos para valorar el esquema conveniente y/o estudios de resistencia.</li> </ul>
Escenario No. 3	<p>Gestante seropositiva multitratada con exposición previa a esquemas recomendados y hay evidencias de fracasos virológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No suspender la terapia que tenga en ese momento</li> <li>▪ Remisión a la comisión nacional de evaluación de tratamientos para valorar el esquema conveniente y estudios de resistencia.</li> </ul>
Escenario No. 4	<p>Embarazada que se diagnostica a partir de las 24 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciar tratamiento antirretroviral inmediatamente con esquemas recomendados y evaluar por la comisión nacional de evaluación de tratamientos</li> </ul>
Escenario No. 5	<p>Seronegativa que en cualquier momento del embarazo tenga una pareja seropositiva al VIH.</p> <p><b><u>Alto riesgo de infección durante el embarazo</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantizar su evaluación personalizada e interdisciplinaria y seguimiento estrictos</li> <li>▪ Vigilar aparición de signos y/o síntomas de retrovirosis aguda</li> <li>▪ Seguimiento mensual con Elisa de doble principio (se realiza en LISIDA) y carga viral</li> <li>▪ Seguimiento en Consejería de ITS-VIH/sida del Policlínico</li> <li>▪ Promoción del uso del condón</li> <li>▪ Evaluación de la pareja por el especialista designado para la atención a personas con VIH             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si tiene TAR y presenta carga viral indetectable: mantener igual tratamiento y observación estrecha del caso.</li> <li>○ Si tiene TAR y presenta carga detectable: discutir en comisión nacional de tratamiento junto a la embarazada.</li> <li>○ Si no está recibiendo TAR: tratar independientemente de los CD<sub>4</sub> con los esquemas recomendados y remitir a la embarazada a la comisión nacional de tratamientos para decidir conducta.</li> </ul> </li> <li>▪ Promover el uso de condones durante todo el tiempo que dure la lactancia materna.</li> </ul>

### Atención a la gestante seropositiva en el momento del parto:

- La gestante ingresará en el Hospital que le corresponda por regionalización para la realización de la cesárea.
- Si la embarazada recibió tratamiento antirretroviral durante la gestación y su carga viral es **NO DETECTABLE**, **no utilizar** Zidovudina intravenosa en el momento del parto.
- **Se utilizará** Zidovudina intravenosa en las siguientes situaciones:
  - La embarazada se diagnosticó con VIH en el último trimestre y no se logró llevar la carga viral a valores no detectables
  - La embarazada recibió tratamiento antirretroviral pero no se dispone del resultado de su carga viral.
  - En embarazadas que se les presenta el parto antes de las 35 semanas
  - En embarazadas que presentan rotura prematura de membranas, fiebre o sangramiento durante el parto.

### Administración de zidovudina por vía i.v

Iniciar 3 horas antes del inicio de la cesárea a razón de 2 mg x kg en la 1era hora, seguida de una infusión continua de 1mg x Kg por hora hasta la ligadura del cordón umbilical. La infusión se diluye en suero glucosado al 5% y la concentración no debe exceder de 4 mg/ml.

### Conducta con el recién nacido de mujer seropositiva:

1. Iniciar la administración de Zidovudina (jarabe) en las primeras 4-6 horas después del nacimiento a razón de 2 mg x Kg de peso cada seis horas y mantener el tratamiento por 42 días (seis semanas).
2. En el caso que el recién nacido no esté en condiciones de recibir el medicamento por vía oral, se le debe de administrar por vía iv en la misma dosis que el esquema recomendado en el punto 1 si se trata de recién nacido a término.
3. En caso de recién nacidos prematuros o bajo peso comenzar el tratamiento con el jarabe de Zidovudina a razón de 1,5 mg x Kg hasta que alcance el peso ideal en que se continúa como se indica en el punto 1.
4. Queda suspendida la lactancia materna.
5. Garantizar lactancia artificial.
6. Seguimiento clínico y de laboratorio según algoritmo
7. Continuar con las medidas establecidas por el PAMI para todos los recién nacidos.

## PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES EN ADOLESCENTES, ADULTOS Y NIÑOS CON VIH

### Principios para decidir el inicio de la terapia antirretroviral (TAR)

- Informar al paciente de las ventajas y los inconvenientes del tratamiento y de sus reacciones adversas
- Obtener el consentimiento del paciente
- Tener en cuenta las incompatibilidades e interacciones medicamentosas
- Tener en cuenta que el primer esquema es el mejor siempre que logre máxima y estable supresión de la replicación viral a los seis meses
- La medicación debe mantenerse de por vida e ininterrumpidamente

**Tabla No. 13.- Criterios para el inicio de tratamiento antirretroviral en adultos, adolescentes y niños**

Grupo de población	Recomendación
<b>Adultos y adolescentes (mayores de 10 años)</b>	<b>Iniciar TAR si <math>CD4 \leq 500 \text{ cell/mm}^3</math></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><u>Como prioridad iniciar TAR en personas con infección severa-avanzada o con <math>CD4 \leq 350 \text{ cell/mm}^3</math></u></b></li> </ul>
	<b>Iniciar TAR independientemente del estadio clínico y el conteo de CD4 en:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tuberculosis activa</li> <li>▪ Coinfección VHB-VHC</li> <li>▪ Gestantes</li> <li>▪ Parejas de embarazadas seronegativas</li> <li>▪ Evaluar en parejas serodiscordantes con <math>CD4 &gt; 500 \text{ cell/mm}^3</math></li> </ul>
<b>Niños <math>\geq 5</math> años</b>	<b>Iniciar TAR si <math>CD4 \leq 500 \text{ cell/mm}^3</math></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Como prioridad iniciar TAR en niños con infección severa-avanzada (estadios 3 y 4) o con <math>CD4 \leq 350 \text{ cell/mm}^3</math></li> </ul>
	<b>Iniciar TAR independientemente del conteo de CD4</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estadio 3 o 4 de la OMS</li> <li>▪ Tuberculosis activa</li> </ul>
<b>Niños entre 1 y 5 años</b>	<b>Iniciar TAR en todos independientemente del estadio y/o el conteo de CD4</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Como prioridad iniciar TAR en niños con VIH entre 1-2 años o con enfermedad severa/avanzada (estadios 3 y 4 de la OMS) o con conteos de <math>CD4 \leq 750 \text{ cell/mm}^3</math> o <math>&lt; 25\%</math>.</li> </ul>
<b>Niños menores de 1 año</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciar TAR en todos independientemente del estadio y/o el conteo de CD4.</li> </ul>

**Para inicio o cambios de tratamiento:**

- a) El médico del consultorio, en conjunto con el profesor del GBT y el especialista designado para la atención a personas con VIH presentarán las propuestas de inicio o cambio de TAR en la comisión provincial de evaluación para tratamiento con antirretrovirales.
- b) Las comisiones provinciales y la nacional son responsables de autorizar inicios y/o cambios (según el ARV de que se trate) una vez comprobadas las existencias de los medicamentos que se están proponiendo.
- c) En caso de existir anemia por Zidovudina o intolerancia a la misma sustituir por Tenofovir o Abacavir, según disponibilidad.

# LÍNEAS TERAPÉUTICAS PARA ADULTOS Y ADOLESCENTES

## PRIMERA LÍNEA

Se emplearán para iniciar tratamiento esquemas basados en tres inhibidores de la reverso transcriptasa: -2 nucleósidos (AN) + 1 no nucleósido (NN)

### AN

### NN

1-	AZT (zidovudina)	+	3TC (lamivudina)	+	NEV (nevirapina)
2-	AZT (zidovudina)	+	3TC (lamivudina)	+	EFV (Efavirenz)
3-	TDF (tenofovir)	+	3TC (lamivudina)	+	NEV (nevirapina)
4-	TDF (tenofovir)	+	3TC (lamivudina)	+	EFV (Efavirenz)

- No utilizar nevirapina en mujeres con CD<sub>4</sub> mayor de 250 y en hombres con CD<sub>4</sub> mayor de 400 cels./mm<sup>3</sup>. En su lugar, utilizar EFV.
- El esquema preferente es AZT + 3TC + NEV.
- Se recomienda el uso de TDF como componente de los esquemas de inicio si el paciente presenta anemia y existe disponibilidad del medicamento..
- En la coinfección con hepatitis B: utilizar TDF +3TC + EFV.
- En la coinfección con Tuberculosis utilizar AZT + 3TC + EFV.
- En caso de presentar reacción adversa o contraindicación para el uso de Tenofovir y zidovudina, se recomienda sustituir por ABC.

## SEGUNDA LÍNEA

Estará conformada por esquemas que incluyan 2 inhibidores nucleósidos (AN) + 1 inhibidor de proteasa potenciado con ritonavir.

### AN

### IP/r

- 1.- ABC (\*) (abacavir) + 3TC LPV/r Lopinavir/Ritonavir
- 2.- TDF (tenofovir) + 3TC + ATV/r (atazanavir + ritonavir)
- 3.- AZT (zidovudina) + 3TC SQV/r (saquinavir + ritonavir)  
IND/r (Indinavir + ritonavir)

- Si en la primera línea se utilizó AZT, en la segunda línea se utilizará Tenofovir + Lamivudina o Abacavir (\*) + Lamivudina.
- Si en la primera línea se utilizó Tenofovir en la segunda línea se utilizará Abacavir + Lamivudina o Zidovudina + Lamivudina

(\*)Utilizar con precaución en pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiovascular, con cargas virales superiores a 100 000 cp.

## TERCERA LÍNEA

Los medicamentos de esta línea serán indicados en pacientes que presenten fracaso a tres o más esquemas previa discusión y aprobación por el Comité Nacional de Evaluación de Tratamientos, el cual incluirá para tal decisión estudios de resistencia.

Pertencen a la tercera línea el Darunavir, el Tipranavir, el Enfuvirtide y el Raltegravir

## LÍNEAS TERAPÉUTICAS PARA NIÑOS

Niños < 3 años

### PRIMERA LÍNEA

Se emplearán para iniciar tratamiento esquemas basados en tres inhibidores de la reverso transcriptasa: -2 nucleósidos (AN) + 1 no nucleósido (NN)

AN

NN

1-	<b>AZT</b> (zidovudina)	+	<b>3TC</b> (lamivudina)	+	<b>NEV</b> *(nevirapina)
2-	<b>D4T</b> (Estavudina)	+	<b>3TC</b> (lamivudina)	+	<b>NEV</b> *(nevirapina)

### SEGUNDA LÍNEA

Estará conformada por esquemas que incluyan 2 inhibidores nucleósidos (AN) + 1 inhibidor de proteasa potencializado con ritonavir.

AN

IP/r

1-	<b>AZT</b> (zidovudina)	+	<b>3TC</b> (lamivudina)	+	<b>LPV/r</b> (Lopinavir/Ritonavir)
2-	<b>D4T</b> (Estavudina)	+	<b>3TC</b> (lamivudina)	+	<b>LPV/r</b> (Lopinavir/Ritonavir)
3.-	<b>ABC</b> (Abacavir)	+	<b>3TC</b> (lamivudina)	+	<b>LPV/r</b> (Lopinavir/Ritonavir)

\* Contraindicada cuando la madre este usando nevirapina y la carga viral sea detectable o historia de uso previo con mala respuesta.

## LÍNEAS TERAPÉUTICAS PARA NIÑOS

Niños  $\geq$  3 años hasta 10 años

### PRIMERA LÍNEA

Se emplearán para iniciar tratamiento esquemas basados en tres inhibidores de la reverso transcriptasa: -2 nucleósidos (AN) + 1 no nucleósido (NN)

	AN		NN
1-	<b>AZT</b> (zidovudina)	+	<b>3TC</b> (lamivudina) + <b>NEV</b> (nevirapina)
2-	<b>AZT</b> (zidovudina)	+	<b>3TC</b> (lamivudina) + <b>EFV</b> (Efavirenz)
3-	<b>TDF</b> (tenofovir)	+	<b>3TC</b> (lamivudina) + <b>NEV</b> (nevirapina)
4-	<b>TDF</b> (tenofovir)	+	<b>3TC</b> (lamivudina) + <b>EFV</b> (Efavirenz)

### SEGUNDA LÍNEA

Estará conformada por esquemas que incluyan 2 inhibidores nucleósidos (AN) + 1 inhibidor de proteasa potencializado con ritonavir.

	AN		IP/r
1.-	<b>TDF</b> (tenofovir) + <b>3TC</b>	+	<b>LPV/r</b> (Lopinavir/Ritonavir)
2.-	<b>AZT</b> (zidovudina) + <b>3TC</b>	+	<b>LPV/r</b> (Lopinavir/Ritonavir)
3-	<b>ABC</b> (Abacavir)	+	<b>3TC</b> (lamivudina) + <b>LPV/r</b> (Lopinavir/Ritonavir)

Para los menores de 7 años deben tenerse presentaciones pediátricas o adecuar dosis según peso.

## ALGORITMO DE SEGUIMIENTO A PVV CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

**6 meses en TAR:**  
 Determinación de Carga viral  
 Recuento de CD4  
 Evaluación clínica y de laboratorio  
 Evaluación de efectos indeseables

**Carga viral > 1000 cp**

**Carga viral < 1000 cp**

**Evaluar:**  
 Falta de adherencia  
 Presencia de fiebre  
 Vacunaciones recientes  
 Interacciones medicamentosas

**Detectable (valores entre 40 y 1000 cp)**

**No detectable**

**Si**

**No**

**Mantener TAR, mantener la vigilancia clínica inmunológica y virológica**

**Repetir en 12 semanas manteniendo igual tratamiento**

**Mantener tratamiento  
 Mantener la vigilancia clínica, inmunológica y virológica**

**CD4 ≤ valor basal**

**CD4 > valor basal**

**Si persiste carga viral > de 1000 cp**

**Discutir en Comité provincial para la evaluación del TAR**

**Mantener tratamiento**

**Evaluar fracaso  
 Discutir en comisión provincial de TAR el posible cambio previo estudios de resistencia**

## TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS

Enfermedad	<b>Infecciones producidas por parásitos</b>	
	<b>Tratamiento</b>	
	<b>Elección</b>	<b>Alternativo</b>
<b>Pneumocystis jiroveci</b> Neumonía, raramente en otras localizaciones o formas diseminadas.	<u>Formas graves:</u> Cotrimoxazol, 15-20 mg/Kg/d de trimetropim y 75-100 mg/kg/d de sulfametoxazol IV o VO, 21 días (repartido en 3-4 tomas) Añadir: Prednisona, 40 mg/12 hs VO o IV, si P02 < 70 mmHg <u>Formas leves-moderadas:</u> Cotrimoxazol mismas dosis VO	Pentamidina (isotianato) 3-4 mg/kg/día IV, 21 días Clindamicina, 600 mg VO o IV/6-8h, + primaquina 30 mg/día VO 21 días Dapsona 100 mg/d VO+ trimetropim 15-20 mg/kg/d VO 21 días
<b>Toxoplasma gondii</b> Lesiones focales en SNC, coriorretinitis, raramente en otras localizaciones.	Sulfadiacina 4-8 g/día (en 4 dosis) IV o VO, + pirimetamina, 50 mg día VO, + ácido Fólico 5 mg por día, durante 6-8 semanas	Clindamicina, 600 mg/6 h IV o VO, + pirimetamina, 50 mg VO/día + ácido fólico VO 5mg por día durante 6-8 semanas Azitromicina 1000 mg/día VO o Claritromicina 500 mg c/12 h VO+ pirimetamina 50 mg/día VO+ ácido fólico 5mg por día VO, durante 6-8 semanas Cotrimoxazol, 15-20 mg/Kg/d de trimetropin y 75-100 mg/kg/d de sulfametoxazol IV o VO/ día (repartido en 3-4 tomas) + ácido fólico 5 mg VO por día, durante 6-8 semanas
<b>Cryptosporidium</b> Enteritis, menos frecuente en otras localizaciones (vía biliar o pulmonar)	TAR	
<b>Isospora belli</b>	Enteritis: Cotrimoxazol, 160 mg de trimetropin /800 mg de sulfametoxazol, 3-4 veces/día VO 10 días	Pirimetamina 50 mg/d VO+ ácido fólico 5mg /d VO Ciprofloxacino 500 mg VO o IV c/12 h, por 7 días
<b>Microsporidia</b> Entero cytozoon bienewisi,	TAR Albendazol 400 mg/12h VO	

Enfermedad	<b>Infecciones producidas por parásitos</b>	
	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
Giardia lamblia, Entamoeba coli, Endolimax nana y Blastocystis hominis Enteritis, enterocolitis	Metronidazol, 250 mg c/8h, VO o IV, 5-7 días	Albendazol 400 mg/d, 5 días VO

Enfermedad	<b>Infecciones producidas por hongos</b>	
	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
<b>Candidiasis oral</b>	Fluconazol 100 mg/d 7-14 días VO	Itraconazol solución oral 100 mg/d 7-14 días Clotrimazol tabletas vaginales chupar 4-5 veces/d 7-14 días Nistatina suspensión 5 cc 4 veces/d 7-14 días VO hacer buches. Ketoconazol 200 mg/d VO 7-14 días Itraconazol cápsulas 100 mg/d VO 7-14 días
<b>Candidiasis esofágica</b>	Fluconazol 100 mg/d 10-14 días VO Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/kg/d IV (usar en formas graves durante 4 o 5 días y continuar con Fluconazol igual dosis)	Itraconazol solución 200 mg/d VO 10-14 días Itraconazol cápsulas 200 mg/d VO 14-21 días Ketoconazol 400 mg/d VO 14-21 días
<b>Meningitis Criptocócica</b>		
<b>Inducción</b>	Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/kg/d IV por 2 semanas Anfotericina B liposomal 4 mg/kg/d IV 2 semanas	Fluconazol 400-800 mg/d x 2 semanas VO o IV
<b>Consolidación</b>	Fluconazol 400 mg/d por 8 semanas VO	Itraconazol 200 mg c/12h VO 8 semanas
<b>Histoplasmosis</b> Enfermedad grave Enfermedad menos grave Meningitis	<b>Fase aguda (3 – 10 días)</b> Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/kg/d 2 sem IV o Anfotericina B liposomal 5 mg/kg/d 2 semanas IV <b>Fase de continuación (12 semanas)</b> Itraconazol 200 mg VO dos veces al día o Itraconazol 200 mg VO c/8 horas 3 días y después 200 mg VO dos veces al día durante 12 semanas	Itraconazol 400 mg VO/diario durante 12 semanas Fluconazol 800 mg VO /diario durante 12 semanas

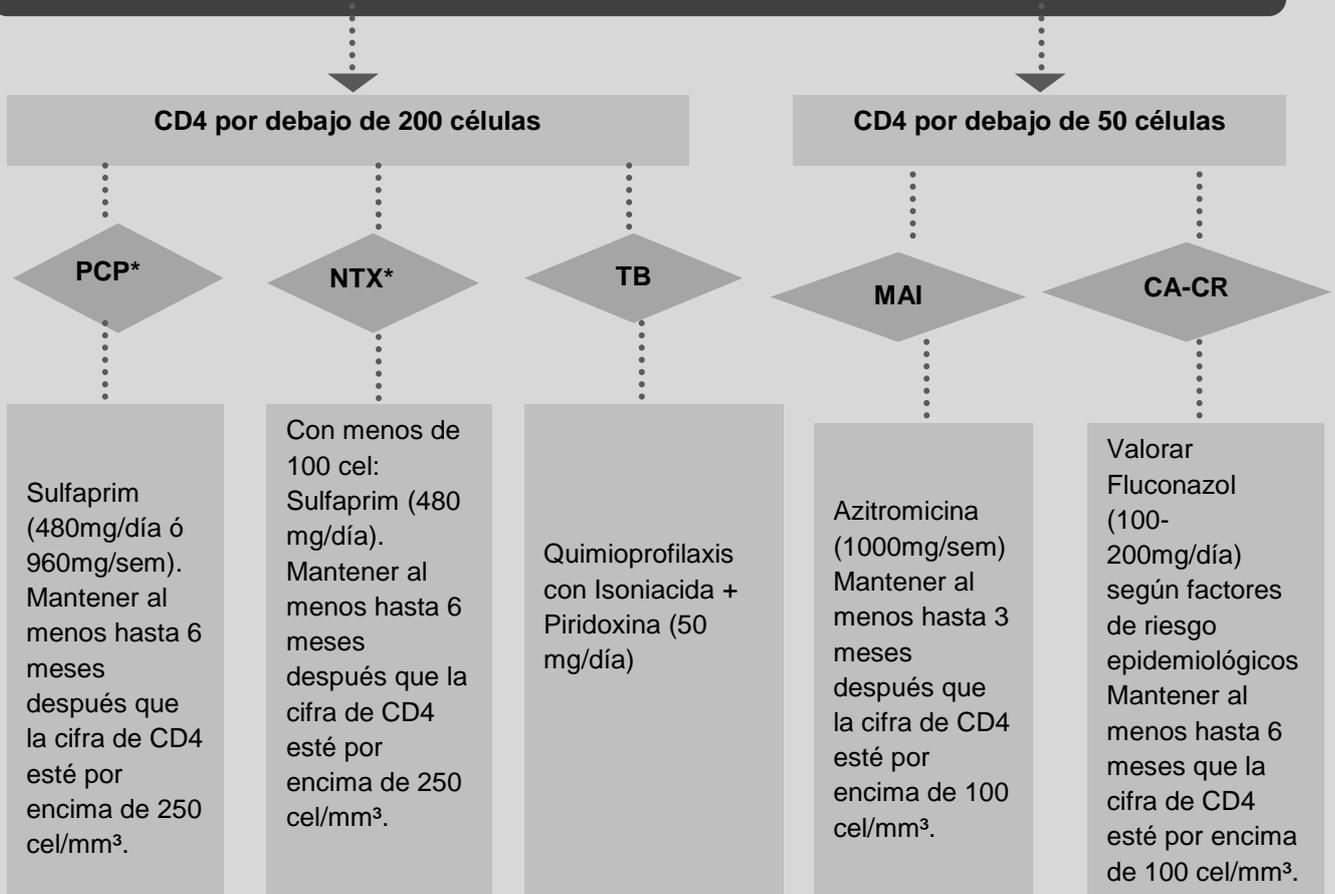
Enfermedad	<b>Infecciones producidas por virus</b>	
	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
<b>Infecciones producidas por virus herpes- simple</b>	<p><b>Herpes oro-labial o genital no grave</b> Aciclovir 400 mg VO c/ 8 h o Aciclovir 200 mg VO 5 veces al día o valaciclovir 1 g VO c/ 12 h; durante 7-10 días</p> <p><b>Herpes oro-labial o genital grave</b> Tratamiento inicial con Aciclovir 5 mg/Kg IV c/8 h. Continuar con Aciclovir 400 mg VO c/8 h o valaciclovir 1 g VO c/ 12 h, hasta que las lesiones hayan curado.</p> <p><b>Herpes genital recurrente</b> Terapia supresora crónica con Aciclovir 400-800 mg VO c/8-12h, o valaciclovir 500-1000 mg VO c/12-24h</p> <p><b>Encefalitis herpética</b> Aciclovir 10 mg/Kg IV c/8 h durante 14-21 días.</p>	Valaciclovir 1 g vo c/ 12 h; durante 7-10 días
<b>Infecciones producidas por virus varicela-zoster</b>	<p><b>Herpes zoster localizado</b> Aciclovir 800 mg VO c/6h durante 7-10 días o valaciclovir 1 g VO c/ 8 h.</p> <p><b>Varicela</b> Aciclovir 10 mg/kg iv c/8h durante 7-10 días</p> <p><b>Herpes zoster diseminado o con afectación visceral o necrosis retiniana periférica</b> Aciclovir 10 mg/kg IV c/8h hasta la resolución de las lesiones cutáneas y viscerales</p>	Ganciclovir 5 mg/kg IV c/12h
<b>Infecciones producidas por citomegalovirus</b>	<p><b>Tratamiento de Inducción</b></p> <p><b>Retinitis con riesgo de ceguera o Retinitis periférica</b> Valganciclovir 900 mg VO c/12 h durante 14-21 días o ganciclovir 5 mg/kg IV c/12 h durante 14-21 días.</p> <p><b>Esofagitis ,colitis, Neumonitis o Enfermedad neurológica</b> Ganciclovir 5 mg/kg IV c/ 12 h durante 3-4 semanas o hasta resolución de los síntomas o Valganciclovir 900 mg VO c/24 h por igual período</p>	

Enfermedad	<b><i>Infecciones producidas por bacterias</i></b>	
	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
<b><i>Rhodococcus equi</i></b>	Vancomicina + Imipenem o Meropenem + Rifampicina seguido de Claritromicina + Rifampicina VO	Ciprofloxacino

Los antibióticos serán usados a dosis convencional pero por largos periodos de tiempo hasta la resolución del cuadro.

El resto de las infecciones bacterianas serán tratadas igual que en personas no portadoras de VIH.

## QUIMIOPROFILAXIS PRIMARIA DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS MÁS FRECUENTES



**\*Terapia alternativa: Dapsone (100mg)/día + Pirimetamina (25 mg) 2 v/sem. Mantener al menos hasta 6 meses después que la cifra de CD4 estén por encima de 250 cels x mm<sup>3</sup>.**

### Leyenda:

PCP: Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

NTX: Neurotoxoplasmosis

TB: Tuberculosis

MAI: *Mycobacterium avium* intracelular

CA-Cándida

CR-Criptococo

## QUIMIOPROFILAXIS SECUNDARIA DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS MÁS FRECUENTES

**Profilaxis secundaria que se debe recomendar a todos los pacientes.**

Patógeno	Indicación	Electivo	Alternativa
Pneumocystis Jirovecii (PCP)	Pneumocystosis previa	SMX -TMP. Una dosis doble/días alternos 800/160mg VO  SMX -TMP. Una dosis simple/ día 400/80mg VO.	Dapsona 100 mg/día VO o  Dapsona 50 mg/diarias VO + Piremetamina 50 mg/semana VO + Acido Fólico 5mg VO  o  Pentamidina 300 mg inhalado/mes
Toxoplasma Gondii	Toxoplasmosis cerebral previa	Sulfadiacina 500/1000mg VO cada/6 horas + Pírimetamina 25/75 mg/día VO+ Acido Fólico 5mg VO/día	Azitromicina 500-1000mg/día VO o Claritromicina 500mg VO c/12 horas + Pírimetamina, 25-50mg/día VO+ Ácido Fólico 5mg VO/día
Micobacterium avium complex (MAC)	Enfermedad por MAC previa	Claritromicina 500mg VO c/12 horas+ Etambutol 15mg/Kg/día VO puede o no asociarse Rifampicina 600 mg/día VO	Azitromicina 500 mg/día VO+ Etambutol 15mg/kg/día VO asociada o no a Rifabutina 300 mg/día VO
Citomegalovirus (CMV)	Enfermedad por CMV previa	Valganciclovir 450 mg VO c/12 h	Ganciclovir 5 mg/kg EV/día de 5 a 7 días de la semana o 1g diario oral repartido en 3 tomas
Cryptococcus Neoformans	Enfermedad previa	Fluconazol 200mg/día VO	Anfotericina B 0.6-1.0 mg/kg IV 1-2 veces por semana  Itraconazol. 200 mg/día VO
Rhodococcus equi	Enfermedad previa	Prolongar tratamiento de la fase aguda por VO	

### Profilaxis recomendadas sólo en pacientes con recidivas frecuentes o graves

Patógeno	Indicación	Electivo	Alternativa
Virus Herpes Zoster	Recidivas frecuentes o graves	Aciclovir 800mg c/8 horas VO	
Virus Herpes Simple	Recidivas frecuentes o graves	Aciclovir 200mg/8h o 400/12h VO	Valaciclovir 500mg/12hVO
Candida (Oro faríngea, Esofágica o vaginal)	Recidivas frecuentes	Fluconazol de 100-200mg/día VO	Itraconazol 200mg/día VO o Ketoconazol 200mg/día VO.

### Criterio de retirada y reinicio de profilaxis primaria (PP) y secundaria (PS)

Infección oportunista	Inicio PP	Retirada PP	Reinicio PP	Inicio PS	Retirada PS	Reinicio PS
Neumonía P. Jirovecii.	CD4<200	CD4 >200 durante más de 6 meses	CD4<200	PCP previa	CD4>200 durante más de 6 meses	CD4<200
Toxoplasmosis cerebral (NTX)	IgG (+) CD4 <100	CD4>200 durante más de 3 meses	CD4<100-200	NTX previa	CD4>200 durante más de 6 meses	CD4<200
Micobacterium avium complex	No indicada			MAC previo	CD4>100 más de 6 meses y tratamiento anti-MAC de 12 meses	CD4<100

<b>Infección oportunista</b>	<b>Inicio PP</b>	<b>Retirada PP</b>	<b>Reinicio PP</b>	<b>Inicio PS</b>	<b>Retirada PS</b>	<b>Reinicio PS</b>
Criptococosis (CT)	No indicada			CT previa	CD4>200 más de 6 meses y asintomático	CD4<200
Retinitis por citomegalovirus (CMV)	No indicada			CMV previa	CD4>100-150 más de 6 meses sin evidencia de enfermedad activa	CD4<100-150

## Antirretrovirales: descripción, presentación y dosis

**Tabla No. 14. Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido y de nucleótido**

Principio Activo	Presentación	Dosis
Zidovudina AZT	Cápsulas de 100 y 250 mg. Comprimidos de 300 mg. Sol oral 50 mg/5 ml. Viales 200 mg (10 mg/ml)	300 mg 2v/ día
Estavudina D4t	Cápsulas de 15, 20,30 y 40 mg.	Mayores de 60 Kgs: 40 mg/2v/día. Menores de 60 Kgs 30 mg 2v/día.
Lamivudina 3TC	Comprimidos de 150 y de 300 mg. Sol. Oral 10 mg/ ml.	150 mg 2v/día ó 300mg diarios
Didanosina DDI	Comprimidos masticables de 25, 50, 100, 150 y 200 mg. Cápsulas gastroresistentes de 125,150, 200,250 y 400 mg. Polvo de 2 y 4 g.	Mayores de 60 Kgs: 400 mg/día ó 200 mg 2v/día. Menores de 60 Kgs 250 mg /d ó 125 mg 2v/día.
Abacavir ABC	Comprimidos de 300 mg.	300 mg 2v/día
Tenofovir TDF	Comprimidos de 300 mg.	300 mg/d
Emtricitabina FTC	Cápsulas de 200 mg. Sol. Oral 10 mg/ ml.	200 mg/d

**Tabla No.15.- Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos**

Principio Activo	Presentación	Dosis
Nevirapina NEV	Comprimidos de 200 mg. Suspensión oral 10 mg/ ml.	200 mg/diarios x 14 días, seguidas de 200 mg 2v/ d.
Efavirenz EFV	Cápsulas de 50, 100 y 200 mg y Comprimidos de 600 mg.	600 mg/ diarios
Etravirina ETV	Comprimidos de 100 mg.	200 mg 2v/ d.

**Tabla No. 16. Inhibidores de las proteasas**

Principio Activo	Presentación	Dosis
Indinavir IDV	Cápsulas de 200 y 400 mg.	800 mg. 3v/d. Potenciado IND/r 800/100 mg 2v/d.
Ritonavir RTV	Cápsulas o tabletas de 100 mg. Solución oral 80 mg/ml.	Como potenciador de otros IP (r) 100 ó 200 mg con cada dosis de IP. Como IP solo se desaconseja.
Saquinavir SQV	Comprimidos de 200 y 500 mg.	SQV/r 1000 /100 mg. 2v/día
Nelfinavir NFV	Comprimidos de 250 mg. En polvo 1g = 50 mg.	750 mg 3v/d o 1250mg c/12 horas
Fosamprenavir FPV	Comp. 700 mg.	FPV/r 700/100 mg 2v/d
Lopinavir/Ritonavir LPV/r	Comprimidos de Lopinavir 200/r 50 mg.	400/100 2v/d ó 800/200 diarios
Atazanavir ATV	Cápsulas de 150, 200 y 300 mg.	300/100 r diarios ó 400 mg 2v/d. (sin potenciar) - <b>solo para casos vírgenes de TARV.</b>
Darunavir DRV	Comprimidos de 400 y 600 mg.	En pacientes previamente tratados: 600/100 r 2v/d En pacientes que no han sido tratados previamente: 800/ 100 r diarios 4v/d
Tripranavir TPV	Cápsulas de 250 mg.	TPV/r 500/200 2v/d

**Tabla No. 17. Antagonistas del correceptor CCR5**

Principio Activo	Presentación	Dosis
Maraviroc	Comprimidos de 150 y 300 mg	150,300 o 600 mg 2v/d en dependencia de las interacciones con otros medicamentos.

**Tabla No. 18. Inhibidores de la integrasa**

Principio Activo	Presentación	Dosis
Raltegravir	Comprimidos de 400 mg.	400 mg 2v/d

**Tabla No. 19. Inhibidores de la fusión**

Principio Activo	Presentación	Dosis
Enfuvirtide T-20	Vial de 90 mg.	90 mg 2v/d sub cutáneo

## PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

### Equipo Básico de Salud

- Conocerán de su universo de pacientes que viven con VIH, los que tienen tratamiento y los medicamentos y dosis indicadas.
- Brindarán información al paciente y su familia acerca de los beneficios del TAR y las consecuencias de la no adherencia.
- Identificarán en el contexto familiar del paciente los factores positivos y negativos para una buena adherencia estableciendo estrategia a seguir según corresponda.
- Explorarán la adherencia y la aparición de reacciones adversas en consulta y en las visitas de terreno con la periodicidad que le corresponda según dispensarización
- Conocerán los resultados de los estudios de CD4 y carga viral a los 6 meses después de haber iniciado TAR, los que serán registrados en la Historia Clínica del paciente.
- Interconsultarán con otras especialidades los pacientes en abandono de tratamiento y/o aquellos que no tienen buena adherencia.
- Solicitará el apoyo de las redes de personas que viven con VIH de su comunidad (Equipos de Ayuda Mutua) para incidir en pacientes con mala adherencia o en abandono.
- Incluirá en los análisis de fallecidos por sida, el comportamiento de este parámetro y las acciones desarrolladas por el EBS.

### La enfermera de ITS/VIH/sida

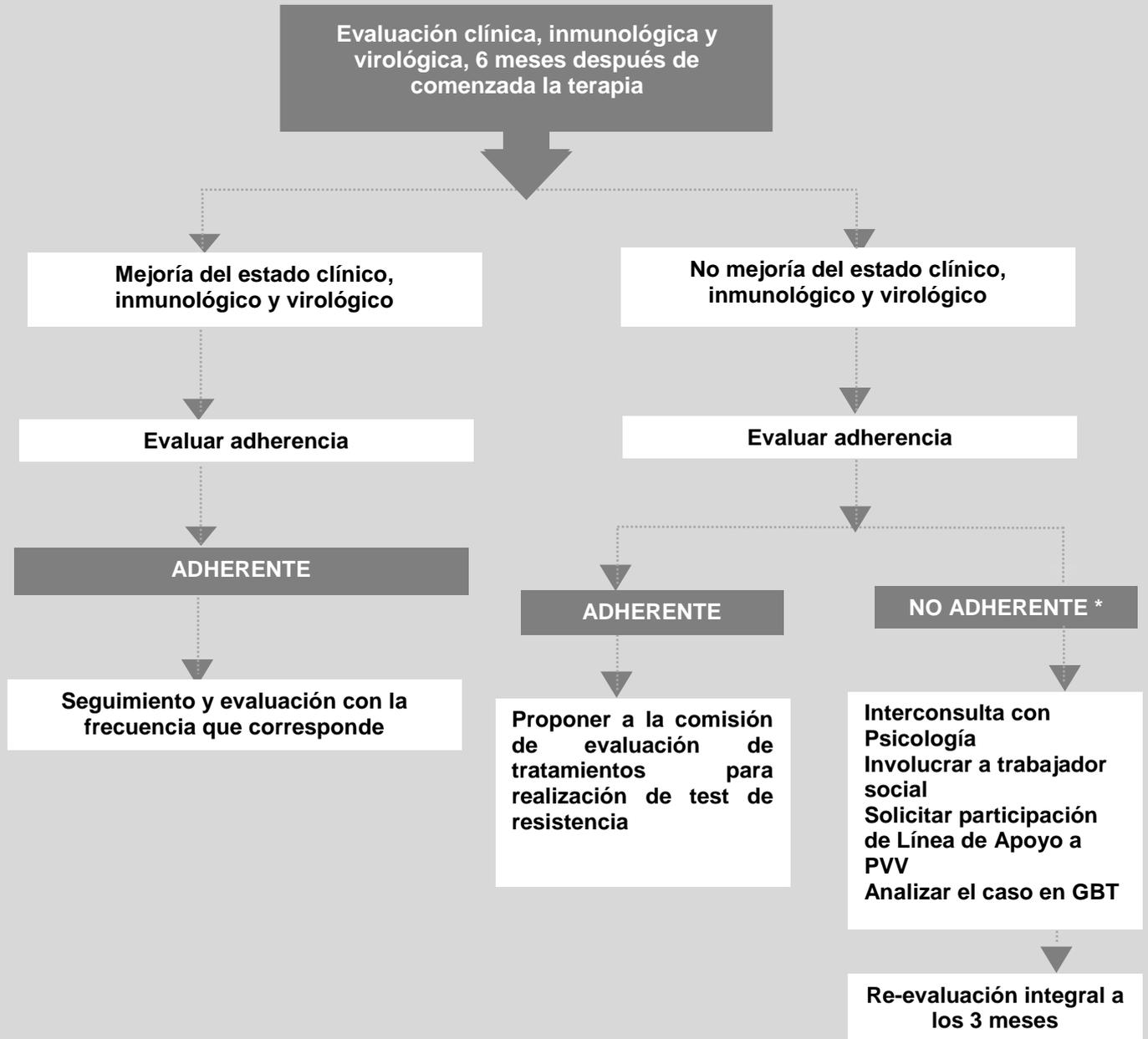
- Conocerá y llevará registro de los tratamientos de todos los pacientes de su Policlínico.
- Realizará visitas de terreno una vez al mes a los pacientes con TAR para monitorear la adherencia y realizar intervenciones educativas.
- Realizará visitas mensuales a la farmacia para comprobar la recogida de los medicamentos antirretrovirales por los pacientes de su Policlínico e informará los resultados en las reuniones de GBT, al CMF y al especialista designado para la atención a personas con VIH.
- Establecerá vínculos de trabajo con las redes de apoyo a las PVV (Equipos de Ayuda Mutua) de su área para reforzar las acciones dirigidas a pacientes no adherentes.

### El especialista designado para la atención a personas con VIH

- Establecerá relaciones de trabajo con la enfermera de ITS/VIH/sida del Policlínico, los CMF y los GBT de los pacientes que atiende.
- Indicará estudios de CD4 y carga viral a los 6 meses de haber iniciado TAR y evaluará sus resultados.
- Indagará sobre la aparición de reacciones adversas

- Verificará en visitas mensuales a las farmacias, que el personal mantiene el control de las existencias de los medicamentos, llena correctamente el registro de recogida de medicamentos y notifica inmediatamente las bajas coberturas.
- Reportará de inmediato al CMF, GBT y municipio los casos que no asisten a recoger sus medicamentos y/o los que abandonan el mismo (más de tres meses sin recoger los ARV)
- Establecerá vínculos de trabajo con las redes de apoyo a las PVV (EAM: Equipos de Ayuda Mutua) para reforzar las acciones dirigidas a pacientes no adherentes.

## PERSONA CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



\*Métodos de evaluar la adherencia: control de recogida de drogas en farmacia y conteo de tabletas en domicilio de la persona

## PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIH

La profilaxis post-exposición ocupacional al VIH consiste en aplicar un régimen corto de tratamiento antirretroviral para disminuir el riesgo de infección tras una potencial exposición.

En las unidades del Sistema Nacional de Salud, se deberá proveer profilaxis post exposición como parte de las medidas integrales que forman parte de las precauciones universales para reducir el riesgo de adquirir infecciones en el ambiente laboral.

### Medidas generales

- Reportar el accidente al departamento de higiene y epidemiología, aportando la información definida en cada unidad, sin que falte:
  - Datos del accidentado
  - Fecha y hora
  - Causas del accidente, detalles del procedimiento
  - Tipo de instrumento involucrado
  
- Realizar prueba de VIH a la persona accidentada

### Tratamiento inmediato a la zona expuesta

- Lave la herida o puntura con agua y jabón (no aplique desinfectantes como hipoclorito ni exprima la lesión)
- Lave las membranas mucosas afectadas con agua

### Evaluar el riesgo asociado a la exposición:

- Tipo de fluido : sangre visible, fluido corporal contaminado con sangre, virus concentrado (laboratorio)
- Tipo de exposición: percutánea, en mucosa o sobre piel intacta o con abrasiones o heridas previas, profundidad de la herida, si hubo descarga de fluido corporal o sangre proveniente de una jeringuilla hacia el trabajador, duración del contacto, otras.

### Evaluar la fuente

- Si es un paciente infectado por el VIH o enfermo de sida.
- Si no se tiene la información realizar prueba de VIH a la fuente de la sangre o fluido, preferiblemente con pruebas rápidas o con ELISA si no se cuenta con pruebas rápidas.
- Si no se conoce a quien pertenece la sangre (exposición por pinchazo con jeringuilla o instrumento desechado donde no se pueda conocer con quien se

utilizó, paciente fallecido donde no se pueda averiguar su estado respecto a la infección por VIH) considerar riesgo de exposición a VIH

Si la evaluación resulta en aplicación de profilaxis:

- Iniciar cuanto antes, preferiblemente en las primeras 72 horas posteriores al accidente
- Mantenerla por un mes
- Utilizar esquema de 1ra línea establecido en el país sin que contenga NEVIRAPINA por estar contraindicada en estos casos.

Seguimiento del (la) trabajador(a)

- Derivar a servicio de consejería en ITS/VIH/sida
- Realizar prueba de VIH a las 6 semanas, 3, 6 meses y al año después de la exposición, dando de alta luego del año
- Vigilar síntomas y signos compatibles con retrovirosis aguda y de presentarse, realizar prueba de VIH inmediatamente después que se resuelva el cuadro agudo
- Informar a las personas expuestas que mientras dure el período de seguimiento deben proteger a sus parejas sexuales utilizando condones
- Evaluación médica a personas con profilaxis 72 horas después de haberla comenzado y observar probable toxicidad a las drogas utilizadas por lo menos durante 2 semanas
- Realizar Hemograma completo, exámenes de la función renal, exámenes de la función hepática cada 2 semanas
- Realizar serología para Hepatitis B Y C

## PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE LA COINFECCIÓN TB/VIH

**La prevención de la coinfección TB/VIH minimiza el riesgo de transmisión de la tuberculosis en las PVV y contribuye a disminuir la mortalidad por esta enfermedad. Se realizan en el policlínico y su cumplimiento es responsabilidad del equipo básico de salud.**

- 1) Todos los casos de VIH serán evaluados para descartar tuberculosis, por ser una de las enfermedades oportunistas que más afectan a las personas que viven con VIH.
- 2) Todos los adultos que viven con VIH y adolescentes que no presenten tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna, tienen poca probabilidad de tener TB activa, no obstante se le administrará terapia preventiva con Isoniacida (TPI) durante seis meses.
- 3) Todos los adultos que viven con VIH y adolescentes que presenten tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna, pueden tener una tuberculosis activa y deben ser estudiados para descartar la tuberculosis u otra enfermedad. Una vez descartada la TB se le administrará la TPI, de la siguiente manera:
  - a) de no existir factor de riesgo y PPD negativo administrarla durante 6 meses;
  - b) de existir factor de riesgo y PPD positivo administrarla durante 9 meses; y
  - c) de haber tenido contacto con paciente TB se extenderá hasta un año.
- 4) La TPI se administrará a razón de 300 mgs diarios por vía oral asociado a vitamina B6 (50 mgs diarios o 100 mgs semanales). Se exceptúan los sábados y domingos.
- 5) Cualquiera que sea el tiempo que se establezca para la TPI será administrada por su médico y enfermera de la familia y estrictamente observada, llevando el control diario en la tarjeta de quimioprofilaxis.
- 6) A los pacientes con resultados de PPD negativos se les realizará anualmente la prueba. De existir seroconversión se evaluará integralmente y una vez descartada la TB, aplicar los criterios de TPI que correspondan.
- 7) A todas las personas que viven con VIH que tengan TB activa se les administrará terapia preventiva con trimetoprim-sulfametoxazol (cotrimoxazol) independientemente del resultado de los CD4.
- 8) Los pacientes con coinfección TB/VIH recibirán el tratamiento normado por el programa de control de la tuberculosis, el que será estrictamente supervisado por su médico y enfermera de la familia, llenado adecuado de la tarjeta de tratamiento y seguimiento en consulta mensualmente hasta el término del mismo.
- 9) El tratamiento anti TB de los casos de coinfección TB/VIH se realizará con una frecuencia diaria tanto en la primera como en la segunda fase.

- 10) Los pacientes con coinfección TB /VIH que no tengan evolución satisfactoria serán evaluados por el clínico del GBT y el especialista designado para la atención a pacientes VIH/sida para evaluar su ingreso en el IPK de ser necesario.
- 11) Todos los pacientes con coinfección TB/VIH serán tratados con antirretrovirales independientemente del resultado de los CD4.
- 12) Se utilizará como antirretroviral de elección el Efavirenz en los pacientes que inicien el tratamiento antirretroviral mientras estén recibiendo tratamiento antituberculoso.
- 13) El tratamiento para la tuberculosis es prioritario por lo que debe iniciarse primero el mismo y dos semanas después el tratamiento antirretroviral.
- 14) Se evaluarán los efectos colaterales del tratamiento combinado o el síndrome de reconstitución inmunológica (SIRI), que puede presentarse en los pacientes con TB que comienzan el tratamiento antirretroviral. Estos casos serán evaluados de inmediato por el clínico del GBT.
- 15) El equipo de salud del área realizará consejería en todo paciente TB en relación a la importancia de la prueba del VIH.
- 16) Se indicará y controlará la realización de prueba de VIH a todos los pacientes con TB y sus parejas sexuales. De resultar NO REACTIVA, se debe repetir cada tres meses mientras dure el tratamiento.

## PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH

### Organización del sistema de vigilancia

- Se realizará la vigilancia de caso de infección por el VIH para caracterizar la epidemia de acuerdo con los eventos claves de la historia natural de la enfermedad.
- El proceso de notificación se inicia en LISIDA, donde se confirman todos los casos nuevos de infección por VIH.
- LISIDA introducirá en el Registro Informatizado de VIH/sida una vez por semana los nuevos casos de infección por VIH e informará a las provincias correspondientes con igual periodicidad.
- A cada nuevo caso de VIH se le asignará un identificador único (Nº de Caso índice) lo que permitirá su actualización prospectiva según vayan aconteciendo los eventos epidemiológicos, clínicos e inmunológicos bajo vigilancia.
- La notificación del resto de los eventos observados longitudinalmente serán introducidos en el Registro Informatizado de VIH/sida por los responsables de la vigilancia en provincias, municipios cabeceras y los 15 municipios de La Habana y reportados vía electrónica por las provincias al MINSAP a través de los partes semanales y reportes mensuales y trimestrales establecidos.
- El Departamento de ITS/VIH/sida del MINSAP controlará la calidad de los datos introducidos por las provincias y el cumplimiento y calidad de los partes y reportes periódicos.
- Las provincias completarán el control de foco de cada caso, la investigación de debut sida y fallecidos en un término no mayor de 30 días después del evento en cuestión. En los tres procesos es obligatoria la participación del Área de Salud correspondiente.
- Los jefes de los grupos provinciales de ITS/VIH/sida son responsables de la organización necesaria para que se realicen estudios centinela en sitios de encuentro de HSH una vez al año.
- Los Servicios Médicos del MININT son responsables de cumplir los procedimientos de la vigilancia de VIH y reportar a los grupos de ITS/VIH/sida de las provincias donde estén enclavados.
- Los Centros de Atención Integral a personas que viven con VIH son responsables de reportar a los Grupos provinciales de ITS/VIH/sida correspondientes.
- La Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y los Grupos provinciales de Estadística de los CPHEM son responsables de reportar semanalmente la cantidad de pruebas realizadas según grupos de pesquisa.
- El Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/sida es responsable de informar al Departamento de ITS/VIH/sida del MINSAP con la periodicidad establecida, la información consolidada referente a condones, actividades de consejería, actividades de hazte la prueba y el alcance de las actividades educativas en poblaciones clave.
- El IPK es responsable de informar al Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP los cambios de tratamiento aprobados en la comisión nacional de tratamientos, la

cantidad de pruebas de CD4 y Carga Viral realizadas en sus laboratorios con la periodicidad establecida para cada evento.

- El IPK es responsable de devolver a las provincias de Pinar del Río, Artemisa, Mayabeque, Matanzas y al municipio especial Isla de la Juventud, los resultados de los estudios de CD4 y Carga Viral y a todas las provincias los resultados de los estudios de resistencia que realiza en sus laboratorios.

#### Eventos sujetos a notificación y reporte:

1. Nuevos diagnosticados con infección por el VIH (cualquiera que sea el estadio de la infección).
2. Evaluación inmunológica inicial (realización y resultado del primer conteo de CD4 o CD4 basal).
3. Casos de sida.
4. Fallecimiento de una persona seropositiva (a causa del sida o por otras causas)
5. Inicio de TAR y esquema inicial.
6. Cambios de TAR y esquemas subsecuentes.
7. Abandonos de TAR.
8. Evaluación inmunológica y virológica con la periodicidad indicada (seguimiento con estudios de CD4 y CV).
9. Coinfección VIH/TB.
10. Mujeres que viven con VIH que inician un embarazo.
11. Mujeres a las que se les diagnostica VIH en cualquier período de su gestación
12. Seguimiento clínico y de laboratorio de hijos de mujeres que viven con VIH.
13. Desabastecimiento de productos de salud: drogas antiretrovirales, condones, reactivos.

#### Fuentes de información de la vigilancia del VIH

- Registros del Laboratorio Nacional de Referencia de VIH/sida (LISIDA).
- Registro informatizado de VIH/sida.
- Informes de sitios centinela.
- Registros de Mortalidad de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Registros de pruebas serológicas por grupos de pesquisa de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Registro de Gestantes captadas de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Registros de nacimientos de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Poblaciones estimadas por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI).
- Registros de los laboratorios de CD4 y Carga Viral.
- Datos de estudios de resistencia de SIDATRAT.
- Portal COMEDICS de EMCOMED.
- Informes de coberturas de condones de EMSUME y EMCOMED..
- Encuesta de indicadores de prevención de VIH/sida de la ONEI

- Partes y reportes periódicos de provincias, CNPITS-VIH/sida, LISIDA e IPK.

Procedimientos para la búsqueda de casos, la comunicación del diagnóstico y la continuidad de atención.

- La prueba de VIH podrá indicarse en todos los servicios de salud.
- Las unidades del sistema penitenciario son responsables de la realización de pruebas de VIH al universo de personas que atienden y con la periodicidad establecida.
- Las Áreas de Salud, municipios y provincias realizarán búsqueda activa de casos en actividades comunitarias de “Hazte la Prueba”.
- Toda indicación de prueba de VIH se acompañará del consentimiento del paciente y de información básica sobre los riesgos de adquirir VIH y el significado que tiene un resultado tanto negativo como positivo. Dicha información se ofrecerá antes de indicar la prueba y en el momento de comunicar el resultado. (consejería pre y post prueba).
- Todo médico que indica la prueba comunicará personalmente el resultado de la misma y lo anotará en la historia clínica del paciente, señalando la fecha de realizada.

**Tabla No. 20.- Búsqueda de casos a través de realización de prueba de VIH con consejería antes y después**

A quiénes indicar prueba de VIH	Periodicidad	Dónde
Parejas sexuales de personas que viven con VIH o con otras ITS	Para VIH cada 3 meses hasta un año después de terminada la relación de pareja. Para ITS al diagnóstico del caso y posteriormente una vez al año	CMF, consulta de ITS, servicios de consejería
Diagnosticados con ITS (incluye Hepatitis B y C)	Al diagnóstico y posteriormente una vez al año	CMF, consulta de ITS
Grupos clave de mayor riesgo (se incluyen jóvenes y adolescentes, HSH, trans, PPST y sus parejas sexuales)	Cada 6 meses	CMF, consulta de ITS, servicios de consejería, planificación familiar, servicios externos de hospitales, consultas infantojuveniles
Embarazadas y sus parejas sexuales	En los tres trimestres del embarazo	CMF
Diagnosticados con tuberculosis	Al diagnóstico de la TB y cada 3 meses hasta que concluya el tratamiento anti TB.	CMF

A quiénes indicar prueba de VIH	Periodicidad	Dónde
Mujeres usuarias de los servicios de planificación familiar	Anualmente	CMF, consulta de planificación familiar
Reclusos	A la entrada, cada 12 meses y al egreso.	Unidades del Sistema Penitenciario
Hombres y mujeres sexualmente activos que no utilizan condones de forma sistemática	Anualmente	CMF
Pacientes con síntomas sugestivos de infección por VIH	A juicio médico	Cualquier servicio de salud

#### Procedimientos para el estudio y seguimiento de parejas sexuales:

- Las parejas sexuales declaradas en la entrevista epidemiológica serán localizadas por la enfermera de ITS/VIH/sida del Policlínico.
- Su localización y estudio se realizará en un término no mayor de 30 días.
- Se les ofrecerá información y consejería previa y posterior a la prueba independientemente del resultado de la misma.
- Si entre las parejas declaradas se encuentra una **gestante**, su derivación al lugar de residencia se considerará una urgencia epidemiológica y se entregará **personalmente** a la enfermera de ITS/VIH/sida del Policlínico en cuestión.
- Los contactos ocasionales se estudiarán con prueba de VIH cada 3 meses hasta un año de la fecha de la última relación sexual (FURS)
- Las parejas fijas se estudiarán todo el tiempo que dure la relación: cada 3 meses el primer año y en lo sucesivo cada 6 meses. En caso de terminarse la relación de pareja se concluye su seguimiento un año después de terminada la relación.

#### Procedimiento ante el resultado positivo de una prueba de VIH

- Cuando LISIDA reporta un caso positivo para confirmarlo con una segunda muestra, la provincia lo informará al municipio correspondiente y éste a la Vicedirección de Higiene y Epidemiología del área de salud quien localizará la persona y la citará para el Policlínico.
- La obtención de la segunda muestra para confirmar se realizará en el mismo policlínico, llenándose el modelo para Segunda Confirmatoria correctamente y sin omitir ningún dato. Se tomarán los datos del carné de Identidad verificando que los datos de identidad que aportó LISIDA corresponden con los del paciente.
- La muestra se trasladará hacia el Laboratorio SUMA provincial, donde será procesada según el algoritmo vigente.

- Cuando se reciba de LISIDA el resultado positivo confirmado, el Epidemiólogo Municipal lo entregará a la Vicedirección de Higiene y Epidemiología del Área de Salud (Vicedirector y enfermera de ITS/VIH/sida). La enfermera de ITS/VIH/sida del Área de Salud será la encargada de darle el resultado al paciente, lo acompañará en el proceso de inserción en la atención y lo informará al Médico de Familia al que corresponda el caso para su evaluación y dispensarización en el Grupo II, III, o IV según corresponda para su seguimiento en el Área.
- El proceso de atención iniciará inmediatamente tal y como aparece en el protocolo de “Atención Integral a PVV”.

## **Seguridad y confidencialidad**

### Consideraciones éticas

- La información de las actividades de vigilancia es confidencial y sólo se utilizará para el fin designado.
- Los profesionales de la salud tienen la obligación ética de utilizar los datos bajo una rigurosa protección de la confidencialidad.
- Los Directores Provinciales de Salud son responsables de garantizar que las quejas o reclamaciones en las que se expresen violaciones de la confidencialidad sean investigadas, entregadas a la comisión de ética de la unidad en cuestión y se dé respuesta a la persona en el término establecido.

### Confidencialidad y seguridad de los datos

- Los datos de vigilancia deben mantenerse en un entorno físicamente seguro, que impida el acceso de personal no autorizado.
- Los funcionarios provinciales y municipales responsables de los datos de la vigilancia poseen una clave de acceso al registro informatizado para mantener su información actualizada en tiempo real a través de **<http://192.168.1.6/vih/login.aspx>**. Por razones de seguridad informática y por tratarse de información confidencial y de uso restringido está respaldada por un documento de compromiso firmado por cada funcionario.
- Solamente tendrá acceso a los datos el personal autorizado.
- Será responsabilidad de los jefes de departamento municipales y provinciales de ITS/VIH/sida que todo sistema de almacenamiento de datos (copias de seguridad) sea resguardado y no esté al alcance de personal no autorizado.
- Las exportaciones son de uso restringido y bajo ningún concepto se entregarán copias íntegras de la misma.
- Las exportaciones no se transmiten por correo electrónico.
- Los jefes de departamento de ITS/VIH/sida garantizarán la seguridad de todos los equipos y sistemas informáticos utilizados en la vigilancia cumpliendo lo establecido para la seguridad informática.

## Plan de monitoreo y evaluación

- Los indicadores contenidos en el plan de M&E se medirán en el Área de Salud, municipios, provincia y nacionalmente según periodicidad establecida y sus resultados serán utilizados para el análisis del cuadro de salud a cada nivel.
- La fuente oficial para obtener los datos para los indicadores de impacto del plan de monitoreo y evaluación es el registro informatizado de VIH/sida.

## Definiciones de caso

### Caso de VIH en adultos y adolescentes

Cumple con el algoritmo de diagnóstico establecido en el país consistente en 2 ELISA reactivos en la red de laboratorios, Prueba Rápida (PR) positiva en el laboratorio provincial de los CPHEM y confirmado posteriormente en LISIDA con un ELISA de cuarta generación y Western blot.

### Caso de VIH en niños

Al menos dos PCR en sangre total positivas si el niño tiene menos de 18 meses y los mismos criterios que los adultos si el niño tiene más de 18 meses.

**Tabla No. 21. Caso de sida en adultos, adolescentes y niños**

<b>Diagnóstico de sida en adultos y niños con infección por VIH confirmada Para efectos de la notificación siempre estará presente el criterio inmunológico<sup>30</sup></b>		
<b>Criterios clínicos</b>	<b>Criterios inmunológicos en adultos y niños a partir de los 5 años de edad</b>	<b>Criterios inmunológicos en niños menores de 5 años</b>
Diagnóstico clínico (presuntivo o confirmado) de cualquier <b>primera</b> afección del estadio 4 en personas con infección por VIH confirmada	<b>Primer</b> conteo total de CD4 < 200 cell/mm <sup>3</sup> o porcentaje de CD4 < 15%	<b>Primera</b> cifra documentada de conteo de CD4 < 15%

**Tabla No. 22. Infección Avanzada por el VIH**

<b>Criterios clínicos</b>	<b>Criterios inmunológicos en adultos y niños a partir de los 5 años de edad</b>	<b>Criterios inmunológicos en niños menores de 5 años<sup>3</sup></b>
Diagnóstico presuntivo o confirmado de cualquier afección en estadios 3 o 4	Conteo de CD4 < 350 cell/mm <sup>3</sup> en adultos o niños con infección por VIH	CD4 < 25%

Para los efectos de la clasificación y reporte siempre estará presente el criterio inmunológico.

<sup>30</sup> Adaptado de: Vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos: recomendaciones para mejorar y fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH. **Washington, D.C.: OPS, 2012.**

**Tabla No. 23. Clasificación inmunológica de la infección por VIH**

Inmunodeficiencia asociada al VIH	Valores de CD4 relacionados con la edad			
	≤ 11 meses (%CD4)	12-35 meses (%CD4)	36-59 meses (%CD4)	≥ 5 años (valor absoluto por mm <sup>3</sup> o % CD4)
<b>Ninguna o no significativa</b>	> 35	> 30	>25	>500
<b>Leve</b>	30-35	25-30	20-25	350-499
<b>Avanzada</b>	25-29	20-24	15-19	200-349
<b>Grave</b>	< 25	< 20	< 15	< 200/mm <sup>3</sup> o < 15%

**Tabla No. 24. Estadificación clínica de la Infección por VIH en adultos y adolescentes y niños**

Síntomas asociados a la infección por VIH	Estado clínico de la OMS
Asintomático	1
Síntomas leves	2
Síntomas avanzados	3
Síntomas graves	4

**Tabla No. 25. Estadificación clínica en adultos, adolescentes y niños**

Para los efectos de esta tabla, en menores de 15 años se utilizarán los criterios de estadificación de niños. En adolescentes de 15 y más años los criterios para adultos<sup>31</sup>.

Adultos y adolescentes	Niños
<b>Estadio clínico 1</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asintomático</li> <li>▪ Linfadenopatía persistente generalizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asintomático</li> <li>▪ Linfadenopatía persistente generalizada</li> </ul>

<sup>31</sup> Fuente: "Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la Estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños". Washington, D.C.: OPS, © 2009

**Estadio clínico 2**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida moderada de peso idiopática (menos del 10% del peso corporal presumido o medido)</li> <li>▪ Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media)</li> <li>▪ Herpes zoster</li> <li>▪ Queilitis angular</li> <li>▪ Úlceras orales recurrentes</li> <li>▪ Erupciones papulares pruriginosas</li> <li>▪ Dermatitis seborreica</li> <li>▪ Onicomicosis</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hepatoesplenomegalia persistente idiopática</li> <li>▪ Erupciones papulares pruriginosas</li> <li>▪ Infección extensa por papilomavirus</li> <li>▪ Infección extensa por molusco contagioso</li> <li>▪ Onicomicosis</li> <li>▪ Úlceras orales recurrentes</li> <li>▪ Hipertrofia parotídea persistente idiopática</li> <li>▪ Eritema gingival lineal</li> <li>▪ Herpes zoster</li> <li>▪ Infecciones del tracto respiratorio superior recurrentes o crónicas (sinusitis, amigdalitis, otitis media, otorrea)</li> </ul> |
|--|--|

**Estadio clínico 3**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida grave de peso idiopática (más del 10% del peso corporal presumido o medido)</li> <li>▪ Diarrea crónica idiopática durante más de un mes</li> <li>▪ Fiebre persistente idiopática (mayor de 37,5° C, intermitente o constante, durante más de un mes)</li> <li>▪ Candidiasis oral persistente</li> <li>▪ Leucoplasia oral vellosa</li> <li>▪ Tuberculosis pulmonar</li> <li>▪ Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia)</li> <li>▪ Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda</li> <li>▪ Anemia (&lt; 8 g/dl), neutropenia (&lt; 0.5 x 10<sup>9</sup>/l) y/o trombocitopenia crónica (&lt; 50 x 10<sup>9</sup>/l) idiopática.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desnutrición moderada idiopática que no responde adecuadamente al tratamiento estándar</li> <li>▪ Diarrea idiopática persistente (≥ 14 días)</li> <li>▪ Fiebre idiopática persistente (&gt; 37,5° C, intermitente o constante, durante más de un mes)</li> <li>▪ Candidiasis oral persistente (a partir de las 6 a 8 semanas de vida)</li> <li>▪ Leucoplasia oral vellosa</li> <li>▪ Gingivitis / periodontitis ulcerativa necrotizante aguda</li> <li>▪ Tuberculosis ganglionar</li> <li>▪ Tuberculosis pulmonar</li> <li>▪ Neumonía bacteriana grave recurrente</li> <li>▪ Neumonitis intersticial linfocítica sintomática</li> <li>▪ Enfermedad pulmonar crónica asociada al VIH (incluyendo bronquiectasias)</li> <li>▪ Anemia (&lt; 8,0 g/dl), neutropenia (&lt; 0,5 x 10<sup>9</sup>/l) y/o trombocitopenia crónica (&lt; 50 x 10<sup>9</sup>/l) idiopática</li> </ul> |
|--|---|

**Estadio clínico 4**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndrome de consunción por VIH</li> <li>▪ Neumonía por <i>Pneumocystis</i></li> <li>▪ Neumonía bacteriana grave recurrente</li> <li>▪ Infección crónica por herpes simplex (oro labial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, o visceral de cualquier duración)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndrome de consunción grave idiopático, retraso del crecimiento o desnutrición grave que no responde al tratamiento estándar</li> <li>▪ Neumonía por <i>Pneumocystis</i></li> <li>▪ Infecciones bacterianas graves recurrentes (empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis; excluyendo neumonía)</li> </ul> |
|--|--|

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones)</li> <li>▪ Tuberculosis extrapulmonar</li> <li>▪ Sarcoma de Kaposi</li> <li>▪ Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos)</li> <li>▪ Toxoplasmosis del sistema nervioso central</li> <li>▪ Encefalopatía por VIH</li> <li>▪ Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis)</li> <li>▪ Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas</li> <li>▪ Leucoencefalopatía multifocal progresiva</li> <li>▪ Criptosporidiasis crónica</li> <li>▪ Isosporiasis crónica</li> <li>▪ Micosis sistémica (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis)</li> <li>▪ Septicemia recurrente (incluyendo por Salmonella no tifoidea)</li> <li>▪ Linfoma (cerebral o de células B, no-Hodgkin)</li> <li>▪ Carcinoma cervical invasivo</li> <li>▪ Leishmaniasis atípica diseminada</li> <li>▪ Nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infección crónica por virus herpes simplex (orolabial o cutánea de más de un mes de duración, visceral de cualquier duración)</li> <li>▪ Tuberculosis extrapulmonar</li> <li>▪ Sarcoma de Kaposi</li> <li>▪ Candidiasis esofágica, o candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar</li> <li>▪ Toxoplasmosis del sistema nervioso central (después del período neonatal)</li> <li>▪ Encefalopatía por VIH</li> <li>▪ Infección por citomegalovirus (retinitis o infección por citomegalovirus que afecte a otros órganos y que se inicie después del período neonatal)</li> <li>▪ Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis)</li> <li>▪ Micosis endémica diseminada (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis)</li> <li>▪ Criptosporidiasis crónica</li> <li>▪ Isosporiasis crónica</li> <li>▪ Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas</li> <li>▪ Linfoma no Hodgkin de linfocitos B ó cerebral</li> <li>▪ Leucoencefalopatía multifocal progresiva</li> <li>▪ Nefropatía asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH</li> </ul>
---	--

#### Debut sida a cualquier edad

Caso de VIH que al momento de su diagnóstico presente una enfermedad del estadio 3 o 4 de la estadificación clínica de la OMS 2010 o su CD4 basal sea de menos de 200 cels x mm<sup>3</sup> o 15%.

#### Fallecido por sida a cualquier edad

Toda persona que al momento del fallecimiento tenga una enfermedad oportunista de estadio 3 o 4 o inmunológicamente clasifique como sida. Se descartan las muertes por causas ajenas al sida como accidentes, suicidio u otras enfermedades no contenidas en la clasificación de sida OMS 2010.

## Definición de los grupos de pesquisa

**Captado:** se clasifican como tal las pruebas que se indican a **(1)** las personas dispensarizadas por conducta sexual de riesgo en su CMF, **(2)** aquellas que en cualquier unidad de salud el médico que les atiende considera han estado en riesgo, **(3)** las pruebas indicadas como parte de exámenes médicos de otras patologías, **(4)** los esposos de gestantes, **(5)** los que solicitan un chequeo general y se incluye VIH.

**Instrucción:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a detenidos en unidades de la PNR en proceso de instrucción.

**Terreno:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas en actividades comunitarias de “Hazte la Prueba”.

**Planificación Familiar:** se clasifican como tal las pruebas **(1)** pruebas de VIH indicadas a mujeres como parte del chequeo para interrupciones de embarazo (Legrado, regulación u otras), **(2)** las indicadas en las consultas de planificación familiar por otras razones. (ej: colocación de DIUs, riesgo preconcepcional, etc.)

**Espontáneo Confidencial:** se clasifican como tal las pruebas de VIH indicadas a personas que solicitan al médico que les indique la prueba de VIH y dan sus datos personales.

**Espontáneo Anónimo:** se clasifican como tal las pruebas realizadas a aquellas personas que piden hacerse la prueba al VIH pero no quieren que se conozcan sus datos personales. Sólo podrán realizarse este tipo de pruebas en consejerías anónimas. Se identifican por un código que va al laboratorio que las procesa y con el mismo se registra.

**Contacto:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a las parejas sexuales de personas que viven con VIH.

**ITS:** se clasifican como tal las pruebas realizadas a personas con otras ITS, sus contactos y asociados.

**Nefrópatas:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a pacientes renales crónicos que reciben atención en servicios de hemodiálisis.

**Donantes:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a las donaciones de sangre.

**Hemofílicos:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a hemofílicos como parte de su seguimiento periódico en servicios de hematología.

**Emigrantes:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a personas en trámites migratorios hacia países que la exigen.

**Gestantes:** se clasifican como tal las pruebas de VIH que se realizan a las embarazadas como parte del protocolo de prevención de la TMI.

**Ingresos:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a pacientes ingresados en hospitales.

**Trasplantes de órganos:** se clasifican como tal las pruebas de VIH realizadas a órganos dentro del programa de trasplantes.

**Tuberculosis:** se clasifican como tal las pruebas de VIH que se realizan a pacientes diagnosticados con tuberculosis.

**Reclusos:** las pruebas de VIH que se realizan a personas privadas de libertad.

## PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIRRETROVIRALES

El monitoreo de la resistencia del VIH a los ARV resulta un aspecto clave en la atención integral a las personas que viven con VIH no sólo por el beneficio individual que representa para el paciente, sino por las implicaciones en la política de opciones terapéuticas de primera y segunda líneas, así como para optimizar estrategias que permitan prevenir la transmisión materno-infantil del VIH.

### Estrategias para el monitoreo de la fármaco resistencia del VIH

La estrategia propuesta por la OMS incluye seis elementos principales a evaluar:

- (1) La vigilancia de la resistencia transmitida del VIH a los ARV en población recientemente infectada, con el diseño de estudios de prevalencia respaldados por la información serológica, virológica, clínica y epidemiológica en el momento del diagnóstico confirmatorio.
- (2) La vigilancia de la resistencia en personas que iniciarán TAR, donde se pueden realizar estudios de línea de base (con representatividad muestral), utilizando centros centinelas de atención de las PVV. En este caso, a los pacientes se les debe tomar una muestra antes del inicio de la terapia ARV y deberán evaluarse los mismos pacientes a los 12 meses después del inicio de la terapia ARV. En aquellos donde se detecte carga viral por encima de 1000 copias/ml al año de inicio de la terapia, se indicaría una segunda prueba para detectar resistencia en aquellos con fallo a la primera línea de terapia.
- (3) La vigilancia de resistencia adquirida en población que está recibiendo terapia ARV donde se incluirán aquellos pacientes que tengan sospecha médica de fallo a la terapia (basado en criterios clínicos, virológicos y/o inmunológicos), con independencia del esquema de tratamiento que estén utilizando.
- (4) La vigilancia de la resistencia a los ARV en todas las gestantes, antes de iniciar TAR para minimizar al máximo la transmisión del VIH.
- (5) La vigilancia de la resistencia a los ARV en todos los niños recién diagnosticados con VIH con menos de 18 meses de edad.
- (6) El monitoreo de indicadores de alerta temprana de resistencia del VIH a los ARV.

En función de las recomendaciones generales para la vigilancia de la resistencia se define en el país:

- Que los laboratorios encargados de realizar la vigilancia de la resistencia del VIH a las drogas ARV son el IPK y LISIDA.
- El IPK será responsable de realizar los estudios para la vigilancia de la resistencia adquirida en población que está recibiendo terapia ARV.
- LISIDA será responsable de realizar los estudios para la vigilancia de la resistencia transmitida del VIH a los ARV en población recientemente infectada.
- IPK y LISIDA serán responsables de informar los resultados de los estudios de pacientes a sus provincias y médicos de asistencia de procedencia.

- La comisión nacional de evaluación de tratamientos será la responsable de precisar a qué pacientes se les realizará estudios de resistencia. Se incluyen en esta evaluación tanto los pacientes atendidos en el IPK como los propuestos por el personal de la atención del resto del país.
- LISIDA e IPK serán responsables de informar al Departamento de ITS/VIH/sida del MINSAP los resultados de sus estudios, así como harán las propuestas técnicas que se deriven de éstos para su evaluación en la Comisión Nacional de sida.
- Ambos laboratorios utilizarán el método de secuenciación nucleotídica de los fragmentos del genoma que codifican para la enzima transcriptasa reversa y proteasa (ya que son los blancos de los medicamentos que se utilizan actualmente en la terapia cubana de primera línea, así como en segunda línea y de rescate).
- El tipo de muestra a utilizar será plasma (1 ml al menos) el que se conservará a una temperatura de -80°C hasta su empleo. El ensayo de resistencia genotípica del VIH a los ARV se realizará según el protocolo estandarizado en el Laboratorio de ITS del IPK y el Instituto Rega de la Universidad de Leuven, Bélgica. Los valores se interpretarán según los programas disponibles en la base de datos de la Universidad de Stanford y el programa REGA de la Universidad de Leuven.
- El programa a nivel municipal, provincial y nacional realizará el monitoreo de los siguientes indicadores de alerta temprana:

- Niveles de adherencia a tratamiento antirretroviral.
- Certificados médicos en las farmacias en los que se prescriban esquemas no recomendados en el protocolo nacional y/o que promueven la emergencia de resistencia a los ARV (como la mono y/o biterapia).
- Episodios de desabastecimiento de ARV en la red de farmacias.
- Asistencia regular de los pacientes a las consultas médicas programadas.
- Cumplimiento del protocolo de seguimiento con carga viral a pacientes con TAR.
- Supresión mantenida de la carga viral a los 12 meses después de iniciado el TAR.

- Los indicadores de alerta temprana han sido incluidos en el plan de monitoreo y evaluación del Plan.

## **FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL (CAI) A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH**

Los centros de atención integral a personas que viven con VIH son unidades del Sistema Nacional de Salud de subordinación provincial reorganizadas regionalmente para brindar atención integral a personas que viven con VIH con requerimientos especiales para el cuidado de su salud.

### Misión

Garantizar la atención a personas que viven con VIH integrando acciones de promoción, prevención, cuidados médicos y rehabilitación que potencien las estrategias y acciones del Plan Estratégico Nacional para disminuir la transmisión del VIH en la población, mejorar la calidad y expectativas de vida de las PVV y favorecer, conjuntamente con los factores de la comunidad, su plena integración social.

### Funciones

1. Contribuir a la educación de las PVV y sus familias.
2. Aportar a los ingresados los conocimientos necesarios para comprender su situación de salud y contribuir a los cambios de comportamiento necesarios para mejorar su calidad de vida.
3. Realizar acciones de prevención y control epidemiológico dirigidas a disminuir la transmisión del VIH.
4. Brindar atención y tratamiento integrales (epidemiológico, clínico, psicológico y social) de forma personalizada.
5. Integrar y potenciar las políticas generales del Sistema Nacional de Salud.
6. Apoyar los programas docentes relacionados con el tema VIH/sida de otras unidades del sistema en el territorio y de otros sectores.
7. Interactuar con los sectores integrantes de GOPELS, La Línea de Apoyo a PVV del territorio en el proceso de integración social de los egresados.

### Sobre la regionalización de la atención:

Existen tres centros de atención integral a PVV:

- Santiago de las Vegas en La Habana para las provincias occidentales: Pinar del Río, Artemisa, La Habana, Mayabeque, Matanzas y el municipio especial Isla de la Juventud.
- Sancti Spíritus para las provincias centrales: Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila y Camagüey.
- Holguín para las provincias orientales: Las Tunas, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo.

### Sobre la autorización de ingreso

- El ingreso en estas unidades será presentado por el Jefe de Departamento provincial de ITS/VIH/sida a su director del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología y Microbiología de la provincia quien coordinará con su homólogo de la provincia donde se encuentra el centro de atención integral.
- Si se tratara de pacientes que han estado ingresados en el CAI con anterioridad, el director del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología y el Jefe de departamento provincial de ITS/VIH/sida de la provincia a la que se subordina el CAI regional considerarán los criterios que aporte el consejo de dirección del CAI.
- Los criterios de ingreso serán individualmente analizados, a propuesta del equipo de ITS/VIH/sida del territorio, cuando la PVV presente complicaciones en el curso de la enfermedad, que no han podido resolverse de forma ambulatoria y se hace necesario ingreso temporal para su mejoría y/o solución.
- No constituyen criterio de ingreso las PVV con trastornos psiquiátricos, ausencia de domicilio, ni desajustes antisociales en la comunidad.
- Todos los ingresados tendrán una posible fecha de egreso fijada en el análisis del caso en los primeros momentos de su ingreso en el centro.
  - Será requisito indispensable el resumen de historia clínica-epidemiológica-social de su Área de Salud.
  - Los ingresos deben ir acompañados de un personal de su Área de Salud, o en su defecto por un familiar cercano y siempre traer la remisión y el resumen de historia clínica.
  - Los ingresados a su llegada serán atendidos por la Comisión de Recepción de ingresos del centro y se le informará de todas las particularidades del reglamento interno.
  - Al egreso el médico de asistencia realizará un resumen de historia clínica y se enviará a la provincia de origen con el propio paciente, no obstante la trabajadora social debe de comunicarlo al Departamento de ITS/VIH/sida de la provincia de origen.

### Organización de la atención

- Cada persona recibirá atención personalizada para aliviar o resolver las situaciones de salud que motivaron su ingreso.
- La permanencia prolongada en el centro solamente se justificará por razones de salud.
- El director(a) del centro y su consejo de dirección serán responsables de organizar la atención según dotación de camas y plantilla para cumplir los protocolos de atención integral a PVV.

### Sobre el reglamento disciplinario

- El reglamento estará en correspondencia con el establecido para las unidades de salud que prestan servicios de hospitalización.
- El consejo de dirección establecerá las adaptaciones específicas según las características del centro.
- El reglamento se dará a conocer a todos los pacientes y familiares y se les informará que su incumplimiento será constitutivo de violación de la disciplina y motivo para evaluar el alta por indisciplina.

### Plantilla necesaria

- Se adecuará al número de camas y servicios con que cuente la institución considerando la utilización de especialidades y servicios existentes en el área de salud y demás unidades del territorio donde está enclavado el centro de atención integral.

**Tabla No. 26.- Indicadores a reportar al cierre de trimestre, semestre, nonestre y año (reporte a la provincia y ésta al MINSAP)**

Indicadores	Nº
▪ Ingresos en el período	
▪ Egresos en el período	
▪ Pacientes que permanecen ingresados al cierre del período	
- <i>Masculinos</i>	
- <i>Femeninas</i>	
▪ Pacientes que clasifican como sida	
▪ Pacientes NO sida	
▪ Pacientes que iniciaron TAR en el período	
▪ Total de pacientes con TAR	
▪ Pacientes que iniciaron quimioprofilaxis para TB en el período	
▪ Paciente actualmente en profilaxis para TB	
▪ Fallecidos en el período	
▪ Pacientes con Coinfección VIH/TB	
▪ Pacientes con Coinfección VIH/HC	
▪ Pacientes con Coinfección VIH/HC	

### Otros aspectos organizativos

- Se cumplirán todas las normas establecidas por el MINSAP para las instituciones de salud que prestan atención de forma continua y encamada.
- Los requerimientos dietéticos de los pacientes deberán adaptarse a las normas del MINSAP siguiendo las recomendaciones del “Manual para la atención alimentaria y nutricional en personas con VIH/sida”, eliminándose todo sistema de alimentación y/o distribución de alimentos diferente.

- Los ingresados deberán consumir los alimentos elaborados en los comedores creados al efecto y cumplir las indicaciones dietéticas que de forma individualizada se les recomiende.
- Los especialistas del sanatorio tendrán proyección comunitaria y podrán realizar actividades de prevención, promoción y educación para la salud.

### **Sobre las Unidades para la Atención Especial a Internos con VIH/sida**

- El entrenamiento que se realiza en los centros de atención integral del Sistema Nacional de Salud se adaptará a las unidades penitenciarias que atienden a personas que viven con VIH.
- Serán responsables de cumplir todas las normativas del programa en las áreas de vigilancia, prevención y atención y seguimiento a pacientes.
- Serán responsables de realizar la encuesta epidemiológica a las PVV bajo su atención y hacerla llegar al departamento provincial de ITS-VIH/sida.
- Informarán a los grupos provinciales de ITS-VIH/sida de la provincia donde están ubicados con la periodicidad establecida los indicadores de seguimiento a las PVV bajo su atención.
- Fomentarán la superación individual, el aprendizaje de oficios, la realización de labores socialmente útiles u otras opciones que promuevan su rehabilitación e incorporación de forma útil y responsable a la sociedad.
- Los Servicios Médicos (SM) del MININT informarán una vez al mes a los grupos provinciales las licencias extrapenales y las libertades para que se garantice la continuidad de la atención en su Área de Salud.
- Los SM del MININT informarán al Departamento Provincial los reclusos que se trasladan de unidades hacia sus provincias de residencia para su localización y posterior seguimiento médico.
- Los SM del MININT presentarán a las Comisiones Provinciales de atención a PVV las PVV que requieren terapia ARV y conciliarán una vez al mes con los grupos provinciales la cobertura de terapia ARV.
- Establecerá sinergias con diferentes instancias como el CENESEX, Línea de Apoyo a PVV, Proyecto de prevención de sida en HSH Cuba, entre otros, para facilitar el acceso de los PVV internos a los materiales educativos y promocionales, así como a las acciones de información, capacitación y apoyo mutuo relacionados con su salud.

## CONTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH A LA RESPUESTA NACIONAL

### Línea de Apoyo a Personas que Viven Con VIH

Las Personas que Viven con el VIH y las afectadas por la epidemia, organizadas a través de la Línea de Apoyo a Personas con VIH, participan activamente en la respuesta en el país, mediante el activismo, movilización y el acompañamiento de los sectores sociales y de salud, en la búsqueda de sinergias; respeto a sus derechos, acceso a la atención, información, tratamiento y el logro de sostenibilidad; para influir en el mejoramiento de su calidad de vida y en la disminución de la incidencia. Responder a las características locales de la epidemia es un principio rector de su trabajo; conocer la epidemia y conocer la respuesta, es vital para influir en el entorno social, político, económico y jurídico.

#### 1.- El área de salud

Deberá funcionar como un entorno amigable para la Persona que vive con VIH, es ahí, a través del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia donde el país destina los mayores esfuerzos y recursos para contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

El área de salud es un escenario propicio para que la misión y visión de la Línea de Apoyo a PVV tengan el impacto deseado. En alianza con el **CMF, GBT y el Policlínico**, establecerá vínculos de trabajo para la atención, apoyo y prevención de las ITS y otras enfermedades, mediante su integración a iniciativas de desarrollo local, proyectos comunitarios y generación de proyectos autónomos, prestando atención a:

- Formación de EAMs, Educadores Pares y su disponibilidad en el acompañamiento a personas que se diagnostican con VIH.
- Participación y movilización de las estructuras de la comunidad en los programas de atención médica, acompañamiento y acceso a tratamiento antirretroviral y monitoreo a la adherencia.
- Diseño y organización de actividades socioculturales, acompañamiento, prevención, promoción y educación para la salud, con alcance en poblaciones claves.
- Distribución y utilización de los materiales educativos, soportes promocionales y manuales informativos, de interés y diseñados para las poblaciones claves y su colocación en consultas, hospitales, Centros de Atención Integral y otros servicios en función de su capacitación e información.
- Participación en las reuniones técnicas, asesoramiento, análisis de la situación integral de salud, investigaciones y en otros espacios de toma de decisiones.

#### **Poblaciones clave**

*Mujeres seropositivas al VIH, adolescentes/niñas/os afectados e infectados, hombres positivos, parejas serodiscordantes, PVV de la 3ra. edad, familiares, PVV hospitalizadas, PVV ex-reclusos, PVV discapacitados, PVV en Centros de Atención Integral de Salud y privadas de libertad y redes de apoyo*

## **2.- El nivel municipal, provincial y nacional**

Está formado por personas que viven con VIH integradas en equipos de trabajo comprometidos en la implementación de iniciativas de desarrollo, programas de colaboración y proyectos de sostenibilidad de apoyo a las poblaciones clave de mayor riesgo. Impulsan, monitorean y desarrollan las actividades que se complementan en las áreas para disminuir la carga de los servicios de salud y además generan la:

- Conceptualización, diseño e implementación de campañas de bien público, materiales informativos y educativos.
- Desarrollo de actividades socioculturales y sostienen el movimiento de reconocimiento Premios “Esperanza”.
- Fomento de servicios de consultoría jurídica, y acompañamiento a la eliminación de manifestaciones de estigma y discriminación, en el ámbito laboral, educacional y de salud.
- Gestión de la información y el conocimiento, así como la sistematización del trabajo educativo, de capacitación, y la atención de las poblaciones clave.
- Se encargará de la participación de las PVV en los espacios y foros sobre VIH/sida en el ámbito, municipal, provincial, nacional e internacional, así como en las redes regionales y comunitarias.
- Organiza la celebración de encuentros organizativos y de poblaciones clave para la búsqueda de sinergias a nivel municipal, provincial y nacional, para el análisis de los contextos e intercambio de las buenas prácticas.

*Equipo de ITS-VIH/sida, Comisión Técnica, Mecanismo de Coordinación de País, Grupo Técnico de ONUSIDA, la Red Caribeña de PVIH (CRN+), la Red Latinoamericana y del Caribe de Mujeres Seropositivas (MLCM+), la Red Latinoamericana de PVV (REDLA), Consejo latinoamericano y Caribeño de Organizaciones con Trabajo en sida (LACCASO) y la Comunidad Internacional de Mujeres con VIH/ sida (ICW).*

## CONTRIBUCIÓN DEL PROYECTO HSH-CUBA A LA RESPUESTA NACIONAL

Como respuesta a la alta incidencia de hombres que tienen sexo con otros hombres en la epidemia de VIH y siguiendo con la estrategia de involucrar a las poblaciones claves en la prevención de la misma el 7 de agosto del año 2000 se creó, bajo la tutela metodológica del Centro Nacional de Prevención de las ITS y VIH/sida, el Proyecto de Prevención de sida en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (Proyecto HSH-Cuba).

Desde sus inicios ha sido una organización integrada y dirigida por promotores de salud que de manera voluntaria dedican su tiempo y esfuerzos a impulsar el cambio de comportamiento en cuanto a su sexualidad entre sus pares.

Estructuralmente el proyecto está integrado y organizado por tres niveles: nacional, provincial y municipal. A nivel nacional lo conforman cuatro áreas de trabajo (fortalecimiento organizativo, capacitación-investigación, trabajo comunitario y comunicación social) que se subordinan a la dirección del Centro Nacional de Prevención de las ITS y VIH/sida. En los niveles provincial y municipal esta misma estructura está encabezada

por un coordinador, cuya función es dirigir, orientar y supervisar el cumplimiento de las tareas a cargo de las restantes áreas de trabajo.

Equipos técnicos nacional, provinciales y municipales			
Capacitación- Investigación	Fortalecimiento Organizativo	Trabajo Comunitario	Comunicación

En el caso del fortalecimiento organizativo estas consisten en implementar la planificación estratégica del proyecto, preparar las reuniones, estadísticas, sostenibilidad y logística de las actividades, hacer valer el reglamento orgánico y realizar labores de monitoreo y evaluación a los niveles inferiores.

La coordinación de todas las acciones de capacitación e investigación, así como los equipos para realizar las mismas, el monitoreo, evaluación y documentación de cada capacitación e investigación y los diagnósticos de investigación y necesidades de aprendizaje de la población meta y los promotores de salud están a cargo del responsable del área de capacitación-investigación.

En contacto con los medios de comunicación masiva para brindar información sobre el trabajo del proyecto y gestionando espacios para la promoción está el responsable del área de comunicación, quien además dirige las campañas de comunicación social y materiales de apoyo al trabajo desde su creación hasta la implementación. También está a su cargo llevar la memoria de los materiales que se realizan por el proyecto.

En el trabajo con las comunidades de mayor incidencia de ITS y VIH en HSH, diseñando, coordinando y ejecutando las acciones con los promotores de salud está el responsable del área de trabajo comunitario. Otra de sus responsabilidades es la conformación del banco de actividades y experiencias del proyecto, realizar el

diagnostico de oportunidades de la comunidad, supervisión y monitoreo de las actividades y llevar el sistema de estimulación del proyecto.

Todas las acciones se realizan bajo el asesoramiento técnico de los educadores del programa de ITS-VIH/sida del nivel en que se encuentren.

El objetivo principal del proyecto es reducir el impacto de la epidemia de VIH en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, pero también realizar acciones en contra del estigma y la discriminación por motivos de orientación sexual, identidad de género o estado serológico. Así mismo se ha reconocido por la Oficina del Inspector General del Fondo Mundial de lucha contra tuberculosis, sida y malaria el trabajo en defensa de los derechos humanos como una experiencia inédita en América Latina.

Con actividades encaminadas tanto al público HSH como el resto de la población masculina o la población general, en esta línea de trabajo se capacita en temas de género, violencia, derechos sexuales, infecciones de transmisión sexual y uso del condón. También se abordan los temas de adherencia al tratamiento para personas con VIH, las relaciones entre personas serodiscordantes, la sexualidad entre hombres en la tercera edad y la prevención entre las personas del sexo masculino que practican el sexo transaccional.

Es una línea de trabajo visionaria y revolucionaria en sus estrategias de trabajo que fortalece las capacidades de la sociedad civil dotándola de herramientas para su empoderamiento y el mejoramiento de su calidad de vida.

## PREVENCIÓN DE ITS/VIH/SIDA EN POBLACIONES CLAVE DE MAYOR RIESGO

Es estrategia clave del programa desarrollar intervenciones preventivas dirigidas a los grupos de población más afectados por las ITS y el VIH/sida.

Dichos grupos han sido definidos a través de la información disponible de la vigilancia epidemiológica, los resultados de encuestas de indicadores de prevención, la prevalencia de VIH y otras ITS, investigaciones y otros estudios realizados.

Nacionalmente se han identificado:

- ➔ Hombres que tienen sexo con hombres
- ➔ Poblaciones trans
- ➔ Personas con VIH y sus parejas
- ➔ Personas que practican sexo transaccional, sus clientes y parejas
- ➔ Adolescentes y jóvenes
- ➔ Mujeres

Del análisis de la epidemia en cada lugar, pueden identificarse otros como poblaciones móviles, hombres y mujeres que laboran lejos de sus hogares, personas sin domicilio fijo y sin apoyo familiar, etc.

### **Acciones a desarrollar por los equipos de ITS-VIH/sida en los diferentes niveles**

- A todos los niveles identificará su población clave de mayor riesgo de acuerdo al análisis de la epidemia, sus indicadores, resultados de investigaciones y análisis de la situación de salud y priorizará las acciones a desarrollar en correspondencia con dicho análisis con el propósito de garantizar el acceso de la población clave a los servicios de prevención, diagnóstico, atención y apoyo.
- En todos los niveles las bases metodológicas de las acciones dirigidas a población clave están constituidas por las estrategias básicas y complementarias para la educación y prevención en materia de ITS y VIH/sida: Información, Comunicación, Consejería, Condones, formación de promotores para la educación entre pares, participación de los beneficiarios en el diseño, desarrollo y evaluación de las acciones, con enfoque de género y participación multidisciplinaria e intersectorial.
- En todos los niveles las actividades educativas darán prioridad a la promoción de comportamientos favorables a la prevención de infecciones, la búsqueda de atención, la ampliación del acceso al diagnóstico de las ITS y el VIH y la pronta vinculación a la atención para el seguimiento y el acceso a tratamiento.
- Asesoramiento al resto del personal de salud en el diseño, planificación, organización, realización, evaluación y control de las acciones garantizando alcanzar las metas contenidas en los planes de acción y de monitoreo y evaluación.
- A nivel de policlínico la enfermera de ITS, el (la) vicedirector (a) y los profesores de GBT desarrollarán acciones de organización y monitoreo a los CMF.

## **Acciones a desarrollar en el área de salud**

### **El equipo básico de salud**

- Conocerá de su población, el universo de personas pertenecientes a los grupos clave: jóvenes y adolescentes, personas que viven con VIH y sus parejas sexuales, hombres y mujeres sexualmente activos, hombres que tienen sexo con hombres, población trans, personas que practican sexo transaccional y sus parejas sexuales u otros que tenga identificados en su comunidad.
- Dispensará su población clave y realizará el seguimiento correspondiente de forma personalizada según grupo dispensarial (grupo II).
- Realizará interrogatorio, examen físico, evaluación de riesgos, promoverá el uso del condón entregando algunos y enseñando cómo se utilizan correctamente e indicará prueba de VIH y de otras ITS con consejería antes y después a su población de mayor riesgo con la periodicidad establecida, derivando a consejería en ITS-VIH/sida, Psicología y otros servicios del área cuando lo considere necesario.
- Evaluará el funcionamiento de la familia con respecto a la dinámica de las relaciones internas y en caso necesario; realizará interconsulta con el personal especializado y acciones para modificar situaciones generadoras de estigma y discriminación.
- Insertará acciones específicas de prevención de ITS-VIH/sida dirigidas al control de riesgo pre-concepcional y reproductivo, con énfasis en las mujeres que viven con VIH.
- Promoverá el uso de condones en la población femenina sexualmente activa, en las embarazadas y en las mujeres que lactan durante todo el tiempo que dure la lactancia.
- Diseñará estrategias de promoción y prevención adecuadas a los contextos locales, las especificidades culturales e intereses de los grupos clave con la participación de éstos en el diseño y ejecución de las mismas, con énfasis en los temas de género, violencia, promoción de los espacios libres de estigma y discriminación, entre otros.
- Utilizará a promotores de salud para desarrollar la educación de pares e incrementar los conocimientos sobre las ITS-VIH/sida,
- Conocerá los sitios de encuentro de sus poblaciones clave y las características de estos lugares y orientará y asesorará a los promotores/as en la realización de actividades educativas que se programen en ellos.
- En el análisis periódico de la situación integral de salud, se evaluará la situación de la epidemia de VIH y otras ITS en sus poblaciones clave más afectadas, vinculado a los determinantes sociales que las generan en su comunidad, en coordinación con los activistas de salud, organizaciones de masas y estructuras de Gobierno a ese nivel.

### El(a) educador(a) del área de salud

- Incluir en los temas de debate en reuniones de GBT y en el programa docente del Área, el tema de prevención de ITS-/VIH/sida en los grupos clave más afectados.
- Asesorar a los equipos básicos de salud, integrantes del GBT y trabajadores del Área.
- Incluir temas de educación de la sexualidad, percepción del riesgo, autocuidado, autoestima, violencia de género y otros afines, en las actividades que se realizan en salas de espera de consultorios, policlínicos y en la comunidad.
- Ampliar la orientación y asesoramiento a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
- Fomentar entre los trabajadores actitudes y comportamientos que fomenten el respeto a la diversidad, servicios libres de estigma y discriminación.
- Establecer alianzas con las comisiones de ética para el análisis de quejas e insatisfacciones de la población vinculadas con estigma y discriminación por razones de género y preferencia sexual.

### Los (las) psicólogos(as) del área de salud

El Psicólogo del GBT, atendiendo a su preparación profesional, deberá insertar en su planificación de tareas, actividades que pueden incidir positivamente en el abordaje integral de la prevención en poblaciones clave de mayor riesgo:

- Interconsulta a personas dispensarizadas por pertenecer a los grupos clave más afectados por estas infecciones, por ejemplo (hombres que tienen sexo con hombres, personas que se prostituyen, parejas serodiscordantes, personas con adicciones, adolescentes con mal manejo familiar, entre otros).
- Ofrecer consejería cara - cara donde pueden aplicar modelos de cambio de comportamiento.
- Interconsulta a personas que viven con VIH NO adherentes a la terapia antirretroviral.
- Atención psicológica a embarazadas seropositivas que desean el embarazo, así como a aquellas que son pareja serodiscordante.
- Actividades educativas grupales con grupos clave de mayor riesgo.
- Participar en el control de foco de casos nuevos de VIH.

Los mecanismos para las interconsultas serán los establecidos en el programa de Medicina Familiar según los grupos dispensariales.

### **Acciones a desarrollar en servicios de policlínicos, hospitales e Institutos**

La promoción de conductas saludables y la prevención de ITS-VIH/sida forman parte de las buenas prácticas de atención en todos los servicios de salud.

La información recopilada de las encuestas epidemiológicas realizadas a personas que viven con VIH a su diagnóstico, aporta que tiempo antes de diagnosticarse el VIH

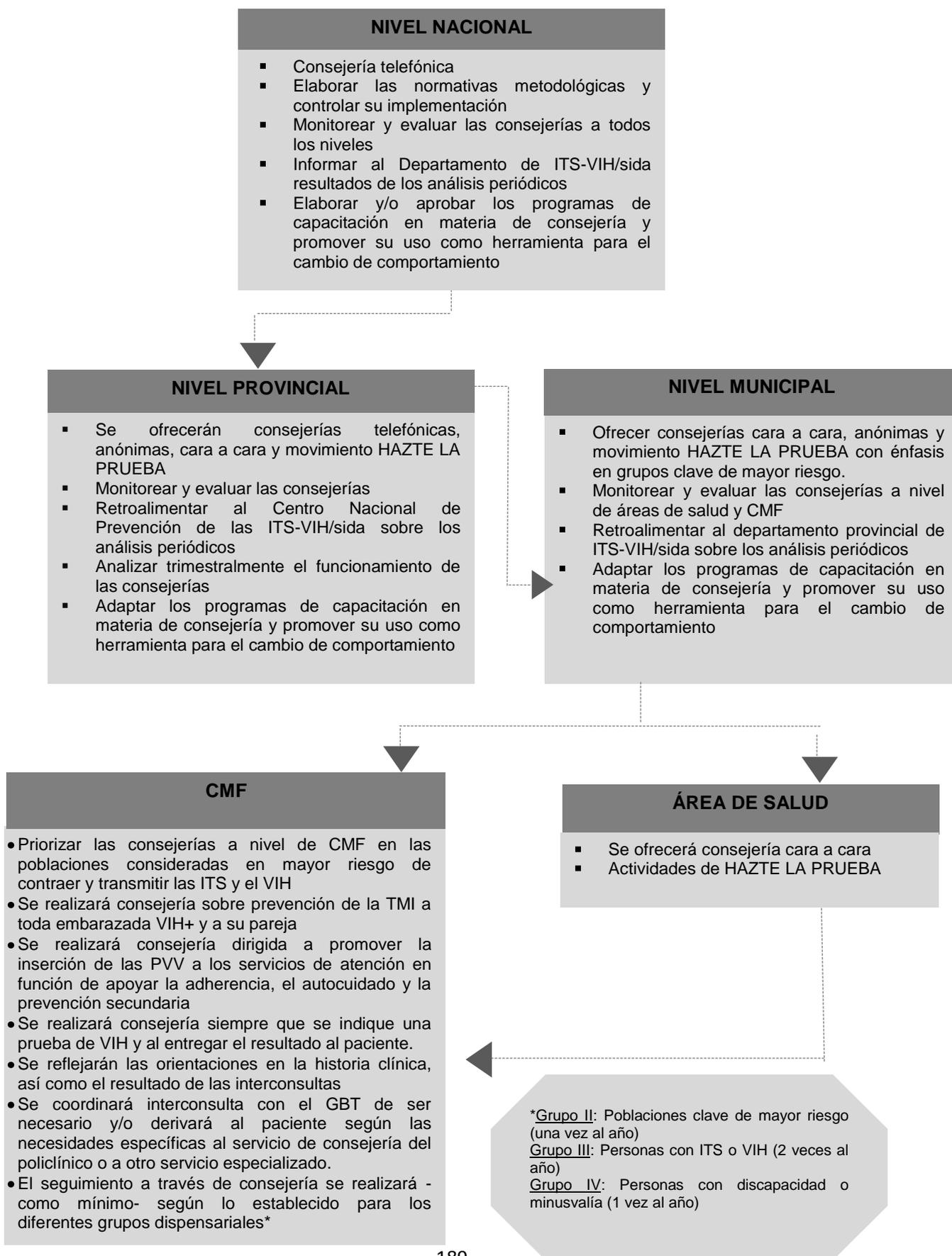
fue frecuente la búsqueda de atención en servicios de dermatología, gastroenterología, urología, neumología, proctología, entre otras.

El personal de salud de servicios a los que asiste población sexualmente activa y en los que se atienden problemas de salud a los que pueden estar asociadas relaciones sexuales desprotegidas y/o de riesgo, insertará en su práctica de atención, acciones de promoción y prevención de ITS-VIH/sida incluidas la entrega de condones, lubricantes, materiales educativos, promocionales y pruebas de VIH acompañadas de consejería antes y después cuando informe el resultado al paciente.

## PROTOCOLO DE LA CONSEJERÍA EN ITS-VIH/SIDA

1. La consejería formará parte de las acciones de promoción y educación para la salud que desarrollará el médico y la enfermera de la familia con su población según dispensarización.
2. Toda indicación de prueba de VIH irá acompañada de consejería por parte del médico que la indica, la que se repetirá posteriormente en el momento en que la persona va a recoger su resultado de la prueba (consejería pre y post- prueba). Este proceder debe reflejarse en la historia clínica y en los casos que requieran seguimiento especializado, se debe coordinar la inter-consulta con otras especialidades o servicios.
3. El personal que a nivel municipal tiene entre sus funciones la atención a la consejería será responsable de entrenar a los médicos, enfermeras de la familia, psicólogos de los grupos básicos de trabajo, enfermeras de ITS-VIH/sida, educadores de las áreas de salud y personal de los centros municipales de salud mental de los municipios priorizados.
4. Los grupos de ITS-VIH/sida a nivel provincial y municipal establecerán mecanismos para controlar la calidad de las consejerías que se ofrecen en el territorio.
5. Los grupos de ITS-VIH/sida a nivel provincial y municipal garantizarán que se realicen actividades de HAZTE LA PRUEBA en los sitios de encuentro de los grupos clave, centros laborales identificados como prioridad y comunidades con poblaciones vulnerables de las áreas de salud más afectadas.
6. Los Directores Provinciales y Municipales de Salud serán responsables de crear las condiciones necesarias para que funcionen servicios de consejería anónima en el área que reúna las condiciones y cuente con recursos humanos capacitados.
7. Los Directores de Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología serán responsables de crear las condiciones necesarias para el funcionamiento de la consejería telefónica en los horarios de mayor demanda según estudios realizados.
8. El educador del área de salud será responsable de realizar el análisis cuantitativo de la consejería en el área de salud; los resultados serán discutidos en las reuniones técnicas del área y remitidos al educador municipal.
9. El educador municipal será responsable de validar y consolidar los datos a su nivel y los enviará al nivel provincial. El educador provincial será responsable de los análisis a su nivel y remisión al Centro Nacional de Prevención trimestralmente.
10. El educador municipal coordinará con los departamentos de docencia de los policlínicos la capacitación especializada en consejería en ITS-VIH/sida.
11. El educador del área de salud y el psicólogo serán responsables de confeccionar los programas de los cursos teórico- prácticos y participar en las capacitaciones.

## ORGANIZACIÓN DE LAS CONSEJERÍAS SEGÚN NIVELES



## METODOLOGÍA DEL TRABAJO INTERSECTORIAL

### **GOPELS**

Grupo Operativo para la Enfrentamiento y Lucha contra el VIH/sida. Es un grupo de toma de decisiones para elaborar y desarrollar las políticas en función de dar respuesta a la epidemia de VIH.

### **Estructura**

Presidida por el Ministro de Salud en el nivel nacional y por los directores de salud de las instancias provincial y municipal e integrado por los diferentes sectores sociales, organizaciones e instituciones de importancia económico-social en cada una de las instancias (nacional, provincial y municipal).

Los miembros deben ser los representantes de mayor jerarquía de los sectores y organizaciones en los diferentes niveles. Deben ser permanentes para darle seguimiento a los temas y deben ser nombrados por Resolución Ministerial.

### **Reuniones**

Constituyen el espacio para el análisis de la respuesta intersectorial a la epidemia de VIH/sida en cada nivel. El centro de análisis será la actuación de los sectores en el cumplimiento de su plan de respuesta intersectorial.

Su periodicidad mínima en los diferentes niveles está establecida en la reorganización técnica del programa nacional de prevención y control de las ITS-VIH/sida:

- A nivel nacional: cada 4 meses.
- A nivel provincial: cada 2 meses.
- A nivel municipal: mensual.

### **Organización del trabajo**

- 1.- La información de GOPELS es clasificada.
- 2.- Debe confeccionarse la programación y agenda de las reuniones del año (sectores, provincias, municipios que rendirán cuenta según sus indicadores de la Respuesta intersectorial y los temas a tratar) y circularse entre sus miembros.
- 3.- Es una reunión intersectorial por lo que los temas deben estar en concordancia con esto, así como los acuerdos a tomar.
- 4.- El orden del día y documentos a analizar deben ser enviados a sus miembros con 10 días de antelación. (como mínimo 5 días).
- 5.- El orden del día incluye, chequeo de acuerdos, situación epidemiológica, tema central a analizar y rendición de cuentas (un organismo y una provincia o municipio

según la instancia, debe ser rotativa y elaborarse basada en los indicadores de la respuesta intersectorial a la epidemia).

6.- El acta será confeccionada en las 72 horas posteriores a la reunión y entregada a quien preside para aprobación. Debe contener; listado de participantes, orden del día, acuerdos tomados (deben ser consecutivos en cada reunión y al iniciar cada año se comenzará por el número uno) y cumplir los requisitos de información clasificada.

7.- La relatoría debe recoger de forma clara los planteamientos de los participantes y señalarse aquellos que dan lugar a acuerdos, su responsable, fecha de cumplimiento y de chequeo.

8.- Para el seguimiento de los acuerdos el sector salud tendrá los contactos necesarios con los diferentes miembros para garantizar su cumplimiento.

9.- El seguimiento del trabajo intersectorial será chequeado en los consejos de dirección de los sectores a los diferentes niveles.

9.- Por la importancia de la participación sistemática y permanente de los miembros, debe garantizarse su asistencia y la participación en las rendiciones de cuentas y analizar aquellos que incumplan.

10.- Debe realizarse una capacitación a los miembros del GOPELS al menos una vez al año basada en las necesidades de capacitación identificadas previamente.

11.- El funcionamiento de los GOPELS será evaluado mediante el plan de monitoreo y evaluación.

## **GRUPOS DE TRABAJO INTERSECTORIAL**

Grupos de coordinación, seguimiento y evaluación del trabajo intersectorial. Los mismos realizarán la revisión, actualización, divulgación, seguimiento y evaluación de los temas afines a su área de acción.

### **Estructura**

Integrados por diferentes sectores sociales, organizaciones e instituciones de importancia económico-social en cada una de las instancias (nacional, provincial y municipal). Se agruparan según su área de acción en;

- Legal: integrado por los organismos e instituciones cuyo objeto social está vinculado con los aspectos legales.
- Comunicación: integrado por los medios masivos de comunicación y otros que puedan asesorar en el tema.
- Prevención: El resto de los sectores sociales.

Sesionarán sistemáticamente en el período entre las reuniones para coordinar la implementación de las acciones planificadas, realizar su seguimiento, evaluación y propuestas en caso de ser necesario.

## Inventario de documentos normativos

- I. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. Ministerio de Salud Pública, Febrero de 2006
- II. Reglamento General de Policlínico. Ministerio de Salud Pública, 2008
- III. Infecciones de Transmisión Sexual. Pautas para su tratamiento. Departamento Nacional de ITS-VIH/sida, 2008
- IV. Respuesta Ampliada a la epidemia del VIH/sida. Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, La Habana, 2008
- V. Cartilla Metodológica para el actuar de Enfermería en la Prevención y el Control de las ITS-VIH/sida en el área de salud. Departamento Nacional de ITS-VIH/sida, 2009
- VI. Reorganización técnica del Programa. Departamento Nacional de ITS-VIH/sida, 2010
- VII. Sistema de Información Estadística del Programa de Prevención y Control del VIH/sida. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP, 2010
- VIII. Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Actualización, 2011
- IX. Sistema de Información Estadística del Programa de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP, 2011
- X. Encuesta de Indicadores de Prevención de VIH-sida. Oficina Nacional de Estadística e Información, 2011
- XI. Encuesta a Personas con VIH. Oficina Nacional de Estadística e Información, 2011
- XII. Protocolo de actuación para el Manejo de la Infección por VIH/sida en niños. Departamento Nacional de ITS-VIH/sida, 2012
- XIII. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de Compromiso sobre VIH/sida de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (UNGASS). Ministerio de Salud Pública, 2012

- XIV. Estrategia de Género en apoyo al Componente Educativo de la Respuesta Nacional a las ITS-VIH/sida. 2013-2017. Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, 2012
- XV. Pautas para la Atención Integral a Personas con Infección por VIH. Departamento Nacional de ITS-VIH/sida, 2010.
- XVI. Programa de Prevención y Control de Tuberculosis. Ministerio de Salud Pública. Área de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Revisión 2013.

## **Relación de guías técnicas y recomendaciones internacionales tenidas en cuenta en la actualización del Plan Estratégico Nacional**

Se prestó especial atención a los procesos, temas y resultados regionales; además, se hizo hincapié en la actualización de las estrategias del sector de la salud sobre la base de las orientaciones e iniciativas técnicas y las pruebas científicas que las sustentan, comprendidas en:

- Llegar a cero: estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA) para 2011 – 2015. Ginebra. 2010.
- Prevención y tratamiento del VIH y otras ITS en trabajadoras sexuales en países de ingresos bajos y medios. ONUSIDA. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Diciembre 2012. E-mail: [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int) Disponible en: [http://www.who.int/hiv/topics/sex\\_worker/en/](http://www.who.int/hiv/topics/sex_worker/en/)
- Plan estratégico regional para el control de la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015)<sup>32</sup>. Organización Panamericana para la Salud. Puede consultarse en: [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV\\_Regional\\_Plan\\_2006\\_2015\\_SPANISH.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006_2015_SPANISH.pdf)
- Marco de acción del tratamiento 2.0: Impulsando la próxima generación de tratamiento, la atención y el apoyo. OMS. Ginebra, 2011. E-mail: [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int). Disponible en: [www.who.int/hiv](http://www.who.int/hiv)
- Examen diagnóstico de los proyectos del Fondo Mundial en la República de Cuba. Oficina del Inspector General. Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. La Habana, abril de 2012.
- Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional”. OPS. 2010. Disponible en: <http://www.paho.org/iniciativadeeliminacion>  
Sitio CLAP/SMR: <http://www.clap.ops-oms.org>
- “Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe” Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, © 2010<sup>33</sup>
- World Health Organization (2013). Consolidates guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public approach. June 2013. Geneva, Switzerland.

---

<sup>32</sup> Fue aprobado por los Estados Miembros de la OPS en septiembre del 2005 (resolución CD46.R15).1 En el plan se brinda orientación a los países de las Américas a fin de que puedan responder más eficazmente a la epidemia de la infección por el VIH, así como prevenir y controlar las infecciones de transmisión sexual (ITS).

<sup>33</sup> Sobre la base de Recomendaciones de un Grupo de Expertos Reunidos en la “Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Atención a Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe” realizada del 14 al 16 de julio, 2009, en la ciudad de Panamá.

## Instrumentos Internacionales

Compromisos sobre Salud Sexual y Reproductiva, VIH y sida ratificados por Cuba		
<b>1979</b>	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	Destaca la salud como un desarrollo humano y resalta la importancia de la protección en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguarda de la función de reproducción.
<b>1981</b>	Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la Mujer, constituye la carta de derechos humanos universales de las mujeres	Ratificada en 1986. Legislación del principio de igualdad entre hombres y mujeres.
<b>1994</b>	Conferencia Internacional en Población y Desarrollo (CIPD) y Cairo + 10	Creación de <u>Programa de Acción sobre Población y Desarrollo</u> que debería de llevarse a cabo a lo largo de los siguientes 20 años. Centra su atención en la satisfacción de las necesidades de hombres y mujeres para el logro de objetivos demográficos específicos, dotando a las poblaciones, en especial a las mujeres, de mayores posibilidades de elección, de servicios tanto de salud como educativos, así como fomentar el desarrollo de aptitudes profesionales para la obtención de un mejor empleo.
<b>1995</b>	Declaración de Beijing y su Plataforma de Acción emanada de la IV Conferencia Mundial de la Mujer	Eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas y suprimir obstáculos para la igualdad entre mujeres y hombres; empoderamiento de las mujeres; prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas; desarrollar al máximo el pleno potencial de las niñas y de las mujeres de todas las edades, plena participación, en condiciones de igualdad, y promover su papel en el proceso de desarrollo.

**Instrumentos Internacionales. Compromisos sobre Salud Sexual y Reproductiva, VIH y sida ratificados por Cuba**

<b>1999</b>	Declaración Universal de los Derechos Sexuales	Aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) y expresa que los derechos sexuales son derechos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Destacan el derecho a la autonomía, la equidad sexual y el derecho al placer.
<b>2000</b>	Declaración y Objetivos de Desarrollo del Milenio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Objetivo No.3: Promover la igualdad de género y el Empoderamiento de la Mujer.</li> <li>▪ Objetivo No.6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades.</li> </ul>
<b>2001</b>	Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/sida -UNGASS-	«Fortalecer los sistemas de atención de la salud, ampliar el tratamiento, así como hacer frente al VIH/Sida en el mundo del trabajo mediante la adopción de políticas dirigidas a la prevención, la puesta en marcha de programas de atención de la salud en los lugares de trabajo en los sectores público, privado y en el sector informal»
<b>2004</b>	Los «Tres Unos»	Impulsados por ONUSIDA y tiene como principio rector una acción armonizada para guiar las actividades de manera que contribuyan a lograr un esfuerzo coordinado sin duplicaciones y fragmentaciones.
<b>2008</b>	Declaración Ministerial “Prevenir con Educación para América Latina y el Caribe”	Fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal, con estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual que incluya la prevención del VIH e ITS.
<b>2012</b>	Declaración de la Consulta de las Américas 2012, Ministros de Educación: “Una nueva cultura de la Salud en el contexto Escolar”	Promover de manera sustentable y a largo plazo, los programas basados en la escuela y la comunidad a nivel local, estatal y regional en las Américas.

## **Glosario de términos**

Se detallan a continuación una serie de términos de uso común relacionados con las ITS y el VIH que emergen del presente documento:

### **Acceso universal**

Implica la máxima cobertura a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para todas las personas que los necesiten.

### **Adherencia al tratamiento**

Implica la toma de todos los medicamentos prescritos en las dosis e intervalos indicados por el profesional de salud.

### **Apoyo nutricional**

Pretende garantizar una nutrición adecuada e incluye una valoración de la ingesta dietética, del estado nutricional y de la seguridad de los alimentos a nivel particular o familiar.

### **Asesoramiento**

Proceso dinámico de comunicación interpersonal entre un cliente y una persona experimentada y comprometida, de acuerdo a un código ético y de buenas prácticas, que gira en torno a la resolución de problemas y dificultades en el terreno personal, social o psicológico.

### **Cambio de comportamiento (no «cambio conductual»)**

El cambio de comportamiento se suele definir como la adopción y el mantenimiento de comportamientos saludables.

### **Educación sanitaria (versus asesoramiento)**

Se refiere a la provisión de información precisa y debidamente contextualizada (en función del sexo, la edad y la cultura) sobre salud, con el objetivo de ayudar a que las personas estén más informadas acerca de las opciones que existen para mejorar su salud.

### **Epidemia**

Es un aumento inusual en el número de nuevos casos de una enfermedad en una población y lugar determinado.

### **Estado serológico**

Término genérico que se refiere a la presencia o ausencia de anticuerpos en la sangre. Con frecuencia se refiere al estado de anticuerpos contra el VIH.

### **Estigma y discriminación**

«Estigma», de origen griego, significa marca o mancha. «Estigma» puede describirse como el proceso dinámico de devaluación que desacredita de forma significativa a una persona a los ojos de las demás.

### **Evaluación**

Es el proceso en el que se determina la importancia, efectividad, eficacia, y efectos de las actividades con respecto a las metas fijadas. Evaluar es establecer un criterio de lo que es en relación a lo que se debe ser o realizar un juicio de valor sobre determinada intervención.

### **Evidencia y fundamentado en evidencias**

En el contexto de la investigación, tratamiento y prevención, la evidencia normalmente se refiere a los resultados cualitativos y/o cuantitativos que han sido divulgados en una publicación científica bajo revisión de pares.

### **Fortalecimiento de los sistemas de salud**

El término «fortalecimiento de los sistemas de salud» describe a un proceso de refuerzo de los sistemas de salud para que puedan ofrecer intervenciones efectivas, seguras y de alta calidad a todas las personas que las necesiten.

### **Género**

Conjunto de códigos sociales y culturales que se utilizan para distinguir lo que una determinada sociedad considera conductas “masculinas” o “femeninas”.

### **HSH**

Se refiere a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Se usa para descripciones epidemiológicas y para explicar las estrategias de prevención. Éste término describe un comportamiento, no implica una identidad. La expresión “hombres homosexuales” se usa para referirse a las personas cuya orientación e identidad es homosexual, incluidos los “gays” y los “transexuales” o “transgéneros”, aunque estos dos últimos a veces adoptan una identidad de género diferente a la masculina.

### **Homofobia**

El término «homofobia» hace referencia al temor, rechazo o aversión, a menudo en forma de actitudes estigmatizadoras o conductas discriminatorias, hacia los homosexuales y/o la homosexualidad.

### **Incidencia**

Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

### **LGBT**

Comunidad Lesbiana, Gay, Bisexual y Transexual.

### **Parejas serodiscordantes**

Cuando el estado serológico con respecto al VIH es distinto entre un miembro de la pareja y otro.

### **Perspectiva de género**

La expresión «perspectiva de género» suele acompañar a otra palabra: por ejemplo, gobiernos, estrategias, tratamientos, presupuestos, etc. con perspectiva de género. Su significado es similar al de «sensible con respecto al género»

### **Personas que viven con el VIH**

Es preferible usar «personas que viven con el VIH» (PVV), ya que refleja que una persona infectada puede continuar viviendo bien y de forma productiva durante muchos años.

### **Prevalencia de VIH**

Cuantifica la proporción de individuos en una población que tiene el VIH en un momento específico de tiempo.

### **Programa**

Es un conjunto de intervenciones o actividades que establece una organización con el propósito de que se constituyan en una parte fundamental de estructura de la misma. Tiene un enfoque sistemático y de permanencia a largo plazo.

### **Proyecto**

Es el conjunto de intervenciones o actividades que una organización establece generalmente por situaciones particulares y que generalmente responden a circunstancias o necesidades específicas. Tienden a tener carácter temporal o transitorio.

### **Programa de reducción de daños**

El término «reducción del daño» hace referencia a las políticas, programas y planteamientos que pretenden reducir las consecuencias perjudiciales de carácter sanitario, social y económico asociadas a determinados comportamientos de riesgo.

### **Poblaciones clave de mayor riesgo de exposición al VIH**

Parte de la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, por lo que su participación es fundamental de cara a obtener una respuesta de éxito frente al VIH; es decir, es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta para la misma.

### **PPST**

El término personas que practican sexo transaccional es el utilizado en nuestro país para definir a las personas que practican sexo a cambio de algún objeto, dinero o privilegio, evitando así un lenguaje prejuicioso y estigmatizante, que sitúe a estas personas en víctimas indefensas o las condene tanto a ellas, como a los intermediarios. Evítese el uso del término prostitución.

### **Respuesta al sida**

Los términos “respuesta al sida”, “respuesta al VIH”, son intercambiables y significan “respuesta a la epidemia”.

### **Riesgo**

Referido al riesgo de exposición al VIH o a la probabilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH.

**Sida**

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Recomendación: utilizar el término “sida” con mesura sólo para referirse a la etapa avanzada de la enfermedad por VIH. Cuando sea necesario utilizar el término “sida”, se escribirá en minúscula en español.

**Sistema de Salud**

Un Sistema de Salud está compuesto por organizaciones, personas y acciones cuyo objetivo principal es promover, restablecer o mantener la salud.

**Sistema penitenciario**

El sistema penitenciario engloba cárceles, prisiones, centros de prisión preventiva y centros penitenciarios. El acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH se extiende también a este sistema.

**Sustentabilidad**

Entendida como la habilidad de los programas de ser incorporados y continuar regularmente en la comunidad, una vez finalizada la asistencia externa.

**Terapia antirretroviral (TAR)**

Es una opción de tratamiento para la infección por VIH.

**Transmisión maternoinfantil (TMI)**

También conocida como transmisión perinatal o vertical. El VIH puede pasar de una madre VIH positiva al bebé durante el embarazo, el parto y a través de la leche materna.

**Vigilancia**

Análisis, interpretación y aporte continuos de datos recogidos de forma sistemática, generalmente a través de métodos distinguidos por su sentido práctico, uniformidad y rapidez en lugar de por su precisión y exhaustividad.

**Vigilancia de segunda generación**

Hace referencia a la recogida, análisis e interpretación de datos de forma continua y sistemática, con el fin de descubrir y analizar los cambios observados en la epidemia de VIH a lo largo del tiempo.

**Vulnerabilidad**

La vulnerabilidad hace referencia a la desigualdad de oportunidades, la exclusión social, el desempleo o el empleo precario, así como a otros factores sociales, culturales, políticos o económicos que hacen que una persona sea más vulnerable frente a la infección por el VIH y que pueda desarrollar el sida.

## Índice de organizaciones, acrónimos y abreviaturas

<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>ARV</b>	Antirretrovirales
<b>AZT</b>	Zidovudina
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de sida
<b>CEDAW</b>	Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer (siglas en inglés)
<b>CENESEX</b>	Centro Nacional de Educación Sexual
<b>CESJ</b>	Centro de Estudios sobre Juventud
<b>GCTH</b>	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal
<b>CMV</b>	Citomegalovirus
<b>CONCASIDA</b>	Congreso Centroamericano de sida
<b>CRN+</b>	Red Regional del Caribe de Personas con VIH (siglas en inglés)
<b>CV</b>	Carga viral
<b>DIU</b>	Dispositivo Intrauterino
<b>EAM</b>	Equipos de Ayuda Mutua
<b>ENSAP</b>	Escuela Nacional de Salud Pública
<b>FM</b>	Fondo Mundial
<b>FMC</b>	Federación de Mujeres Cubanas
<b>FNUAP</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>FOS</b>	Fondos de Cooperación al Desarrollo (siglas en inglés)
<b>FURS</b>	Fecha de la última relación sexual
<b>GBT</b>	Grupo Básico de Trabajo
<b>GOPELS</b>	Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres
<b>HIVOS</b>	Instituto Humanístico para la Cooperación al Desarrollo
<b>ICW+</b>	Consejo Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/sida
<b>IPK</b>	Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri"
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>ITBL</b>	Infección Tuberculosa Latente
<b>LGBT</b>	Siglas que designan colectivamente a lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgéneros y travestis.
<b>LGP</b>	Linfadenopatía generalizada persistente
<b>LISIDA</b>	Laboratorio de Investigaciones del sida
<b>LNR</b>	Laboratorio Nacional de Referencia
<b>M&amp;E</b>	Monitoreo y Evaluación
<b>MINSAP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONEI</b>	Oficina Nacional de Estadística e Información
<b>ONG</b>	Organismo No Gubernamental
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el sida
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PNES</b>	Programa Nacional de Educación Sexual
<b>PNPC ITS-VIH/SIDA</b>	Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida
<b>PNCT</b>	Programa Nacional para la Prevención y el Control de la Tuberculosis

<b>PNR</b>	Policía Nacional Revolucionaria
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PVV</b>	Personas que viven con VIH
<b>RCC</b>	Mecanismo de continuación de fondos (siglas en inglés)
<b>REDLAT+</b>	Red Latinoamericana de Personas viviendo con VIH
<b>SAA</b>	Sistema de Atención Ambulatoria
<b>SIE</b>	Sistema de Información Estadística
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SIRI</b>	Síndrome de reconstitución inmunológica
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SSR</b>	Salud Sexual y reproductiva
<b>TAR</b>	Tratamiento o terapia antirretroviral
<b>TB/VIH</b>	Coinfección Tuberculosis-VIH
<b>TAES/DOTS</b>	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
<b>TMI</b>	Transmisión materno infantil
<b>TPI</b>	Terapia preventiva con Isoniacida
<b>PAF</b>	Fondo de Aceleración de Programas (ONUSIDA)
<b>PAMI</b>	Programa de Atención Materno Infantil
<b>PEN</b>	Plan Estratégico Nacional
<b>PCR</b>	Reacción en cadena a la polimerasa (siglas en inglés)
<b>PPST</b>	Personas que practican sexo transaccional
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNGASS</b>	26º Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/sida
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory (por sus siglas en inglés)

## **Miembros del Comité de Actualización del PEN**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Institución u Organización</b>
Dra. María Isela Lantero Abreu	Departamento de ITS-VIH/sida. MINSAP
Dra. Rosaida Ochoa Soto	CNPITS-VIH/sida
Dr. José Joanes Fiol	Departamento de ITS-VIH/sida. MINSAP
Dra. Jacqueline Sánchez Fuentes	CNPITS-VIH/sida
MSc. Juan Raúl Valdés Triguero	CNPITS-VIH/sida. Línea de Apoyo a PVV
Dra. Susett Pérez Parra	CNPITS-VIH/sida
MSc. Gustavo Alberto Valdés Pi	CNPITS-VIH/sida. Proyecto HSH - Cuba
Lic. Kenia Monferrer Chávez	Oficina Nacional de Proyectos MINSAP

## **Participantes en el Proceso de Consulta-Actualización del PEN**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Institución u Organización</b>
Dr. Manuel Santín Peña	Dirección de Epidemiología
Dra. Bárbara Esther Venegas Gómez	Departamento de ITS-VIH/sida. MINSAP
Dr. Vladimir Reymond González	Departamento de ITS-VIH/sida. MINSAP
Dra. Katia Inés Alé Rodríguez	Departamento de ITS-VIH/sida. MINSAP
Dra. Isis Cancio Enrique	Departamento de ITS-VIH/sida. MINSAP
Dra. María Julia Matos Morejón	Departamento de ITS-VIH/sida. MINSAP
Dra. Myrna Villalón Oramas	CNPITS-VIH/sida. Línea de Apoyo a PVV
MSc. Lázaro Juan Kow Calvo	CNPITS-VIH/sida. Línea de Apoyo a PVV
MSc. Damaris Griñán Terry	CNPITS-VIH/sida. Línea de Apoyo a PVV
Lic. Rafael M. Caldas	CNPITS-VIH/sida. Proyecto HSH - Cuba
Avelino Mato Vacas	CNPITS-VIH/sida. Proyecto HSH - Cuba
MSc. Rafael Pérez de la Iglesia	CNPITS-VIH/sida
MSc. Juana Maritza Aguilera Montero	CNPITS-VIH/sida
Dra. Francisca Pérez Pérez	CNPITS-VIH/sida
MSc. Miriam Valdés Tejo	CNPITS-VIH/sida
Lic. Mercedes Rodríguez Acosta	Dirección Jurídica, MINSAP
Dr. Jorge Pérez Ávila	Instituto de Medicina Tropical
Dr. Daniel Pérez Correa	Instituto de Medicina Tropical
Dr. Jorge Pérez Lastre	Instituto de Medicina Tropical
Dra. Vivian Kourí Cardellá	Instituto de Medicina Tropical
Dr. Rafael Llanes Caballero	Instituto de Medicina Tropical
Lic. Islay Rodríguez González	Instituto de Medicina Tropical
Dr. Antonio Marrero Figueroa	Programa de prevención y control de Tuberculosis
Dra. María Josefa Llanes Cordero	Programa de prevención y control de Tuberculosis
Dr. Luis Enrique Pérez Ulloa	Departamento Emergencias y Trasplantes

Dra. Mercedes Piloto Correa	Departamento PAMI, MIINSAP
Dr. Roberto Álvarez Fumero	Departamento PAMI, MINSAP
Dr. Víctor Lorente Díaz	Departamento APS, MINSAP
Dra. Ana Margarita Muñiz Roque	Departamento APS, MINSAP
Lic. Jalile Curí Fernández	Departamento Enfermería, MINSAP
Dr. Tomás Daniel Quintero	Centro de Atención Integral Santiago de las Vegas
Dr. Alfredo Abreu Daniel	Grupo Nacional de Dermatología
Dr. Osmany Ricardo Puig	Jefe Departamento ITS/VIH/Sida Holguín
Lic. Norma Casademount Balbín	Departamento Sistemas y Métodos
Dr. Rubén la Torre Benítez	Servicios Médicos del MININT
DrC. Héctor Manuel Díaz Torres	LISIDA
MSc. María Teresa Pérez Guevara	LISIDA
DrC. Eladio Silva Cabrera	LISIDA
Lic. Mercedes Mena Martínez	ONEI
Lic. Mildred Iglesias Linares	ONEI
MSc. Rosa Mayra Rodríguez	CENESEX
Dra. Elena Ceballos Villalón	Consejo de Iglesias de Cuba
MSc. Ana Lidia Orman Reyes	Consejo de Iglesias de Cuba
Dr. Angel Manuel Álvarez Valdés	OPS Cuba
Dr. José Luis Di Fabio	Representante OPS Cuba
Ing. Raúl Regueiro Segura	PNUD
Lic. Antonio José García Capote	PNUD
Dr. Carlos Cortés Falla	PNUD

## Índice de tablas y gráficos

<b>Tablas</b>	<b>Pág.</b>
Tabla No.1.-Indicadores demográficos. Cuba 1970, 1990, 2000, 2012	
Tabla No.2.-Incidencia de ITS de declaración obligatoria. Cuba 2011-2012	
Tabla No.3.-Estado de la epidemia de VIH. Cuba. 2012	
Tabla No.4.-Proporción de sobrevivientes entre las personas bajo terapia antirretroviral (TAR) en tres grupos de estudio. Cuba: 2008-2012	
Tabla No.5.-Pruebas realizadas y seropositividad acumulada en grupos de tamizaje. Cuba.1986-2012	
Tabla No. 6.-Vigilancia serológica en algunos grupos de tamizaje. Cuba. 2011-2012	
Tabla No. 7.-Presupuesto por componentes principales	
Tabla No. 8.- Diagnóstico de infecciones de transmisión sexual de notificación obligatoria	
Tabla No. 9.- Tratamiento de infecciones de transmisión sexual de notificación obligatoria	
Tabla No. 10.- Indicadores operacionales de ITS	
Tabla No. 11.- Monitoreo inmunológico y virológico antes y después de inicio de TAR	
Tabla No. 12.- Escenarios en los que se presenta la gestante seropositiva al VIH	
Tabla No. 13.- Criterios para el inicio de tratamiento antirretroviral	
Tabla No. 14. Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido y de nucleótido	
Tabla No. 15.- Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos	
Tabla No. 16. Inhibidores de las Proteasas	
Tabla No. 17.-Antagonistas del correceptor CCR5	
Tabla No. 18.-Inhibidores de la Integrasa	
Tabla No. 19.-Inhibidores de la Fusión	
Tabla No. 20.- Búsqueda de casos a través de realización de prueba de VIH	
Tabla No. 21.- Caso de sida en adultos, adolescentes y niños	
Tabla No. 22.- Infección Avanzada por el VIH	
Tabla No. 23.- Clasificación inmunológica de la infección por VIH	
Tabla No. 24.- Estadificación clínica de la Infección por VIH en adultos y adolescentes y niños	
Tabla No. 25.- Estadificación clínica en adultos, adolescentes y niños	
Tabla No. 26.- Indicadores a reportar al cierre de trimestre, semestre, nonestre y año	
<b>Gráficos</b>	<b>Pág.</b>
Gráfico No. 1.-Casos de VIH según sexo y orientación sexual. Cuba. 1986-2012	
Gráfico No.2.- Comportamientos asociados a la transmisión sexual del VIH. 2008-2012	
Gráfico No.3.-Proporción de sobrevivientes entre las personas bajo terapia antirretroviral (TAR) según año de inicio de tratamiento. Cuba: 2007-2012	
Gráfico No.4.- Sistema de Información de VIH/sida	
Figura No. 5. Protocolo de prevención de la TMI del VIH	

## 7. Bibliografía consultada

- Asamblea General de las Naciones Unidas (2010). Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York, Naciones Unidas, en <http://www.un.org/en/mdg/summit2010>, consultado el 9 de abril de 2013).
- Ballester Santovenia JM (2003). El Programa de Medicina Transfusional de Cuba. Revista Panamericana Salud Pública: 13 (2-3).
- Batista Moliner R, Gandul Salabarría L, Díaz González L (1996). Sistema de vigilancia de salud a nivel de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. [citado 22 jun 2013]; 12(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251996000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Equipo de trabajo interinstitucional del ONUSIDA sobre la educación (2009). Un enfoque estratégico: el VIH y el sida y la educación. París, UNESCO.
- Fariñas Reinoso AT, Sierra Martínez RM (2006). Metodología para el Diseño de sistemas de vigilancia. Reporte Técnico de Vigilancia [monografía en Internet]. Ene-Feb 2006 [citado 22 jun 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/farinas.pdf>
- Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (2012). Examen diagnóstico de los proyectos del Fondo Mundial en la República de Cuba. Oficina del Inspector General. La Habana, abril.
- González Ochoa E (1989). Sistemas de vigilancia epidemiológica. Ciencias Médicas, La Habana.
- MINSAP (2001). Plan Estratégico Nacional ITS-VIH/sida 2007-2011. La Habana.
- MINSAP (2006). Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- MINSAP (2012). Estrategia de Prevención y Control de las ITS y el VIH/sida. La Habana, junio.
- MINSAP (2012). Estrategia de género en apoyo al Componente Educativo de la Respuesta Nacional a las ITS-VIH/sida. Editorial Lazo Adentro, La Habana.
- OMS (2011). Marco de acción del tratamiento 2.0: Impulsando la próxima generación de tratamiento, la atención y el apoyo. Ginebra.
- OMS (2011) Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Ginebra.
- OMS, UNICEF y ONUSIDA (2010). Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (<http://www.who.int/hiv/2010progressreport/report/en/index.html>, consultado el 9 de abril de 2013).

- ONUSIDA (2010). Acabar con las leyes, las políticas y las prácticas punitivas, y con el estigma y la discriminación. Ginebra, ONUSIDA. ([http://www.unaids.org/en/Priorities/03\\_06\\_Punitive\\_laws\\_stigma.asp](http://www.unaids.org/en/Priorities/03_06_Punitive_laws_stigma.asp), consultado el 9 de abril de 2013).
- ONUSIDA (2010). Estrategia 2011-2015. Llegar a Cero. Ginebra.
- ONUSIDA (2010). Tratamiento 2.0: ¿es este el futuro del tratamiento? Ginebra, ([http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713\\_outlook\\_treatment2\\_0\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713_outlook_treatment2_0_en.pdf), consultado el 10 de abril de 2013).
- ONUSIDA (2011). Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, Ginebra, en ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610\\_un\\_a-res-65-277\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_un_a-res-65-277_es.pdf), consultado el 1 de abril de 2013).
- ONUSIDA (2011). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, Ginebra.
- ONUSIDA (2012) Informe mundial de avances en la lucha contra el sida: seguimiento de la declaración política sobre el VIH/sida de 2011: directrices para el desarrollo de indicadores básicos: informe 2012. Ginebra.
- ONUSIDA (2012). Informe sobre la epidemia mundial del sida. Ginebra, ONUSIDA. (<http://www.unaids.org/globalreport>, consultado el 9 de abril de 2013).
- ONUSIDA. OMS (2012). Prevención y tratamiento del VIH y otras ITS en trabajadoras sexuales en países de ingresos bajos y medios. Ginebra.
- OPS (2005). Plan estratégico regional para el control de la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015). Ginebra.
- OPS (2010). "Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe". Washington, D.C.
- OPS (2010). Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional". OPS, en <http://www.paho.org/iniciativadeeliminacion>, consultado el 17 de abril de 2013.
- OPS (2010). Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en América Latina y el Caribe. Washington.
- OPS (2009). "Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la Estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños". Washington, D.C.: OPS, © 2009 ISBN: 978-92-75-33279-5
- OPS (2012). Vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos: recomendaciones para mejorar y fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH. Washington, D.C.: OPS, 2012.
- Ramírez Rodríguez M, Fariñas Reinoso AT, Alfonso Berrio L (2007). Diseño del sistema de vigilancia para el control sanitario internacional (control en la fuente). Misión Barrio

Adentro. República Bolivariana de Venezuela. Reporte Técnico de Vigilancia [serie en Internet]. Jul-Ago 2007. [citado 22 jun 2013]; 12(4). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/ramirezmilvia.pdf>

Sánchez Frenes P, Pérez Torres LM, Valladares Soriano M y Sánchez Bouza MJ (2009). Algunas consideraciones sobre el control en el banco de sangre en Cuba. Ciencias Médicas, La Habana.

UNESCO, UNFPA, UNICEF, OMS y ONUSIDA (2010). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. París, UNESCO.

World Health Organization (2012). Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2013). Consolidates guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public approach. June 2013. Geneva, Switzerland.